TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

JİNEKOLOJİK KANSERLİ HASTALAR ve EŞLERİNİN AMELİYAT SONRASI DESTEKLEYİCİ BAKIM GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ

MERVE SÜS

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
DR. ÖĞR. ÜYESİ ZÜBEYDE EKŞİ GÜLOĞLU

İSTANBUL-2022

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

JİNEKOLOJİK KANSERLİ HASTALAR ve EŞLERİNİN AMELİYAT SONRASI DESTEKLEYİCİ BAKIM GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ

MERVE SÜS

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
DR. ÖĞR. ÜYESİ ZÜBEYDE EKŞİ GÜLOĞLU

İSTANBUL-2022

İçindekiler

BEYAN i
TEŞEKKÜR iii
KISALTMALAR iv
TABLOLAR LİSTESİ vi
ŞEKİLLER LİSTESİ vii
1. ÖZET 1
2. SUMMARY 3
3. GİRİŞ VE AMAÇ 5
4. GENEL BİLGİLER 8
4.1.Korpus Uteri Kanserleri 8
4.1.1. İnsidans ve Epidemiyoloji 8
4.1.2. Etiyoloji ve Risk Faktörleri 9
4.1.3. Belirtiler 10
4.1.4. Tanı 10
4.1.5. Evreleme 10
4.1.6. Tedavi 11
4.1.7. Tarama 12
4.2. Over Kanseri 12
4.2.1. İnsidans ve Epidemiyolojisi 12
4.2.2. Etiyolojisi 13
4.2.3. Belirtiler 14
4.2.4. Tanı 14
4.2.5. Evreleme 14
4.2.6. Tedavi 15
4.2.7. Tarama 16
4.3. Uterus Serviksi Kanseri 17
4.3.1. İnsidansı ve Epidemiyolojisi 17
4.3.2. Etiyolojisi 17
4.3.3. Belirtileri 19
4.3.4. Tanı 19
4.3.5. Evreleme 19
4.3.6. Tedavi 21
4.3.7. Tarama 22

4.4. Vulva ve Vajen Kanseri ... 23
4.4.1. İnsidans ve Epidemiyoloji ... 23
4.4.2. Etiyoloji ... 23
4.4.3. Belirtiler ... 24
4.4.4. Tanı ... 25
4.4.5. Evreleme ... 25
4.4.6. Tedavi ... 26
4.4.7. Önleme ... 26
4.5. Destekleyici Bakım ... 27
4.6. Jinekolojik Kanserli Hastaların Destekleyici Bakım Gereksinimleri ... 29
4.7. Bakım Verenin (Eşin) Destekleyici Bakım Gereksinimleri ... 35
4.8. Jinekolojik Kanserlerde Destekleyici Hemşirelik Bakımı ... 38
5. **GEREÇ-YÖNTEM** ... 41
5.1. Araştırmanın Şekli ve Amacı ... 41
5.2. Araştırmanın Soruları ... 41
5.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman ... 41
5.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi ... 42
5.5. Veri Toplama Yöntemi ... 43
5.6. Veri Toplama Araçları ... 44
5.6.1. Kadınlara Uygulanan Formlar ... 44
5.6.2. Erkeklere Uygulanan Formlar ... 46
5.7. Araştırmanın Uygulanması ... 48
5.8. Verilerin Değerlendirilmesi ... 50
5.9. Araştırmanın Etik Yönü ... 52
5.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlükleri ... 52
6. BULGULAR ... 53
6.1. Jinekolojik Kanserli Hastaların Bulguları ... 53
6.2. Jinekolojik Kanserli Hastaların Eşleriyle İlgili Bulgular ... 66
7. TARTIŞMA ... 82
7.1. Jinekolojik Kanserli Hastaların Demografik ve Tanıtıcı Verilerinin Tartışılması ... 83
7.2. Jinekolojik Kanserli Hastaların Jinekolojik, Obstetrik ve Hastalıklarına İlişkin Özelliklerinin Tartışılması ... 84
7.3. Jinekolojik Kanserli Hastaların DBGÖ Puan Ortalamalarının ve Madde Frekans Değerlerinin Tartışılması ... 87
7.4. Jinekolojik Kanserli Hastaların Tanımlayıcı Verileri ve DBGÖ Karşılaştırmalarının Tartışılması ... 90

7.5. Jinekolojik Kanserli Hastaların Eşlerinin Demografik Verileri ve Hasta Bakımına Katılım Verilerinin Tartışılması 93
7.6. Jinekolojik Kanserli Hastaların Eşlerinin BVDBGÖ Puanları, Altboyut Puanları, Maddelerinin Frekansları ve BVHDÖ Toplam Puanlarının Tartışılması. 97
7.7. Jinekolojik Kanserli Hastaların Eşlerinin Tanımlayıcı Verileriyle BVDBGÖ ve BVHDÖ Karşılaştırmalarının Tartışılması 100
8. SONUÇ VE ÖNERİLER..... 104
8.1. Sonuçlar 104
8.2. Öneriler..... 106
9. KAYNAKLAR 107
10. EKLER..... 126
EK 1. Etik Kurul İzni 126
EK 2. İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Kurum İzni Yazısı..... 127
İstanbulul İl Sağlık Müdürlüğü'nden Kurum İzni Yazısı alınmıştır. 127
EK 3. Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği İzni..... 128
Leman Şenturan'dan DBGÖ kullanım izni alınmıştır. 128
EK 4. Bakım Verenlerin Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği İzni 129
EK 5. Bakım Vermeye Hazır Olma Durumu Ölçeği-Bakım Vermeye Hazır Olma Durumu Ölçeği İzni 130
EK 6. Gönüllü Bilgilendirme Formu (Kadın) 131
EK 7. Gönüllü Bilgilendirme Formu (Eş)..... 132
EK 8. Katılımcı Beyanı..... 133
EK 9. Gönüllü Onay Formu..... 134
EK 10. Tanımlayıcı Bilgi Kadın (K) Formu 135
EK 11. Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği..... 136
EK 12. Tanımlayıcı Bilgi Erkek (E) Formu..... 139
EK 13. Bakım Verenlerin Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği..... 140
EK 14. Bakım Vermeye Hazır Olma Durumu Ölçeği- Preparedness Ölçeği 143
EK 15. Sözel Bildiri Kabul Yazışması..... 144
EK 16. Kongre Katılım Sertifikası 145
11. ÖZGEÇMİŞ..... 146

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.

Merve SÜS

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitim ve tez sürecimin her aşamasında sonsuz sabır ve anlayışla, mesleki tecrübesiyle yol gösteren saygıdeğer tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Zübeyde Ekşi Güloğlu başta olmak üzere,

Hayat yolunda birlikte devam etmeye karar verdiğimiz ilk andan itibaren desteğini bir an eksik etmeyen, her daim beni motive etmeye çalışan ve tez sürecimin her zorluğunda elimden tutup "hadi Merve yaparsın sen" diyen canım eşime,

Tüm hayatım boyunca ayaklarımın üzerine sağlam basmayı öğreten, karşılaştığım her zorlukta sırtımı yasladığım ve bana olan güvenlerini her an hisettiğim canım aileme,

Yüksek lisans eğitim ve tez sürecimin her anına benimle birlikte eşlik eden burada yazmakla bitiremeyecek anılar biriktirdiğim, yüksek lisansın bana kattığı değerli yol arkadaşım Elif Özer Ekiz'e,

Yalnızca tez sürecimde değil, tüm dertlerime yoldaş olan can dostlarım Fatma Nur Bedel, Buse Türkeli ve Selin Dizbay'a sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum……

MERVE SÜS

İSTANBUL, 2021

KISALTMALAR

ACOG: Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği

AJCC: Amerika Birleşik Kanser Komitesi

BT: Bilgisayarlı Tomografi

BVDBGÖ: Bakım Verenlerin Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği

CA-125: Kanser Antijeni 125

CIN: Servikal Intraepitelyal Neoplazi

CIS: Karsinoma In Situ

D&C: Dilatasyon & Küretaj

DBGÖ-KF: Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu

DES: Dietilstilbestrol

ESMO: Avrupa Tıbbi Onkoloji Derneği

FIGO: Uluslararası Jinekoloji ve Obstetrik Federasyonu

HGSIL: Yüksek Dereceli Skuamöz İntraepitalyal Lezyon

HIPEC: Hipertermik Karın İçi Kemoterapi

HPV: Human Papilloma Virus

HRT: Hormon Replasman Tedavisi

HT: Hipertansiyon

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

LEEP: Loop Electrosurgical Excision Procedure

LGSIL: Düşük Dereceli Skuamöz İntraepitalyal Lezyon

LLETZ: Large Loop Excision of the Transformation Zone

MASCC: Multinational Association for Supportive Care in Cancer

MHRS: Merkezi Hekim Randevu Sistemi

MRI: Manyetik Rezonans Görüntüleme

NCCN: Ulusal Kapsamlı Kanser Ağı

PAP Smear: Papanikolaou testi

PCOS: Polikistik Over Sendromu

PET-CT: Pozitron emisyon tomografisi

PIH: Pelvik İnflamatuar Hastalığı

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

T.C.: Türkiye Cumhuriyeti

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

WHO: Dünya Sağlık Örgütü

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. FIGO'nun Korpus Uteri Kanser Sınıflandırması

Tablo 2. FIGO Over Kanser Sınıflandırması

Tablo 3. FIGO'nun Servikal Kanser Sınıflandırılması

Tablo 4. Vulva Kanserinde FIGO Evrelemesi

Tablo 5. FIGO Vajinal Kanser Sınıflandırılması

Tablo 6. DBGÖ Altboyutları

Tablo 7. BVDBGÖ Altboyutları

Tablo 8. Hastaların Destekleyici Bakım Gereksinimleri Algılarına Ait Normallik Testi Sonuçları

Tablo 9. Araştırmanın Verilerinin Analizinde Kullanılan İstatistikler

Tablo 10. Kadınların Demografik ve Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

Tablo 11. Jinekolojik Kanserli Kadınların Obstetrik ve Jinekolojik Özelliklerinin Dağılımı

Tablo 12. Jinekolojik Kanserli Kadınların Hastalıklarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

Tablo 13. Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği (DBGÖ) Puanları ve Cronbach Alfa Değerleri

Tablo 14. Jinekolojik Kanserli Hastaların DBGÖ Frekans Dağılımı

Tablo 15. Jinekolojik Kanserli Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile DBGÖ ve Altboyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 16. Jinekolojik Kanserli Hastaların Jinekolojik ve Obstetrik Verileri ile DBGÖ Toplam Puan ve Altboyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 17. Jinekolojik Kanserli Hastaların Hastalıklarına İlişkin Özellikleri ile DBGÖ Puan ve Altboyut Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 18. Jinekolojik Kanserli Hastaların Eşlerinin Demografik ve Tanıtıcı Özellikleri

Tablo 19. Jinekolojik Kanserli Hastaların Eşlerinin Hasta Bakımına Katılım ile İlgili Verilerin Dağılımı

Tablo 20. BVDBGÖ Altboyut Puanları, Toplam Puanı, BVHDÖ Puanları ve Cronbach α Değerleri

Tablo 21. BVDBGÖ Frekans Dağılımı

Tablo 22. Eşlerinin Tanıtıcı Özellikleri ile BVDBGÖ Altboyut, Toplam Puan ve BVHDÖ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 23. Jinekolojik Kanserli Hastaların Eşlerinin Hasta Bakımına Katılım Verileri ile BVDBGÖ ve BVHDÖ'nün Karşılaştırılması

Tablo 24. BVDBGÖ ile BVHDÖ Arasındaki İlişki

Tablo 25. DBGÖ, BVDBGÖ ve BVHDÖ Arasındaki İlişki

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. HPV Enfeksiyonundan Serviks Kanserine Giden Süreç

Şekil 2. Araştırmanın Uygulanma Algoritması

1. ÖZET

Jinekolojik Kanserli Hastalar ve Eşlerinin Ameliyat Sonrası Destekleyici Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi

Merve SÜS

Zübeyde EKŞİ GÜLOĞLU

Amaç: Araştırma, jinekolojik kanserli hastalar ve eşlerinin ameliyat sonrası destekleyici bakım gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Materyal-Metod: Çalışma kesitsel/tanımlayıcı tipte olup Ocak-Ekim 2021 arası yürütülmüştür. Araştırma evrenini, İstanbul Zeynep Kâmil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi jinekolojik onkoloji polikliniğine başvuran jinekoloji onkoloji hastaları ve eşleri oluşturmuştur. Örneklem kriterlerine uyan toplam 136 hasta ve eşi çalışma kapsamına alınmıştır. Çalışmanın verileri; Tanımlayıcı Bilgi Formu ve Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği kadınlara uygulanmış, eşlerine ise Tanımlayıcı Bilgi Formu ve Bakım Verenlerin Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği ve Bakım Vermeye Hazır Olma Durumu Ölçeği uygulanarak toplanmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması 53,84±10,75 olup %47,1'i ilkokul, %27,2'si ortaöğretim ve %7,4'ü ise lisans mezunudur. Kadınların %16,9'u over %64,7'si endometrium %14'ü serviks %4,4'ü ise vulva kanseri tanısı almış ve tüm vakalara cerrahi operasyon uygulanmıştır. Kadınların Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği puanlarının ortalaması 64,12 ±16,93 puan olarak belirlenmiştir. Eşlerinin yaş ortalaması 57,32±10,38 olup %47,1'i ilkokul mezunu, %14'ü lisans mezunudur. Eşlerin Bakım Verenlerin Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeğin puan ortalaması 3,19 ± 0,81 ve Bakım Vermeye Hazır Olma Durumu Ölçeği puan ortalaması 20,31± 7,71 olarak belirlenmiştir.

Jinekolojik kanserli hastaların yaş, aile tipi, gebelik sayısı, doğum sayısı, menopoza girme şekli, kanserin türü, evresi, uygulanan operasyon şekli, operasyondan sonra geçen süre ile Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği puan ortalamaları arasında

anlamlı fark saptanmazken eğitim durumu, sistemik hastalık varlığı, menopoz yaşı, radyoterapi görme durumu ile Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Jinekolojik kanserli hastaların eşlerinin bakıma ayrılan süre, günlük rutinin etkilenmesi, bakım verirken güçlük yaşama,ve evlilik ilişkisinde etkilenme ile Bakım Verenlerin Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır.

Sonuç: Jinekolojik kanserli kadınların oprerasyon sonrasında; demografik, jinekolojik ve obstetrik özelliklerine bakılmaksızın destekleyici bakım ihtiyaçlarının devam ettiği benzer şekilde eşlerinin de bu süreçte destekleyici bakıma ihtiyaçlarının olduğu belirlenmiştir. Bu süreçte hastalar ve eşlerinin taburculuk sonrası uzun dönemde destekleyici bakım verilmesi gerektiği önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: hemşirelik bakımı, destekleyici bakım, kanser, bakım verici

2. SUMMARY

Determination of Postoperative Supportive Care Needs of Gynecological Cancer Patients and Their Spouses

Merve SÜS

Zübeyde Ekşi GÜLOĞLU

Objective: The study was conducted to determine the postoperative supportive care needs of patients with gynecological cancer and their spouses.

Material-Method: The study is of cross-sectional/descriptive type and was carried out between January and October 2021. The population of the research consisted of gynecology oncology patients and their spouses who applied to the gynecological oncology outpatient clinic of Istanbul Zeynep Kamil Gynecology and Pediatrics Training and Research Hospital. A total of 136 patients and their spouses who met the sampling criteria were included in the study. The data of the study; The Descriptive Information Form and the Supportive Care Needs Scale were applied to the women, and their spouses were collected by applying the Descriptive Information Form and the Caregivers' Supportive Care Needs Scale and the Caregiver Readiness Scale.

Results: The mean age of the women participating in the study was 53.84±10.75, 47.1% of them primary school, 27.2% of them secondary education and 7.4% of them undergraduate. 16.9% of women were diagnosed with ovarian 64.7% endometrium, 14% cervix and 4.4% vulva cancer, and surgical operation was performed in all cases. The mean score of the Women's Supportive Care Needs Scale was determined as 64.12 ±16.93 points. The mean age of their spouses is 57.32±10.38 years, 47.1% of them are primary school graduates and 14% of them are undergraduates. Supportive Care Needs of Spouses and Caregivers The mean score of the Scale was determined as 3.19 ± 0.81, and the mean score of the Caregiver Readiness Scale was determined as 20.31 ± 7.71.

While no significant difference was found between the age, family type, number of pregnancies, number of births, type of menopause, type of cancer, stage, type of operation performed, time elapsed after the operation, and the mean score of the

Supportive Care Needs Scale in patients with gynecological cancer, there was no significant difference in terms of education level, presence of systemic disease, menopause. A significant difference was found between age, radiotherapy status and the mean score of the Supportive Care Needs Scale. A significant difference was found between the mean scores of the Caregivers' Supportive Care Needs Scale, with the time spent on care, the daily routine being affected, the difficulties in giving care, and the marital relationship being affected by the spouses of patients with gynecological cancer.

Conclusion: After the operation, women with gynecological cancer; It has been determined that supportive care needs continue regardless of their demographic, gynecological and obstetric characteristics, and their spouses also need supportive care in this process. In this process, it is recommended that patients and their spouses should be given supportive care in the long term after discharge.

Keywords: nursing care, supportive care, cancer, caregiver

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Son yüzyılın en temel sağlık sorunlarından biri kanser hastalığıdır. Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) 2019 verilerine göre kadın ve erkeklerde ölüm nedenlerinin ilk üç sıralaması dolaşım sistemi hastalıkları (%36.8), iyi huylu ve kötü kötü huylu tümörler (%18.4) ve solunum sistemi hastalıkları (%12.9) olarak belirtilmiştir. Bu verilere göre meydana gelen her 5 ölümden birinin sebebi kanserdir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2019). Aynı zamanda 2017 Türkiye Kanser İstatistikleri verilerine göre kadınlarda görülen kanserler incelendiğinde 1. sırada meme (%25.5), 2. sırada tiroid (%11.9), 3. sırada kolorektal (%8.1), 5. sırada uterus corpusu (%5.6), 7. sırada over (%3.3) ve 9. sırada uterus serviksi (%2.3) görüldüğü saptanmıştır. Kadınlarda görülen tüm kanserler içerisinde jinekolojik kanserlerin görülme oranı %11.2'dir (Türkiye Kanser İstatistikleri, 2017).

Dünyadaki duruma bakıldığında ise Dünya Sağlık Örgütü'nün (World Health Organization) (WHO) 2019 yılında yayınladığı Küresel Sağlık Tahminleri Raporu'na göre kadın ve erkeklerde ölüm nedenlerinin ilk üç sıralaması iskemik kalp hastalıkları (8.9 milyon), inme (6.2 milyon), kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) (3.2 milyon) olarak görülmektedir (WHO, 2019). GLOBOCAN 2020 verilerine göre ise dünya çapında 19.3 milyon yeni kanser vakasının ortaya çıktığı belirtilmiştir. Aynı zamanda dünyadaki kadınlarda kanser oranlarına bakıldığında ilk üç sırada sırasıyla meme (%24.5), kolorektal (%9.4) ve akciğer kanserleri (%8.4) yer almaktadır. Jinekolojik kanserlerden olan serviks kanserinin %6.5 oranla 4. sırada, korpus uteri kanserinin %4.5 oranla 6. sırada ve over kanserinin ise %3.4 oranla 8. sırada olduğu belirtilmiştir. Bu verilere göre kadınlarda görülen tüm kanserler içerisinde jinekolojik kanserlerin görülme oranı %14.4'tür (Sung ve ark., 2020).

Dünya'da ve Türkiye'deki güncel duruma bakıldığında, kadınlar için önemli sağlık sorunlarından biri olan jinekolojik kanserlerin kadınların yaşamını etkileyen, gelecek yaşamında önemli değişikliklere neden olan bir durum olduğu görülmektedir (Esencan 2009).

Jinekolojik kanserlerin tanı-tedavi aşaması sonrası ortaya çıkan fizyolojik ve psikolojik semptomlar, aile ve iş yaşamı ile ilgili sorunlar ve geleceğe ait belirsizlikler gibi çok boyutlu faktörlerin kadın sağlığı üzerinde olumsuz etkiler

yarattığı görülmektedir. Diğer kanserlerde yaşanan sorunlara ek olarak jinekolojik kanserlerde; beden imajı, cinsel kimlik ve üreme yeteneği ile ilgili hem bireyi, hem de ailenin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen önemli sağlık sorunları da eşlik etmektedir (Reis, 2003).

Toplumun kadın kimliğinin yansıttığı rolde doğurganlık, annelik ve eş rolü önemlidir. Günümüzde hala pek çok kadın, kadın cinsiyetini "uterusa sahip olmak" ve "çocuk doğurmakla" eşdeğer olarak görmektedir. Uterusun kaybı, kadınlığın kaybı olarak algılandığı için toplumda jinekolojik kanserli kadınlar, fiziksel ve psikolojik travmalara maruz kalabilmektedir.

Cinsel yaşamın olumsuz etkilenmesi, anne olma yetisinde kayıp, yalnız kalma, başkalarına muhtaç olma, acı çekme, stresle başa çıkmada zorlanma, özgüveninde azalma, aile içi rollerde değişikler gibi pek çok farklılığa neden olabilecek olan bu hastalığı hasta ve aile üyeleri birlikte yaşamaktadırlar. Aile üyeleri için de travmatik bir dönem olmakla birlikte sorumluluklarının da artmasına neden olduğu görülmektedir (Koç ve ark., 2016). Yaşanılan hastalığa bağlı gelişen korku, gelecek kaygısı, stres gibi psikolojik etkilerin hepsi tüm hasta ve yakınları için yaşanan zor bir sürece neden olabilmektedir (Ergen 2017). Süreçte en çok eş/partner hastaya duygusal destek sağlamanın yanı sıra pek çok zorlukla başa çıkmak durumunda kalmaktadır (Manne ve Badr 2008). Bakım sunan kişi, hastanın aktivitelerini ve sorumluluklarını üstlenmektedir.

Jinekolojik kanserli hastanın bakımındaki amaç, optimal seviyede semptom kontrolünü sağlamak, fiziksel ve duygusal acı çekmeyi aza indirmektir. Ailenin bakıma katılması ile hastanın fiziksel, sosyal ve ruhsal gereksinimlerine cevap bulması kolaylaşmaktadır. Bakımda aktif rol alan kişi, hastanın tüm gün yanında olduğu için onunla ilgili tüm süreçte sosyal yaşantısıyla ve sağlık ekibi ile iletişim halindedir. Bakım veren kişinin hastaya bakarken sorumluluklarının arttığı görülmektedir (Ergen 2017). Kanser tanısı almış bireyin eşlerinde sosyal rollerde çatışma, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede zorlanma, eşler arası ilişkilerde ve aile ilişkilerinde değişimler, duygusal psikososyal değişimler, fiziksel iyilik halinde sapmalar gözlemlenmektedir. Eşin kendi yaşam stresörlerinin, sosyo-ekonomik statüdeki değişimlerin, yaşama bakış açısının da risk faktörü oluşturduğu saptanmıştır (Kaya ve Ark. 2018).

Jinekolojik kanserli birey ve bakım verenin(eş) kanser süreci boyunca oluşan ihtiyaçlarının değerlendirilmesi, bireyin süreci en az hasarla atlatabilmesi açısından çok önemlidir. Bu sebeple birey ve bakım vericinin bütüncül bir değerlendirmesi gerekmektedir. Bütüncül değerlendirme, modern hemşireliğin disipliner parçası olan holistik bakım ile mümkündür. Etkin bir bakımda hasta merkezli yaklaşımla bireylerin holistik bir bakış açısıyla değerlendirilip destekleyici bakım gereksinimlerinin tanılanması ve karşılanması gerekmektedir. Gereksinimlerin belirlenmesi ile hastanın distresi, kötü yaşam kalitesi, bakım memnuniyetsizliği azaltılmış olup sağlık hizmeti kullanımı ve maliyetinin azalması sağlanmaktadır. Bu gereksinimler belirlenirken, hastalığın tüm aşamalarında önemli yeri olan ancak gereken ilgiyi göremeyip bakım yükünün sorumluluklarını yüklenen eşlerin de ihtiyaçlarının belirlenmesinde holistik yaklaşımın etkileri gözlenmektedir (Aksuoğlu ve Şenturan, 2016). Destekleyici bakım gereksinimlerinin belirlenmesi, verilecek bakımın niteliğini etkilemektedir. Bu sebeple çalışmamızın amacı; jinekolojik kanserli hastalar ve eşlerinin ameliyat sonrası destekleyici bakım gereksinimlerinin belirlenmesidir.

4. GENEL BİLGİLER

Jinekolojik kanserler kadın üreme organlarında meydana gelen kötü huylu oluşumlardır. Dünya'daki ve ülkemizdeki verilere bakıldığında morbidite ve mortalite açısından kadınlar için önemli bir sağlık sorunu teşkil ettiği görülmektedir (WHO, 2019; Türkiye Kanser İstatiskleri, 2017). Jinekolojik kanserlerde mortalite oranları hastalığın evresi, histopatolojik tipi ve derecesi, hastanın genel sağlık durumu, yaşı ve yapılan cerrahi operasyona bağlı olarak değişkenlik göstermektedir. Geç bulgu vermesi nedeniyle over kanseri en yüksek mortaliteye sahip kanserlerden biridir (Ertem, 2010).

Genel anlamı ile kanserin toplumsal algıda ölüm ile bağdaştırılmasının yanı sıra jinekolojik kanserler kadınlar için daha büyük öneme sahiptir. Bunun sebebi jinekolojik kanserlerin kadınlığın kaybı olarak düşünülmesidir. Cinsellikte ortaya çıkan olumsuzluklar, doğurganlığın kaybı, beden imajında ortaya çıkan değişimler ve evdeki statü değişimleri gibi pek çok etmen kadınlığın kaybı olarak algılanmaktadır (Koç ve ark., 2016; Ayaz ve ark., 2008).

Jinekolojik kanserler bulundukları bölgelere göre farklı belirtiler göstermekle birlikte korpus uteri, serviks, over, vajina ve vulvada ortaya çıkmaktadır (Atlas, 2020).

4.1.Korpus Uteri Kanserleri

4.1.1. İnsidans ve Epidemiyoloji

Türkiye Kanser İstatistikleri verilerine (2017) göre kadınlarda görülen kanserler arasında, korpus uterin kanserleri 5. sırada (%5,6), jinekolojik kanserler arasında ise 1. sırada yer almaktadır (Türkiye Kanser İstatistikleri, 2017).

Dünya verilerine bakıldığında her yıl 218.000'den fazla yeni korpus uterin kanser vakası oluştuğu ve tüm kanserler içerisinde görülme sıklığı olarak 6. sırada yer aldığı görülmektedir. Gelişmiş ülkelerde, diğer ülkelere oranla daha fazla görüldüğü saptanmıştır. Bununla beraber Kuzey Amerika ve Avrupa'da en sık görülen invaziv jinekolojik malignitedir (Ward ve McHale, 2015; Cloutier, 2008). Beyaz kadınlarda yaygın görülmesine rağmen ölüm oranı siyahi kadınlarda daha fazladır. Siyahi

kadınların uterus korpusu kanserine yatkınlığı yüksektir ve prognozu agresiftir (Aslan, 2015; Ward ve McHale, 2015).

4.1.2. Etiyoloji ve Risk Faktörleri

Uterus; fundus, korpus, isthmus ve serviks olmak üzere 4 bölümden oluşmaktadır. Uterus dıştan içe doğru perimetrium, myometrium, endometrium olmak üzere 3 tabakadan oluşmaktadır. Endometriyal tabaka tek katlı, tüylü, silindirik epitelden oluşmaktadır. Korpus uterin kanserleri genellikle uterusun endometriyal tabakasında meydana gelmektedir (Amant ve ark., 2018; Aşcı ve Kocaöz, 2019).

Korpus uteri kanserlerinin çoğunlukla hiperöstrojenizm ve atrofiyle ilişkili olduğu görülmektedir. Artan östrojene karşılık gelen progesteron yokluğu ve genellikle yaşa bağlı gelişen atrofik doku oluşumu korpus uteri kanser gelişimine neden olmaktadır. Endojen östrojen üretiminin çeşitli sebeplerle bozulmasından dolayı karşılanmayan östrojen maruziyeti oluşmaktadır. Bu karşılanmamış östrojen maruziyeti risk faktörü oluşturmaktadır. Bu risk faktörleri;

- Uzun süreli, yüksek dozajlı, karşılanmamış östrojen tedavisi
- Nulliparite (Hiç çocuk doğurmamış olma)
- İnfertilite
- Geç menopoz, Erken menarş
- Polikistik Over Sendromu (PCOS) veya östrojen üreten tümör varlığı
- Menstrüel düzensizlikler
- Uzun süreli yüksek dozajlı oral kombine kontraseptif kullanımı
- Yüksek kümülatif Tamoxifen dozları (Nolvadex)
- Genetik faktörler (ailede korpus uterin kanser öyküsü varlığı, BRCA1 ve BRCA2 mutasyon taşıyıcıları, Cowden Sendromu varlığı, retinoblastom öykülü kadınlarda RB1 mutasyon varlığı)
- Herediter nonpolipozis kolon kanseri sendromlu hastalar
- Obezite
- Diyabet, HT, safra kesesi ve tiroid hastalıkları
- Sigara tüketimi
- İleri yaş
- Beyaz ırk

- Yüksek eğitim ve gelir düzeyi
- Kuzey Amerika veya Kuzey Avrupa'da ikamet etmektir (Chen ve Berek, 2021; Ward ve McHale, 2015; Hoffman ve ark., 2012; Cloutier, 2008; Aşcı ve Kocaöz, 2019).

4.1.3. Belirtiler

Korpus uteri kanserlerinde belirtiler; düzensiz vajinal kanama, Pap smearde bulgulanan glandüler hücreler, hipogastrik ve pelvik ağrı, pelviste ele gelen kitleler, postmenopozal kanama, karın şişkinliği, halsizlik, hematometra, pyometra ve ani kilo kaybıdır. Erken tanılamada önemli bir belirteç olan düzensiz vajinal kanama, korpus uteri kanserli kadınların %75'inde görülmektedir. Düzensiz vajinal kanama, postmenopozal kadınlarda %5-10 korpus uteri kanseri belirtisidir (Hoffman ve ark., 2012; Amant ve ark., 2018; Cloutier, 2008; Ward ve McHale, 2015; Aşcı ve Kocaöz, 2019).

4.1.4. Tanı

Tanılama yapılmaya fizik muayene ile başlanır. Fizik muayene sonrası ultrasonografi ile endometriyal kalınlık değerlendirilir. Bu sebeple ileri tanı için endometriyal biyopsi, D&C (dilatasyon&küretaj) ve histerokopi yapılır. Histopatolojik olarak korpus uterin karsinoma tanısı almış hastanın metastaz durumu değerlendirilir (Ward ve McHale, 2015; Amant ve ark., 2018). Metastaz durumu değerlendirilirken görüntüleme yöntemlerinden (BT, MRI vb.) yararlanılır. Bununla beraber laboratuvar tetkiklerinden karaciğer enzimlerindeki bozulmalar ve CA 125 değerindeki yükselmeler önemli belirteçlerdir (Hoffman ve ark., 2012; Cloutier, 2008).

4.1.5. Evreleme

Hastalığın evrelenmesinde pek çok prosedür bulunmaktadır. NCCN (National Comrehensive Cancer Network, Ulusal Kapsamlı Kanser Ağı) yönergelerine göre evreleme için;

1. **Uterus muayenesi;** Öykü alınması, fizik değerlendirmenin yapılması, toraks röntgeni, endometriyal örneklem ve servikal sitoloji alınması
2. **Cerrahi evreleme yapılması;** Cerrahi evreleme, açık bir prosedür olan, operasyon esnasında belirlenebilen, uterus ve overlerin alınıp, lenf nodu ve

peritoneal sitolojik örneklemenin yapılmasıdır. Bu evreleme tipi ile hastalığın yayılımı değerlendirilmektedir.

3. Tümörün derecesi, oluştuğu dokuya benzerliği ile belirlenmektedir. Evreleme ve tümörün derecesi birincil prognoz belirleyicileridir. Evreleme yaparken dikkate alınanlar; Histoloji / grade (derece), tümörün evresi, miyometrial yayılım, servikse uzanım, peritoneal sitoloji, lenf nodu metastazı, lenfovasküler boşluk yayılımı, yaştır (Ward ve McHale, 2015, Cloutier, 2008).

Tablo 1. FIGO'nun Korpus Uteri Kanser Sınıflandırması (Amant ve ark., 2018).

EVRE I	Korpus uteri ile sınırlı tümör
EVRE IA	Yarı myometrial yayılım yok veya daha az
EVRE IB	Myometriumun yarısına eşit veya daha fazla yayılım
EVRE II	Tümör servikal stromaya yayılır, ancak uterusun ötesine geçmez (Endoservikal glandüler tutulum artık Evre II olarak değil, sadece Evre I olarak düşünülmelidir)
EVRE III	Tümörün yerel ve/veya bölgesel yayılması
EVRE IIIA	Tümör, korpus uteri ve/veya adnekslerin serozasını kaplamış (Pozitif sitoloji, evre değiştirilmeden ayrıca rapor edilmeli)
EVRE IIIB	Vajinal tutulum ve/veya parametrial tutulum (Pozitif sitoloji, evre değiştirilmeden ayrıca rapor edilmeli)
EVRE IIIC	Pelvik ve/veya para-aortik lenf nodu metastazları (Pozitif sitoloji, evre değiştirilmeden ayrıca rapor edilmeli)
EVRE IIIC1	Pozitif pelvik nodları
EVRE IIIC2	Pozitif pelvik lenf nodları olan veya olmayan pozitif para-aortik nodlar
EVRE IV	Tümör mesane ve/veya barsak mukozasına yayılmış ve/veya uzak metastaz
EVRE IVA	Tümör mesane ve/veya barsak mukozasına yayılmış
EVRE IVB	Uzak metastaz, intraabdominal metastaz ve/veya inguinal lenf nodu metastazı dahil

4.1.6. Tedavi

Korpus uteri kanserli hastaların 2/3'ü erken evre, 1/3'i ise ileri evre yakalandığı görülmüştür. Bu hastalara uygulanan standart cerrahi tedavi; myometomi, histerektomi, parsiyal histerektomi, total abdominal histerektomi + bilateralsalphingo ooferektomi, sentinel lenf nodu diseksiyonu, retroperitonel lenfadenektomi gibi operasyonlardan oluşur. Cerrahi operasyon sırasında gönderilen frozen sonucunda ileri evre tümör kararına varıldığında parsiyel omentektomi ile daha geniş bir alan eksize edilmektedir. Lenfovasküler boşluk yayılımı gözleniyorsa adjuvan tedavi gerekliliği ortaya çıkmaktadır. FIGO'nun cerrahi evrelemesiyle hastaların cerrahi müdahale dışında ek bir tedavi yöntemine (adjuvan radyoterapi, adjuvan vajinal brakiterapi, intravajinal brakiterapi, external pelvik radyoterapi, kemoterapi,

hormonterapi) ihtiyacı belirlenmektedir (Chon, 2021, Hoffman ve ark., 2012; Cloutier, 2008; Alden ve ark., 2013).

4.1.7. Tarama

Korpus uteri kanserleri için herhangi kanıtlatmış bir tarama programı bulunmamaktadır. Buna rağmen korpus uterin kanserlerden korunmak için oluşturulan stratejiler mevcuttur. Birincil korunmada; sağlıklı yaşam stili davranışları geliştirme, riskli davranışlardan uzak durma, oral kontraseptif kullanımı, sigara tüketimi (tercih edilmemeli) önerilmektedir. İkincil korunma; tarama testleri ve riskli hastaların belirlenmesidir. Üçüncül korunma ise; seçilen uygun tedavi yöntemi ve rehabilitasyonun sağlanmasıdır. Sağlık davranışları gelişiminde; düzenli fiziksel aktivite, kilonun kontrol altında tutulması, sağlıklı beslenme ön plana çıkmaktadır. Erken tanı için tüm kadınlara sağlık eğitimi planlanmalı ve erken belirtiler görüldüğünde sağlık kuruluşuna başvurması konusunda desteklenmektedir.

Korpus uteri kanserlerinde tarama programı olmamasına rağmen risk taraması çok önemlidir. Genetik açıdan riskli bulgulanan ya da korpus uterin kanserine neden olabilecek sendromu bulunan hastalar yakın takip altına alınmaktadır. Riskli hastalarda biyopsi değerlendirmesi önerilmekte ve yüksek riskli hastalarda (herediter nonpolipozis kolon kanseri semptomu bulunan hastalarda) koruyucu amaçlı histerektomi yapılabilmektedir (Chen ve Berek, 2021; Eroğlu ve Koç, 2013; Colombo ve ark., 2016).

4.2. Over Kanseri

4.2.1. İnsidans ve Epidemiyolojisi

Ülkemizde, Türkiye Kanser İstatistikleri 2017 verilerine göre tüm kanserler arasında over kanserleri %3,3'lik bir yüzde ile 7.sırada, jinekolojik kanserler arasında 2. sırada yer almaktadır (Türkiye Kanser İstatistikleri, 2017)

GLOBOCAN 2020 verilerine göre dünya çapında 313 259 yeni vaka tanısı konulduğu saptanmıştır. Bu verilere göre tüm kanserler arasında görülme sıklığı sıralamasında dokuzuncu sırada (%3,4) yer aldığı görülmektedir. Over kanseri Avrupa ve ABD'de de jinekolojik kanserler arasında en yaygın görülen ikinci kanserdir. Birleşik devletlerde mortalite açısından diğer jinekolojik kanserlerin toplamından daha fazla ölüme neden olduğu saptanmıştır. Over kanserinin tüm

jinekolojik maligniteler arasında, geç bulgu vermesi sebebiyle en fazla mortalite oranına sahip malignite olduğu görülmektedir (Sung ve ark., 2021; Hunn ve Rodriguez, 2012; Momenimovahed ve ark, 2019; Beji K. ve Bilgiç, 2015).

4.2.2. Etiyolojisi

Overler iki tabakadan oluşmaktadır. İç tabaka medulla, dış tabaka ise korteks olarak adlandırılır. İç tabaka sinirsel, lenfatik ve bağ dokusu açısından zengindir. Dış tabakada ise çok sayıda oosit barındıran foliküller bulunmaktadır. Overlerde üç tip hücre bulunmaktadır. Bunlar; Epitelyal hücreler, germ hücreleri, stromal hücrelerdir. Herbir hücre tipinde ayrı kanser gelişimi olabilmektedir. Over kanserleri gelişiminde kaynak genellikle; over dokusu, tuba uterinler veya pelvik alan dokusudur.(Coşkun, 2012; Gönenç, 2019; Bahıtlı, 2016, Evgin, 2020).

Over kanser gelişiminde üç hipotez yer almaktadır. Bunlar; sürekli ovulasyon teorisi, gonodotropin teorisi ve inflamasyon teorisidir. Etiyolojik faktörü net olarak bilinmemesine rağmen gelişim sürecinin bu teorilerle birlikte çevresel ve genetik risk faktörlerine bağlı olduğu düşünülmektedir. Bu risk faktörleri;

- İleri yaş
- Nulliparite (hiç gebelik geçirmemek ve tekrarlayan ovulasyon)
- İnfertilite ve HRT (Hormon replasman tedavisi) ilaçlarının kullanımı
- Pelvik İnflamatuar Hastalığı (PIH)
- Düşük gonodoprin düzeyi
- Meme kanseri geçmişi
- Aile (genetik) öykü
- Erken menarş, Geç menopoz
- Vulvar bölgeye hijyenik maddeler ve talk pudrası kullanımı
- Beyaz ırk
- Kuzey Amerika ve Kuzey Avrupa'da yaşama
- Etnik köken (Avrupa, Eşkenazi Yahudi soyu, İspanyol köken)
- Sanayileşmiş batı ülkelerinde yaşama (Hoffman ve ark., 2012; Aşcı ve Kocaöz, 2019; Beji K. ve Bilgiç, 2015; Redlin, 2008).

4.2.3. Belirtiler

Over kanseri, semptomların yaygın olmasına rağmen spesifik bir belirti vermemesi yönüyle sinsi ve geç evre bulgulanan kanserler kategorisindedir. Erken evrelerde diğer iyi huylu adneksiyal kitleler gibi belirtiler yaşanabilmektedir. Bu belirtileri; abdominal ve pelvik ağrı, distansiyon, sırt ağrısı, artan bel çevresi ölçüsü, gastrointestinal şikayetler (bulantı, mide şikayetleri), üriner şikayetler (sık idrar çıkma veya ani idrar yapma isteği) ve disparonidir. Bu belirtiler haricince rutin pelvik muayene esnasında ele gelen kitle ve batında asit birikimi ile de ortaya çıkabilmektedir (Hoffman ve ark., 2012; Beji K. ve Bilgiç, 2015).

4.2.4. Tanı

Tanılaması oldukça güç kanserlerden biridir. Tanılamada, öykü alınırken risk faktörleri açısından incelenmesi çok önemlidir. Fizik muayene sırasında ele gelen kitle, şüpheli bir bulgudur. Ele gelen kitle tespit edildikten sonra laboratuvar testlerinden CA-125 serum tümör markerı çalışılır ve ultrason ile görüntüleme yapılır. Fizik muayenede kitlenin immobil, ağrısız, düzensiz oluşu önemlidir. Premenopozal ile postmenopozol kitleye yaklaşım farklıdır. Postmenopozal dönemde ele gelen kitle için bening bir oluşum düşünülmezken, premenopozal dönemde profilaktik amaçlı oral kontraseptif kullanarak kitlenin küçülüp, küçülmediği değerlendirilip ileri tetkiklere yönlendirilebilmektedir. Fiziksel belirti bulgu açısından şüpheli hastalar için ileri tetkikler önerilir.

Fizyolojik olarak peritonik yayılımın kolay oluşunun sebebi overlerin lokasyonel olarak periton sıvısının içerisinde olmasıdır. Peristaltizm bu yayılımı oldukça geniş alanlara ulaştırabilmektedir. Yayılım lenfatik yollar ve hematolojik yollar ile de gerçekleşebilmektedir. Bu sebeple yaygın karın içi organ metastazı görülme ihtimali yüksektir. Yayılım durumunu görüntüleme (BT, MRI, PET) ve ileri tetkiklere (parasentez vb.) başvurulmaktadır (Hoffman ve ark., 2012; Beji K. ve Bilgiç, 2015; Redlin, 2008; Lheureux ve ark., 2019; Evgin, 2020).

4.2.5. Evreleme

Over kanseri cerrahi olarak evrelendirilmektedir. Cerrahi planlama sırasında fizik muayene ve görüntüleme testlerinde atlanmış olabilecek hastalığı içerisinde kapsayacak büyüklükte bir insizyon alanı belirlenmelidir. Bu operasyon sırasında;

serbest batın içi sıvı aspire edilip, periton yıkama sıvıları boşaltılıp, tüm periton yüzeyleri incelenir ve palpe edilir hale getirilir. Gözle görülen bir değişim olmasa bile omentumdan biyopsi alınır ve periton içi örneklemeler yapılır. Pelvik ve böbrek altı para-aortik lenf nodu örneklemesi, prognoz açısından önemlidir (Hoffman ve ark., 2012).

Tablo 2. FIGO Over Kanser Sınıflandırması (Pratt ve FIGO Comittee, 2014).

Evre	Özellikler	
I	Tümör overlerde sınırlı	
IA	Tümör 1 over ile sınırlı, kapsül sağlam, yüzeyde tümör yok, yıkama negatif	
IB	Tümör her iki overde de görülmüş, evre IA şeklinde	
IC	Tek veya her iki overle sınırlı tümör	
IC1	Tümör cerrahi olarak çıkartılırken rüptüre olmuş, dökülme yaşanmış	
IC2	Ameliyattan önce tümör duvarı yırtılmış veya over yüzeyinde kanser var	
IC3	Asit veya peritoneal yıkamada kötü huylu hücreler	
II	Tümör, overlerden birini veya her ikisini içerir ve pelvisin altına uzantılı ve/veya peritona da yayılım göstermiş	
IIA	Uterusa ve/veya fallop tüplerine yayılım göstermiş	
IIB	Diğer pelvik, intraperitoneal dokulara yayılım	
III	Tümör yumurtalıklardan birini veya her ikisini içerir ve pelvis dışında peritona doğru yayılım ve/veya retroperitoneal lenf düğümlerine metastaz görülür	
IIIA	Pozitif retroperitoneal lenf nodları ve/veya pelvisin ötesinde mikroskobik metastaz	
IIIA1	Sadece pozitif retroperitoneal lenf nodları	
	IIIA1(i)	Metastaz ≤ 10 mm
	IIIA1(ii)	Metastaz >10 mm
IIIA2	Mikroskobik, ekstrapelvik (ağızdan yukarı) periton tutulumu ± pozitif retroperitoneal lenf düğümleri	
IIIB	Makroskopik, ekstrapelvik, peritoneal metastaz ≤ 2 cm ± pozitif retroperitoneal lenf düğümleri. Karaciğer/dalak kapsülüne uzantı içerir	
IIIC	Makroskopik, ekstrapelvik, peritoneal metastaz > 2 cm ± pozitif retroperitoneal lenf düğümleri. Karaciğer/dalak kapsülüne uzantı içerir	
IV	Periton metastazı hariç uzak metastaz	
IVA	Pozitif sitoloji ile plevral efüzyon	
IVB	Karaciğer ve/veya dalak parankimal metastazı, ekstraabdominal organlara metastaz (kasık lenf düğümleri ve karın boşluğu dışındaki lenf düğümleri dahil)	

4.2.6. Tedavi

Over kanserinde tedavi yaklaşımındaki amaçlar; uzun süreli hayatta kalımı sağlamak için tedavi, kanserli hücrelerin kontrol altına alınması, alınamıyorsa semptomlarını azaltmak, geç dönem hastalıkta profilaktik tedavinin uygulanmasıdır. Hastalığın tedavi yaklaşımı evresine göre belirlenmektedir.

Cerrahi evreleme sırasında total histerektomi ve bilateral salphingo ooferektomi, pelvik ve para-aortik lenf nodu diseksiyonu, omentektomi, apendektomi, diyafragma sağ alt yüzeyinin kazınması, diyafram, karın duvarı ve kolon arasındaki boşlukların incelenmesi gibi ek cerrahi müdahaleler de yapılmaktadır. Ameliyat sırasında görülen tüm şüpheli dokulardan biyopsi alınması da tedavi içerisinde yer almaktadır. Hastalığın evresinden bağımsız olarak cerrahi müdahaleye ek kemoterapi planlanır.

Cerrahi tedavinin izlediği yol, FİGO evrelemesine bağlı debulking/sitoredüktif evreleme cerrahisidir. Cerrahiyi takiben metastaz durumları göz önünde bulundurularak intraperitoneal kemoterapi (HIPEC), kök hücre nakilleri, fosfor radyoaktif izotoplar verilmesi (32P), kemoterapi, radyoterapi, hormonterapi gibi ek müdahalaler de tedavi planı içerisinde yer alabilir (Beji K. ve Bilgiç, 2015, Evgin, 2020).

4.2.7. Tarama

Over kanserine özgü toplum temelli taramalar arasında yer alan bir tarama programı mevcut değildir. Buna rağmen koruyucu yaklaşımlarla over kanserine yakalanma riskinin azaltılabilir olduğu görülmektedir. Doğurganlığın artması, laktasyon süresinin artması, oral kontraseptif kullanımı, aile öyküsü bulunan genetik riskli kadınlarda profilaktik cerrahi düşünülmesi, hayvansal yağ ve karbonhidrat tüketiminden fakir diyetler düzenlenmesi gibi koruyucu yaklaşımlar sayesinde over kanser gelişme riski azaltılabilmektedir (Evgin, 2020). Literatürde, over kanserinin erken teşhisine yönelik umut vadedici biyobelirteç ve proteomikler sunulmasına rağmen kanıtlanmış herhangi bir yöntem önerisi bulgulanamamıştır. Buna rağmen bimanuel rektovajinal muayene ve pelvik muayeneden oluşan yıllık taramaların erken evre over kanserinin teşhisi konusunda önemli yer oynadıkları görülmektedir (Hoffman ve ark., 2012; Beji K. ve Bilgiç, 2015; Redlin, 2008; Lheureux ve ark., 2019).

4.3. Uterus Serviksi Kanseri

4.3.1. İnsidansı ve Epidemiyolojisi

Türkiye Kanser İstatiskleri 2017 verilerine göre jinekolojik kanser türlerinin görülme oranının %11,2 olduğunu ve bunlar içerisinde %2.3 lük bir dilimle 3. sırada serviks kanserinin yer aldığı belirtilmiştir (Türkiye Kanser İstatiskleri, 2017).

GLOBOCAN 2020 verilerine göre, jinekolojik kanserler %14,4'lük bir oranla görülmekte olup bunlar içerisinde serviks kanseri %6,5'luk bir oranla birinci sırada yer almaktadır. GLOBOCAN 2020 verilerinde serviks kanserinin en yoğun Afrika bölgesinde görüldüğü ve insidans oranının 100.000 de 30'un üzerinde olduğu belirtilmiştir. Bu sıralamayı 100.000'de 28.3 ile Malezya takip etmektedir. Güney Amerika'da ise 100.000'de 15.4 oranla serviks kanseri görülmektedir (Sung ve ark., 2020). Dünyada serviks kanserinden ölen kadınların tamamına yakınının gelişmekte olan ülkelerde olduğu ve gelişmiş ülkelerde de hala bir halk sağlığı sorunu teşkil ettiği belirtilmiştir (Marth ve ark., 2017).

4.3.2. Etiyolojisi

Serviks anatomik olarak uterus ve vajina arasında yer almaktadır. Serviks vajinal bağlantısı sebebiyle dış enfeksiyonlara açık bir organdır. Serviksin vajinaya açılan kısmına ektoserviks denir ve bu kısım skuamoz epitel hücrelerle kaplıdır. Uterusa açılan kısmına ise endoservikal kanal adı verilir ve kolumnar epitel ile kaplıdır. Bu kanal, iç ve dış oslar ile uterus ve vajinaya bağlanan bölgedir. İç os uterusa açılan kapısı, dış os ise vajinaya bağlanan kapısıdır. Servikal karsinomlar genellikle endoservikal alan ile ektoservikal alanın transfer noktası olarak bilinen, skuamokolumnar adı verilen dönüşüm bölgesinde görülmektedir (Neerja ve ark., 2018).

Günümüzde HPV'nin (Human PapillomaVirus) servikal kanserlerin etyolojisinde rol oynayan en önemli faktör olduğu üzerinde durulmaktadır (Jordan ve Tewari, 2015). 15 riskli HPV tipinden birinin veya birkaçının kalıcı olarak servikal alana yerleşmesiyle serviks kanseri meydana gelmektedir. Servikal tümörlerin tamamına yakınında yine tip16 ve 18 onkojenitelerine rastlanılmıştır. Bu tipler dışında görülen HPV 31,33,35,45,52 ve 58 de dünya çapında görülebilen kanser türlerindendir. HPV-6 ve HPV-11 düşük riskli seyrettiği ve yalnızca genital siğillere neden olduğu

saptanmıştır (Birk, 2008). Yıllık tahminlerde 530.000 vakanın %71'ini tip16 ve 18'in oluşturduğu öngörülmektedir. HPV enfeksiyonu, 6-12 ay sonraki tekrarlanan örnekleme de yeniden gözlemlenirse kalıcılığı düşünülür.

Kalıcı HPV enfeksiyonu prekanseröz lezyonlara dönüşebilmektedir. Servikal epitelde neoplazmik değişimler görüldüğünde servikal kanser düşünülmektedir. Bu değişimler preinvazif lezyonlar olarak adlandırılmaktadır. Preinvazif lezyonların kendi içerisinde iki alt başlığa ayrışmaktadır. Bunlar; displaziler ve servikal intraepitelyal neoplazilerdir (CIN). Literatür incelendiğinde servikal kanserlerin genetik bir bağlantısı olduğu saptanamamıştır (Jordan ve Tewari, 2015; Neerja ve ark., 2018; Marth ve ark., 2017; Bekar, 2008).

Serviks kanseri risk grup değerlendirmesinde tüm kadınların risk grubunda bulunduğu görülmektedir. Kanser gelişimindeki en büyük risk tarama programlarının olmayışı veya seyrek olmasıdır. Bunlara ek bireysel riskler de eklendiğinde daha riskli hale gelmektedir. Bireysel risklerin olumsuz sağlık davranışlarıyla ilişkili olduğu görülmektedir. Riski arttıran faktörler şunlardır;

- Erken cinsel birleşme (16 yaş altı)
- Çok eşli cinsel hayat, çok eşli cinsel hayatı olan biriyle cinsel birliktelik yaşanması
- <20 yaş gebelik öyküsü, <20 yaş doğum yapma
- Doğum sayısının >3 olması
- Cinsel yolla bulaşan hastalık varlığı
- Sigara
- Irk(siyahi)
- Yaş
- Düşük sosyoekonomik düzey
- Tedavi edilmemiş vajinal enfeksiyon öyküsü
- İmmün sistemin baskılandığı durumlardır (Jordan ve Tewari, 2015; Kanbur ve Çapık, 2011).

4.3.3. Belirtileri

Servikal kanserler preinvazif durumdan invazif duruma geçene kadar semptomları belli etmeden seyredebilir. Erken dönem belirtileri; ince, berrak veya kanlı vajinal akıntıdır. İleri dönem belirtileri; anormal vajinal kanamalar, kötü kokulu akıntılar, pelvik bölgeye lokalize ağrılar ve cinsel birleşmede ağrı vb. şekilde seyreden semptomlardır. Geç dönem hastalıkta ise hastalık bulunduğu anatomik bölge itibariyle pelvik yan duvarlar, parametrium ve çevre organlara sıçramış olabileceğinden yan bel bölgeleri, bacak ağrıları, kanlı idrar yapımı, rektovajinal kanamalar, lenfödem gibi daha büyük belirtilerle seyredebilmektedir.

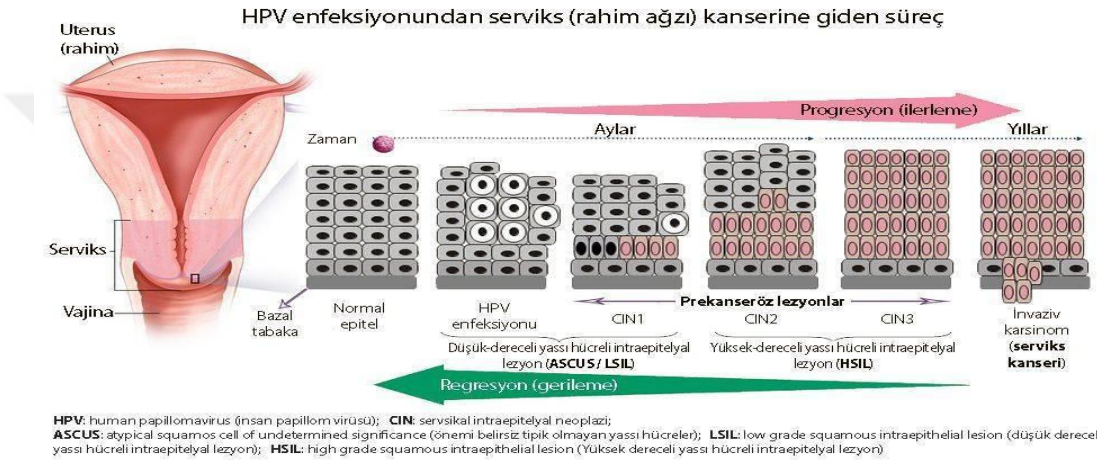
4.3.4. Tanı

Tanıda öncelikle servikal smear testi yapılır. Taramadan sonra eğer anormal servikal sitoloji veya pozitif yüksek riskli HPV sonucu ile karşılaşıldıysa ileri tetkiklerden kolposkopi, biyopsi veya LEEP gibi eksizyonel prosedürler uygulanır. Tümörün boyutu, yayılımı ve çevre organlar ile ilişkisini değerlendirmek için pelvik ve rektovajinal muayene yapılabilir. Tanılama esnasında radyolojik grafilere, bilgisayarlı tomografilere (BT), manyetik rezonanslı görüntülemelere (MRI), pozitron emisyon tomografisine (PET) ve kan testlerine başvurulabilir. Bu yardımcı tetkikler sayesinde, lenf tutulumu, yakın dokulara yayılımı ve metastazları belirlenebilmektedir (Bahıtlı, 2016).

4.3.5. Evreleme

HPV ile karşılaşan servikste proliferasyonlar oluşmakta ve prekanseröz lezyonlara dönüşmektedir. Bunlara servikal intraepitelyal neoplaziler (Cervical Intraephithelial Neoplasia, CIN) denir. Aynı zamanda düşük gradeli servikal intraepitelyal lezyonlar (Low grade squamous intraepithelial lesion, LGSIL) da denir. Bu dönüşümlerin bazıları kendiliğinden zaman içinde kendisini sınırlayabilmekte ve gerileyebilmektedir. Gerilemeyen hücrelerde ise kanserojen faktörlerin etkisiyle

yüksek gradeli intraepitel lezyonlar (High grade squamous intraepithelial lesion, HGSIL) geliştiği görülmektedir. Bu lezyonlar, tedavi edilemediği durumlarda membranlar arası geçiş sağlandığı takdirde kanser gelişimi söz konusudur. (Bahıtlı, 2016; Bekar, 2008). Bu lezyonlar servikal epitelde hafif displazi ve serviksin 1/3 lük kısmını kaplıyorsa CIN I, serviksin 2/3 lük kısmını kaplıyorsa şiddetli displazi ve CIN III ü ifade eder. Eğer arasında kalıyorsa CIN II olarak nitelendirilir. İnvazif Karsinoma (Karsinoma In Situ, CIS) olarak değerlendirilebilmesi için serviksin tüm katmanları anormal proliferasyonlarla kaplı olmalıdır.



Şekil 1. HPV Enfeksiyonundan Serviks Kanserine Giden Süreç (Servikal Kanserli Hücrelerin Progresyonu, https://www.drozdogan.com/konizasyon-nedir-nasil-yapilir-tarihcesi-serviks-kanseri-jinekolog/#:~:text=Konizasyon%20%C3%A7e%C5%9Fitleri%20nelerdir%3F,loop%20elektrocerrahi%20eksizyon%20prosed%C3%BCr%C3%BC)%20denilmektedir. ET: 01.06.2021)

Tablo 3. FIGO'nun Servikal Kanser Sınıflandırılması (Bhatla ve ark., 2018)

AŞAMA			AÇIKLAMASI
I			Karsinom kesinlikle serviks ile sınırlıdır (uterin korpusa uzanım göz ardı edilmelidir)
	IA		Yalnızca mikroskopi ile teşhis edilebilen, maksimum invazyon derinliği <5 mm olan invaziv karsinom
		IA1	Ölçülen stromal invazyon derinliği <3 mm
		IA2	Ölçülen stromal invazyon ≥3 mm ve <5 mm derinlik
	IB		Ölçülen en derin invazyon ≥5 mm olan invaziv karsinom (Evre IA'dan büyük), lezyon serviks uteri ile sınırlı
		IB1	İnvaziv karsinom ≥5 mm stromal invazyon derinliği ve en büyük boyutta <2 cm
		IB2	En büyük boyutta ≥2 cm ve <4 cm invaziv karsinom
		IB3	En büyük boyutta invaziv karsinom ≥4 cm
II			Karsinom uterusun ötesine yayılmıştır, ancak vajinanın alt üçte birine veya pelvik duvara yayılmamıştır.
	IIA		Parametrial tutulum olmaksızın vajinanın üst üçte ikisi ile sınırlı tutulum
		IIA1	En büyük boyutta invaziv karsinom <4 cm
		IIA2	En büyük boyutta invaziv karsinom ≥4 cm
	IIB		Parametrial tutulum var ama pelvik duvara kadar değil
III			Karsinom vajinanın alt üçte birini içerir ve / veya pelvik duvara uzanır ve / veya hidronefroza veya çalışmayan böbreğe neden olur ve / veya pelvik ve / veya paraaortik lenf düğümlerini içerir.
	IIIA		Karsinom, pelvik duvara hiçbir uzantı olmaksızın vajinanın alt üçte birlik kısmını kapsar.
	IIIB		Pelvik duvara uzanım ve/veya hidronefroz veya çalışmayan böbreğe (başka bir nedene bağlı olduğu bilinmiyorsa)
	IIIC		Tümör boyutu ve yaygınlığından bağımsız olarak pelvik ve/veya para-aortik lenf nodlarının tutulumu (r ve p notasyonları ile birlikte)
		IIIC1	Yalnızca pelvik lenf nodu metastazı
		IIIC2	Para-aortik lenf nodu metastazı
IV			Karsinom, gerçek pelvisin ötesine geçmiştir veya mesane veya rektumun mukozasını tutmuştur (biyopsi ile kanıtlanmıştır). (Bunun gibi bir büllöz ödem, bir vakanın Aşama IV'e ayrılmasına izin vermez)
	IVA		Komşu pelvik organlara yayılma
	IVB		Uzak organlara yayılma

4.3.6. Tedavi

Preinvazif Servikal Kanserlerde; PAP Smear testinde bulaşıcı bir organizma tespit edildiği takdirde enfeksiyonun tedavisi için medikal tedaviler tercih edilir. Düşük gradeli veya yüksek gradeli dokular saptandığında doku eksizyonu (biyopsi); kriyoterapi, lazer ablasyon, transformasyon bölgesinin koterizasyon ile halka eksizyonu (LLETZ), koterizasyon ile doku eksizyonu (LEEP, elektroeksizyon cerrahisi) gibi cerrahi yöntemler uygulanmaktadır. (Bekar, 2008; Birk, 2008).

İnvazif Servikal Kanserlerde; eğer tutulum serviks ile sınırlı ise radikal histerektomiye başvurulmaktadır. İnvaziv serviks kanserinde hastalığın evresine ve

kanserin yayılım durumuna göre cerrahi tedavide; servikal konizasyon, total histerektomi ya da radikal histerektomi (Basit ekstrafasyal histerektomi, modifiye radikal histerektomi), pelvik ekzantrasyon, pelvik lenf nodu diseksiyonu, mesane ve rektosigmoid kolunun çıkarılması gibi cerrahi müdahale seçenekleri oluşabilmektedir. Ayrıca uygun olan hastalarda tedavide kemoterapi ve radyoterapi de uygulanmaktadır. Serviks kanserinde tedavi seçiminde; Doğurganlık çağında ve çocuk beklentisi olan hastalarda fertilite koruyucu yaklaşımlar içeren uygulamalara yönelinmektedir. Ancak çocuk beklentisi olmayan veya doğurganlık yaşını geçmiş hastalarda histerektomiye başvurulmaktadır (Bekar, 2008; Birk, 2008; Neerja ve ark., 2018; Jordan ve Tewari, 2015; Şahin H, 2015; Hoffman ve ark., 2012).

4.3.7. Tarama

Tarama, servikal kanserlerin saptanması için önemlidir; Amerika Jinekoloji ve Obstetri Derneği'nin (American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG) yönergelerine göre tarama;

- 21 yaşında başlamalı,
- 21-29 yaş arası kadınlar her 3 yılda bir sadece Pap smear,
- 30-65 yaş arası kadınlar; her 3 yılda bir sadece Pap smear, her 5 yılda bir Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (U.S. Food and Drug Administration, FDA) onaylı HPV- DNA testi veya her 5 yılda bir ko-test (Pap smear + HPV- DNA testi)
- 65 yaş üzeri kadınlar, önceki tarama testleri negatif ise taramaya gerek yoktur,
- Pre-kanseröz lezyon öyküsü olan bireylerde taramaya devam edilir.
- Yüksek dereceli servikal prekanseröz lezyon veya servikal kanser öyküsü olmayan bireylerde tarama yapılmaz.
- Histerektomi sonrası taramaya gerek yoktur (ACOG, 2021).

Ülkemizde ise serviks kanser tarama programları Pap smear ve HPV-DNA testleri ile yapılmaktadır. Bu program, 30-65 yaş arası kadınlara uygulanmaktadır. Her 5 yılda bir tekrarlanır ve son iki taramada negatif görülen 65 yaş kadınlarda sonlandırılmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2014). Serviks kanserinde erken tanılama ve

önlenebilir seçeneklerin değerlendirilebilmesi kanserin kontrol aşaması açısından önemlidir. Bu seçeneklerden biri aşılama diğeri ise kanser öncesi lezyonların taranmasıdır.

Profilaktik HPV aşısının, cinsel birleşme yaşamamış olan 10-14 yaş arası kız çocuklarına uygulanması önerilmektedir. 3 tip HPV profilaksisi içeren aşı mevcuttur. Bu aşılar; iki değerlikli (HPV 16-18 i hedef alan), dört değerlikli (HPV 6-11-16-18 i hedef alan) ve novalan (HPV 6-11-16-18-31-33-45-52-58 i hedef alan) tip aşılardır. Birincil önlem olarak aşıların uygulanmasına rağmen servikal değişimlerde prekanseröz lezyonların tarama esnasında yakalanması büyük önem taşımaktadır (Neerja ve ark., 2018).

4.4. Vulva ve Vajen Kanseri

4.4.1. İnsidans ve Epidemiyoloji

Vulva ve vajen kanserleri, tüm jinekolojik kanserler arasında %5lik alandan bile daha az kısmı kaplayan nadir malignitelerdir. Yaşla birlikte görülme sıklığı arttığı bilinmektedir. GLOBOCAN 2020 ve TÜİK 2017 verilerine göre ise kadınlarda sık görülen 10 kanser türü arasında vulva ve vajen kanserleri yer almamaktadırlar (Sung ve ark., 2021; Türkiye Kanser İstatistikleri, 2017).

GLOBOCAN 2020 verilerine göre her yıl 45.240 yeni vulva kanser vakası, 17.908 yeni vajina kanser vakası görülmektedir. Jinekolojik kanserler arasında görülme sıklığında 4. sırada yer aldıkları saptanmıştır. Yaşa özel insidans 35-39'lu yaşlarda düşük seyrederken, 70-74'lü yaşlarda yükseliş göstermektedir. (Sung ve ark., 2021; Siegal ve ark., 2015).

4.4.2. Etiyoloji

Vulvayı oluşturan yapılar; mons pubis, labia majörler ve minörler, klitoris, vestibülü, bartholin bezleri, vestibüler ve skene bezleri, üretral ve vajinal ağızlardır. Vulva kanserleri genellikle skuamöz epitel kaplı alanlarda gelişmektedir. Vestibül üzerinde lateral ve medial olarak uzanan keratinize skuamöz epitel kaplı alanda sınırlı olan bu bölge kanser gelişimine elverişli bulgulanmıştır (Bahıtlı, 2016).

Vajinal kanserler, vajenin oluşumunda yer alan müllerian kanal ve ürogenital sinüse bağlı olan lenfatik sistemle drene olmaktadırlar. Genellikle vajinal kanserler vajenin

1/3'lük üst arka vajende meydana gelmektedir. Vajinal kanserlerde öncelikle servikal kanser dışlanmalıdır. Birlikte seyrediyorsa primer kanser her zaman servikal kanser olarak kabul edilmektedir (Bahıtlı, 2016; Krill ve Randall, 2015).

Vulva ve vajen kanserleri kesin etiyolojileri bilinmemekle birlikte 45-60 yaş üzeri kadınlarda daha fazla saptanmaktadır. Vulva kanserine; bakteriyal, viral enfeksiyon geçmişi, vulvar distirofi, genetik etkenler ve kimyasal maruziyetleri, servikal kanser geçmişi, kronik hastalık öyküsü ve sigara kullanımının neden olduğu düşünülmektedir. HPV'nin vulvar ve vajinal malignite de rol oynadığı saptanmıştır. Vulva kanselerinde 55 yaşın altında olan kadınlarda, diğer anogenital kanserler gibi düşük sosyoekonomik düzey, yüksek riskli cinsel davranış, HPV ve sigara kullanımı risk faktörü iken, 55 yaşın üzerindeki kadınlarda sigara kullanmayan, riskli cinsel davranışı bulunmayan keratinize yapıda kanser görülmektedir. Vajinal karsinomların spesifik nedeni bulgulanamamış olup, serviksi içermeyen kanserlerdir. İnvazif servikal karsinom öyküsü bulunması, üst vajinanın tahriş olması, invaziv malignite sebebi olarak kabul edilmektedir. Diğer risk faktörlerinin ise vajinal pesser kullanımı, vajinal prolapsus, sifiliz, lökoplaki olduğu düşünülmekte, ancak kanıtlanmamıştır. Ek olarak, DES (in utero dietilstilbestrol) maruziyeti karsinomlara sebep olarak öne sürülmektedir (Hoffman ve ark., 2012; Door, 2008; Krill ve Randall, 2015; Gökyıldız ve Avcıbay, 2015).

4.4.3. Belirtiler

Vulva kanserlerinde belirtiler değişken ve sinsidir. Kaşıntı, en sık karşılaşılan belirtidir. Bununla beraber, yanma, kanama, ağrı ve vulvada görülen bir kitle şeklinde yakınmalarla seyretmektedir. Klinik değerlendirmede, bening görünümlü siğiller, kondilomatöz lezyonlar, düz ülseratif lezyonlar ve pigmente lezyonlar olarak ortaya çıkabilmektedirler.

Vajinal kanserler semptom göstermeden ortaya çıkabilmektedir. En sık karşılaşılan belirti postkoital veya postmenopozal dönemde meydana gelen vajinal kanamadır. İleri dönemlerde anormal vajinal akıntı, üriner ve gastrointestinel yakınmalar (dizüri, hematüri, konstipasyon vb.), pelvik ağrı, sırt ağrısı görülebilmektedir (Bahıtlı, 2016; Krill ve Randall, 2015).

4.4.4. Tanı

Vulva kanserinde muayene esnasında; lezyon ölçülmeli, genişliği belirlenmeli, üretra ve anüse uzaklığı değerlendirilmeli ve lenf nodları palpe edilmelidir. Vulva kanserlerinde patolojik olarak bulgulanan her bir bulgudan biyopsi alınmalıdır. Biyopsi esnasında kolposkopi yapılması da gerekli görülebilir. Metastatik durumdan şüpheleniliyorsa sistoskopi ve rektoskopi de eşlik etmelidir. Görüntülüme yöntemleriyle (BT, MRI, PET-CT) kesin tanı konulabilmektedir.

Vajinal kanserlerde, ayrıntılı hasta öyküsü alınıp semptomların süresi öğrenilmelidir. Pap Smear testinde anormal hücrelerin pozitif gelmesine rağmen, serviks ve vulvada lezyon saptanamıyorsa vajinal kanserlerden şüphelenilir. Kolposkopi eşliğinde biyopsi alınır. Lenf nodu tutulumu ve metastatik durum değerlendirmesi için PET ve BT görüntülemesine başvurulur (Bahıtlı, 2016; Door, 2008; Krill ve Randall, 2015).

4.4.5. Evreleme

Vulva kanseri evrelemesinde; primer tümör boyutları belirlenebilmesi için cerrahi rezeksiyon, yayılımı değerlendirmek için lenf nodu diseksiyonu, gereklidir.

Tablo 4. Vulva Kanserinde FIGO Evrelemesi (Rogers ve Cuello, 2018).

Evre I	Tümör vulva ile sınırlı	
Evre IA	Lezyonlar ≤2 cm boyutunda, vulva veya perine ile sınırlı, stromal invazyon ≤1.0 mma, lenf nodu metastazı yok	
Evre IB	Lezyonlar >2 cm boyutunda veya stromal invazyon >1.0 mma, vulva veya perineye sınırlı, lenf nodu metastazı yok	
Evre II	Negatif lenf nodu tutulumu olan, komşu perineal yapılara (üretranın alt üçte biri, vajinanın alt üçte biri, anüs) uzanımı olan herhangi bir boyutta tümör	
Evre III	Komşu perineal yapılara (üretranın alt üçte biri, vajinanın alt üçte biri, anüs) uzanımı olan veya olmayan herhangi bir boyutta tümör pozitif inguinofemoral lenf nodu tutulumu	
Evre IIIA	i)>5mm 1 lenf nodu tutulumu veya	ii)<5 mm 1-2 lenf nodu tutulumu
Evre IIIB	i)2 veya daha fazla lenf nodu tutulumu (>5mm) veya	ii) 3 veya daha fazla lenf nodu tutulumu (<5mm)
Evre IIIC	Kapsül dışına yayılım gösteren lenfnodu metastazı	
Evre IV	Tümör diğer bölgesel (üst 2/3 üretra, üst 2/3 vajina) veya uzak yapıları yayılmış	
Evre IVA	Tümör aşağıdakilerden herhangi birini tutar:	
	i) Üst üretra ve/veya vajinal mukoza, mesane mukozası, rektum mukoza veya pelvik kemiğe dayanmış veya	ii) Fiske veya ülsere inguino-femoral lenf nodları
Evre IVB	Uzak metastaz, pelvik lenf nodları dahil	

Vajinal karsinomlarda klinik evrelendirme yapılmaktadır. Bunun için FIGO (2018) kanser raporunda yayınlanan kılavuzda AJCC (American Joint Commite on Cancer,

Amerika Birleşik Kanser Komitesi) ile karşılaştırmalı olarak ele alınan evreleme görülmektedir. Yalnızca FIGO terminolojisine göre ise bu evreleme,

Tablo 5. FIGO Vajinal Kanser Sınıflandırılması (Adams ve Cuello, 2018; Beller ve ark., 2006).

EVRE	ETKİLENEN BÖLGE
0	Karsinom in situ, intraepitelyal neoplazi grade 3.
I	Yayılım vajinal duvar ile sınırlı kalmaktadır
II	Subvajinal dokuya yayılım mevcut, ancak pelvik duvar tutulumu yok
III	Pelvik duvarda da yayılım gözlenmiş
IV	Tümör pelvis duvar boyunca ilerleyip mesane ve rektuma ulaşmış, yayılım var
IVa	Tümör mesane ve rektal mukozanın bütününü ve/veya pelvisin tamamına yayılmış, bölgesel lenf nodu tutulumu olabilir
IVb	Uzak organ metastazı mevcut

4.4.6. Tedavi

Vulva kanserinde tercih edilen cerrahi tedavi yöntemleri; geniş lokal eksizyon (skinning vulvektomi), radikal parsiyel vulvektomi ve radikal tam vulvektomi şeklindedir. Erken evre vulva kanserinde, primer tümör çıkartılıp, inguinofemoral lenf nodları sitolojik olarak değerlendirilir. İleri evre vulva kanserinde, cerrahi işleme ek olarak radyolojik tedavi de görülmektedir Uzak metastaz varlığı olan hastalarda ise palyasyon amaçlı radyoterapi veya kemoterapi uygulanabilmektedir (Hoffman ve ark., 2012; Gökyıldız ve Avcıbay, 2015).

Vajinal kanserlerde ise tedavi tümör tipi, evresi, yerleşimi, boyutu gibi kriterler göz önünde bulundurularak bireyselleştirilmektedir. Uygulanan tedavi seçenekleri; lokal eksizyon, LEEP, lokal östrojen veya kemoterapi uygulamaları, kavite içi brakiterapi, kolpektomi veya vajinektomi şeklindedir (Gökyıldız ve Avcıbay, 2015). Hastalığın evresine göre kombine tedaviler (radyoterapi, kemoterapi, brakiterapi) tercih edilebilir (Hoffman ve ark., 2012).

4.4.7. Önleme

Vulva ve vajina kanserlerinde rutin tarama programları mevcut değildir. Kanıta dayalı olmamakla birlikte, potansiyel risk faktörlerinden kaçınmanın faydalı olacağı öngörülmektedir. Yıllık jinekolojik muayeneler ve kendi kendine vulva muayenesi gibi uygulamaların erken tanıda rol oynadığı saptanmıştır. Serviks kanserinden

korunmak amaçlı yapılan aşıların vulva ve vajina kanserinde korumada etkili olacağı düşünülmektedir (Bahıtlı, 2016).

4.5. Destekleyici Bakım

Destekleyici bakım kavramının gelişimi, 19 yy. da ortaya çıkan bakım felsefesine dayanmaktadır. İlk kez The Ontorio İnstitute for Cancer Research (Ontorio Kanser Tedavi ve Araştırma Vakfı) tarafından kanser bakımı içerisinde anılmıştır (Graham ve Clark, 2008; Fitch, 1994).

Günümüze kadar bakım süreci gerektiren tüm hastalıklar için pek çok kavram kullanılmıştır. Her bir kavram (palyatif bakım, hospis bakım, yaşam sonu bakımı, ölümcül bakım) farklı içeriğe sahiptir. Bu anlam karmaşasının giderilmesi ve kavramsal çerçevenin çizilebilmesi adına birçok çalışma yapılmıştır (Cramp ve Bennet, 2013; Fitch,2008; Ioffe ve Thaker, 2011; Hui ve ark., 2013; Hui ve ark.,2012). Kavramsal çerçeve oluşturulmasıyla tanımlar netlik kazanmıştır. Aynı zamanda klinik uygulamalardaki aksamalar önlenmiş ve araştırma iletişiminde ortak dil oluşumuna da katkı sağlanmıştır (Hui ve ark., 2013).

Destekleyici bakım kavramının, bakım sürecini yaşayan tüm hastaları ve disiplinleri kapsamasına rağmen en çok onkoloji disiplininde kullanıldığı görülmektedir. Onkoloji disiplininde destekleyici bakım kavramı en başlarda yalnızca kemoterapi komplikasyonları üzerine yoğunlaşmıştır. Daha sonralarda tıbbi içeriğinin azaltılması ile hastanın sağlığının gelişmesi ve yaşam kalitesine odaklanılmıştır. Destekleyici bakım kavramının genişletilip pek çok kanıtsal temele dayandırılmasında Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC) (Çokuluslu Kanserde Destekleyici Bakım Derneği) ve *European Society for Medical Oncology* (ESMO) (Avrupa Tıbbi Onkoloji Derneği) gibi uluslararası iş birliklerinin büyük payı bulunmaktadır (Klastersky ve Fountain, 2019; Berman ve ark., 2020; Cherny ve ark., 2003).

MASCC'a göre destekleyici bakım; ''kanser ve tedavisinin yan etkilerinin yönetilmesi''dir. ESMO'ya göre ise ''Tedavi edilebilir kanserli olanlar da dahil olmak üzere, hastalığın tüm aşamalarında hastaların ve ailelerinin konforunu, işlevinin ve sosyal desteğini optimize etmeyi amaçlayan bakımdır.''(Berman ve ark., 2020; Cherny ve ark., 2003). Hui ve ark., 2013'te yaptıkları kavramsal çerçeve

belirleme çalışmasında destekleyici bakımın, her birey için erken tanı döneminden başlayıp ölüm anını da içinde barındıran ve aileyi kapsadığından dolayı yas dönemini de içeren bir kavram olduğu görülmektedir. Aynı zamanda bireylerin bu bakım sürecine farklı bakım dönemlerinde ve farklı yollardan katılabilecekleri belirtilmiştir (Hui ve ark., 2013).

Destekleyici bakım; birey ve ailesinin kanser deneyimiyle karşılaştıklarında hastalığın ilk anından son anına kadar bütüncül yaklaşım ile ihtiyaçlarının giderilmesine yönelik verilen bakımdır. Bireyin ve ailesinin zorluklarla mücadele etmesi, yaşam kalitesi ve mental iyiliğin optimize edilmesi, bağımsızlık ve onurunun korunması gibi etik değerlerin sağlanmasının amaçlandığı bir disiplindir. Ana hedefi; erken dönemde komplikasyonlarla mücadele edip, kişiye motivasyon sağlamak ve bütüncül olarak ihtiyaç değerlenmesi yapıp sürece aktif katılımını sağlamaktır (Olver ve ark., 2020; Carrieri ve ark., 2018). Hasta merkezli olması, aile ve bakıcıların bakıma dahil edilmesi, tanı anından yaşam sonu döneme kadar tüm süreci içermesi, çok boyutlu ve bütüncül bir yaklaşım olması, multidisipliner ekip ile yönetilmesi, kanıta dayalı olması gibi maddeler destekleyici bakımın temel bileşenlerini oluşturmaktadır. Hastanın kendi kendine yönetiminin bakıma entegre edilmesi destekleyici bakımın bir diğer perspektifini oluşturmaktadır (Sun ve Bakitas, 2019).

Temel bileşenlerden biri olan multidipliner ekip anlayışı destekleyici bakım adına büyük önem taşımaktadır. Bu multidisipliner ekip içerisinde tıbbi onkologlar, palyatif tıp uzmanları, hemşireler, patologlar, radyoloji ekibi, yardımcı sağlık uzmanları (fizyoterapist, psikolog vb.) ve gerekli durumlara bağlı içeriğe dahil edilebilen pek çok disiplin yer alabilmektedir. Bununla beraber destekleyici bakımın değişken ve bireye göre belirlenebilen lokasyonlarda sunulduğu görülmesine rağmen temel bazda yatan hasta servisleri veya ayaklı tedavi ortamlarında destekleyici bakım hizmeti verildiği belirtilmektedir (Olver ve ark., 2020).

Literatürde yapılan çalışmalar incelendiğinde destekleyici bakımın; tedavi sürecinin yönetilmesini kolaylaştırması, gereksiz tedavileri sınırlandırması, maliyeti düşürmesi, hastaneye yatışları azaltması, bakımın tek elde yönetimini sağlaması gibi hastalar adına birçok faydası saptanmıştır (Mercadente ve ark., 2016; Ripamonti ve ark., 2017; Lee ve ark., 2015). Bununla beraber destekleyici bakım sunumunda

uzman personel ve kaynak ekslikliği/yetersizliği, kültürel ve küresel anlamda ekonomik yük olarak algılanması, bilgi işletim sisteminden kaynaklanan aksaklıklar gibi birtakım engellerle karşılaşılmaktadır (Carrieri ve ark., 2018; Nguyen ve ark., 2017). Bu engeller göz önüne alındığında destekleyici bakımın yöneticiler tarafından kanıt temelli stratejilere dayandırılması söz konusu olmaktadır. Destekleyici bakımın erken dönemde sağlanmasının hastalar ve bakım verenler adına daha geniş imkanlar sağladığı ve gereklilik olarak sunumunun önemi üzerinde durulmaktadır (Berman ve ark., 2020).

4.6. Jinekolojik Kanserli Hastaların Destekleyici Bakım Gereksinimleri

Yaşamı tehdit eden tüm hastalıklarda olduğu gibi kanserde de hem patolojinin hem de tedavinin ortaya çıkarttığı zorlayıcı ve çok boyutlu etkilerle, hasta baş başa kalmaktadır. Bunlar hastanın destekleyici bakım ihtiyaçları olarak hastanın karşısına çıkmaktadır (Afiyanti ve ark., 2018). Hasta merkezli bakım ihtiyaçlarının karşılanması destekleyici bakım içerisinde yer almaktadır. Destekleyici bakım ihtiyaçlarının karşılanmasındaki temel amaç hastanın yaşam kalitesinde olumlu etkiler oluşturmak, tedaviden optimal düzeyde yararlanmak ve kanser yörüngesi boyunca hastanın hastalık yükünü hafifletmektir (Aksuoğlu ve Şenturan, 2016; Mawardika ve ark., 2019; Şipal ve Eraslan, 2019).

Destekleyici bakım kanserli bireyin tüm hastalık sürecini kapsamaktadır. Kanserli birey tanı aşamasından ölüm anına değin yardıma ihtiyaç duyabilmektedir. Jinekolojik kanserli hastaların duydukları bakım ihtiyaçları hastanın genel durumu, tanının konulduğu evresi, yaşı, komorbiditeleri, fiziksel özellikleri, aktivitelere olan toleransıyla ilişkili olarak değişmektedir. İhtiyaç değerlendirmesi esnasında bu parametreler göz önünde bulundurulmalıdır (Hodgkinson ve ark., 2007; Mawardika ve ark., 2019).

Tanılamanın erken dönemde ve rutin yapılabilmesi erken müdahale şansını arttıracağından çok önemlidir. Riskli grupların belirlenmesi erken tanılamanın bir basamağıdır. Riskli tanımlanan hasta grupları; genç yaşta tanı alan kadın hastalar, düşük yaşam kalitesi bildirenler, baş etmede uyumsuzluk yaşayanlar olarak belirlenmiştir (Urbaniec ve ark., 2011). Rutin tarama sayesinde ise; önlenebilir ve

müdahale edilebilir risk gruplarına ulaşılması, hizmet sunumundaki odak noktaların belirlenmesi, hizmet kaynağının koordine sunumu sağlanmaktadır (Hodgkinson ve ark., 2007; Steele, 2008).

Günümüzde pek çok kadın uzun vadede jinekolojik kanserle veya kanseri yenmiş olarak yaşamına devam etmektedir. Bu süreçte takip randevularındaki en büyük sorunun, sağlık ekibinin sadece hastanın hayatta kalması ile ilgilendiği, hastanın destekleyici bakım gereksinimleri ile ilgili uzmanlığa sahip olmadıkları ve yeterli zamanlarının olmadığı saptanmıştır (Sandsund ve ark., 2020). Bu noktada hastanın aldığı bakım ile gereksinim duyduğu bakım arasındaki boşlukta karşılanmamış ihtiyaçlar ortaya çıkmaktadır (Şipal ve Eraslan, 2019). Her bir bakım alanında birbiriyle ilişkili ilerleyen destekleyici bakım gereksinimleri karşılanmadığında birey kısır bir döngü içerisinde kalmaktadır. Dolayısıyla erken tanılama ve sık değerlendirmenin karşılanmamış ihtiyaç oluşumunu engellemede önemi görülmektedir (Afiyanti ve ark., 2018). Bu noktada müdahalelerin uygun bir şekilde ve kim tarafından uygulanacağı hasta tarafından belirlenmelidir (Steele, 2008).

Hastalar günümüzde kendi bakımına katılmayı, karar verme mekanizmalarını kendileri kullanmayı ve tanılarını anlamlandırma konusunda kendilerine fırsat verilmesini talep etmektedir (Aksuoğlu ve Şenturan, 2016). Hastanın kendi bakımına katılabilmesi için desteklenmeye ihtiyacı vardır. Bilişsel durumu elverişli olan hasta kendi hastalığı hakkındaki kararlarını kendi alabilmektedir. Bu sebeple hastanın ilk değerlendirmesi çok önemlidir. Bundan sonraki sürecin şekillendirilmesinde rehberlik etmektedir. Değerlendirme ile hastanın yardıma ihtiyaç duyduğu konu ve bu yardımın seviyesi belirlenmektedir. İlk değerlendirme sonrası erken dönemde hasta için hastalık süreci boyunca yol gösterici olacak olan bakım planı oluşturulmalıdır. Bu bakım planı kişiye özgü ve multidisipliner ekip tarafından koordineli sunulmalıdır. Bakım planı hazırlanırken hastanın bildirdiği gereksinimler göz önüne alınmaktadır (Faller ve ark., 2019; Steele, 2008).

Kanser hastalarının sıklıkla bildirdiği 7 alanda destekleyici bakım gereksinimi ortaya çıkmaktadır. Bunlar; fiziksel, psikolojik, duygusal, sosyal, bilgi ihtiyacı, pratik (günlük hayat), spiritüel alanlardır (Steele, 2008). Geç etkiler olarak da, tüm kanserlerde ortak olan psikolojik endişeler, yorgunluk, uyku kalitesinde bozulmalar,

periferik nöropatiler ve bilişsel problemler gibi sorunlar ortaya çıkmaktadır. Jinekolojik kanserli hastalarda bunların yanı sıra ön plana çıkan; ağır ve uzun süren kombine tedaviler sonrası erken menopoz, doğurganlığın kaybedilmesi, yara izleri, alopesi, lenfödem, gastrointestinal sorunlar ve üriner sorunlarla da baş etmek durumunda kalmaktadırlar. Aynı zamanda hastalıklarının cinsiyete özgü oluşu, sosyal damgalanma, kendini izole etme, cinsel kimliği kaybetme düşüncesi, beden imajının bozulması, cinsel davranışlarda değişimler, bu hastalıkların genetik risk içermesi ve hastalığın bulunduğu anatomik bölgeyle ilgili kendini suçlu hissetme gibi benzersiz sorunlarla karşılaşmaktadırlar (Campbell ve ark., 2019; Hodgkinson ve ark., 2007).

Hodgkinson ve ark.'nın (2007) yapmış oldukları çalışmada jinekolojik kanserli kadınların %90'a yakınının en az bir destekleyici bakım ihtiyacı olduğu ve tanının konulduğu hastalık evresinin ileri oluşu ile ihtiyaçlar arasında doğru orantılı bir grafik çizdiği saptanmıştır (Hodgkinson ve ark., 2007).

Hastalar hastalığın tedavisi esnasında deneyimlenen semptomlarla baş etmenin yanı sıra çokça fiziksel gereksinimle baş başa kalmaktadırlar. Bu gereksinimler gündelik hayatı doğrudan etkilemektedir. Yorgunluk, nefes darlığı, günlük aktiviteleri yerine getirememe, öz bakımını karşılamakta zorlanma, uyku örüntüsünde değişiklikler gibi pek çok fiziksel sorunla mücadele etmektedir (Seven ve ark., 2013; Tsai ve ark., 2010). Jinekolojik kanserlerde bu gereksinimlerden biri de hastanın cinsel sağlığına etkileridir. Jinekolojik kanser deneyimi ve tedavisi esnasında hem fiziksel anlamda hem de psikoseksüel anlamda cinsel işlevde bozulmalar meydana gelebilmektedir. Lee ve ark.'nın (2020) çalışmasına katılan jinekolojik kanserli kadınların %30'unun son 6 ay içerisinde eşleriyle herhangi bir fiziksel temasının olmadığı bulgulanmıştır (Lee ve ark., 2020). Uygulanan tedavi yöntemlerinden dolayı hastalarda azalmış elastikiyet, vajinal kısalma veya stenoz, azalan kayganlık, vajinal histe azalma, ağrılı cinsel birliktelik, cinsel arzuda azalma, cinsel aktivitede azalma, birliktelik sonrası kanama, alt ekstremite şişmesi, lenfödem görülmektedir. Uysal ve arkadaşlarının (2020) jinekolojik kanserlerde radyoterapi sonrası cinsel işlev durumunu değerlendirdikleri çalışmada radyoterapi bitiminden sonra ağrılı cinsel birliktelik, azalmış cinsel istek ve korku sebebiyle cinsel işlevlerinde sorun yaşadıklarını ancak

bu dönemde en büyük desteği eşlerinden gördükleri saptanmıştır (Uysal ve ark., 2020).

Genel psikoseksüel kaygıların yanı sıra jinekolojik kanserli hastalar tedavi sonrası doğurganlık kaybı da yaşayabilmektedirler. Doğurganlık kaybı toplumsal anlamda kadınlık kaybı olarak algılanabilmektedir. Doğurganlığın korunmasına yönelik bilgilendirilme ve eğitim ihtiyacı bu dönemde büyük önem taşımaktadır. Aynı zamanda çeşitli gen mutasyonları sonucu genetik taşıyıcı olarak hastalığı çocuğuna bulaştırma korkusu da bu dönemde hastayı üreme konusunda olumsuz etkilemektedir. Eğer geçirilen kanser cinsel yolla bulaşan bir hastalık sonrası yakalanılmış ise toplumda damgalanma yaşanacağına yönelik psikolojik etkiler de kadınları ilerleyen süreçte izole olmaya sürükleyebilmektedir. Beden imajındaki değişikler de kadınlarda özgüven düşürücü etkilere neden olmaktadır. Cinsel sağlığın bozulması hastada somatik, entelektüel, zihinsel, duygusal, sosyal bozulmalara sebep olmaktadır. Bundan dolayı cinselliği sadece cinsellik olarak değerlendirmektense bütüncül bir kavram olarak değerlendirmek gerekmektedir (Campbell ve ark., 2019; Uysal ve ark., 2020). Bu fiziksel gereksinimler karşılanamadığında psikososyal, iletişimsel, spiritüel sorunlara yol açmaktadır (Seven ve ark., 2013; Tsai ve ark., 2010).

Kanserli bir birey için dikkatle değerlendirilmesi gereken temel alanlardan olan psikososyal alanda, hastanın birden fazla gereksinimi görülebilmektedir. Artmış olan fiziksel gereksinimlere ek olarak başkasına bağımlı duruma gelmenin yarattığı duygusal yük, yeniden hastalıkla karşılaşır mıyım düşüncesi, hastalık öncesinde var olan sosyal hayattan gitgide kopma, çalışma hayatındaki değişime adaptasyon, kişinin aile içindeki statüsündeki değişim, kişilerarası iletişimde değişiklikler, yalnızlık hissi, belirsizliğin ve hastalığın oluşturduğu korku, anksiyete, yeterli destek alamadığını hissetme, odaklanmada zorlanma, hastalıktan dolayı suçluluk hissetme, beden imajındaki değişimin yarattığı özgüven eksikliği gibi durumlarla karşı karşıya kalmaktadır (Demirkol ve Çam, 2016).

Urbaniec ve ark.'nın (2011) ve Steele'nin (2008) yapmış oldukları benzer bulgulara sahip çalışmalarında en yüksek oranda belirtilen bireysel karşılanmamış ihtiyacın

psikososyal alanın alt başlığı olan nüks korkusu olduğu saptanmıştır (Urbaniec ve ark., 2011; Steele, 2008).

Hastaların gereksinimlerinin temelde bilgilendirilme ihtiyacına dayandığı üzerinde durulmaktadır. Khoshnood ve ark'nın (2019) çalışmasında kanser hastalarının; hastalığın etyolojik faktörleri, hastalıkla başa çıkma stratejileri ve tedavi yöntemleri hakkında bilgi ihtiyaçlarınınolduğu belirtilmiştir. Hastalığın tanısından, uzun vadeli hayatta kalımlarda geç etkilerine kadar hastalar eğitim ve bilgilendirilme ihtiyacı hissetmektedirler. Tanının konulduğu andan itibaren tüm sürecin planlanmasında hasta ve ailesinin bilgilendirilmesi önemlidir. Hastalar bu dönemde farkındalık odaklı bilgi ihtiyaçları hissetmektedirler. Yaşanılan bu süreçte teşhis sonrası hastalığın nedenlerini ve gidişatını öğrenme isteği, öz bakım hakkındaki bilinç eksikliği, bilgisizlikten kaynaklanan geç tanı konması gibi sorunlarla karşılaşılmaktadır (Khoshnood ve ark., 2019).

Papadakos ve ark. da (2012) jinekolojik kanserli hastaların bilgi gereksinimlerini değerlendirmişlerdir. Yapılan çalışmada en yüksek bilgi gereksinimi tıbbi alanda olmak üzere onu takiben tedavinin fiziksel etkileri, duygusal bilgilendirilme ve en son manevi bilgilendirilme ihtiyacı olduğu görülmüştür (Papadakos ve ark., 2012). Bir başka çalışma da Akkuzu ve ark. (2018) jinekolojik kanserli hastaların yaşadıkları deneyimler sonucu almak istedikleri eğitimler değerlendirilmiştir. En sık bildirilen sorunun ağrı olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada hastalar ağrının yönetimi konusunda bilgilendirilme ve eğitim ihtiyacı yaşadıklarını belirtmişler ve bu eğitim sayesinde kendi bakımlarında aktif rol alabilecekleri görülmüştür (Akkuzu ve ark., 2018).

Yapılan çalışmalarda da görüldüğü üzere hastanın yeterli düzeyde bilgilendirilmesiyle hastanın sağlık sonuçlarında ve kaygı kontrol durumlarında olumlu etkiler yaratılabildiği görülmektedir. Bu sebeple bilgilendirilme ve eğitilme ihtiyacı hasta bakımının önemli bir parçası haline gelmektedir. (Faller ve ark., 2019).

Kanserli hastaların iş ve ekonomik boyutta yaşadıkları değişiklikler de günlük rutinlerinde büyük etkiler meydana getirmektedir. Bu alanda yaşanan pek çok değişim hastada sosyoekonomik destekleyici bakım gereksinimleri halini almaktadır. Hastalık süreci hastaların zamanının büyük bir kısmını kapsayan oldukça maliyetli

bir süreçtir. Tanı öncesi çalışan hastaların büyük çoğunluğu gelir kaybı, var olan işini yitirme veya tedavi döneminde işlerinde aktif olarak görevlerini yerine getirememe konusunda oldukça büyük endişeler yaşamaktadırlar. Bu yaşanan ekonomik kaygılarda hastanın psikolojik kaygılarına eklendiğinde hastada anksiyete oranı artmaktadır. Yaşanan maddi kayıp tedavi sürecine de yansıyabilmekte ve maddi engel olarak görülebilmektedir. Bu süreçte hastanın bağlı olduğu bir sigorta poliçesinin varlığı da önem kazanmaktadır. Bu poliçenin içeriğinin karşıladığı maddi kısımlar hasta için çok önemlidir. Bu sebeple sosyoekonomik alan değerlendirilirken; işverenin hastanın çalışamadığı süreçlerde de sigorta poliçesinin devamlılığını sağlama, hastaya esnek çalışma olanağı sağlama veya hastayı izine ayırma gibi imkanlar sunup sunmadığı göz önünde bulundurulmalıdır. Sosyoekonomik alan içerisinde hastaların sağlık hizmetine erişim ve ulaşım sorunu da değerlendirilmelidir. Takip randevularının oluşturulması ve yaptırılması gereken tanı ve tetkik işlemlerine erişim gibi alanlarda yaşanılan zorluklar hastada gereksinimlere neden olmaktadır. Ayrıca çocuklu hastaların çocuklarına bakımındaki aksaklıklar hastada travmatik yaşanmışlıklar oluşturmaktadır. Çocuk bakımındaki bu sorumlulukların yerine getirilememesi de ev içi statü değişimine neden olmaktadır. Bu alanda da hastalar manevi anlamda destekleyici bakıma ihtiyaç duymaktadırlar (Costas-Muniz ve ark., 2016).

Manevi alanlardan biri olan spiritüel gereksinimler de kanserli hastalarda en çok göz ardı edilen konulardan biridir. Hastaların yaşam kalitesi değerlendirildiği esnada zihin, ruh ve bedeni içinde bulunduran kişisel tüm yönleri incelenmelidir. Teşhis anından itibaren hastalar kendilerini kaderleriyle yüzleşmek, varoluşsal sorularla baş etmek ve ölümle yüzleşmek zorunda hissetmektedirler. Yaşamın sonu farkındalığının an itibari ile gündeme gelişi ile savunmasızlık duygusu ortaya çıkmaktadır. Hastalar bu durumu anlamlandırma telaşına girmektedirler. Bu zaman diliminde hastalarda anlamlandırma gereksinimini bir inanç doğrultusunda açıklama gerekliliği oluşmaktadır. Türk toplumunda bu durum genellikle ‘’sınav, kadercilik’’ gibi kavramlarla ilişkilendirilmektedir. Aynı zamanda hastalar kendilerini fiziksel, psikolojik, sosyal vb. temel ihtiyaçların yeniden planlanmasını içeren içsel bir yolculukta bulmaktadırlar. Manevi boyut hastalar için bütünsel olarak insanlığın, yaşamın, hastalığın, ölümün anlamı hakkındaki sorularına cevaplar bulma

ihtiyacından ortaya çıkmaktadır. Manevi ihtiyaçlar her ne kadar dini ihtiyaçlar olarak görülse de aslında hastanın değer yargılarını içeren çok boyutlu ruhsal ve varoluşsal perspektifleri içeren bir alandır. Ruhsallık hastanın dini tercih, inanç ve uygulamalarından çok daha fazlasıdır. İnsanlar varoluşsal ihtiyaçlarını bir kriz, hastalık vb. karmaşık durumlarda daha fazla hissederler. Kanser hastalarda umut kaybı, huzursuzluk, yalnızlığa yönelim, içe kapanma, aidiyet duygusunda azalma gibi ruhsal yükler getirmektedir. Aynı zamanda hastalarda değer yargılarında değişimler, hayata yüklenen anlamın değişmesi gibi durumlar da söz konusudur. Bunlar göz önünde bulundurularak hastaların ihtiyaçları değerlendirilmelidir (Efficace ve Marrone, 2002; Gioiella ve ark., 1998; Hatamipour ve ark., 2015).

4.7. Bakım Verenin (Eşin) Destekleyici Bakım Gereksinimleri

Bakım verme, Türk toplumunda aile kavramı içerisinde ana sorumluluklardan biri olarak görülmektedir. Hastanın fiziksel, günlük gibi tüm rutin ihtiyaçları aile bireyleri tarafından karşılanmaktadır (Ergen ve Arıkan, 2017). Bundan dolayı hastalık sürecinin hem hastayı hem de eşini oldukça etkilediğine yönelik artmış bir farkındalık görülmektedir (Traa ve ark., 2015).

Sağlık hizmetleri sunumundaki yatarak tedavi ilkesinin ayakta tedavi ilkesine dönüşmesiyle aile içi sorumluluklarda birtakım değişiklikler ortaya çıkmıştır. Aile bireyi bir anda kendini hastasının bakımında koordinatör rolünde bulmaktadır. Kanser teşhisi hasta ve bakıcı tarafından genellikle kabul edilmekle birlikte kimi zaman geleceğe bakışlarında tutarsızlıklara neden olabilmektedir. Aile üyelerinin prognozun kabulü için mücadele ettiklerine rastlanılmaktadır. Bu zorlu süreçte taburculuk sonrası ayaktan tedavi merkezinde devam eden hastanın bakımında, bakıcı köprü görevi görmeye başlamaktadır. Aileden birinin bakım verme durumu modern sağlık sisteminde çok önemli bir kaynak olarak görülmektedir. Erken taburculuk programı sayesinde bakımın çoğunluğunun eve kaymasıyla, aile bakıcılarında gereksinim duyulan destekleyici bakım kaynaklarının sınırlı olduğu saptanmıştır (Given ve ark., 2012; Teskereci ve Kulakaç, 2018; Williams, 2013; Wilson ve ark., 2014). Destekleyici bakımda odak nokta, hasta ve ona bakım veren kişiler olmasına rağmen bakım verenlerin ihtiyaçları genellikle göz ardı edilen konulardan biridir (Given ve Charles, 2001; Lambert ve ark., 2012).

Gelişen teknoloji ve yeni tedavilerle birlikte hayatta kalım süreci uzamış, bu da ailede bakım veren kişinin rollerinde çok yönlü, zaman zaman karmaşık hal alan değişimlere neden olmaktadır. Tıpkı kanser hastalığı gibi bakıcının ihtiyaçları da karmaşık bir haldedir. Bunun sebebi hastalık yörüngesi boyunca bu ihtiyaçların değişiklik göstermesidir. Bakımın içeriğinde hem aktif tedavi hem de semptomatik yönetim bulunmaktadır. Bu noktada bakım verici hem tıbbi ihtiyaçların hem de tıbbi olmayan tüm ihtiyaçların karşılanmasında önemli bir roldedir. Bu süreçte bakım verici; denetim, sosyal destek, izlem, sorunun önceden tespiti ve yorumlanması, karar verme, savunuculuk, koordinasyon sağlama, problem çözme gibi becerilere ihtiyaç duymaktadır. Tüm bu becerilere olan ihtiyaçların doğası gereği aile üyelerinin hastalarıyla ilgili çeşitli endişeleri oluşmaktadır. Hastanın konforunun nasıl sağlanacağı, bu sürecin nasıl yönetileceği, hastada meydana gelecek değişiklerin tespit edilmesi ve durumun nasıl yönetileceğine dair kafa karışıklıkları meydana gelmektedir. Aynı zamanda bakım verecek kişinin kendini bir anda bakım sorumluluğunda hissetmesiyle kendi günlük yaşamında meydana gelen değişime adapte olma konusunda desteğe ihtiyaç duymaktadır. Destekleyici bakım gereksinimleri yalnızca tedavi süreci ile sınırlı değildir ve hastanın prognostik durumu destekleyici bakım gereksinimlerini etkilemektedir. Hayatta kalım süreçlerinin uzaması bu gereksinimlerin sürecini arttırmaktadır. Dolaylı yoldan bakıcıların da ‘’bugünün bakıcısı, yarının hastaları’’ ve ‘’gizli hastalar’’ olarak nitelendirildiği görülmektedir (Berry ve ark., 2021; Ergen ve Arıkan, 2017; Given ve Charles, 2001; Kim ve ark., 2019; Parks ve Novielli, 2001; Teskereci ve Kulakaç, 2018).

Bakım sürecinin ilerleyen zamanlarında bakım vericide bakım yükü kavramı ortaya çıkmaktadır. Bu kavram bakım sürecinin ana temalarından biridir. Aile bakıcısının hissettiği objektif bakım yükleri;

- Hastanın hastalığı ile ilgili harcanan zaman
- Aktivite kısıtlığı
- Çeşitli yardım türlerinde harcanan zaman
- Mali kaynakların harcanması gibi ihtiyaçların aile yaşantısında neden olduğu aksaklıklardır.

Bireysel hissedilen bakıcı yükleri ise; kişinin hissettiği psikolojik, bedensel, maddi ve işle ilgili alanlarda yaşadığı gerginlik ile oluşmaktadır (Teskereci ve Kulakaç, 2018).

Bakıcı yükü ile değişen yaşam kalitesini destekleyici bakım gereksinimleri belirlemektedir. Bu sebeple bakıcının yaşam kalitesi hastalık süresi boyunca büyük değişimlere uğramaktadır (Kim ve ark., 2019).

Bakıcıların destekleyici bakım ihtiyaçları; fiziksel, sosyal, bilişsel, psikolojik, bilgi, yeterlilik, hazırlıklı olma ve güven verme gibi normal standarta yakın olmanın temel olduğu ihtiyaçlardır (Fringer ve ark., 2018; Given ve Charles, 2001; Hodgkinson ve ark., 2007). Bu ihtiyaçlar zaman içinde artıp, azalabilmekte, biri artarken diğerinin azalması gibi değişkenlikler oluşabilmektedir (Kim ve ark., 2019; Ullrich ve ark., 2021).

Bakım sürecinde en çok ihtiyaç duyulan konuların başında bilgilendirilme ihtiyacı gelmektedir. Bilgilendirilme ihtiyacı içerisinde; hastalığın prognozu ve olası gelişebilecek sonuçlar, tedavi seçenekleri, tedavinin yarar ve zararları/yan etkileri, gelişebilecek ani durumları tanıma ve bu duruma özgü hareket etme, ihtiyaçlarla ilgili bilgiye ulaşabilme, en iyi bakımı sağlama konusunda eğitilme, bakıcının kendi ihtiyaçlarını belirleyebilmesi gibi konular yer almaktadır (Ergen ve Arıkan, 2017).
Bakım vericiler her koşulda kendini güçlü kılmak zorunda hissetmektedir. Bakıcılar duygularının, ihtiyaçlarının, kendi sorunlarının baktıkları hastanın ihtiyaçlarından sonra geldiğini belirtmektedirler (Teskereci ve Kulakaç, 2018). Bakım süreci içerisinde bakıcılar kendi hastalığının kontrol yönetimini ertelemekte, bu sebeple kendi sağlığını tehdit eden durumlarla karşılaşabilmektedir (Given ve ark., 2012).

Kanser yörüngesi boyunca aile bakıcılarının etkilendiği diğer bir alan psikolojik iyilik halleridir. Hastalık durumu, teşhis anından tedavinin sonuna kadar bakım veren için hastadan daha büyük bir stres kaynağı olabilmektedir. Bakım yükünün bakıcı da oluşturduğu stres algısıyla çokça psikolojik sorunu beraberinde getirmektedir. Oluşan psikolojik bozulmalar; kaygı, kendi sağlığı için endişe, hastayı yalnız bırakmak istememe, endişelenme, depresyon, korku, öngörülemeyen bir gelecek korkusu, genetik risk korkusu, hastayı kaybetme korkusu, tekrarlama korkusu / kanser metastazı, ikinci kanser korkusu, kanserin yayılmasıyla ilgili korkular, hastanın

fiziksel engeli veya kötüleşmesiyle ilgili korkular, değişikliklerden korkma, sürekli korku içinde yaşama, ameliyat ve risklerinden korkma, belirsizlik, geleceğin öngörülemezliğiyle başa çıkma, umutsuzluk, çaresizlik, güçsüzlük, ruh halinde değişimler, daima modunun yüksek veya düşük olması, öfke, şaşkın, inkar edici olma, tehlike de hissetme, rahatsızlık hissinin geçmeyişi, terk edilmiş hissetmek, sıkılmış veya işe yaramaz hissetme, üzgün hissetme, yetersizlik hissi (daha fazlasını yapmak dileğiyle), hüsran, suçluluk hissi, zarar verme korkusu, panikleme, üzücü duygular, kendinden şüphe, şok, travmatik hisler vb.lerdir (Stenberg ve ark., 2010).

Düşük sosyoekonomik statüde aile bakıcılarını zorlayan diğer bir konudur. Sınırlı kaynak ve yeterli bakım sağlama kapasitesinin azalması, bakım verme sürecinde iş ve mali kaynakların değişime uğraması bakıcıyı olumsuz etkilemektedir (Given ve Charles, 2001). Destek hizmetlerine erişim, sigorta poliçelerinin içeriği, işverenlerin polikaları (esnek çalışma, evde çalışma, tele çalışma vb.) gibi alanların değerlendirilmesi bakım verenlerin desteklenmesi açısından göz önünde bulundurulması gereken alanlardandır (Given ve ark., 2012).

Bakım verenler hasta ile iletişim, diğer aile üyeleri ile iletişim, eski sosyal hayatın değişime uğraması, zaman kısıtlanması gibi nedenlerle kendilerini sosyal anlamda izole hissedebilmekte ve desteğe ihtiyaç duyulabilmektedir.

Bakım vericiler bu yeni normale adaptasyonları sırasında başa çıkmak için çeşitli manevi kaynaklara başvurabilmektedirler. Baş etme deneyimi; yeni normalle yüzleşme, bunun bir sınav olduğunu düşünme ve umudun olduğuna inanç, dua ederek kadere inanma gibi döngüsel süreçler içermektedir. Maneviyat yaşanılan bu süreci anlamlandırma ihtiyacında devreye girmektedir. Tüm bu inanç sistemi bakım sürecinde bakım verici için destekleyici ihtiyacı olarak karşımıza çıkmaktadır (Ergen ve Arıkan, 2017; Given ve Charles, 2001).

4.8. Jinekolojik Kanserlerde Destekleyici Hemşirelik Bakımı

Kanser toplum sağlığı açısından yaşamı tehdit etmesi yönüyle büyük önem taşıyan bir hastalıktır. Kanser süreci boyunca hem hasta hem ailenin yaşantısında meydana gelen değişimler destekleyici bakım gereksinimlerini oluşturmaktadır. Süreç boyunca bu gereksinimlerin karşılanması hasta ve bakıcı/eş için bakımın dinamizmini etkileyen son derece önemli etkenlerdir (Ergen, 2017; Kaya Var, 2019).

Kanserli birey sayısındaki artış ve hayatta kalım süresinin uzaması ile destekleyici bakım gereksinimleri artmaktadır. Kanser tanısı alan hasta ve bakıcı/eş hastalığı anlamlandırma, gelecekteki belirsizlikle baş etme, yaşam kalitesindeki değişimlere adaptasyon gibi pek çok sürece maruz kalmaktadır. Artan destekleyici bakım gereksinimleri hemşirelik bakıma olan ihtiyacı doğurmaktadır. Kanser hastaları bu sebeple hemşirelik bakımına daha fazla ihtiyaç duyan özel gruplar olarak nitelendirilmişlerdir. Bu gereksinimler hasta için ayrı bakıcı/eş için ayrı değerlendirilmektedir. Hastalar bu süreçte ana başlıklarıyla; fiziksel, psikolojik, gündelik rutinlerinde, sosyal, ekonomik, spiritüel boyutlarda pek çok gereksinim duymaktadırlar. Bu gereksinimleri karşılama sorumluluğunu paylaşan bakıcı/eş de süreç boyunca aynı boyutlarda zorlanabilmekte ve onunda destekleyici bakım gereksinimleri oluşabilmektedir. Destekleyici bakım gereksinimleri bütüncül bir hemşirelik bakımı ile değerlendirilmekte ve süreç boyu desteklenmektedir (Bozdoğan ve Öz, 2017; Kaya Var, 2019)

Gelişen kanser tedavileri, bakımın hastanede yatıştan ayakta tedaviye aktarılması, alanında uzman hemşire varlığı gibi faktörlerle özerk hemşirelik rolleri gelişmektedir. Hemşireler bu noktada doğrudan bakım, psikososyal destek, öğretim, değerlendirme ve izleme, savunuculuk, bakımın yönetimi ve koordinasyonu gibi rollerini kullanmaktadırlar (Charalambous ve ark., 2018). Jinekolojik kanserli kadınların destekleyici bakım gereksinimlerinin değerlendirildiği bir çalışmada, hemşirelerin yol gösterici rolleriyle hastaların uygun hizmetlere ve müdahalelere erişimlerini sağladıkları vurgulanmaktadır (Steele ve Fitch, 2008). Hemşireler verilen bakım süreci boyunca hastalara ve bakıcılarına varlıklarını hissettirmek adına bu rollerini kullanarak aktif katılım sağlamaktadırlar (Bozdoğan ve Öz, 2017).

Hastanın destekleyici bakımı teşhis konulduğu andan yaşam sonu anına, bakıcının ise yas sürecini kaplayacak şekilde sürmektedir. Bu sürecin başlangıcı hastanın hemşire tarafından detaylı değerlendirilmesi ile başlayıp kapsamlı bakım planının hazırlanması ile devam etmektedir. Semptom yönetimi, değişen günlük rutinin belirlenmesi, fiziksel, psikolojik, sosyal, ekonomik ve spiritüel gereksinimlerin karşılanması ile hemşirelik bakım süreci devam etmektedir. Bu süreçte jinekolojik kanserli hastalarda ve eşlerinde cinsellik ve doğurganlıkla ilgili gereksinimlerinin karşılanması en önemli bakım girişimlerindendir (Bozdoğan ve Öz, 2017; Hui ve

ark., 2013; Steele ve Fitch, 2008). Guan ve ark.'nın (2021) yapmış olduğu sistematik derlemede hasta ve ailesi için sağlık profesyonelleri tarafından yapılacak ana müdahalelerin farkındalık, etkili iletişim, danışmanlık ve psikosoyal destek çerçevesinde olduğu vurgulanmıştır. Aynı çalışmada hasta ve ailede pek çok soruna yol açan belirsizliğin bilgi ve duygusal destek sayesinde ortadan kaldırılacağı, eğitici müdahalelerle de başa çıkma mekanizmalarının güçlendirileceği saptanmıştır (Guan ve ark., 2021). Given ve ark.'nın (2012) yapmış oldukları çalışmada hemşireler tarafından psiko-eğitim, problem çözme ve çatışmaları yönetme eğitimi alan bakıcıların verdiği bakımda olumlu sonuçlar görüldüğü saptanmıştır (Given ve ark., 2012).

Gereksinimlerin karşılanması sırasında hasta, bakıcı ve hemşire arasında iletişim ağının oluşturulması çok önemlidir. Hasta, bakıcı ve hemşire arasında kurulan ilişki sayesinde bakımın niteliği artmaktadır. Hasta-hemşire arasındaki uyumun olumlu hasta sonuçlarına katkıda bulunduğu gözlenmektedir. Yapılan çalışmalarda kanserli hasta bakımında oluşturulan iletişim ağının hastanın sağlık sonuçlarında olumlu etkisini vurgulamaktadır (Thorne, 2005; Radwin ve ark., 2005; Koppel ve ark, 2020; Epstein ve Street, 2007). Ayrıca arada kurulan bağın güçlenmesiyle hasta ve bakıcının ihtiyaçlarının daha kolay değerlendirilmesi ve hemşirelerin bakımı daha iyi kişiselleştirmesine olanak tanınır (Koppel ve ark., 2020; Huz, 2019; Bozdoğan ve Öz, 2017).

Hemşireler destekleyici bakım sırasında hastanın kendi hastalık sürecini yönetmesini sağlar. Bu süreç sırasında kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarından yararlanılır. Kanserli hastalar ve bakıcıların/eşlerin benzersiz ve değişen gereksinimlerini karşılama konusunda hemşireler kendi yetki ve sınırlılıklarının farkında olmalıdır. Mesleki donanımı açısından yeniliklere açık olmalıdır (Young ve ark., 2020; Huz, 2019; Elçigil, 2012).

5. GEREÇ-YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Şekli ve Amacı

Araştırma, jinekolojik kanserli hastalar ve eşlerinin ameliyat sonrası destekleyici bakım gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla kesitsel/tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

5.2. Araştırmanın Soruları

1-Jinekolojik kanserli hastaların ameliyat sonrası destekleyici bakım gereksinimleri hangi düzeydedir?

2-Jinekolojik kanserli hastaların eşlerinin ameliyat sonrası destekleyici bakım gereksinimleri hangi düzeydedir?

3-Jinekolojik kanserli hastaların eşlerinin ameliyat sonrası bakıma hazıroluşlukları hangi düzeydedir?

5.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu araştırma T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü İstanbul Zeynep Kâmil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi jinekolojik onkoloji polikliniğinde 6 Ocak- 1 Ekim 2021 arasında yürütülmüştür. T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü İstanbul Zeynep Kâmil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel poliklinik binasında toplam 7 oda bulunup 2 odada jineko-onkoloji diğer 5 odada jinekoloji poliklinik hizmeti verilmektedir. Jineko-onkoloji polikliniğinde 1 profesör, 1 doçent, 1 uzman, 4 yan dal asistan hekim ve 1 hemşire görev yapmaktadır. Poliklinik şartlarında kolposkopik muayene, kolposkopi eşliğinde biyopsi, vulvar ve servikal örneklemeler, endoservikal ve endometriyal küretaj işlemleri ve yardımcı görüntüleme teknikleri ile ön değerlendirme olanakları mevcuttur. Bununla birlikte ameliyat hazırlıkları, ameliyat sonrası dönem de kontrol muayeneleri de yapılmaktadır. Her bir muayene alanı 6-8 metre kare arasında değişmekte olup bekleme alanında oturma sandalyeleri bulunmaktadır. Hastalar MHRS randevularını bekleme alanında muayene oda kapılarının üzerinde bulunan ekrandan takip etmektedirler. Bekleme alanında 1 adet sekreter deski bulunmaktadır. Hastalar muayene sıralarını bekledikleri ve muayene olup çıktıktan sonra anketleri doldurmaktadır.

5.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, 06.01.2021- 01.10.2021 tarihleri arasında T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü İstanbul Zeynep Kâmil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi jineko-onkoloji polikliniğine başvuran ve jinekolojik kanser nedeniyle cerrahi işlem yapılmış tüm kadınlar ve eşleri/partnerleri oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini; örneklem kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 136 kadın ve eşi oluşturmaktadır.

Örneklemin Hesaplanması:

Araştırma kapsamında ele alınan konuların gözlemlenebileceği ve araştırmadaki değişkenlerin ölçümlenebileceği uygun bir örneklemin tespit edilmesi, araştırma kapsamında elde edilen bulguların anlamlılığı bakımından oldukça önemli görülmüş ve bu anlamda çalışmanın en uygun örneklem üzerinde yapılması hedeflenmiştir.

Araştırmanın evreni, 500 jinekolojik kanserli hastadan oluşmaktadır. Bahse konu bu araştırma evreninden %95'lik güvenilirlik sınırları içerisinde, %5'lik bir hata payı oranı öngörülerek seçildiğinde örneklem büyüklüğü en az 109 kişi olarak hesaplanmıştır. Evreni bilinen örneklem hacmi formülü ile yapılan bu hesaplama aşağıda verilmiştir.

$n{=}N.t2p.qd2(N{-}1){+}t2.p\ .q$

N: Evrendeki birey sayısı (500)

n: Örnekleme alınacak birey sayısı (?)

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (olasılığı) (0,9)

q: İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı (1-p) (0,1)

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer (1,96)

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen sapma (0,05)

Değerler yerine yazıldığında; $500{*}1{,}962{*}0{,}9{*}\ 0{,}10{,}052(500{-}1){+}1{,}962{*}0{,}9{*}\ 0{,}1{=}109$

Örneklem hacmi 109 olarak hesaplanmasına rağmen 136 jinekolojik kanserli hasta ve eşinin verilerine ulaşılmıştır. Dolayısı ile bu araştırmanın örneklemi 136 kişiden oluşmaktadır.

Örnekleme Dahil Edilme Kriterleri (Çiftler için)

- 18 yaşını geçmiş olmak
- Okur-yazar olması
- Türkçe konuşabiliyor olmak

- Eşi/partneri ile yaşıyor olmak
- Jinekolojik kanser nedeniyle cerrahi operasyon geçirmiş olmak
- Bilincinin yerinde ve koopere olması
- Araştırmaya katılmayı kabul etmiş olmak
- Anket formunu tam olarak doldurmak

Örnekleme Dahil Edilmeme Kriterleri (Çiftler için)

- 18 yaşından küçük olmak
- Okuma yazma bilmeyen
- Türkçe konuşamayan
- Çalışmaya katılmak istemeyen kadınlar
- Hastalığın terminal döneminde olma

Çalışmadan Dışlanma Kriterleri (Çiftler için)

- Yanlış ya da eksik form doldurma
- Jinekolojik kanser tanısı doğrulanmaması
- Çalışmadan ayrılmak isteme

5.5. Veri Toplama Yöntemi

Çalışma 06.01.2021-01.10.2021 tarihleri arasında T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü İstanbul Zeynep Kâmil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi jineko-onkoloji polikliniğine başvuran jinekolojik kanser nedeniyle cerrahi operasyon geçirmiş ve örneklem kriterlerine uyan kadınlar ve eşleri ile yapılmıştır. Kadınlar ve eşleri ile yapılacak yüz yüze görüşmeler sırasında veri toplama formlarının doldurulması yaklaşık 20-25 dakika sürmektedir.

5.6. Veri Toplama Araçları

5.6.1. Kadınlara Uygulanan Formlar

Araştırmamızda jinekolojik kanserli hastalara Tanımlayıcı Bilgi Kadın (K) Formu ve Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçek Formu uygulanmıştır.

5.6.1.1. Tanımlayıcı Bilgi Kadın (K) Formu (EK 10)

Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan 16 soruluk bir Tanımlayıcı Bilgi Formu'nda kadın ile ilgili 5 adet sosyo-demografik (yaşı, eğitimi, sosyal güvence vb.) (Mevlüde 2017, Bahıtlı 2016, Marangoz 2014), 6 adet obstetrik ve jinekolojik bilgilerini içeren (gravida, para, abortus, menopoz yaşı, menopaza girme şekli vb.) (Bahıtlı 2016, Marangoz 2014), ve 5 adet tanı olarak konulan duruma ilişkin bilgileri içeren toplam 16 soru bulunmaktadır. Soruların cevaplanması yaklaşık 10 dakika sürmüştür.

5.6.1.2. Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği (DBGÖ) (EK 11)

Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu (DBGÖ), McElduff Boyes, Zucca, ve Girgis (2004) tarafından Centre for Health Research & Psycho-Oncology için kanser tanısı konmuş hastaların ihtiyaçlarının farkına varıp değerlendirmek üzere geliştirilmiştir. Geçerlilik güvenilirlik çalışması ölçek Çin, Almanya, Fransa ve Japonya gibi farklı ülkelerde de çevrilip kullanılmak üzere geçerliliği sağlanmıştır. Türkiye'de güvenilirlik ve geçerlilik çalışmasını Şenturan ve Aksuoğlu (2016) yapmıştır. Leman Şenturan'dan ölçeğin kullanım izni alınmıştır (EK 3). Ölçeğin ana hali 34 madde içeren ölçek beş altboyuttan oluşmaktadır. Dil, kapsam yapı geçerliliği analizleri yapıldığı sırada ana ölçekte bulunan 17., 22. ve 30. Sorular bu maddelerin diğer altboyutları ile de yüksek korelasyon gösterdiği için faktör analizi dışında tutulmuş ve ölçekten çıkartılmıştır. Bunun üzerine ölçeğin Türkçe versiyonunda 31 madde kullanılmıştır.

Altboyutlar ise Şunlardır;

- Ruhsal/psikolojik,
- Sağlık sistemi ve bilgilendirme,
- Fiziksel ve günlük yaşam,
- Hasta bakım ve desteği ile
- Cinsellik boyutlarıdır.

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.

Tablo 6. DBGÖ Altboyutları

Boyut	Maddeler	Min. Puan	Mak. Puan	Orjinal çalışma cronbach α değeri	Bizim çalışmamızdaki cronbach α değeri
Ruhsal/Psikolojik Sağlık Sistemi ve Bilgilendirme Alt Boyutu Altboyutu	6,7,8,9,10 ,11,12,13, 14	9	45	0.96	0,876
Sağlık Sistemi ve Bilgilendirme Alt Boyutu	21,22,23, 24,25,26, 27,29,30, 31	10	50	0.97	0,923
Fiziksel ve Günlük Yaşam Altboyutu	1,2,3,4,5	5	25	0.94	0,845
Hasta Bakım ve Desteği Altboyutu	17,18,19, 20	4	20	0.93	0,805
Cinsellik Altboyutu	15,16,28	3	15	0.93	0,778
Ölçek Toplam Puanı		31	155	------	0,933

Ölçek puanlamasının hesaplanması iki şekilde yapılmaktadır.

1- Likert yanıtlara verilen puanlar toplanarak olduğu gibi analiz edilir.
2- Likert yanıtlardan alınan toplam puan (toplam ölçek puanı ve altboyut puanları) aşağıda belirtilen formülle 100 puan üzerinden standardize edilir (McElduff ve ark., 2004).

Formül: Ölçek toplam puanından ölçekte bulunan madde sayısının çıkarılıp elde edilen değerin 100/(m×(k-1) formülü ile çarpılmasıyla standart puan elde edilir. Altboyutlar için bu hesaplama; altboyuttan alınan toplam puandan altboyutta bulunan madde sayısının çıkarılıp 100/(m×(k-1) formülü ile çarpılmasıyla elde edilmektedir. Örneğin Hasta Bakım ve Desteği Altboyutunda 4 adet madde bulunmaktadır. Bu 4 maddeden alınan puanlar sırasıyla 3,2,2,3 olduğunu varsayalım. Bu puanların toplamından (10) madde sayısı olan 4 ü çıkarıp (10-4=6) formülde yerine koyalım.
6x 100/ (4x (5-1)) şeklinde 100'lük sisteme standardize edilmiş hali 37,5 puan olmaktadır.
Formüldeki **m:** ölçek/altboyut madde sayısı , **k:** likert tipteki seçenek sayısıdır.

Tüm altboyutlarda güvenirlik katsayısı 0,70‟den yüksek ve orijinal ölçeğin Cronbach alfa katsayısı ile uyumludur. Ölçekte herhangi bir kesme puanı yoktur. Ölçek puanı ile destekleyici bakım gereksinimleri arasında doğru orantı olup, ölçek puanının yükselmesi destekleyici bakım gereksinimlerinin arttığını göstermektedir. Ölçeğin doldurulması yaklaşık olarak 10-15 dakika sürmektedir.

5.6.2. Erkeklere Uygulanan Formlar

Araştırmamızda eşlere Tanımlayıcı Bilgi Erkekler (E) Formu, Bakım Verenlerin Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Formu ve Bakım Vermeye Hazır Olma Durumu Ölçeği Formu uygulanmıştır.

5.6.2.1. Tanımlayıcı Bilgi Erkekler (E) Formu (EK 12)

Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan 14 soruluk bir Tanımlayıcı Bilgi Formu'nda eş ile ilgili tanımlayıcı bilgiler kısmında 5 adet sosyo-demografik verilerini gösteren (eşin yaşı, eğitimi, sosyal güvence vb.) (Mevlüde 2017, Karabuğa 2009, Okçin 2007) ve 9 adet bakımla ilgili (hastanın bakımına ilişkin sorular) (Mevlüde 2017) barındıran toplam 14 soru bulunmaktadır. Bu formun doldurulması yaklaşık 10 dakika sürmektedir.

5.6.2.2. Bakım Verenlerin Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği (BVDBGÖ) (EK 13)

Bakım verenlerin destekleyici bakım gereksinimlerini değerlendirmek amacıyla Girgis, Lambert, Lecathelinais tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe 'ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenirlik çalışması Mevlüde Ergen (2017) tarafından yapılmıştır. Mevlüde Ergen'den ölçeğin kullanım izni alınmıştır (EK 4). Ölçeğin toplam 39 madde olup 4 altboyuttan oluşmaktadır. Bu altboyutlar, Faktör 1 "Psikolojik ve Emosyonel İhtiyaçlar", Faktör 2 "Sağlık Bakım ve Bilgi İhtiyaçları", Faktör 3 „‟İş ve Sosyal İhtiyaçlar", Faktör 4 "İletişim ve Aile İhtiyaçları" olarak isimlendirilmiştir. Ölçeğin altboyutları ve maddeleri tablo 7. de belirtilmiştir.

Tablo 7. BVDBGÖ Altboyutları

Boyut	Maddeler	Min-Max	Orjinal çalışma cronbach α değeri	Bizim çalışmamızdaki cronbach α değeri
Psikolojik ve Emosyonel İhtiyaçlar	16, 24, 25, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 37, 38, 39	1-5	0.92	0,943
Sağlık Bakım ve Bilgi İhtiyaçları	1,2,3,4,5,6,7,9,15,12,13	1-5	0.91	0,923
İş ve Sosyal İhtiyaçlar	8,14,17,18,19,20,26,36	1-5	0.83	0,872
İletişim ve Aile İhtiyaçları	10,11,21,22,23	1-5	0.79	0,887
Ölçek toplam puan		1-5	0.95	0,970

Ölçeğin puanlanması, her bir altboyuttaki maddelere verilen puanların ortalaması alınarak hesaplanmaktadır. Madde puanlaması 1- yardım ihtiyacım yok, 2- yardım ihtiyacım karşılandı, 3- az düzeyde yardıma ihtiyacım var, 4- orta düzeyde yardıma ihtiyacım var, 5-yüksek düzeyde yardım ihtiyacım var şeklinde elde edilmektedir. Altboyutlardan ve ölçekten elde edilen puanın yüksek bulgulanması bakım verenler için yüksek düzeyde destekleyici bakım gereksinimi olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin orjinal çalışmasında altboyutlarının Cronbach Alpha değeri 0.88 ile 0.94 arasında bulunmuştur. Yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,95 olarak bulunmuştur. Ölçek ve altboyutlarından alınan puanının yüksek bulunması bakım verenlerin destekleyici bakım gereksinimlerinin yüksek olduğunu göstermektedir. Bu ölçekteki soruların cevaplanması toplam 10-15 dakika sürmektedir.

5.6.2.3. Bakım Vermeye Hazır Olma Durumu Ölçeği (BVHDÖ)-Preparedness Ölçeği (EK 14)

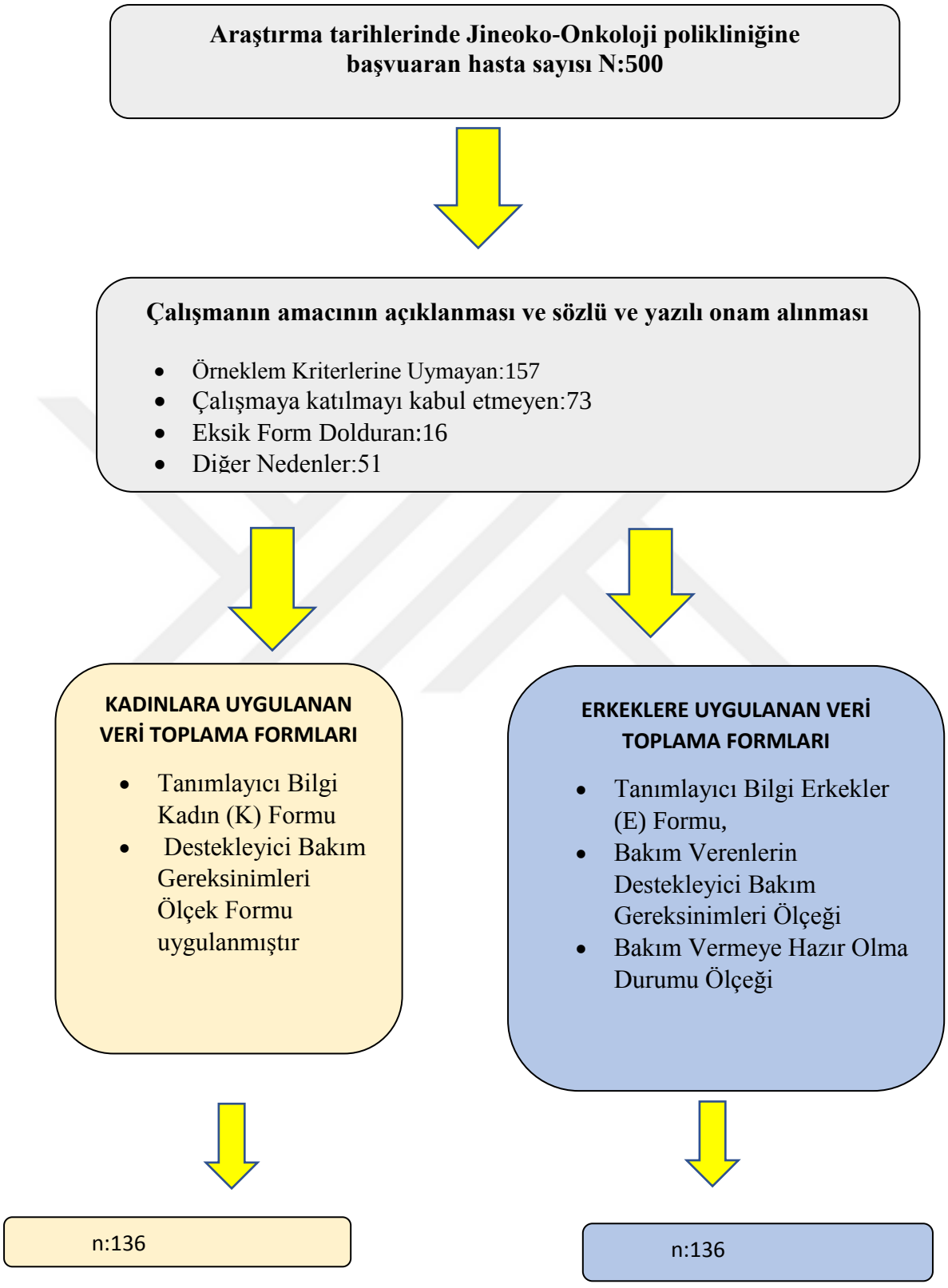
Ölçek Archbold & Steward tarafından 1983 yılında rol teorisinin bakış açısı ile geliştirilmiş; 1993 ve 2000 yıllarında yeniden yapılandırılmıştır. Ölçek bakım verenin birçok alanda bakıma hazırlığını içerir (Schumacher L.K. et al., 2008). Ölçekte hazırlık kapsamında fiziksel gereksinimler, emosyonel gereksinimler, stres kavramları kullanılarak bakım verenin hazırlığının saptanmasına yönelik sorular bulunmaktadır (Scherbring M., 2002). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirliliği Uğur ve ark. (2017) tarafından yapılmıştır. Özlem Uğur'dan ölçeğin kullanım izni alınmıştır (EK 5). Bakım verenin fiziksel, emosyonel, sosyal ve genel hazırlığını

değerlendirir (Sılver et al.2004). Ölçekte 8 madde ve ek olarak bakım vericilere özel daha iyi hazır olmak istedikleri alanı sorgulayan bir madde daha olmak üzere toplam 9 madde vardır. Ölçeğin altboyutları bulunmamaktadır. Değerlendirilmesinde 5 dereceli Likert tipi bir skala kullanılmıştır. Her bir soruya yönelik 0'dan 4'e kadar seçenek yer almaktadır (Scherbring M., 2002). Bakım veren sorulara "0: Hiç hazır değilim'den'', "4: Çok fazla hazırım'a'' kadar yanıt verir. Ölçekten elde edilen toplam skor bütün maddelere verilen yanıtların toplanması sonucu elde edilir. Toplam skor 0'dan 32'ye kadar değişmektedir. Ölçeğin Cronbach's Alpha değeri 0,67-0,92 arasında bildirilmiştir (Archbold ve ark. 1990). Puanın yükselmesi bakıcının kendi rolleri için daha hazırlıklı olduğunu göstermektedir. Bu ölçek sorularının cevaplanması 5 dakika sürmektedir.

5.7. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmanın yapılabilmesi için T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü İstanbul Zeynep Kâmil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığından etik kurul izni ve İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden Kurum İzni belgesi alınmıştır. İstanbul Zeynep Kâmil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi jinekolojik onkoloji polikliniğinde görevli hekim ve hemşirelere araştırma hakkında bilgi verilmiştir. Araştırma 6 Ocak-1 Ekim 2021 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara çalışma hakkında bilgi verilip jinekolojik kanserli hastalara; Gönüllü Bilgilendirme Formu (Kadın) (EK 6), Katılımcı Beyanı (EK 8) ve Gönüllü Onay Formu (EK 9) onamları alınmaktadır. Eşlerine ise; Gönüllü Bilgilendirme Formu (Erkek) (EK 7), Katılımcı Beyanı (EK 8) ve Gönüllü Onay Formu (EK 9) onamları alınmaktadır. Yazılı ve sözlü onamları alındıktan sonra jinekolojik onkoloji polikliniğinin bekleme salonunda muayene sıralarının gelmelerini bekledikleri veya muayeneleri bitip bekleme salonuna geldikleri esnada araştırmacı tarafından yüz yüze mahremiyetlerine özen gösterilerek formlar doldurulmuştur. Formların doldurulması sırasında eşler ve jinekolojik kanserli hastaların ayrı yerlerde cevaplaması sağlanmış ve birbirlerinin yanıtlarından etkilenmemelerine özen gösterilmiştir. Veri toplama formlarının doldurulması jinekolojik kanserli hastalar için 20, eşleri için 25 dakika civarında sürmüştür.

Şekil 2. Araştırmanın Uygulama Algoritması



5.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma kapsamında elde edilen veriler SPSS 24 programı ile analiz edilmiştir. Araştırma kapsamında demografik özelliklerine göre dağılımlarının verilmesinde betimleyici analizlerden frekans ve yüzde analizi kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan ölçeklere ait betimleyici analizlerin verilmesinde ise ortalama ve standart sapma değerleri verilmiştir.

Tablo 8. Hastaların Destekleyici Bakım Gereksinimleri Algılarına Ait Normallik Testi Sonuçları

Alt Boyutlar	Kolmogrov-Smirnov			Merkezi Eğilim Ölçümleri			
	Statistic	Sd	p	$\bar{X}$	Medyan	Çarpıklık	Basıklık
Ruhsal/Psikolojik	0,124	136	0,000	66,83	69,44	-0,547	-0,501
Sağlık Sistemi ve Bilgilendirme	0,087	136	0,013	66,69	68,75	-0,748	0,181
Fiziksel ve Günlük Yaşam	0,131	136	0,000	71,65	75,00	-1,123	1,643
Hasta Bakım ve Desteği	0,098	136	0,003	61,02	62,50	-0,447	-0,186
Cinsellik	0,112	136	0,000	39,03	33,33	0,290	-0,994
Destekleyici Bakım Gereksinimleri	0,086	136	0,015	64,12	64,91	-0,477	-0,320

Elde edilen verilerin dağılımlarının belirlenmesinde merkezi eğilim ölçümlerinden aritmetik ortalama, medyan, çarpıklık ve basıklık katsayıları kullanılmıştır. Medyan ile aritmetik ortalama değerinin birbirine yakın ya da eşit olması ile çarpıklık ve basıklık değerlerinin ± 2 sınırları içerisine düşmesi nedeniyle elde edilen verilerin dağılımının normal dağılımdan geldiği belirlenmiştir. (George ve Mallery 2010).

Tablo 9. Araştırmanın Verilerinin Analizinde Kullanılan İstatistikler

• Jinekolojik Kanserli Hastaların Tanıtıcı Özellikleri, Jinekolojik ve Obstetrik Verileri, Hastalık Özellikleri ile DBGÖ ve Altboyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması Bulguları	Bağımsız örneklem t-testi, Anova Testi
• Eşlerin Tanıtıcı Özellikleri, Hasta Bakımına Katılım Özellikleri ile BVDBGÖ Altboyut, Toplam Puan ve BVHDÖ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması Bulguları	Bağımsız örneklem t-testi, Anova Testi
• Jinekolojik Kanserli Hastaların Eşlerinin Hasta Bakımına Katılım Verileri ile BVDBGÖ ve BVHDÖ'nün Karşılaştırılması Bulguları	Bağımsız örneklem t-testi, Anova Testi
• BVDBGÖ ile BVHDÖ Arasındaki İlişki Bulguları	Pearson Korelasyon Analizi
• DBGÖ, BVDBGÖ ve BVHDÖ Arasındaki İlişki Bulguları	Pearson Korelasyon Analizi

Elde edilen verilerin dağılımı normal dağılım olması sonucu hipotez testleri istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde test edilmiş olup ölçeklerden elde edilen puanların 2'li gruplara göre farklarının incelenmesi için bağımsız örneklem t-testi, 2'den fazla gruplar arasındaki farkların belirlenmesi için tek yönlü anova analizi yapılmıştır.

5.9. Araştırmanın Etik Yönü

Çalışma için T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü İstanbul Zeynep Kâmil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığından etik kurul izni alınmıştır (EK 1) İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden Kurum İzni belgesi alınmıştır (EK 2) Araştırma esnasında kadınlar ve eşleri ile yapılacak görüşmeler polikliniklerdeki muayene, tetkik vb. işlemler bittikten sonra ve poliklinik çalışmasını aksatmayacak şekilde yüz yüze yapılmıştır. Bu esnada hastaların mahremiyet ve gizliliğine dikkat edilmiştir. Veri toplamaya başlanmadan önce araştırmanın amacı hakkında bilgi verilerek Gönüllü Bilgilendirme Formu (Kadın-Erkek) (EK 6-7), Katılımcı Beyanı (EK 8) ve Gönüllü Onay Formu (EK 9) doldurtularak onamları alınmıştır.

5.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlükleri

Çalışmamızın veri toplama zamanının Covid-19 pandemisine denk gelmesinden dolayı azalan poliklinik randevuları ve hastaların randevularını ertelemeye yönelik tutumlarından kaynaklı hastalara ulaşmada zorluklar yaşanmıştır. Aynı şekilde hastalar sosyal mesafe açısından çekincelerinden dolayı araştırmaya katılımda çekimser davranmışlardır. Veriler toplanırken uygun bir araştırma ortamı olmadığından dolayı hastaların mahremiyeti korunmaya çalışılsa da bekleme salonunda veri toplama gerçekleştirilmiştir. Bunlarla beraber çalışmamızı yürütürken; muayeneye eşleriyle gelmeyen jinekolojik kanserli hastalar, eşiyle gelse bile çalışmaya katılmayı kabul etmeyen hastalar ve anket formlarının doldurulması esnasında eşle hastayı ayrı alanlarda tutma vb. konularda da güçlükler yaşanmıştır.

6. BULGULAR

6.1. Jinekolojik Kanserli Hastaların Bulguları

Bu bölümde jinekolojik kanserli hastaların demografik özellikleri, jinekolojik obstetrik özellikleri, hastalıklarına ilişkin özellikler, destekleyici bakım gereksinimlerine ait bulgular ve hastanın tanımlayıcı özellikleri ile destekleyici bakım gereksinimlerinin karşılaştırılması bulguları yer almaktadır.

Tablo 10. Kadınların Demografik ve Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (n= 136)

Demografik Özellikler	**Ort. ± SS**	
Yaş	53,84 ± 10,75	
	n	**%**
Yaş		
• 25-35 yaş	6	4,4
• 36-45 yaş	27	19,9
• 46-55 yaş	47	34,6
• 56-65 yaş	32	23,5
• 66 yaş ve üzeri	24	17,6
Eğitim Durumu		
• Okur-yazar	22	16,2
• İlköğretim	64	47,1
• Ortaöğretim	37	27,2
• Lisans ve üzeri	13	9,6
Çalışma Durumu		
• Emekli	13	9,6
• Çalışmıyor	100	73,5
• Çalışıyor	23	16,9
Aile Tipi		
• Çekirdek aile	108	79,4
• Geniş aile	28	20,6
Sistemik Hastalık Varlığı		
• Yok	69	50,7
• Var	67	49,3
Toplam	136	100

Çalışmamızdaki jinekolojik kanserli hastaların yaş ortalaması 53,84 ± 10,75 olup eğitim durumlarının %47,1'i ilkokul, %27,2'si ortaöğretim ve %7,4'ü ise lisans mezunu olduğu belirlenmişti. Aynı zamanda Tablo 8'de görüldüğü üzere kadınların %73,5'i çalışmıyor, %79,4'ü çekirdek aile tipinde ve %50,7'sinin kanser dışında herhangi bir sistemik hastalığı bulunmamaktadır.

Tablo 11. Jinekolojik Kanserli Kadınların Obstetrik ve Jinekolojik Özelliklerinin Dağılımı (n=136)

Obstetrik Ve Jinekolojik Özellikler	Ort. ± SS	Aralık
Menopoz Yaşı	46,24 ± 5,86	26-55
Menarş Yaşı	12,88 ± 1,89	10-19
Gebelik Sayısı	3,34± 1,85	
Doğum Sayısı	2,74 ± 1,48	
	n	**%**
Gebelik Sayısı		
• 0	3	2,2
• 1-3	81	59,6
• 4 ve üzeri	52	38,2
Düşük Sayısı		
• Yapmayan	81	59,6
• Düşük yapan	55	40,4
Menopoza Girme Şekli		
• Doğal menopoz	70	51,5
• Cerrahi menopoz	66	48,5
Toplam	136	100

Tablo 9. da görüldüğü üzere çalışmamızdaki jinekolojik kanserli kadınların; ortalama gebelik sayısı 3,34± 1,85 olup %59,6'sının 1-3 gebelik geçirdiği belirlenmiştir. Aynı zamanda ortalama doğum sayıları 2,74 ± 1,48'dir. %59,4'ünün düşük öyküsü bulunmamakta ve %51,5'i doğal yolla menopoza girmiştir. Ortalama menopoz yaşları 46,24 ± 5,86 ve ortalama menarş yaşları ise 12,88 ± 1,89'dur.

Tablo 12. Jinekolojik Kanserli Kadınların Hastalıklarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n=136)

Hastalık Özellikleri	n	%
Kanserin Türü		
• Endometrium	88	64,7
• Over	23	16,9
• Serviks	18	13,2
• Vulva	7	5,1
Hastalığın Evresi		
• 1.Evre	26	19,1
• 2.Evre	72	52,9
• 3.Evre	30	22,1
• 4.Evre	8	5,9
Uygulanan Tedavi		
• Cerrahi tedavi	136	100
• Kemoterapi	47	34,6
• Radyoterapi	17	12,5
• Kemoradyoterapi	8	5,9
• Hormonterapi	2	1,5
Uygulanan Operasyon		
• TAH/TAH+USO/ TAH+BSO*	78	57,4
• TİP II ve TİP III HİSTEREKTOMİ**	21	15,4
• DEBULKİNG***	30	22,1
• VULVEKTOMİ****	7	5,1
Operasyon Sonrası Geçen Süre		
• 0-1 ay	54	39,7
• 1,1-3 ay	20	14,7
• 3,1-6 ay	46	33,8
• 6,1-1 yıl	16	11,8

*TAH: Abdomenden yapılan kesi ile yalnızca uterusun çıkartılması, TAH+USO: Abdomenden yapılan kesi ile uterus ve overlerden birinin çıkartılması, TAH+BSO: Abdomenden yapılan kesi ile uterus ve overlerin ikisinin de alınması
** TİP II Histerektomi: Uterusun uterin arter bağı dahil tüm üst destek dokularıyla beraber çıkarılması, TİP III Histerektomi: Uterusun kardinal-sakrouterin ligamen bağları dahil üst destek dokuları ve arter bağlantısının kesilip çıkartılması
*** Debulking: Büyük ve yaygın doku tutulumu durumlarında çevre organları korumak adına tümör hacminin küçültülmesi ameliyatıdır
**** Vulvektomi: Vulvanın kısmen veya tamamının çıkartıldığı cerrahi operasyon

Çalışmamızdaki jinekolojik kanserli hastaların %16,9'u over, %64,7'si endometrium, %14'ü serviks, %4,4'ü ise vulva kanseri tanısı almış ve %52,9'u ikinci evrede olduğu Tablo 10'da görülmektedir. Tüm vakalara cerrahi operasyon uygulanmış; %34,6'sı kemoterapi tedavisi, %12,5'i radyoterapi tedavisi, 5,9'u kemoradyoteapi tedavisi ve %1,5'i ise hormon tedavisi görmüştür. Yapılan cerrahi operasyonların %57,4'ü basit tipte histerektomi, %22,1'i debulking cerrahisi, %15,4'ü tip 2 / tip 3 histerektomi ve %5,1'i vulvektomidir. Operasyon sonrası geçen süre ortalaması 101,95 ± 85,41 gündür.

Tablo 13. Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği (DBGÖ) Puanları ve Cronbach Alfa Değerleri (n= 136)

	Ölçekten Alınan Puanlar*		Standardize Edilmiş Puanlar**		C.α değeri***
	Ort. ± SS	Min-Max.	Ort. ± SS	Min- Max.	
DBGÖ Toplam Puan	110,51± 20,99	51-144	64,12 ±16,93	16,13-91,33	0,933
ÖLÇEĞİN ALTBOYUTLARI					
Ruhsal/Psikolojik	33,05 ± 7,45	12-45	66,83 ± 20,72	8,33-100	0,876
Sağlık Sistemi ve Bilgilendirme	36,67 ± 8,85	10-50	66,69 ± 22,13	0-100	0,923
Fiziksel ve Günlük Yaşam	19,33 ± 4,30	5-25	71,65 ± 21,50	0-100	0,845
Hasta Bakım ve Desteği	13,76 ± 3,73	4-20	61,02 ± 23,32	0-100	0,805
Cinsellik	7,68 ± 3,48	3-15	39,03 ±29,07	0-100	0,778

*Likert yanıtlara verilen puanlar toplanarak olduğu gibi analiz edilmiştir.

** Ölçekten alınan puanın 100 puan üzerin standartlaştırılmış değeri. (Ölçek toplam puanından ölçekte bulunan madde sayısının çıkarılıp elde edilen değerin 100/(m×(k-1) formülü ile çarpılmasıyla standart puan elde edilmiştir.)

***Cronbach alfa değerleri

Tablo 13'de DGBÖ puanlarına ait istatistiksel veriler yer almaktadır. Çalışmamızda jinekolojik kanserli hastaların DBGÖ puanlarına ait betimsel bulgular incelendiğinde ölçeğin genel ortalamasının $\bar{X}$=64,12, Cronbach's Alpha değerinin (0,933) çok yüksek olduğu belirlenmiştir. Hastaların DBGÖ ait altboyut ortalamaları incelendiğinde; ruhsal/psikolojik altboyut puanları $\bar{X}$=66,83, Cronbach's Alpha değerinin (0,876) çok yüksek olduğu belirlenmiştir. Sağlık sistemi ve bilgilendirme altboyut puanları $\bar{X}$=66,69, Cronbach's Alpha değerinin (0,923) çok yüksek olduğu belirlenmiştir. Fiziksel ve günlük yaşam altboyut puanları $\bar{X}$=71,65, Cronbach's Alpha değerinin (0,845) çok yüksek olduğu belirlenmiştir. Hasta ve bakım desteği altboyut puanları $\bar{X}$=61,03, Cronbach's Alpha değerinin (0,805) çok yüksek olduğu ve cinsellik altboyut puanları $\bar{X}$=39,03, Cronbach's Alpha değerinin (0,778) yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 14. Jinekolojik Kanserli Hastaların DBGÖ Frekans Dağılımı (n= 136)

	İHTİYAÇ YOK		İHTİYAÇ VAR		
Ölçek Maddeleri	**Hiç ihtiyacım olmadı**	**İhtiyacım olmadı**	**Az ihtiyacım oldu**	**Biraz ihtiyaç oldu**	**Çok ihtiyacım oldu**
	n (%)	**n (%)**	**n (%)**	**n (%)**	**n (%)**
1.Ağrı	6 (4,4)	4 (2,9)	29 (21,3)	54(39,7)	43 (31,6)
2. Enerji Eksikliği/Yorgunluk	7 (5,1)	4 (2,9)	27 (19,9)	57(41,9)	41 (30,1)
3. Çoğunlukla kendini iyi hissetmeme	11 (8,1)	6 (4,4)	33 (24,3)	49(36,0)	37 (27,2)
4.Ev işlerini yapma	8 (5,9)	6 (4,4)	21 (15,4)	42(30,9)	59 (43,4)
5.Eskiden yaptığı şeyleri yapamama	6 (4,4)	10 (7,4)	32 (23,5)	43(31,6)	45 (33,1)
6.Kaygı/Gerginlik	7 (5,1)	7 (5,1)	29 (21,3)	48(35,3)	45 (33,1)
7.Çöküntüde ya da depresyonda hissetme	16 (11,8)	13 (9,6)	27 (19,9)	45(33,1)	35 (25,7)
8. Hüzünlü hissetme	11 (8,1)	10 (7,4)	32 (23,5)	47(34,6)	36 (26,5)
9. Kanserin yayılmasıyla ilgili endişe	9 (6,6)	10 (7,4)	26 (19,1)	42(30,9)	49 (36,0)
10. Tedavinin sonuçlarının kendi kontrolünüz dışında olmasından endişelenme	10 (7,4)	12 (8,8)	38 (27,9)	37(27,2)	39 (28,7)
11. Gelecek hakkında belirsizlik	10 (7,4)	7 (5,1)	27 (19,9)	47(34,6)	45 (33,1)
12. Durumunuzla ilgili kontrolün sizde olduğu hissini öğrenme	3 (2,2)	16 (11,8)	38 (27,9)	54(39,7)	25 (18,4)
13.Olumlu bir bakış açısını sürdürme	6 (4,4)	20 (14,7)	28 (20,6)	53 39,0)	29 (21,3)
14. Ölüm ve ölme ile ilgili duygular	13 (9,6)	10 (7,4)	34 (25,0)	38(27,9)	41 (30,1)
15.Cinsel duygularda değişiklikler	54 (39,7)	23 (16,9)	22 (16,2)	23(16,9)	14 (10,3)
16.Cinsel ilişkilerde değişiklikler	56 (41,2)	21 (15,4)	23 (16,9)	20(14,7)	16 (11,8)
17.Hangi kanser uzmanına gideceğiniz hakkında daha fazla seçenek sunulması	13 (9,6)	24 (17,6)	41 (30,1)	39(28,7)	19 (14,0)
18. Hangi hastaneye gideceğiniz hakkında daha fazla seçenek sunulması	14 (10,3)	14 (10,3)	41 (30,1)	44(32,4)	17 (12,5)
19. Hissettiğiniz şeylerin normal olduğunun tıbbi ekip tarafından belirtilmesi	10 (7,4)	8 (5,9)	34 (25,0)	45(33,1)	39 (28,7)
20. Hastane personelinin fiziksel ihtiyaçlarınıza gecikmeden yardım etmesi	11 (8,1)	11 (8,1)	31 (22,8)	45(33,1)	38 (27,9)
21.Tedavinizin önemli kısımlarıyla ilgili bilgilerin yazılı olarak size iletilmesi	8 (5,9)	10 (7,4)	33 (24,3)	48(35,3)	37 (27,2)
22. Tedavi süreciniz ve yan etkiler ile evde baş etmeniz için gereken bilgilerin size iletilmesi	8 (5,9)	10 (7,4)	27 (19,9)	52(38,2)	39 (28,7)
23. Yapılacak testler ile ilgili bilgi istediğinizde gerekli açıklamaların yapılması	10 (7,4)	3 (2,2)	20 (14,7)	62(45,6)	41 (30,1)
24.Tedavinizi seçmeden önce tedavi seçeneklerinin yararları ve yan etkileri açısından yeterli bilgilendirmelerin yapılması	9 (6,6)	11 (8,1)	23 (16,9)	59(43,4)	34 (25,0)
25.Test sonuçlarınızın mümkün olan en kısa sürede size iletilmesi	13 (9,6)	14 (10,3)	31 (22,8)	49(36,0)	29 (21,3)
26. Kanserin kontrol altında olduğunun ya da gerilemekte olduğunun size iletilmesi	14 (10,3)	4 (2,9)	38 (27,9)	51(37,5)	29 (21,3)
27.İyileşmenize yardımcı olacak şeyler hakkında bilgilendirilme	10 (7,4)	6 (4,4)	34 (25,0)	50(36,8)	36 (26,5)
28. Cinsel ilişkiler hakkında bilgilendirilme	31 (22,8)	20 (14,7)	38 (27,9)	30(22,1)	17 (12,5)
29. Herhangi bir vaka gibi değil bir birey olarak tedavi edilmek	13 (9,6)	12 (8,8)	32 (23,5)	49(36,0)	30 (22,1)
30. Fiziksel koşulları mümkün olduğu kadar iyi olan bir tesiste tedavi görmek	10 (7,4)	13 (9,6)	35 (25,7)	47(34,6)	31 (22,8)
31. Hastalığınız, tedaviniz ve takip süreciniz ile ilgili tüm durumları konuşabileceğiniz bir tıbbi personelin bulunması	8 (5,9)	12 (8,8)	30 (22,1)	42(30,9)	44 (32,4)

Tablo 14'de DBGÖ maddelerine ait frekans dağılımları incelenmiştir.

Tabloya göre; hiç ihtiyacım olmadı ve ihtiyacım olmadı seçeneği "ihtiyacı yok" olarak değerlendirilirken, az, biraz ve çok ihtiyacım oldu seçenekleri ise "ihtiyacı var" olarak değerlendirilmiştir.

Araştırmamızda DBGÖ'de en fazla ihtiyaç bildirilen ilk 5 madde (az, biraz ve çok ihtiyacım oldu); "Ağrı (%92,6)'', "Enerji Eksikliği/Yorgunluk (%91,9)'', ''Yapılacak testler ile ilgili bilgi istenildiğinde gerekli açıklamaların yapılması (%90,4)'', "Ev işlerini yapma (%89,7)'' ve "Kaygı/Gerginlik (%89,7)'' olarak belirlenmiştir.

Araştırmamızda DBGÖ'de ihtiyaç duyulmayan ilk 5 madde (hiç ihtiyacım olmadı ve ihtiyacım olmadı); "Cinsel duygularda değişiklikler (%56,7)", "Cinsel ilişkilerde değişiklikler (%56,7)'', "Cinsel ilişkiler hakkında bilgilendirilme (%37,5)'', "Hangi kanser uzmanına gideceği hakkında daha fazla seçenek sunulması (%27,2)" ve "Çöküntüde ya da depresyonda hissetme (%21,4)'' olduğu saptanmıştır (Tablo14).

Tablo 15. Jinekolojik Kanserli Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile DBGÖ ve Altboyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n= 136)

Tanıtıcı Özellikler	Ruhsal/Psikolojik $\bar{X}$ ±SS	Sağlık Sistemi ve Bilgilendirme $\bar{X}$ ±SS	Fiziksel ve Günlük Yaşam $\bar{X}$±SS	Hasta Bakım ve Desteği $\bar{X}$ ±SS	Cinsellik $\bar{X}$ ±SS	DGBÖ Toplam Puan $\bar{X}$ ±SS
Yaş						
25-35	65,28 ± 19,22	67,92 ± 26,24	71,67 ± 11,69	57,29 ± 18,29	56,94 ± 14,35	65,32 ± 7,39
36-45	69,14 ±18,25	60,19 ± 29,06	70,93 ± 22,83	58,56 ± 25,66	49,38 ± 31,68	63,26 ± 19,42
46-55	67,44 ± 20,83	67,55 ± 21,27	73,09 ± 17,86	62,90 ± 23,90	38,65 ± 27,83	65,01 ± 17,15
56-65	68,75 ± 23,56	70,55 ± 19,80	74,06 ± 25,16	61,72 ± 24,17	30,73 ± 28,75	65,60 ± 16,57
65 yaş ve üzeri	60,88 ± 19,93	66,88 ± 16,29	66,46 ± 23,75	60,16 ± 20,67	34,72 ± 28,20	61,09 ± 16,44
	F:0,659	F:0,845	F:0,503	F:0,200	F:2,296	F:0,305
Test değeri (F: / p:)	p: 0,622	p: 0,499	p: 0,734	p:0,938	p: 0,063	p: 0,874
Eğitim durumu						
Okur-yazar	71,72 ± 20,69	68,86 ± 21,01	76,59 ± 20,61	64,49 ± 22,61	32,95 ± 27,87	66,90 ± 16,42
İlköğretim	67,23 ± 19,64	68,32 ± 18,62	71,48 ± 18,81	61,52 ± 21,63	36,07 ± 28,60	64,52 ± 14,99
Ortaöğretim	64,26 ± 22,85	63,24 ± 26,10	70,68 ± 25,42	58,95 ± 26,58	40,09 ± 28,59	61,94 ± 20,32
Lisans ve üzeri	63,89 ± 20,35	64,81 ± 28,49	66,92 ± 24,37	58,65 ± 24,68	60,90 ± 27,72	63,71 ± 17,45
	F:0,688	F:0,511	F:0,618	F:0,309	F:3,153	F:0,410
Test değeri (F: / p:)	p: 0,561	p: 0,675	p: 0,605	p:0,819	**p: 0,027***	p: 0,746
Aile Tipi						
Çekirdek aile	67,21 ± 20,54	67,25 ± 21,70	73,33 ± 20,61	61,52 ± 22,43	39,51 ± 29,14	64,79 ± 16,77
Geniş aile	65,38 ± 21,72	64,55 ± 24,05	65,18 ± 23,98	59,15 ± 26,87	37,20 ± 29,26	61,55 ± 17,60
	t:0,415	t:0,572	t:1,803	t:0,477	t:0,372	t:0,903
Test değeri (t: / p:)	p: 0,679	p: 0,568	p: 0,074	p:0,634	p: 0,710	p: 0,368
Sistemik Hastalık						
Hayır	69,32 ± 18,91	68,01 ± 23,04	73,62 ± 17,76	61,41 ± 22,81	46,62 ± 27,09	66,37 ± 16,08
Evet	64,26 ± 22,28	65,34 ± 21,25	69,63 ± 24,76	60,63 ± 24,01	31,22 ± 29,17	61,81 ± 17,58
	t:1,430	t:0,702	t:1,084	t:0,194	t:3,191	t:1,581
Test değeri (t: / p:)	p: 0,155	p: 0,484	p: 0,280	p:0,847	p: **0,002***	p: 0,116

*p<0,05 (Tablo elde edilirken kullanılan istastistikler; t: bağımsız örneklem t-testi, F: Anova testi.)

Tablo 15'te çalışmamızdaki jinekoloji kanserli hastaların tanıtıcı özelliklerinden yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, aile tipi ve sistemik hastalık varlığı değişkenleri ile DBGÖ puan ve altboyut puanları karşılaştırılmıştır. Yapılan bu karşılaştırmada yaş, aile tipi ile DBGÖ puan ve altboyut puan ortalamaları arasında yapılan istatistiksel analizler sonucunda anlamlı fark saptanamamıştır. Bununla beraber jinekolojik kanserli hastaların eğitim durumlarına göre DBGÖ puan ve altboyut puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiği saptanmıştır. (F= 3.153; p=0.027; p<0.05). Eğitim düzeyi lisans ve üzeri olan kadınların cinsellik altboyut puan oralamaları ($\bar{X}$=60,90) ilköğretim mezunlarının puan ortalamlarına göre ($\bar{X}$=36,07) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farkın kaynağı post-hoc testlerinden scheffe testi ile belirlenmiştir.

Jinekolojik kanserli hastaların sistemik hastalık varlığı durumu ile DBGÖ puan ortalamaları karşılaştırılmış olup cinsellik altboyut puan ortalaması ile istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (t= 3.191; p=0.002 p<0.05). Buna göre sistemik hastalığı olmayan jinekolojik kanserli hastaların cinsellik altboyut puan ortalamaları ($\bar{X}$=46,62) sistemik hastalığı olanlara ($\bar{X}$=31,22) göre daha yüksek olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farkın kaynağı post-hoc testlerinden scheffe testi ile belirlenmiştir.

Tablo 16. Jinekolojik Kanserli Hastaların Jinekolojik ve Obstetrik Verileri ile DBGÖ Toplam Puan ve Altboyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=136)

JİNEKOLOJİK VE OBSTETRİK ÖZELLİKLER	Ruhsal/Psikolojik $\bar{X}$ ±SS	Sağlık Sistemi ve Bilgilendirme $\bar{X}$ ±SS	Fiziksel ve Günlük Yaşam $\bar{X}$ ±SS	Hasta Bakım ve Desteği $\bar{X}$ ±SS	Cinsellik $\bar{X}$ ±SS	DBGÖ Toplam Puan $\bar{X}$ ±SS
GEBELİK SAYISI						
1-3 arası	67,23 ± 21,16	66,25 ± 23,24	71,61 ± 22,31	61,01 ± 23,86	40,38 ± 29,65	64,22 ± 17,92
4 ve üzeri	66,19 ± 20,17	67,40 ± 20,43	71,73 ± 20,36	61,06 ± 22,67	36,86 ± 28,26	63,97 ± 15,37
Test Değeri (t: / p:)	t:0,284 p:0,777	t:-0,294 p:0,769	t:-0,303 p:0,974	t:-0,011 p:0,991	t:0,684 p:0,495	t:0,082 p:0,935
MENOPOZA GİRME ŞEKLİ						
Doğal menopoz	66,90 ± 22,66	69,54 ± 18,23	71,36 ± 23,54	63,75 ± 24,04	34,52 ± 30,64	64,93 ± 17,23
Cerrahi menopoz	66,75 ± 18,62	63,67 ± 25,44	71,97 ± 19,29	58,14 ± 22,36	43,81 ± 26,73	63,27 ± 16,69
Test Değeri (t: / p:)	t:0,043 p:0,966	t:1,551 p:0,123	t:-0,165 p:0,869	t:1,406 p:0,162	t:-1,880 p:0,062	t:0,570 p:0,596
MENOPOZ YAŞI						
26-40 yaş	69,84 ± 17,84	66,34 ± 23,06	71,07 ± 16,12	61,83 ± 21,87	47,62 ± 27,95	65,73 ± 14,82
41-50 yaş	68,53 ± 20,23	65,16 ± 23,28	72,83 ± 21,78	59,95 ± 24,20	41,01 ± 29,56	64,37 ± 17,20
51 yaş ve üzeri	60,16 ± 23,27	70,63 ± 18,38	69,38 ± 25,14	62,89 ± 23,00	26,82 ± 25,64	62,15 ± 18,31
Test Değeri (F: / p:)	F:2,253 p:0,109	F:0,686 p:0,505	F:0,300 p:0,741	F:0,197 p:0,821	F:4,433 p:**0,014***	F:0,384 p:0,707

*p<0,05 (Tablo elde edilirken kullanılan istastistikler; t: bağımsız örneklem t-testi, F: Anova testi.)

Tablo 16'da çalışmamızdaki jinekoloji kanserli hastaların jinekolojik ve obstetrik özelliklerinden gebelik sayısı, doğum sayısı, düşük sayısı, menopoza girme şekli ve menopoz yaş ortalamaları değişkenleri ile DBGÖ puan ve altboyut puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Yapılan bu karşılaştırmada gebelik sayısı, doğum sayısı, düşük sayısı ve menopoza girme şekilleri ile DBGÖ puan ve altboyut puan ortalamaları arasında yapılan istatistiksel analizler sonucunda anlamlı fark saptanamamıştır. Bununla beraber jinekolojik kanserli hastaların menopoz yaş gruplarına göre DBGÖ puan ve altboyut puan ortalamaları karşılaştırılmış olup yapılan Anova testi sonucuna göre; cinsel ihtiyaçlarının menopoz yaşına göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır. (F= 4.433; p=0.014 p<0.05). Menopoza girme yaşı 26-40 yaş olanların ($\bar{X}$=47,62) cinsel ihtiyaçları 51 yaş ve üzeri olanlara ($\bar{X}$=26,82) göre daha yüksektir. Gruplar arasındaki farkın kaynağı post-hoc testlerinden scheffe testi ile belirlenmiştir.

Tablo 17. Jinekolojik Kanserli Hastaların Hastalıklarına İlişkin Özellikleri ile DBGÖ Puan ve Altboyut Puanlarının Karşılaştırılması

HASTALIK ÖZELLİKLERİ	Ruhsal/Psikolojik $\bar{X} \pm SS$	Sağlık Sistemi ve Bilgilendirme $\bar{X} \pm SS$	Fiziksel ve Günlük Yaşam $\bar{X} \pm SS$	Hasta Bakım ve Desteği $\bar{X} \pm SS$	Cinsellik $\bar{X} \pm SS$	DBGÖ Toplam $\bar{X} \pm SS$
Kanser Türü						
Endometrium	67,14 ± 21,71	64,23 ± 23,28	70,45 ± 21,88	61,86 ± 24,30	41,00 ± 30,85	63,52 ± 17,92
Over	64,73 ± 21,52	71,41 ± 16,83	69,34 ± 23,89	57,33 ± 23,28	32,97 ± 26,76	63,60 ± 15,96
Serviks	67,59 ± 17,04	70,69 ± 24,29	77,50 ± 18,80	62,15 ± 23,23	38,88 ± 25,40	66,71 ± 15,95
Vulva	67,85 ± 16,73	71,78 ± 14,19	79,28 ± 12,39	59,82 ± 9,44	34,52 ± 23,28	66,70 ± 10,10
Test değeri (F: / p:)	F:0,097 p:0,962	F: 1,031 p:0,381	F:0,915 p:0,436	F:0,245 p:0,865	F:0,519 p:0,670	F: 0,234 p:0,872
Hastalık Evresi						
1.evre	61,54 ± 19,00	67,69 ± 24,97	68,08 ± 20,98	62,02 ± 18,62	44,55 ± 29,81	63,00 ± 17,26
2.evre	68,36 ± 20,97	65,07 ± 23,19	72,78 ± 20,55	60,16 ± 24,97	36,34 ± 28,16	63,86 ± 17,52
3.evre ve üzeri	67,54 ± 21,30	69,08 ± 17,97	71,97 ± 23,84	62,01 ± 23,49	40,35 ± 30,42	65,41 ± 15,90
Test değeri (F: / p:)	F:1,069 p:0,346	F:0,437 p:0,647	F:0,458 p:0,633	F:0,106 p:0,900	F:0,813 p:0,446	F:0,174 p:0,841
Uygulanan Tedavi Yöntemi (Kemoterapi)						
Yok	65,29 ± 20,79	65,93 ± 23,36	71,91 ± 20,11	58,71 ± 24,92	41,20 ± 29,90	63,38 ± 17,59
Var	69,74 ± 20,50	68,14 ± 19,78	71,17 ± 24,16	65,43 ± 19,45	34,93 ± 27,29	65,53 ± 15,70
Test değeri (t: / p:)	t:-1,192 p:0,235	t:-0,553 p:0,581	t:-0,190 p:0,850	t:--1,606 p:0,111	t:-1,198 p:0,233	t:-0,701 p:0,484
Uygulanan Tedavi Yöntemi (Radyoterapi)						
Yok	66,48 ± 20,61	65,42 ± 22,19	71,05 ± 22,13	59,40 ± 23,79	37,61 ± 28,29	63,17 ± 16,86
Var	69,28 ± 21,95	75,59 ± 20,19	75,88 ± 16,42	72,43 ± 16,10	49,02 ± 33,32	70,83 ± 16,33
Test değeri (t: / p:)	t:-0,520 p:0,604	t:-1,786 p:0,076	t:-0,866 p:0,388	t:-2,183 p:**0,031***	t:-1,521 p:0,130	t:-1,758 p:0,081
Uygulanan Tedavi Yöntemi (Kemoradyoterapi)						
Yok	66,91 ± 20,54	66,82 ± 22,59	71,72 ± 21,26	61,52 ± 23,17	38,93 ± 28,66	64,25 ± 16,79
Var	65,63 ± 24,93	64,69 ± 13,72	70,63 ± 26,78	53,13 ± 26,09	40,63 ± 37,38	62,10 ± 20,27
Test değeri (t: / p:)	t:-0,169 p:0,866	t:-0,263 p:0,793	t:-0,139 p:0,890	t:-0,988 p:0,325	t:--0,159 p:0,874	t:-0,348 p:0,728

Tablo 17. Jinekolojik Kanserli Hastaların Hastalıklarına İlişkin Özellikleri ile DBGÖ Puan ve Altboyut Puanlarının Karşılaştırılması (Devam)

HASTALIK ÖZELLİKLERİ	Ruhsal/Psikolojik $\bar{X} \pm SS$	Sağlık Sistemi Ve Bilgilendirme $\bar{X} \pm SS$	Fiziksel ve Günlük Yaşam $\bar{X} \pm SS$	Hasta Bakım ve Desteği $\bar{X} \pm SS$	Cinsellik $\bar{X} \pm SS$	DBGÖ Toplam $\bar{X} \pm SS$
Operasyon Şekli						
TAH/TAH+USO, TAH+BSO	66,15 ± 19,44	64,20 ± 23,90	70,43 ± 21,16	58,02 ± 23,49	40,02 ± 28,36	62,63 ± 17,01
TİPII+TİPIII HİST.	64,73 ± 22,28	69,24 ± 18,68	72,83 ± 18,88	65,22 ± 21,47	38,41 ± 29,06	65,01 ± 16,58
DEBULKİNG	70,05 ± 22,97	71,17 ± 19,24	73,91 ± 24,42	65,63 ± 23,65	36,98 ± 31,60	67,26 ± 17,03
Test değeri (F: / p:)	F:0,544 p:0,582	F:1,328 p:0,268	F:0,337 p:0,715	F:1,680 p:0,190	F:0,130 p:0,878	F:0,893 p:0,412
Operasyon Sonrası Geçen Süre						
0-1 ay	63,73 ± 20,27	61,90 ± 22,22	69,44 ± 21,29	58,56 ± 25,45	41,05 ± 29,49	61,20 ± 16,75
1-3 ay	67,78 ± 17,32	74,88 ± 22,15	75,75 ± 14,71	58,13 ± 18,71	40,42 ± 27,07	67,46 ± 13,59
3-6 ay	70,71 ± 22,68	67,28 ± 23,11	70,87 ± 25,98	64,40 ± 24,15	40,22 ± 30,60	65,87 ± 19,39
6-12 ay	64,93 ± 20,08	70,94 ± 15,78	76,25 ± 14,08	63,28 ± 18,52	27,08 ± 25,00	64,82 ± 13,11
Test değeri (F: / p:)	F:0,999 p: 0,396	F: 2,006 p:0,116	F:0,691 p:0,559	F:0,670 p:0,572	F:1,029 p:0,382	F: 0,966 p:0,411

*p<0,05 (Tablo elde edilirken kullanılan istastistikler; t: bağımsız örneklem t-testi, F: Anova testi.)

Tablo 17'de jinekoloji kanserli hastaların kanser türü, hastalığı evresi, uygulanan tedavi, uygulanan operasyon, operasyon sonrası geçen süre değişkenleri ile DBGÖ puan ve altboyut puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Yapılan bu karşılaştırmada hastalığı evresi, kemoterapi tedavisi alması, kemoradyoterapi tedavisi alması, uygulanan operasyon, operasyon sonrası geçen süre ile DBGÖ puan ve altboyut puan ortalamaları arasında yapılan istatistiksel analizler sonucunda anlamlı fark saptanamamıştır. Sadece radyoterapi tedavisi görme durumlarına göre DBGÖ puan ve altboyut puanları karşılaştırılmış ve istataistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. (F= -2.183; p=0.031; p<0.05). Radyoterapi tedavisi görenlerin ($\bar{X}$=72,43) hasta bakım ve desteği altboyut puan ortalaması radyoterapi tedavisi görmeyenlere ($\bar{X}$=59,40) göre daha yüksektir.

6.2. Jinekolojik Kanserli Hastaların Eşleriyle İlgili Bulgular

Bu bölümde jinekolojik kanserli hastaların eşlerinin demografik özellikleri, hasta bakımına katılım özellikleri, eşlerin destekleyici bakım gereksinim bulguları, eşlerin bakım vermeye hazır bulunma durumuna ilişkin bulgular ve eşlerin tanımlayıcı özellikleri ile destekleyici bakım gereksinimleri ve bakım vermeye hazıroluşluşluk durumlarının karşılaştırılması yer almaktadır.

Tablo 18. Jinekolojik Kanserli Hastaların Eşlerinin Demografik ve Tanıtıcı Özellikleri (n=136)

DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER		**ORT. ± SS**	
Yaş		57,3 ± 10,38	
		n	**%**
Yaş			
•	25-40 yaş	8	5,9
•	41-50 yaş	34	25,0
•	51-60 yaş	44	32,4
•	60 yaş ve üzeri	50	36,8
Eğitim Durumu			
•	Okur-yazar/ ilköğretim	71	52,2
•	Ortaöğretim	45	33,1
•	Lisans ve üzeri	20	14,7
Çalışma Durumu			
•	Emekli	54	39,7
•	Çalışıyor	82	60,3
Gelir Düzeyi			
•	Gelir giderden az	16	11,8
•	Gelir gidere denk	103	75,7
•	Gelir giderden fazla	17	12,5
Toplam		136	100

Tablo 18'de jinekolojik kanserli hastalarının eşlerinin yaş, eğitim durumu, çalışma durumu ve gelir düzeyi özelliklerinin dağılımları verilmiştir. Çalışmamızdaki eşlerinin yaş ortalaması 57,3 ± 10,38 yıl olup, eğitim durumları ise %52,2'si okur-yazar/ilköğretim, %33,1'i ortaöğretim ve %147'si lisans ve üzeri mezunudur. Aynı zamanda %39,7'si emekli, %60,3'ü ise bir işte çalışıyor durumdadır. Eşlerin gelir düzeyi algılarına bakıldığında %11,8'inin geliri giderinden az, %75,7'sinin geliri giderine denk ve %12, 5'inin ise geliri giderinden fazla olduğu belirlenmiştir.

Tablo 19. Jinekolojik Kanserli Hastaların Eşlerinin Hasta Bakımına Katılım ile İlgili Verilerin Dağılımı (n=136)

Hasta Bakımına Katılım Özellikleri	n	%
Destek Düzeyi		
• Az destek olan	44	32,4
• Biraz destek olan	42	30,9
• Çok destek olan	50	36,8
Destek Olunan Konular		
• Destek olmadı	6	4,4
• Psikolojik destek	71	52,2
• Fiziksel destek	74	54,4
• Ekonomik destek	38	27,9
• Tüm konularda destek	21	15,4
Bakım İçin Ayrılan Süre		
• 0-2 saat	33	24,3
• 2,1-4 saat	55	40,4
• 4,1-6 saat	13	9,6
• 6,1 ve üzeri saat	35	25,7
Bakımın Günlük Rutini Etkileme Durumu		
• Etkilemiyor	67	49,3
• Etkiliyor	69	50,7
Bakım Verilirken Güçlük Yaşanma Durumu		
• Yaşanmadı	58	42,6
• Yaşandı	52	38,2
• Kısmen	26	19,1
Evlilik İlişkisini Etkileme Durumu		
• Etkilenmedi	78	57,4
• Etkilendi	58	42,6
Desteğe İhtiyaç Olma Durumu		
• Olmadı	54	39,7
• Oldu	82	60,3
Desteğe İhtiyaç Duyulan Konular		
• Bakım (Fiziksel)	51	37,5
• Bilgi, danışmanlık	4	2,9
• Çocuk/Ev işleri	9	6,6
• Ekonomik/İş problemleri	6	4,4
• Psikolojik destek	17	12,5
• Diğer (hastalığın kabulü, kadınsal hastalık oluşu, acil durum yönetimi)	3	2,2
Hemşire Desteğine İhtiyacı Olma Durumu		
• Olmadı	67	49,3
• Oldu	69	50,7

(Birden fazla cevap verildiği için n katlanmıştır.)

Çalışmamızda eşlerin destek düzeylerini incelediğimizde; %32,4'ü hiç/az, %30,9'unun biraz ve %36,8'inin çok destek olduğu belirlenmiştir.

Destek oldukları konulara bakıldığında eşlerin; %52,2'si psikolojik, %54,4'ü fiziksel, %27,'u ekonomik ve %15,4'ü tüm konularda destek sağladıklarını belirtmişlerdir.

Eşlerin bakım için ayırdıkları günlük süreler ise, %24,3'ünün 0-2 saat %40,4'ünün 2,1-4 saat, %9,6'sının 4,1-6 saat a ve %25,7'sinin 6,1 saat ve üzeri olarak belirlenmiştir.

Bakıma destek olma, eşlerin %50,7'sinin günlük rutinini etkilemekte olup, %60,3'ü bakım verirken güçlük yaşadığını belirtmiştir.

Eşlerin %57,4'ü bu süreçte evliliklerinin etkilenmediğini düşünmekte ve %60,3'ü bu süreçte desteğe ihtiyaç duyduklarını belirtmektedir.

Desteğe en fazla ihtiyaç duyulan konunun hastalarının fiziksel bakımı (%37,5) ile ilgili olduğunu belirtmişlerdir.

Eşlerin %50,7'sinin süreç boyunca hemşire desteğine ihtiyaç duydukları saptanmıştır (Tablo 19).

Tablo 20. Bakım Verenlerin Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği (BVDBGÖ) Altboyut Puanları, Toplam Puanı, Bakım Vermeye Hazır Olma Durumu Ölçeği (BVHDÖ) Puanları ve Cronbach α Değerleri

Ölçek Toplam Puanları ve Altboyutları	Ölçek Puan Ort. ± SS	Min-Max	C. α değeri*
BVDBGÖ Toplam Puan**	3,19 ± 0,81	1-4,8	0,970
ALTBOYUTLAR			
Psikolojik ve Emosyonel İhtiyaçlar Altboyutu*	3,09 ± 0,89	1-5	0,943
Sağlık Bakım ve Bilgi İhtiyaçları Altboyutu*	3,38 ± 0,86	1-5	0,923
İş ve Sosyal İhtiyaçlar Altboyutu*	3,25 ± 0,86	1-5	0,872
İletişim ve Aile İhtiyaçları Altboyutu*	3,02 ± 1,02	1-5	0,887
BVHDÖ Toplam Puan***	20,31 ± 7,71	0-32	0,952

* C. α değeri: Cronbach alfa değeri

**BVDBGÖ'nün puanlanması, her bir altboyuttaki maddelere verilen puanların aritmetik ortalaması alınarak hesaplanmıştır.

***BVHDÖ'nden elde edilen toplam skor bütün maddelere verilen yanıtlar toplanarak hesaplanmıştır.

Çalışmamızda jinekolojik kanserli hastaların eşlerinin BVDBGÖ puanlarına ait tanımlayıcı bulgular incelendiğinde ölçeğin genel ortalamasının $\bar{X}$=3,19, Cronbach's Alpha değerinin (0,943) çok yüksek olduğu Tablo 20'de belirtilmiştir.

Eşlerin BVDBGÖ ait altboyut ortalamaları incelendiğinde; psikolojik ve emosyonel ihtiyaç altboyut ortalaması $\bar{X}$=3,09, Cronbach's Alpha değerinin (0,943) çok yüksek olduğu belirlenmiştir. Sağlık bakım ve bilgi ihtiyaçları altboyut ortalaması $\bar{X}$=3,39, Cronbach's Alpha değerinin (0,923) çok yüksek olduğu belirlenmiştir. İş ve sosyal ihtiyaç altboyut ortalaması $\bar{X}$=3,25, Cronbach's Alpha değerinin (0,872) çok yüksek ve iletişim ve aile ihtiyaç altboyut ortalaması $\bar{X}$=3,02, Cronbach's Alpha değerinin (0,887) çok yüksek olduğu saptanmıştır.

Eşlerin Bakım Vermeye Hazır Olma Durumu Ölçeği puanlarına ait bulgular incelendiğinde ölçeğin genel ortalamasının $\bar{X}$=20,31, Cronbach's Alpha değerinin (0,952) yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 20).

Tablo 21. Bakım Verenlerin Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Frekans Dağılımı (n=136)

Ölçek Maddeleri	İHTİYAÇ YOK		İHTİYAÇ VAR		
	Yardım ihtiyacım yok	Yardım ihtiyacım karşılandı	Az düzeyde yardıma ihtiyacım var	Orta düzeyde yardıma ihtiyacım var	Yüksek düzeyde yardıma ihtiyacım var
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1. Bakım veren/eş olarak ihtiyaçlarınızla ilgili bilgiye ulaşmada yardım ihtiyacınız var mı?	13 (9,6)	16 (11,8)	37 (27,2)	47 (34,6)	23(16,9)
2. Hastanızın hastalık seyri veya olası sonuçlar hakkında bilgi edinmede yardım ihtiyacınız var mı?	11 (8,1)	10 (7,4)	48 (35,3)	45 (33,1)	22 (16,2)
3. Hastanızın bakım verenleri/eşleri için verilen destek hizmetleri hakkında bilgi edinmede yardım ihtiyacınız var mı?	10 (7,4)	13 (9,6)	40 (29,4)	55 (40,4)	18 (13,2)
4. Tedavi seçenekleri hakkında bilgi edinmede yardım ihtiyacınız var mı?	11 (8,1)	12 (8,8)	44 (32,4)	36 (26,5)	33 (24,3)
5. Hastanızın fiziksel ihtiyaçlarının neler olabileceği hakkında bilgi edinmede yardım ihtiyacınız var mı?	11 (8,1)	14 (10,3)	31 (22,8)	48 (35,3)	32 (23,5)
6. Tedavilerin yararları ve yan etkileri ile ilgili bilgi edinmede yardım ihtiyacınız var mı?	13 (9,6)	12 (8,8)	30 (22,1)	46 (33,8)	35 (25,7)
7. Hastanız için en iyi tıbbi bakımı sağlamada yardım ihtiyacınız var mı?	9 (6,6)	14 (10,3)	32 (23,5)	46 (33,8)	35 (25,7)
8. İhtiyaç duyulduğunda yerel sağlık bakım hizmetlerine (evde bakım vb.) ulaşmada yardım ihtiyacınız var mı?	18 (13,2)	25 (18,4)	32 (23,5)	39 (28,7)	22 (16,2)
9. Hastanızın bakımına sağlık ekibi ile birlikte katılmada yardım ihtiyacınız var mı?	21 (15,4)	18 (13,2)	44 (32,4)	38 (27,9)	15 (11,0)
10. Sağlık ekipleri ile endişelerini paylaşma fırsatı bulmada yardım ihtiyacınız var mı?	25 (18,4)	21 (15,4)	36 (26,5)	36 (26,5)	18 (13,2)
11. Hastanızın bakımını verirken sağlık ekiplerinin birbirleri ile iletişimde olduklarını görerek kendinizi güvende hissetmede yardım ihtiyacınız var mı?	21 (15,4)	25 (18,4)	32 (23,5)	48 (35,3)	10 (7,4)
12.Hastanızın hizmetlerini organize eden sürekli bir yöneticinin bulunduğundan emin olmada yardım ihtiyacınız var mı?	14 (10,3)	28 (20,6)	38 (27,9)	48 (35,3)	8 (5,9)
13.Hastanızın bakımıyla ilgili şikayetlerin uygun biçimde ele alındığından emin olmada yardım ihtiyacınız var mı?	13 (9,6)	23 (16,9)	48 (35,3)	42 (30,9)	10 (7,4)
14.Hastanızın yaşamındaki stresi azaltmada yardım ihtiyacınız var mı?	6 (4,4)	15 (11,0)	43 (31,6)	58 (42,6)	14 (10,3)
15.Hastanız için yeterli ağrı kontrolünün sağlanmasında yardım ihtiyacınız var mı?	9 (6,6)	9 (6,6)	41 (30,1)	46 (33,8)	31 (22,8)
16.Hastanızın fiziksel veya ruhsal durumunun kötüleşmesine ilişkin korkularınızı gidermede yardım ihtiyacınız var mı?	7 (5,1)	11 (8,1)	45 (33,1)	43 (31,6)	30 (22,1)
17.Hastane otoparkında park yeri bulmada yardım ihtiyacınız var mı?	26 (19,1)	15 (11,0)	43 (31,6)	32 (23,5)	20 (14,7)
18.Hastanızın iş yaşamındaki ya da günlük aktivitelerindeki değişime uyum sağlamada yardım ihtiyacınız var mı?	13 (9,6)	16 (11,8)	54 (39,7)	37 (27,2)	16 (11,8)
19.Hastanıza bakmanın, kendi iş hayatınız veya günlük hayatınız üzerindeki etkisi hakkında yardım ihtiyacınız var mı?	15 (11,0)	17 (12,5)	36 (26,5)	46 (33,8)	22 (16,2)

Tablo 21. Bakım Verenlerin Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Frekans Dağılımı (Devamı)

20.Hastanıza veya size yönelik maddi destekleri ve devlet yardımlarını öğrenmede yardım ihtiyacınız var mı?	12 (8,8)	19 (14,0)	41 (30,1)	42 (30,9)	22 (16,2)
21.Bakımını üstlendiğiniz kişiyle iletişim kurabilmede yardım ihtiyacınız var mı?	17 (12,5)	26 (19,1)	36 (26,5)	39 (28,7)	18 (13,2)
22.Ailenizle iletişim kurabilmede yardım ihtiyacınız var mı?	20 (14,7)	23 (16,9)	44 (32,4)	36 (26,5)	13 (9,6)
23.Ailenizden daha çok destek alabilmede yardım ihtiyacınız var mı?	19 (14,0)	33 (24,3)	30 (22,1)	37 (27,2)	17 (12,5)
24.Kanser hastasına bakım veren başka kişilerle konuşabilmede yardım ihtiyacınız var mı?	22 (16,2)	25 (18,4)	41 (30,1)	36 (26,5)	12 (8,8)
25.Sosyal ortamlarda ya da işyerinde kanser konusunu ele almada yardım ihtiyacınız var mı?	23 (16,9)	28 (20,6)	36 (26,5)	35 (25,7)	14 (10,3)
26.Kanserin yeniden ortaya çıkmasına ilişkin endişeleri yönetebilmede yardım ihtiyacınız var mı?	18 (13,2)	20 (14,7)	35 (25,7)	42 (30,9)	21 (15,4)
27.Kanserin, hastanızla olan ilişkiniz üzerine etkisini anlamada yardım ihtiyacınız var mı?	22 (16,2)	14 (10,3)	31 (22,8)	49 (36,0)	20 (14,7)
28.Hastanızın yaşadıklarını anlamada yardım ihtiyacınız var mı?	17 (12,5)	23 (16,9)	29 (21,3)	41 (30,1)	26 (19,1)
29.Hastanızın ihtiyaçları ile kendi ihtiyaçlarınızı dengelemede yardım ihtiyacınız var mı?	11 (8,1)	14 (10,3)	43 (31,6)	53 (39,0)	15 (11,0)
30.Hastanızın vücudundaki değişikliklere alışmanızda yardım ihtiyacınız var mı?	10 (7,4)	14 (10,3)	50 (36,8)	46 (33,8)	16 (11,8)
31.Cinsel yaşamınızdaki sorunlarla başetmede yardım ihtiyacınız var mı?	40 (29,4)	19 (14,0)	35 (25,7)	38 (27,9)	4 (2,9)
32.Kendiniz için duygusal destek almada yardım ihtiyacınız var mı?	30 (22,1)	18 (13,2)	45 (33,1)	34 (25,0)	9 (6,6)
33.Sevdikleriniz için duygusal destek almada yardım ihtiyacınız var mı?	31 (22,8)	27 (19,9)	33 (24,3)	34 (25,0)	11 (8,1)
34.Ölüm ve ölmek ile ilgili duygularınızla başaçıkmada yardım ihtiyacınız var mı?	20 (14,7)	23 (16,9)	41 (30,1)	34 (25,0)	18 (13,2)
35.Hastanızın bakımından uzaklaşarak hayatınızdaki diğer kişilerle ilgilenmede yardım ihtiyacınız var mı?	31 (22,8)	20 (14,7)	37 (27,2)	37 (27,2)	11 (8,1)
36.Hastanızın iyileşme süresinde beklenmedik durumlarla başaçıkmada yardım ihtiyacınız var mı?	13 (9,6)	17 (12,5)	40 (29,4)	43 (31,6)	23 (16,9)
37.Yaşamanızdaki belirsizlik durumunda kararlar vermede yardım ihtiyacınız var mı?	16 (11,8)	14 (10,3)	41 (30,1)	47 (34,6)	18 (13,2)
38.Manevi ihtiyaçlarınızı ortaya koymada yardım ihtiyacınız var mı?	17 (12,5)	21 (15,4)	44 (32,4)	36 (26,5)	18 (13,2)
39.Hastanızın hastalığını anlamlandırmada yardım ihtiyacınız var mı?	14 (10,3)	18 (13,2)	42 (30,9)	36 (26,5)	26 (19,1)

Tablo 21'de BVDBGÖ maddelerinin frekans dağılımları incelenmiştir. Yardım ihtiyacının olmaması ve yardım ihtiyacının karşılanması 'ihtiyaç yok'' şeklinde değerlendirilirken, az, orta ve yüksek düzeyde yardıma ihtiyaç olma durumu ise "ihtiyaç var'' olarak değerlendirilmiştir.

Araştırmamızda BVDBGÖ'de en fazla ihtiyaç bildirilen ilk 5 madde (az, orta ve yüksek düzeyde); "Hastanızın fiziksel veya ruhsal durumunun kötüleşmesine ilişkin korkularınızı gidermede yardım ihtiyacınız var mı? (%86,8)'', "Hastanız için yeterli ağrı kontrolünün sağlanmasında yardım ihtiyacınız var mı? (%86,7)", "Hastanızın hastalık seyri veya olası sonuçlar hakkında bilgi edinmede yardım ihtiyacınız var mı? (%84,6)'', "Hastanızın yaşamındaki stresi azaltmada yardım ihtiyacınız var mı? (%84,5)" ve "Tedavi seçenekleri hakkında bilgi edinmede yardım ihtiyacınız var mı? (%83,2)'' maddeleri olarak belirlenmiştir (Tablo 21).

Araştırmamızda BVDBGÖ'de ihtiyaç duyulmayan ilk 5 madde (yardım ihtiyacının olmaması ve yardım ihtiyacının karşılanması); "Cinsel yaşamınızdaki sorunlarla baş etmede yardım ihtiyacınız var mı? (%43,4)", "Sevdikleriniz için duygusal destek almada yardım ihtiyacınız var mı? (%42,7)", "Ailenizden daha çok destek alabilmede yardım ihtiyacınız var mı? (%38,3)'', "Sosyal ortamlarda ya da işyerinde kanser konusunu ele almada yardım ihtiyacınız var mı? (%37,5)'' ve "Hastanızın bakımından uzaklaşarak hayatınızdaki diğer kişilerle ilgilenmede yardım ihtiyacınız var mı? (%37,5)'' maddeleri olarak belirlenmiştir (Tablo 21).

Tablo 22. Eşlerin Tanıtıcı Özellikleri ile BVDBGÖ Altboyut, Toplam Puan ve Bakım Vermeye Hazır Olma Durumu Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=136)

Tanıtıcı Özellikler	Psikolojik ve Emosyonel İhtiyaçlar $\bar{X}$ ±SS	Sağlık Bakım ve Bilgi İhtiyaçları $\bar{X}$ ±SS	İş ve Sosyal İhtiyaçlar $\bar{X}$±SS	İletişim ve Aile İhtiyaçları $\bar{X}$ ±SS	BVDBGÖ Toplam $\bar{X}$ ±SS	BVHDÖ Toplam $\bar{X}$ ±SS
Yaş						
25-40 yaş	3,26 ± 1,16	3,44 ± 1,28	3,33 ± 1,21	3,30 ± 1,11	3,33 ± 1,17	21,25 ± 8,96
41-50 yaş	2,99 ± 0,92	3,37 ± 0,93	3,33 ± 0,93	2,96 ± 1,02	3,16 ± 0,85	19,82 ± 6,86
51-60 yaş	3,15 ± 0,84	3,39 ± 0,78	3,23 ± 0,76	3,10 ± 0,91	3,23 ± 0,73	21,23 ± 7,73
60 yaş ve üzeri	3,08 ± 0,89	3,39 ± 0,84	3,20 ± 0,87	2,96 ± 1,13	3,18 ± 0,81	19,68 ± 8,18
Test Değeri (F: /p:)	F:0,315 p:0,815	F:0,015 p:0,997	F:0,165 p:0,919	F:0,369 p:0,776	F:0,121 p:0,948	F:0,398 p:0,755
Eğitim Durumu						
Okuryazar/İlköğretim	2,96 ± 0,90	3,23 ± 0,85	3,11 ± 0,82	2,91 ± 1,03	3,06 ± 0,81	20,10 ± 7,77
Ortaöğretim	3,14 ± 0,87	3,45 ± 0,83	3,31 ± 0,87	2,92 ± 0,97	3,23 ± 0,77	18,82 ± 7,62
Lisans ve üzeri	3,45 ± 0,86	3,83 ± 0,89	3,62 ± 0,91	3,65 ± 0,96	3,62 ± 0,81	24,40 ± 6,51
Test Değeri (F: /p:)	F:0,315 p: 0,815	F:0,015 p: 0,997	F:0,165 p:0,919	F:0,369 p:0,776	F:0,121 p:0,948	F:3,832 **p:0,024***
Çalışma Durumu						
Emekli	3,18 ± 0,89	3,49 ± 0,73	3,24 ± 0,84	3,12 ± 1,05	3,27 ± 0,77	20,37 ± 7,78
Çalışıyor	3,03 ± 0,90	3,32 ± 0,94	3,26 ± 0,88	2,96 ± 1,01	3,15 ± 0,84	20,27 ± 7,72
Test Değeri (t: /p:)	t: 0,928 p:0,355	t: 1,160 p:0,248	t: -0,111 p:0,912	t: 0,909 p:0,365	t: 0,862 p:0,390	t:0,075 p:0,940
Gelir Durumu						
Gelir giderden az	2,95 ± 0,90	3,18 ± 1,20	3,31 ± 1,07	3,14 ± 1,11	3,12 ± 0,95	17,81 ± 7,88
Gelir gidere denk	3,07 ± 0,86	3,37 ± 0,77	3,19 ± 0,82	2,91 ± 1,01	3,16 ± 0,77	20,23 ± 7,59
Gelir giderden fazla	3,36 ± 1,08	3,71 ± 1,00	3,54 ± 0,89	3,59 ± 0,93	3,53 ± 0,90	23,12 ± 7,84
Test Değeri (F: /p:)	F: 1,027 p:0,361	F: 1,686 p:0,189	F: 1,258 p:0,288	F: 3,384 p:**0,037***	F: 1,624 p:0,201	F: 2,000 p:0,139

*p<0,05 (Tablo elde edilirken kullanılan istastistikler; t: bağımsız örneklem t-testi, F: Anova testi.)

Tablo 22'de eşlerinin yaş, eğitim durumu, çalışma durumu ve gelir durumu değişkenleri ile BVDBGÖ toplam puan, altboyut puanları ve BVHDÖ puan ortalamaları karşılaştırılmıştır.

Eşlerin yaş, eğitim durumu, çalışma durumu ile BVDBGÖ puan ve altboyut puanları arasında yapılan istatistiksel analizler sonucunda anlamlı farklılık saptanamamıştır (Tablo 22).

Eşlerinin gelir durumlarına göre BVDBGÖ puan ve altboyut puanları karşılaştırılmış olup yapılan Anova testi sonucu iletişim ve aile ihtiyaçları altboyutu puan ortalamasının gelir durumuna göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır. (F= 3.384; p=0.037; p<0.05). Geliri giderinden fazla olanların ($\bar{X}$=3,59) iletişim ve aile ihtiyaçları altboyut puan ortalaması geliri gidere denk olanlara ($\bar{X}$=2,91) göre daha yüksektir. Gruplar arasındaki farkın kaynağı post-hoc testlerinden scheffe testi ile belirlenmiştir.

Jinekolojik kanserli hastaların eşlerinin yaş, eğitim durumu, çalışma durumu ve gelir durumu değişkenleri ile BVHDÖ ölçeği puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Yapılan bu karşılaştırmada yaş, çalışma durumu, gelir durumu ile BVHDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Eşlerinin eğitim durumlarına göre BVHDÖ puan ortalamaları karşılaştırılmış olup yapılan Anova testi sonucu BVHDÖ toplam puan ortalamalarının eşlerin eğitim durumuna göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır. (F= 3.832; p=0.024; p<0.05). Lisans ve üzeri mezunlarının ($\bar{X}$=24,40 BVHDÖ toplam puan ortalamaları ortaöğretim mezunlarına ($\bar{X}$=18,82) göre daha yüksektir. Gruplar arasındaki farkın kaynağı post-hoc testlerinden scheffe testi ile belirlenmiştir (Tablo 22).

Tablo 23'de eşlerin hasta bakımına katılım özellikleri ile (destek düzeyi, destek olunan konular, bakım için ayrılan süre, bakımın günlük rutini etkileme durumu, bakım verenlerin güçlük yaşama durumu, evlilik ilişkisinin etkilenme durumu, desteğe ihtiyacı olma durumu, desteğe ihtiyaç duyulan konular ve hemşire desteğine ihtiyacı olma durumu) BVDBGÖ toplam puan ve altboyut puan ortalamaları karşılaştırılmıştır.

Eşlerin destek düzeylerine göre BVDBGÖ toplam puan ve tüm altboyut puan ortalamaları arasında Anova testi sonucuna göre; istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı fark saptanmıştır. ($p<0.000$) Oprerasyon sonrası eşine çok destek olduğunu ifade eden eşlerin BVDBGÖ puan ortalamaları az destek olduğunu ifade edenlere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Gruplar arasındaki farkın kaynağı post-hoc testlerinden scheffe testi ile belirlenmiştir.

Eşlerin BVDBGÖ puan ortalamaları, hasta bakımına ayırdığı günlük süreye karşılaştırılması yapılmıştır. Eşlerin BVDBGÖ puan ortalamaları, ile hasta bakımına ayırdığı günlük süre arasında sadece 2 altboyutta (sağlık bakım ve bilgi ihtiyaçları ve iş ve sosyal ihtiyaçlar) istataistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Bakıma ayrılan süre 6 saat ve üzeri olan eşlerde, sağlık bakım ve bilgi ihtiyaçları altboyut puan ortalaması ve iş ve sosyal ihtiyaçlar altboyut puan ortalaması 0-2 saat olanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Gruplar arasındaki farkın kaynağı post-hoc testlerinden scheffe testi ile belirlenmiştir.

Jinekolojik kanserli hastaların eşlerinin bakım verirken günlük rutinlerinin etkilenme durumları ile BVDBGÖ puan ortalamaları karşılaştırılmış olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Bakım verirken günlük rutini etkilenen eşlerin BVDBGÖ toplam puan ve tüm altboyut puan ortalamaları günlük rutini etkilenmeyenlere göre yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Jinekolojik kanserli hastaların eşlerinin bakım verirken güçlük yaşama durumları ile BVDBGÖ puan ortalamaları karşılaştırılmış olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Bakım verirken güçlük yaşayan eşlerin BVDBGÖ toplam puan ve iletişim/aile ihtiçları altboyut puan ortalaması hariç tüm altboyut puan ortalamaları bakım verirken güçlük yaşamayanlara göre yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Çalışmamıza katıların eşlerin evlilik ilişkisini etkilenme durumu ile BVDBGÖ puan ortalamaları karşılaştırılmış ve iki boyutta istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Evlilik ilşkisinin etkilendiğini belirten eşlerin psikolojik ve emosyonel ihtayaçlar altbouyut puan ortalaması ile iletişim ve aile ihtiyaçları altboyut puan oralamaları etkilenmediğini belirten eşlere göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Çalışmamıza katıların eşlerin bakım verirken hemşire desteğine ihtiyaç duyma durumları ile BVDBGÖ puan ortalamaları karşılaştırılmış olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Bakım verirken hemşire desteğine ihtiyaç duyan eşlerin BVDBGÖ toplam puan ve tüm altboyut puan ortalamaları ihtiyacı olmayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Tablo 23. Jinekolojik Kanserli Hastaların Eşlerinin Hasta Bakımına Katılım Verileri ile BVDBGÖ ve BVHDÖ'nün Karşılaştırılması

Hasta Bakımına Katılım Özellikleri	Psikolojik ve Emosyonel İhtiyaçlar $\bar{X}$ ±SS	Sağlık Bakım ve Bilgi İhtiyaçları $\bar{X}$ ±SS	İş ve Sosyal İhtiyaçlar $\bar{X}$±SS	İletişim ve Aile İhtiyaçları $\bar{X}$ ±SS	BVDBGÖ Toplam $\bar{X}$ ±SS	BVHDÖ Toplam $\bar{X}$ ±SS
Eş Destek Düzeyi						
Az destek oldum	2,66 ± 0,92	2,99 ± 0,95	2,80 ± 0,82	2,62 ± 1,04	2,78 ± 0,85	16,05 ± 6,98
Biraz destek oldum	3,26 ± 0,78	3,47 ± 0,69	3,35 ± 0,78	3,25 ± 0,95	3,34 ± 0,72	20,43 ± 7,95
Çok destek oldum	3,32 ± 0,83	3,67 ± 0,80	3,57 ± 0,81	3,18 ± 0,99	3,45 ± 0,72	23,96 ± 6,18
Test Değeri (F: /p:)	F:8,482 **p: 0,000***	F: 8,461 **p: 0,000***	F: 11,205 **p: 0,000***	F: 5,324 **p: 0,000***	F: 10,314 **p: 0,000***	F: 14,870 **p: 0,000***
Bakıma Ayrılan Süre						
0-2 saat	3,01 ± 0,98	3,09 ± 0,89	2,88 ± 0,92	2,88 ± 1,07	2,99 ± 0,90	16,52 ± 8,16
2-4 saat	3,00 ± 0,88	3,31 ± 0,88	3,29 ± 0,81	3,01 ± 1,02	3,15 ± 0,80	19,65 ± 6,62
4-6 saat	2,92 ± 0,93	3,51 ± 0,92	3,13 ± 0,82	2,83 ± 0,98	3,12 ± 0,82	21,00 ± 7,94
6 saat ve üzeri	3,37 ± 0,79	3,75 ± 0,68	3,59 ± 0,79	3,24 ± 1,02	3,51 ± 0,67	24,66 ± 6,88
Test Değeri (F: /p:)	F:1,616 p: 0,189	F: 3,894 **p: 0,011***	F: 4,250 **p: 0,007***	F: 0,870 p: 0,458	F: 2,618 p: 0,054	F: 7,481 **p: 0,000***
Günlük Rutinin Etkilenmesi						
Hayır	2,89 ± 0,98	3,17 ± 0,90	3,01 ± 0,90	2,81 ± 1,07	2,98 ± 0,88	18,94 ± 8,18
Evet	3,29 ± 0,75	3,60 ± 0,78	3,48 ± 0,76	3,23 ± 0,94	3,41 ± 0,68	21,64 ± 7,03
Test Değeri (t: /p:)	t -2,680 **p: 0,008***	t: -3,020 **p: 0,003***	t: -3,279 **p: 0,001***	t: -2,480 **p: 0,014***	t: -3,172 **p: 0,002***	t: -2,064 **p: 0,041***
Bakım Verirken Güçlük Yaşama Durumu						
Hayır	2,98 ± 1,00	3,20 ± 0,90	3,10 ± 0,90	3,00 ± 1,08	3,07 ± 0,90	18,97 ± 8,35
Evet	3,33 ± 0,73	3,60 ± 0,78	3,53 ± 0,66	3,24 ± 0,99	3,44 ± 0,66	21,96 ± 6,75
Test Değeri (t: /p:)	t:-2,114 **p: 0,037***	t: -2,439 **p: 0,016***	t: -2,858 **p: 0,005***	t: -1,223 p: 0,224	t: -2,419 **p: 0,017***	t: -2,055 **p: 0,042***
Evlilik İlişkisinin Etkilenmesi						
Etkilemedi	2,94 ± 0,91	3,38 ± 0,91	3,17 ± 0,89	2,85 ± 1,06	3,10 ± 0,83	20,56 ± 7,66
Etkiledi	3,30 ± 0,84	3,41 ± 0,81	3,36 ± 0,82	3,26 ± 0,93	3,34 ± 0,78	19,96 ± 7,82
Test Değeri (t: /p:)	t:-2,364 **p: 0,020***	t: -0,214 p: 0,831	t: -1,298 p: 0,196	t: -2,340 **p: 0,021***	t: -1,713 p: 0,089	t: 0,446 p: 0,656

Tablo 23. Jinekolojik Kanserli Hastaların Eşlerinin Hasta Bakımına Katılım Verileri ile BVDBGÖ ve BVHDÖ'nün Karşılaştırılması (Devamı)

Hasta Bakımına Katılım Özellikleri	Psikolojik ve Emosyonel İhtiyaçlar $\bar{X}$ ±SS	Sağlık Bakım ve Bilgi İhtiyaçları $\bar{X}$ ±SS	İş ve Sosyal İhtiyaçlar $\bar{X}$±SS	İletişim ve Aile İhtiyaçları $\bar{X}$ ±SS	BVDBGÖ Toplam $\bar{X}$ ±SS	BVHDÖ Toplam $\bar{X}$ ±SS
Hemşire Desteğine İhtiyaç Duyma						
Olmadı	2,84 ± 0,93	3,12 ± 0,86	2,94 ± 0,90	2,79 ± 1,05	2,93 ± 0,86	18,70 ± 8,33
Oldu	3,33 ± 0,79	3,65 ± 0,79	3,55 ± 0,71	3,25 ± 0,96	3,46 ± 0,68	21,87 ± 6,75
Test Değeri (t: /p:)	t:-3,270 **p: 0,001***	t: -3,751 **p: 0,000***	t: -4,438 **p: 0,000***	t: -2,659 **p: 0,009***	t: -3,931 **p: 0,000***	t: -2,439 **p: 0,016***

*p<0,05 (Tablo elde edilirken kullanılan istastistikler; t: bağımsız örneklem t-testi, F: Anova testi.)

Tablo 23'de eşlerinin hasta bakımına katılım özellikleri (destek düzeyi, bakım için ayrılan süre, bakımın günlük rutini etkileme durumu, bakım verenlerin güçlük yaşama durumu, evlilik ilişkisinin etkilenme durumu ve hemşire desteğine ihtiyacı olma durumu) ile BVHDÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırılmıştır.

Eşlerin destek olma düzeyleri ile BVHDÖ toplam puan ortalamaları arasında Anova testi sonucuna göre; istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.000$). Çok destek olduğunu belirten eşlerin BVHDÖ puan ortalaması az destek olduğunu belirten eşlere göre yüksek bulunmuştur (F: 14,87, p: 0,000). Gruplar arasındaki farkın kaynağı post-hoc testlerinden scheffe testi ile belirlenmiştir.

Eşlerin BVHDÖ toplam puan ortalamaları ile hasta bakımına ayırdığı günlük süre karşılaştırılması yapılmıştır. Eşlerin BVHDÖ puan ortalamaları ile hasta bakımına ayırdığı günlük süre arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark saptanmıştır ($F= 7.481$; $p=0.011$; $p<0.05$). Bakıma ayrılan süre ≥6 saat ($\bar{X}$=24,66) ve 4-6 saat olan eşlerin ($\bar{X}$=21,00) 0-2 saat olan eşlere ($\bar{X}$=16,52) göre BVHDÖ toplam puan ortalaması yüksek olduğu saptanmıştır. Gruplar arasındaki farkın kaynağı post-hoc testlerinden scheffe testi ile belirlenmiştir.

Çalışmamızdaki eşlerin bakım verirken günlük rutinlerinin etkilenme durumları ile BVHDÖ puan ortalamaları karşılaştırılmış olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($t= -2.064$; $p=0.041$; $p<0.05$). Bakım verirken günlük rutini etkilenen eşlerin ($\bar{X}$=21,64) BVHDÖ toplam puan ortalamaları etkilenmeyen eşlere ($\bar{X}$=18,94) göre yüksek olduğu saptanmıştır.

Jinekolojik kanserli hastaların eşlerinin bakım verirken güçlük yaşama durumları ile BVHDÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırılmış olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($F= -2.055$; $p=0.042$; $p<0.05$). Bakım verirken güçlük yaşayan eşlerin ($\bar{X}$=21,96) BVHDÖ toplam puan ortalamaları güçlük yaşamayanlara ($\bar{X}$=18,97) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Eşlerin BVHDÖ toplam puan ortalamalarının evlilik ilişkisinin etkilenme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$).

Jinekolojik kanserli hastaların eşlerinin BVHDÖ toplam puan ortalamaları ile hemşire desteğine ihtiyaç duyma durumu arasından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir (F=-2.439; p=0.016; p<0.05). Hemşire desteğine ihtiyaç duyan eşlerin ($\bar{X}$=21,87) BVHDÖ toplam puan ortalamaları hemşire desteğine ihtiyaç duymayanlara ($\bar{X}$=18,70) göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 23).

Tablo 24. BVDBGÖ ile BVHDÖ Arasındaki İlişki

Ölçek ve Altboyutlar	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Psikolojik ve Emosyonel İhtiyaçlar(1)	1	0,738*	0,821*	0,763*	0,946*	0,402*
Sağlık Bakım ve Bilgi İhtiyaçları(2)		1	0,755*	0,652*	0,882*	0,489*
İş ve Sosyal İhtiyaçlar(3)			1	0,757*	0,914*	0,409*
İletişim ve Aile İhtiyaçları(4)				1	,845*	0,360*
BVDBGÖ Toplam Puan(5)					1	0,464*
BVHDÖ Toplam Puan (6)						1

*p<0.05 (Tablo elde edilirken pearson korelasyon analizi testi uygulanmıştır.)

Değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesi için pearson korelasyon analizi yapılmış olup, yapılan korelasyon analizi sonucuna göre; BVHDÖ ile BVDBGÖ geneli arasında (r= 0,464) pozitif yönlü orta seviyede bir ilişki vardır. BVHDÖ ile psikolojik ve emosyonel ihtiyaçlar altboyutu arasında (r= 0,402) pozitif yönlü orta seviyede, sağlık bakım ve bilgi ihtiyaçları altboyutu arasında (r= 0,489) pozitif yönlü orta seviyede, iş ve sosyal ihtiyaçlar altboyutu arasında (r= 0,409) pozitif yönlü orta seviyede ve iletişim ve aile ihtiyaçları altboyutu arasında (r= 0,360) pozitif yönlü düşük seviyede bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Tablo 25. DBGÖ, BVDBGÖ ve BVHDÖ Arasındaki İlişki

ÖLÇEKLER	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
DBGÖ Altboyutları												
Ruhsal/Psikolojik (1)	1	**,451***	**,614***	**,490***	**,355***	**,817***	**0,068**	-0,003	0,075	-0,015	0,041	0,099
Sağlık Sistemi ve Bilgilendirme (2)		1	**,468***	**,718***	0,099	**,822***	**,228***	0,09	**,170***	0,082	**,174***	0,024
Fiziksel ve Günlük Yaşam (3)			1	**,487***	**,268***	**,752***	**,184***	0,039	0,126	0,14	0,139	**,190***
Hasta Bakım ve Desteği (4)				1	**,172***	**,783***	**,190***	0,07	0,154	0,039	0,141	0,099
Cinsellik (5)					1	**,419***	-0,006	0,013	0,005	-0,051	-0,006	0,142
DBGÖ Toplam Puan (6)						1	**,191***	0,059	0,152	0,056	0,141	0,126
BVDBGÖ Altboyutları												
Psikolojik ve Emosyonel İhtiyaçlar (7)							1	**,738***	**,821***	**,763***	**,946***	**,402***
Sağlık Bakım ve Bilgi İhtiyaçları (8)								1	**,755***	**,652***	**,882***	**,489***
İş ve Sosyal İhtiyaçlar (9)									1	**,757***	**,914***	**,409***
İletişim ve Aile İhtiyaçları (10)										1	**,845***	**,360***
BVDBGÖ Toplam Puan (11)											1	**,464***
BVHDÖ Toplam Puan (12)												1

*p<0.05 (Tablo elde edilirken pearson korelasyon analizi testi uygulanmıştır.)

Değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesi için pearson korelasyon analizi yapılmış olup, yapılan korelasyon analizi sonucuna göre; DBGÖ ile BVHDÖ ve BVDBGÖ arasında bir ilişki yoktur.

7. TARTIŞMA

Toplum sağlığını ciddi anlamda tehdit eden hastalıklardan biri olan kanser günümüzde toplumumuzda, ölüm nedenleri sıralamasında ilk üç arasında yer almaktadır (Türkiye Kanser İstatistikleri, 2019). Son zamanlarda jinekolojik kanserlerden sağ kalımların artmasıyla kadınlar uzun vadede kanserle yaşamlarını devam ettirmektedirler (Sandsund ve ark., 2020). Kanser süreci yalnızca kanserli bireyi değil ona bakım veren aile bireylerini (eş, çocuk ebeveyn vb.) de etkilemektedir. Bu süreç boyunca hem jinekolojik kanserli hastaların hem de onlara bakım verenlerin/eşlerin birtakım ihtiyaçları ortaya çıkmakta ve desteklenilmeye gereksinim duymaktadırlar.

Tartışma bölümünde, jinekolojik kanserli hastalar ve eşlerinin ameliyat sonrası destekleyici bakım gereksinimleri tablodaki şekliyle tartışılmaktadır.

7.1. Jinekolojik kanserli hastaların demografik ve tanıtıcı verilerinin tartışılması

7.2. Jinekolojik kanserli hastaların jinekolojik, obstetrik ve hastalıklarına ilişkin özelliklerinin tartışılması

7.3. Jinekolojik kanserli hastaların DBGÖ puanları, altboyut puanları, madde ve frekans değerlerinin tartışılması

7.4. Jinekolojik kanserli hastaların tanımlayıcı verileri ve DBGÖ puanları karşılaştırmalarının tartışılması

7.5. Jinekolojik kanserli hastaların eşlerinin demografik verileri ve hasta bakımına katılım verilerinin tartışılması

7.6. Jinekolojik kanserli hastaların eşlerinin BVDBGÖ puanları, altboyut puanları, maddelerinin frekansları ve BVHDÖ toplam puanlarının tartışılması

7.7. Jinekolojik kanserli hastaların eşlerinin tanımlayıcı verileriyle BVDBGÖ ve BVHDÖ karşılaştırmalarının tartışılması

7.1. Jinekolojik Kanserli Hastaların Demografik ve Tanıtıcı Verilerinin Tartışılması

Bu bölümde jinekolojik kanserli hastaların demografik ve tanıtıcı verilerinden yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, aile tipi tartışılmaktadır (Tablo 10).

- Jinekolojik kanserlerde risk faktörlerinden biri yaştır. Kadınlar için üreme çağı olarak bilinen menarştan menopoza kadar olan yaşam sürecinde jinekolojik kanserlerle karşılaşabilirler (Gözüyeşil ve ark., 2020; Şenol ve ark., 2021). Türkiye Kanser İstatistikleri (2017) verilerine göre jinekolojik kanserlerin en çok görüldüğü yaş grubu 50-69 yaş arası olarak belirtilmiştir (Türkiye Kanser İstatistikleri, 2021). Araştırmamızda yer alan jinekolojik kanserli hastaların yaş ortalamaları 53,84 ± 10,75 olup Türkiye Kanser İstatistikleri (2017) verileri ile uyumludur. Ayrıca literatürde yer alan Kaya Var'ın (2019) ve Erdoğan'ın (2021) jinekolojik kanserli hastalarla yaptığı araştırmalardaki yaş ortalaması bulgularıyla çalışmamızda elde edilen yaş ortalamasının benzer olduğu görülmektedir (Kaya Var, 2019; Erdoğan, 2021) (Tablo 10).
- Eğitim durumu kişinin kendi sağlığını ilgilendiren herhangi bir konuda söz sahibi olabilmesi, sağlığını koruyabilmesi ve geliştirebilmesinde önemli bir etmendir (Değer ve Zoroğlu, 2019). Araştırmamızdaki kadınların çoğunlukla %47,1'i ilkokul ve %27,2'si ortaöğretim mezunu olduğu belirlenmiştir (Tablo 8). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) (2018) verilerine göre 15-49 yaş arası kadınların eğitim durumu, %29'u ilkokul ve %41'i lise ve üzeri mezunu olarak belirtilmiş olup çalışmamızla benzerlik göstermektedir (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2021). Literatürdeki çalışmalarda (Kaya Var, 2019; Erdoğan, 2021) yer alan kadınların eğitim düzeylerinin çalışmamızla benzer olduğu görülmektedir.
- Kadınların toplum içerisindeki statüsünü belirleyen etmenlerden biri olan çalışma hayatı dolaylı olarak kadın sağlığını da etkilemektedir (Toker ve Çıtak, 2021). TNSA (2018) verilerinde kadınların büyük çoğunun (%64) son 12 ay içerisinde çalışmadığı belirtilmiştir (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2021). Araştırmamızdaki kadınların %%73,5'inin çalışmadığı belirlenmiş olup TNSA (2018) verileriyle benzerlik göstermektedir. Literatürdeki

araştırmalarda Vardar (2017) ve Tekbaş'ın (2014) jinekolojik kanserli hastalarda yaptığı çalışmalar ile bulgularımız paralellik göstermektedir (Vardar, 2017; Tekbaş, 2014).

● Çalışmamızdaki kadınların %79,4'ünün çekirdek tipte aile yapısına sahip olduğu belirlenmiştir. Pelit'in (2015) çalışmasındaki kadınların %79,3'ünün çekirdek aileye sahip olduğu bulgulanmıştır (Pelit, 2015). Kaya Var'ın (2019) çalışmasındaki kadınların %80,6'sının geniş tipte aile yapısına sahip olduğu görülmüştür (Kaya Var, 2019). Çalışmamızdaki kadınların aile tipi Pelit'in (2015) çalışmasındaki aile tipiyle benzerlik gösterdiği, Kaya Var'ın (2019) çalışmasındaki aile tipiyle farklılık gösterdiği saptanmıştır. Ortaya çıkan farklılığın sebebinin kültürel coğrafyadan kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

● Çalışmamızdaki kadınların %50,7'sinin kanser dışında bir sistemik hastalığı bulunmadığı belirlenmiştir. Küçükkaya ve Erçel'in (2019) çalışmasındaki jinekolojik kanserli kadınların %46,9'unda kanser dışında bir kronik hastalığı bulunmadığı saptanmıştır (Küçükkaya ve Erçel, 2019). Aktaş'ın (2013) jinekolojik kanserli hastalarla yaptığı deneysel çalışmasında müdahale grubundaki hastaların %51,4'ünün, kontrol grubundaki hastaların ise 54,3'ünün sistemik bir hastalığı olmadığı belirtilmiştir (Aktaş, 2012). Literatürdeki çalışmalarda (Küçükkaya ve Erçel, 2019; Aktaş, 2013) yer alan sistemik hastalık verileri ile çalışmamızdaki kadınların sistemik hastalık durumları benzerlik göstermektedir) (Tablo 10).

7.2. Jinekolojik Kanserli Hastaların Jinekolojik, Obstetrik ve Hastalıklarına İlişkin Özelliklerinin Tartışılması

Bu bölümde jinekolojik kanserli hastaların obstetrik ve jinekolojik verilerinden gebelik sayısı, düşük sayısı, menopoz yaşı, menopoz şekli tartışılmaktadır (Tablo 11).

• Kadınlarda gebelik sayısındaki sıklık, kadın sağlığını bozacak pek çok hastalıktan biri olan jinekolojik kanserlerin oluşumunda dolaylı olarak rol oynayabilmektedir (Toker ve Çıtak, 2021). Çalışmamızda kadınların %59,6'sının gebelik sayısı 1-3 arasında olduğu bulunmuştur. Literatürdeki çalışmalara bakıldığında, Paşalak'ın (2020) ve Erdoğan'ın (2021) çalışmasındaki jinekolojik

kanserli kadınların gebelik sayısı ile çalışmamızdaki kadınların gebelik sayılarıyla paralellik göstermektedir (Paşalak, 2020; Erdoğan, 2021). TNSA (2018)'de toplam doğurganlık hızı kadın başına 2,3 olarak belirtilmiştir. (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2021). Çalışmamızdaki kadınların ortalama doğum sayısı 2,74 ± 1,48 olarak saptanmıştır. Bu bulgular TNSA (2018) verileri ile paralellik göstermektedir.

● Çalışmamızda kadınların %40,4'ünün düşük öyküsü olduğu belirlenmiştir. Literatüre bakıldığında Erdoğan'ın (2021) çalışmasındaki kadınların düşük öyküleri ile bizim çalışmamızın bulguları benzerlik göstermektedir.

● Menopozun kadınlar için fiziksel, sosyal ve psikolojik değişimleri içinde barındıran bir dönem olduğu bilinmektedir (Özdemir ve Kavak Budak, 2021). Irk, sosyoekonomik durum ve genetik faktörler menopoz yaşında farklılıklara sebep olabilmektedir (Dündar ve Aksu, 2021). TNSA (2018) verilerine göre Türkiye'deki kadınların %45,1'inin 48-49 yaş arası menopoza girdiği görülmüştür (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2021). Çalışmamızdaki kadınların menopoz yaş ortalaması 46,24 ± 5,86'dır (Tablo 11). Çalışmamızın menopoz yaş ortalaması literatürdeki Erdoğan'ın (2021), Çağlı Öztürk'ün (2019) ve Düzgün'ün (2018) çalışmalarındaki kadınların menopoz yaş ortalamaları ile kıyaslandığında paralellik gösterdiği ancak TNSA (2018) verilerine göre menopoz yaş ortalamamızın düşük olduğu görülmektedir (Erdoğan, 2021; Çağlı Öztürk, 2019; Düzgün, 2018; Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2021). Bu düşüklüğün sebebi TNSA (2018) çalışmasının sağlıklı kadınlar üzerinde yapılması ve örneklemimizi oluşturan kadınların cerrahi menopoza girme oranlarının (%48,5) yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

● Çalışmamızdaki kadınların %51,5'inin doğal yolla ve %48,5'inin cerrahi yolla menopoza girdiği belirlenmiştir. Bizim çalışmamızdan farklı olarak literatürde yer alan kemoterapi tedavisi alan jinekolojik kanserli hastalarla yapılan Paşalak'ın (2020) çalışmasında kadınların %77,8'inin doğal, %16,7'sinin cerrahi, Erdoğan'ın (2021) çalışmasındaki kadınların %71,7'sinin doğal, %23,3'ünün cerrahi ve Düzgün'ün (2018) çalışmasındaki kadınların %64,5'inin cerrahi olarak menopoza girdiği saptanmıştır (Paşalak, 2020; Erdoğan, 2021; Düzgün, 2018). Çalışmamızdaki cerrahi menopozlu hasta sayısının fazla olması, örneklem

grubumuzun jinekolojik kanser nedeniyle cerrahi operasyon geçiren kadınlardan oluşmasından kaynaklandığı düşünülmektedir (Tablo 11).

Bu bölümde jinekolojik kanserli hastaların hastalıkları ile ilgili özelliklerden kanser türü, evresi, uygulanan tedavi seçeneği, operasyondan sonra geçen gün sayısı tartışılmaktadır (Tablo 12).

● Araştırmamızdaki kadınların %64,7'sinin endometrium, %16,9'unun over, %13,2'sinin serviks, %5,1'inin vulva kanseri olduğu belirlenmiştir. Türkiye Kanser İstatistikleri Raporu'na (2017) göre çalışmamızla benzer şekilde kadınların %5,6'sı endometrium, %3,3'sı over ve %2,3'ü serviks kanseri olduğu saptanmıştır (Türkiye Kanser İstatiskleri, 2017). Çalışmamızdaki jinekolojik kanserli hastaların kanser türleri ile literatürde yer alan Delican'ın (2019) ve Pelit'in (2015) çalışmalarındaki kanser türleri benzerlik göstermektedir (Delican, 2019; Pelit, 2015). Williams ve ark.'nın (2018) Avustralya'da jinekolojik kanserli kadınlarla yaptıkları çalışmasında, kadınların %32,7'si serviks, %26,2'si endometrial, %26,2'si over ve %8,5'i vulva kanseri olarak belirlemişlerdir. (William ve ark., 2018). Afiyanti ve ark.'nın (2018) Endonezya'da jinekolojik kanserli kadınlarla yaptıkları çalışmasında, kadınların %64,7'si serviks, %35,3'ü over kanseri tanısı aldığı saptanmıştır (Afiyanti ve ark., 2018). Williams ve ark.'nın (2018), Afiyanti ve ark.'nın (2018) çalışmalarındaki kanser oranları çalışmamızla paralellik göstermemektedir. Bu farklılığa etnik köken, sosyokültürel yapı ve coğrafyanın neden olabileceği düşünülmektedir. Ülkemiz coğrafyasında islam dini ağırlıklı olmasına paralel olarak evlilik dışı cinsel ilişki zina sayıldığından serviks kanseri görülme sıklığı diğer ülkelere göre daha düşük olmasında da kaynaklanabilir. Ayrıca ülkeler arası sağlık hizmet politikalarındaki faklılıkların, kanser teşhislerini etkileyebileceği üzerinde durulmaktadır (Tablo 12).

● Jinekolojik kanserlerde tedavi seçenekleri; cerrahi tedavi, kemoterapi, radyoterapi, hormonterapi, kemoradyoterapi gibi kombine tedavilerdir. Araştırmamızdaki kadınların tamamı cerrahi operasyon geçirmiş olup, %34,6 kemoterapi, %12,5 radyoterapi, %5,9'u kemoradyoterapi ve %1,5'i hormonterapi tedavisi görmektedir. Literatürdeki çalışmalara bakıldığında, Delican'ın (2019), Urbaniec ve ark.'nın (2011) çalışmalardaki tedavi yöntemleri ile çalışmamızın

tedavi yöntemleri benzerlik göstermektedir (Delican, 2019; Urbaniec ve ark., 2011).

● Geçirilen cerrahi operasyon sonrası içinde bulunulan süreç karmaşıktır ve iyileşmenin büyük çoğunluğu taburculuk sonrası döneme kalmaktadır (Işık ve Ünsal Atan, 2021). Ameliyattan sonra geçen süre arttıkça, hastanın gereksinimlerinde değişiklikler meydana geleceği düşünülmektedir. Araştırmamızda, kadınların %39,7'sinin operasyondan sonraki ilk 1 aylık süreçte, %14,7'sinin 1-3 ay aralığında, %33,8'inin 3-6 ay aralığında ve %11,8'inin 6-12 aylık süreçte olduğu belirlenmiştir. Çağlı Öztürk'ün (2019) çalışmasında kadınların %47,1'inin cerrahi operasyon sonrası ilk 1 aylık süreçte olması çalışmamızın bulguları ile paralellik göstermektedir (Çağlı Öztürk, 2019). Bizim çalışmamızdan farklı olarak Güler ve Mete'nin (2019) çalışmasında jinekolojik kanserli hastaların %50,9'unun operasyon sonrası 25 aylık süreci tamamladıkları ve Bahıtlı'nın (2016) çalışmasındaki jinekolojik kanserli hastaların %40,9'unun operasyonlarından sonra geçen süre 25 ay ve üzeri olduğu saptanmıştır (Güler ve Mete, 2019; Bahıtlı, 2016). Bu farklılığın literatürde yer alan çalışmaların (Güler ve Mete, 2019; Bahıtlı, 2016) örnekleminin daha geniş kanser sürecini kapsıyor oluşu ve bizim çalışmamızın ameliyat sonrası hastaların ve eşlerinin gereksinimlerine odaklanmasından kaynaklı olabildiği düşünülmektedir(Tablo 12).

7.3. Jinekolojik Kanserli Hastaların DBGÖ Puan Ortalamalarının ve Madde Frekans Değerlerinin Tartışılması

Bu bölümde jinekolojik kanserli hastaların DBGÖ toplam puanları ve altboyut puanları ortalamaları tartışılmaktadır (Tablo 13).

- Jinekolojik kanserli hastalar hayatta kaldıkları süre boyunca çeşitli (fiziksel, psikolojik, ekonomik, beden algısı, manevi, sosyal vb. alanlar) konularda destekleyici bakım ihtiyaçları duymaktadırlar (Erdoğan, 2021). Çalışmamızdaki jinekolojik kanserli hastaların DBGÖ likert tipte toplanmış puan ortalamaları 110,51 ± 20,99 ve standardize edilmiş puan ortalamaları 64,12±16,93 olarak belirlenmiştir.

Karabulut'un (2021) kanserli hastalarla yaptığı çalışmasında DBGÖ puan ortalaması 116,35±23,14'tür (Karabulut, 2021). DBGÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında bizim çalışmamızla Karabulut'un bulguları benzerlik göstermektedir.

- Çalışmamızdan farklı olarak Erdoğan Yüce ve ark.'nın (2021) kanserli hastalarla yaptığı çalışmasında DBGÖ puan ortalaması 54.11±13.73'dır (Erdoğan Yüce ve ark., 2021). Erdoğan Yüce ve ark.'nın (2021) çalışmasında DBGÖ puan ortalamasının bizim çalışmamızdan düşük olduğu saptanmmıştır (Erdoğan Yüce ve ark., 2021). Çelik'in (2021) kanser türlerini ayırt etmeksizin tüm kanserli hastalarla yaptığı çalışmasında DBGÖ puan ortalaması 101.19±33.97 olarak bizim çalışmamızdan daha düşük bulgulanmıştır. (Çelik, 2021). Al-Husban ve ark.'nın (2021) kolorektal kanserli hastalarda yaptıkları çalışmasında DBGÖ puan ortalaması 95,70±29,13 olup bizim çalışmamıza göre düşüktür (Al-Husban ve ark., 2021). Çalışmamızdaki jinekolojik kanserli hastaların DBGÖ puan ortalamaları literatürdeki çalışmalardan (Erdoğan Yüce ve ark., 2021; Çelik, 2021; Al-Husban ve ark., 2021) daha yüksek olduğu görülmektedir. Bunun sebebinin literatürde yer alan çalışmaların genel kanserli/kolorektal hasta gruplarında yapılmış olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca, çalışılan popülasyonların destek gereksinimlerinin değişikliği, çalışılan popülasyonların cinsiyet farklılıkları, çalışılan popülasyonun sağlık politikaları gibi (tarama, koruma ve rehabilitasyon) faktörlerin etkilediği düşünülmektedir. Çalışmamızda DBGÖ puan ortalamalarının diğer çalışmalara göre yüksek olmasının nedeni jinekolojik kanserlerin kadının yaşamına, cinsel sağlığına, üreme durumuna ve eş/aile ilişkine çok boyutlu etkilemesinden kaynaklandığı düşünülmektedir(Tablo 13).

Araştırmanın sorularından Jinekolojik kanserli hastaların ameliyat sonrası destekleyici bakım gereksinimleri hangi düzeydedir sorusunun cevabı olarak DBGÖ puan ortalamaları 110,51 ± 20,99 ve standardize edilmiş puan ortalamaları 64,12±16,93 olarak belirlenmiştir.

- Araştırmamızda jinekolojik kanserli hastaların DBGÖ'nin altboyut ortalamalarına bakıldığında puanı en fazla gereksinim bildirilen alanın fiziksel ve günlük yaşam alanı olduğu belirlenmiştir. Literatürdeki çalışmalarda da DBGÖ'nde en fazla gereksinim bildirilen alan fiziksel ve günlük yaşam alanı

olarak saptanmış olup çalışmamızın bulgularıyla benzerlik göstermektedir (Putri ve ark., 2018; Afiyanti ve ark., 2018; Erdoğan Yüce ve ark., 2021; Ayvat, 2019). Literatürdeki çalışmalardan bazılarının (Erdoğan, 2021; Lee ve Kwon, 2018; Kaya Var, 2019; Mawardika ve ark., 2019) bizim çalışmamızdan farklı olarak en fazla gereksinim belirttikleri alan ruhsal/psikolojik olarak saptanmıştır. Çalışmamızda ruhsal/psikolojik alan en fazla gereksinim bildirilen 2. alan olarak belirlenmesi sebebiyle literatürde yer alan çalışmalarla (Erdoğan, 2021; Lee ve Kwon, 2018; Kaya Var, 2019; Mawardika ve ark., 2019) da benzer olduğu söylenebilir.

- Jinekolojik kanserlerde diğer kanserlerden daha fazla etkilendiği düşünülen cinsellik alanı hastaların konuşmaya çekindiği ve bakım vericiler tarafından sorgulanması ihmal edilen bir alandır (Erdoğan, 2021). Araştırmamızda jinekolojik kanserli hastaların en düşük destekleyici bakım gereksinimi bildirdikleri alanın cinsellik altboyutunda olduğu görülmektedir (Tablo 13). Literatürdeki çeşitli kanserli hastalarda yapılan çalışmalarda (Erdoğan, 2021; Unjai ve ark., 2021; Çelik, 2021; Karabulut, 2021; Erdoğan Yüce ve ark., 2021; Doubova ve Pérez-Cuevas, 2020; Depping ve ark., 2021; Damen ve ark., 2021) bakıldığında hastaların en düşük gereksinim bildirdiği alan olarak cinsellik görülmekte olup bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir.

Bu bölümde jinekolojik kanserli hastaların DBGÖ maddeleri ve frekansları tartışılmaktadır (Tablo 14).

- Jinekolojik kanserli hastaların fiziksel, psikolojik, duygusal, sosyal, bilgi ihtiyacı, pratik (günlük hayat) ve spiritüel alanlar gibi çok boyutlu değerlendirilmesi gereken ihtiyaçları oluşmaktadır (Steele, 2008). Çalışmamızda DBGÖ'nde en fazla ihtiyaç bildirilen ilk 5 maddenin fiziksel ve günlük aktivite altboyutu, sağlık sistemi ve bilgilendirilme altboyutu, ruhsal/psikolojik altboyutlarında yer aldığı belirlenmiştir. Aynı ölçek kullanılarak yapılan çalışmalarda bu ilk 5 madde değişkenlik göstermektedir. William ve ark.'nın (2018) çalışmasında jinekolojik kanserli hastaların DBGÖ'de en fazla ihtiyaç bildirdikleri ilk 5 maddenin sağlık sistemi ve bilgilendirilme altboyutu ve ruhsal/psikolojik altboyutta olduğu saptanmıştır (William ve ark., 2018). Unjai ve ark.'nın (2021) çalışmasında servikal kanserli hastaların DBGÖ'de en fazla ihtiyaç bildirdikleri ilk 5 maddenin sağlık sistemi ve bilgilendirilme altboyutunda

olduğu belirtilmiştir (Unjai ve ark., 2021). Boyes ve ark.'nın (2012) çalışmasında kanserli hastaların DBGÖ'de en fazla ihtiyaç bildirdikleri ilk 5 maddenin ruhsal/psikolojik altboyut, fiziksel ve günlük aktivite altboyutundadır. (Boyes ve ark., 2012). Çalışmamızdaki DBGÖ'de en fazla ihtiyaç bildirilen ilk 5 madde ile literatürde yer alan William ve ark.'nın (2018), Unjai ve ark.'nın (2021) çalışmalarının bulguları iler benzerlik göstermekle beraber Boyes ve ark.'nın (2012) çalışmasıyla farklılık göstermektedir (William ve ark., 2018; Unjai ve ark., 2021; Boyes ve ark., 2012). Bunun sebebinin Boyes ve ark'nın çalışmasında genel kanser hastalarında yapılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir (Tablo 14).

- Çalışmamızda DBGÖ'nde ihtiyaç duyulmayan ilk 5 maddenin cinsellik altboyutu, hasta bakım ve desteği altboyutu ve ruhsal/psikolojik altboyutlarında yer aldığı belirlenmiştir. William ve ark.'nın (2018) çalışmasında jinekolojik kanserli hastaların DBGÖ'de ihtiyaç duyulmayan ilk 5 maddenin cinsellik altboyutu, hasta bakım ve desteği altboyutunda olduğu saptanmıştır (William ve ark., 2018). Afiyanti ve ark.'nın (2018) jinekolojik kanserli hastalarla yaptığı çalışmasında DBGÖ'de ihtiyaç duyulmayan ilk 5 maddenin cinsellik altboyutu ve ruhsal/psikolojik altboyutta olduğu görülmektedir (Afiyanti ve ark., 2018). Çalışmamızdaki ihtiyaç duyulmayan maddeler ile literatürde yer alan çalışmaların bulguları benzerlik göstermektedir (William ve ark., 2018; Afiyanti ve ark., 2018). Bu; cinselliğin rahat konuşulamaması, cinsel anamnez için klinik ortamın uygun olmaması ve hastananın mahremiyetinin tam sağlananaması ve çalışan profesyonellerin cinsel anamnez almada yetkin olmamalarından kaynaklanabilir (Tablo 14).

7.4. Jinekolojik Kanserli Hastaların Tanımlayıcı Verileri ve DBGÖ Karşılaştırmalarının Tartışılması

Bu bölümde jinekoloji kanserli hastaların tanıtıcı özelliklerinden yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, aile tipi ve sistemik hastalık varlığı değişkenleri ile DBGÖ puan ve altboyut puanları karşılaştırılması tartışılmaktadır (Tablo 15).

- Araştırmamızda yaş ve aile tipi değişkeninin DBGÖ puan ve altboyut puan ortalamalarının arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

- Cinsellik eğitimi; soruların yaşa indirgenerek cevaplanması, zamanlamanın doğru yapılması ve donanımlı bireyler tarafından bilgi paylaşımı gibi etmenlere bağlı değişkenlik göstermektedir. Cinselliğin bireyler tarafından ifade edilebilmesi için belirli düzeyde cinsel eğitimini tamamlamış olmalıdır (Özkan, 2021). Araştırmamızda jinekolojik kanserli hastalardan lisans ve üzeri mezunu olanların, ilköğretim mezunlarına göre daha fazla cinsel ihtiyaç bildirdiği belirlenmiştir. Ayvat'ın (2019) çalışmasında sağlık sistemi ve bilgilendirme altboyutu ve cinsellik altboyutunun 65 yaş altı bireylerde tüm eğitim durumlarında diğer ihtiyaçlara oranla daha fazla ihtiyaç bildirdiği; fiziksel ve günlük yaşam aktiviteleri altboyutunda 65 yaş üzeri ilkokul mezunu katılımcıların, ortaöğretim ve yükseköğretim mezunlarından daha fazla ihtiyaç bildirdiği görülmüştür (Ayvat, 2019). Çelik'in (2021) çalışmasında okur-yazar olmayan veya ilköğretim mezunu olan katılımcıların destekleyici bakım gereksinimleri puanı yüksek bulunmuş olup, cinsellik altboyutundan alınan ortalama puanda üniversite mezunlarının okur-yazar olmayanlara göre daha yüksek aldığı bulgulanmıştır (Çelik, 2021). Doubova ve ark.'nın (2021) iki farklı kurumdaki hastaların destekleyici bakım gereksinimleri belirlendiği çalışmasında, her iki kurumda olan ilköğretim mezunu hastaların fiziksel ve günlük yaşam aktivitesi altboyutunda bildirdiği ihtiyaçlarının fazla olduğu; Meksika Sosyal Güvenlik Enstitüsü kurumundaki hastalardan lise mezunu olanların cinsel ihtiyaçlarının fazla olduğunu, yükseköğretim mezunu olanların ise ruhsal/psikolojik alanda daha fazla ihtiyacı olduğu görülmektedir (Doubova ve ark., 2021). Literatürdeki çalışmalara (Ayvat, 2019; Çelik, 2021; Doubova ve ark., 2021) bakıldığında cinsellik altboyutunun her bir çalışmada eğitim düzeyi yükseldikçe arttığı görülmektedir. Eğitim düzeyi artan bireylerin cinsellik eğitimi aldığı ve cinsel konularda daha fazla söz sahibi olduğu düşünülmektedir (Tablo 15).
- Araştırmamızda jinekolojik kanserli hastaların sistemik hastalığı olmayanların cinsel ihtiyaçları, sistemik hastalığı olanlara göre daha yüksek belirlenmiştir. Literatüre bakıldığında Doubova ve ark.'nın (2021) çalışmasında Meksika Sosyal Güvenlik Enstitüsü kurumundaki hastalarından kronik hastalığı bulunanların düşük cinsel ihtiyaç bildirdiği çalışmamızla benzer şekilde görülmüştür (Doubova ve ark., 2021). Jinekolojik kanserli kadınlarda sistemik hastalık olmaması kadınların genel sağlık durumuna olumlu etikisinin cinsel yaşama da yansıyacağı

düşünülmektedir. Cinsel yönden aktif olmanın kadınlarda cinsel konuları danışma ihtiyacını arttıracağı düşünülmektedir.

Bu bölümde jinekolojik kanserli hastaların jinekolojik ve obstetrik verileri (gebelik sayısı, menopoza girme şekli ve menopoz yaşı) ile DBGÖ puan ve altboyut puan ortalamalarının karşılaştırlması tartışılmaktadır (Tablo 16).

- Menopoza 26-40 yaş arası giren kadınların, 51 ve üzeri yaşta giren kadınlara göre cinsellik konusunda daha çok destekleyici bakım ihtiyaçları olduğu belirlenmiştir. Yaşın genç olması kadının cinselliğini etkilediği kadar üreme fonksiyonunu etkilemesi açısından önelidir. Ayrıca erken menopoza girmeye bağlı olarak cinsel sorunların ortaya çıkması da etkili olabileceği düşünülmüştür. Jinekolojik kanserli hastalarda, gebelik sayısı ve menopoza girme değişkenine göre destekleyici bakım gereksinimlerinde farklılık görülmemektedir (Tablo 16).

Bu bölümde jinekolojik kanserli hastaların hastalık özellikleri (kanser türü, hastalık evresi, uygulanan tedavi, uygulanan operasyon ve operasyon sonrası geçen süre) ile DBGÖ puan ve altboyut puan ortalamalarının karşılaştırılması tartışılmaktadır (Tablo 17).

- Jinekolojik kanserli hastalarda, kanser türü, hastalık evresi, uygulanan tedavi yöntemlerinden kemoterapi ve kemoradyoterapi, uygulanan operasyon ve operasyon sonrası geçen süre değişkenine göre destekleyici bakım gereksinimlerinde farklılık görülmemektedir. Ancak radyoterapi gören jinekolojik kanserli hastaların hasta bakım ve desteği altboyut puan ortalaması radyoterapi görmeyenlere göre yüksek olduğu saptanmıştır. Buna göre jinekolojik kanserli hastaların radyoterapi tedavisi sonrası pek çok yan etkiyle (bulantı, kusma, yorgunluk, iş gücünde azalma, gis yakınmalar vs.) karşılaşabileceğinden dolayı bakımla ilgili daha fazla destek ihtiyaçlarının oluştuğu söylenebilir.

7.5. Jinekolojik Kanserli Hastaların Eşlerinin Demografik Verileri ve Hasta Bakımına Katılım Verilerinin Tartışılması

Bu bölümde jinekolojik kanserli hastaların eşlerinin demografik ve tanıtıcı verilerinden yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi tartışılmaktadır (Tablo 18).

- Yaş değişkeniyle kanser teşhisine uyum arasındaki ilişki kanserli bireyler ve aile üyeleri açısından belirsizlik göstermektedir. Hasta ve partnerlerin ele alındığı çalışmalarda yaş değişkeninin etkileri konusunda kesin ifadeler görülmemektedir (Morgan, 2009). Araştırmamızda jinekolojik kanserli hastaların eşlerinin yaş ortalaması 57,3 ± 10,38 yıl olarak bulunmuştur. Literatüre bakıldığında, Küçükoğlu'nun (2021) çalışmasında kemoterapi alan hastaların bakım verenlerinin yaş ortalamasının 48.4 ± 12.60'dır (Küçükoğlu, 2021). Tatlı'nın (2019) çalışmasında kanserli bireylerin bakım vericilerinin yaş ortalaması 40'dır (Tatlı, 2019). Literatürdeki çalışmaların (Küçükoğlu, 2021; Tatlı, 2019) yaş değişkeni bulgularıyla çalışmamızın bulguları farklılık göstermektedir. Bunun sebebi yapılan çalışmaların (Küçükoğlu, 2021; Tatlı, 2019) örnekleminde kanser türlerinde ayrıma gitmeksizin genel kanser çalışmaları olması, bakım vericilerin cinsiyet farklılıklarının etkisi ve bakım verilen kişinin bakım vericinin anne-babası ağırlıklı olmasıyla alakalı olabileceği düşünülmektedir.
- Kanserli bireylerin bakım sürecinde aile üyelerinin sorumlulukları artmakta, yerine göre kanserli birey adına karar verme durumları gelişebilmektedir. Bu noktada eşlerin eğitim durumu sürecin yönetimi sırasında kanserli bireyin yararına olan kararı verebilmesi, jinekolojik kanserli hastanın destekleyici bakım ihtiyaçlarını değerlendirip, karşılayabilmesi ve bunun gibi pek çok açıdan önemlidir. TNSA (2018) verilerine göre Türkiye'deki erkeklerin %14'ünün ilkokulu bitirmediği, %33'ü ilkokul, %21'i ortaokul ve %33'ü lise ve üzeri mezunudur (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü,2021). Araştırmamızda yer alan eşlerin %52,2'si ilköğretim ve %33,1'i ortaöğretim mezunudur. Buna göre eşlerin eğitim durumlarının TNSA (2018) verilerinde belirtilen erkeklerin eğitim durumlarından yüksek olduğu saptanmıştır. Arkın'ın (2017) İzmir'in bir ilçesinde yaptığı çalışması ile Afiyanti ve ark.'nın (2021) Endonezya'da yaptıkları çalışmalarda da bakım vericilerin eğitim durumları

çalışmamızla benzerlik gösterdiği görülmektedir (Arkın, 2017; Afiyanti ve ark., 2021). Çalışmamızdaki eşlerin kentsel nüfusa dahil bireyler olması ile eğitim durumların TNSA verilerine göre yüksek olması ile alakalı olduğu düşünülmektedir.

● Toplumsal statü kadınlar kadar erkekler içinde önemli bir konudur. Gelişen çağda sağlıklı birey olma, üretken ve yaşamın sürdürülebilir olması için iyi bir sosyoekonomik gelire sahip olunması gerekmekte bunun içinde bir iş sahibi olunmalıdır (Hamlacı ve ark., 2017; Limanlı, 2021). Araştırmamızda yer alan eşlerin %39,7'si emekli ve %60,3'ü çalışmaktadır. Literatürdeki çalışmalardaki (Levesque ve ark., 2021; Ponto ve Barton, 2008) bakım vericilerin çalışma durumları çalışmamızdaki eşlerin çalışma durumu verileri ile paralellik göstermektedir.

● Sağlık durumu, sosyoekonomik sınıfsal farklılıklardan etkilenmektedir. Kanserli hastaya bakım veren bireyler bakım süreci boyunca hem sağlık durumu açısından hem de sosyoekonomik açıdan olumsuz etkilenebilmektedir (Limanlı, 2021). Araştırmamızdaki eşlerin %75,7'sinin geliri giderine denk olarak belirlenmiştir. Bizim çalışmamızdan farklı olarak literatürde yer alan çalışmalardaki (Gürkan ve ark., 2021; Çeler ve ark.,2018; Pelit, 2015) bakım vericilerin yarısına yakınının geliri giderine denk olduğu saptanmıştır. Bunun sebebinin araştırmamızda yer alan eşlerin çalışma durumlarıyla yapılan araştırmalardaki (Gürkan ve ark., 2021; Çeler ve ark.,2018; Pelit, 2015) bakım vericilerin çalışma durumları arasındaki fark olduğu düşünülmektedir.

Bu bölümde jinekolojik kanserli hastaların eşlerinin hasta bakımına katılım ile ilgili verilerinden destek düzeyi, destek olunan konular, bakım için ayrılan süre, bakımın günlük rutini etkileme durumu, bakım verenlerin güçlük yaşama durumu, evlilik ilişkisinin etkilenme durumu, desteğe ihtiyacı olma durumu, desteğe ihtiyaç duyulan konular ve hemşire desteğine ihtiyacı olma durumu tartışılmaktadır (Tablo 19).

• Araştırmamızda eşlerin %36,8'inin jinekolojik kanserli hastalarına "çok destek" oldukları belirlenmiştir. Williams ve ark.'nın (2019) jinekolojik kanserli hastalarda yaptığı çalışmasında %36,3'ünün partner desteğinin çok fazla olduğu belirtilmiş olup çalışmamızdaki eş desteği bulguları ile benzerlik göstermektedir (Williams ve ark., 2019). Williams ve ark.'nın (2018) Avustralya'da jinekolojik

kanserli hastalarla yaptığı çalışmasında %58'nin partner desteğinin çok fazla olduğu belirtilmiş olup çalışmamızdaki eşlerden daha fazla destek olduğu saptanmıştır (Williams ve ark., 2018). Bunun sebebinin Williams'ın çalışmasındaki popülasyonun sosyokültürel ve ekonomik farklılıklarından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

● Hastaya bütüncül bakımın, bakım verici tarafından sağlanılması bakım kavramının yapı taşlarından biridir. Toplumsal anlayışımız gereği bunu genellikle aile üyelerinden eş, çocuk vb. kişiler üstlenmektedir. Günlük ihtiyaçlar, fiziki, ruhsal, maddi ve manevi gibi destekleyici bakım rollerini aile üyeleri karşılamaktadır (Bazna, 2021; Akgün Şahin ve ark., 2009; Pelit, 2015; Görgülü ve Akdemir, 2010). Çalışmamızda da eşlerin oranla %54,4 fiziksel destek, %52,2 oranla psikolojik destek, %27,9 ekonomik destek ve %15,4 oranla tüm konularda jinekolojik kanserli hastalarımıza destek olduğu belirlenmiştir (Tablo 19). Pelit'in (2015) çalışmasında jinekolojik kanserli hastalara bakım verenlerin (ebeveyn, eş, kardeş, çocuk) %89 oranla psikolojik, %73,6 oranla fiziksel, %21,6 oranla ekonomik destek sağladıkları görülmüştür (Pelit, 2015). Bizim çalışmamızdaki eşler çoğunlukla fiziksel bakım üzerine odaklandıkları görülmektedir. Pelit'in çalışmasında ise bakım vericilerin çoğunlukla kadın olması arada farklılık oluşmasına neden olabileceği düşünülmektedir. Çıtlık Sarıtaş ve Büyükbayram'ın (2016) genel kanserli hastalarda yaptıkları çalışmasında kemoterapi alan hastalara bakım verenlerin (eş, çocuk ve diğerleri) %59,2 oranla fiziksel, %6 oranla psikolojik, %0,4 oranla ekonomik ve %34,4 oranla tüm konularda destek olduğu görülmektedir (Çıtlık Sarıtaş ve Büyükbayram, 2016). Çıtlık Sarıtaş ve Büyükbayram'ın (2016) çalışmasında ise bakım verenlerin farklı cinsiyetten olmasına rağmen bizim çalışmamızla benzer sonuçlarının olmasının nedeni hastaların kemoterapi almaları ve buna bağlı fiziksel şikayetlerinin daha fazla olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Akgün Şahin ve ark.'nın (2009) çalışmasında kemoterapi alan hastalara bakım verenlerin (çocuk, eş ve diğerleri) %27,9 oranla bütün ihtiyaçlarında, %39,3 oranla maddi konularda, %32,8 oranla ise psikolojik olarak destek sağlamaktadır (Akgün Şahin ve ark., 2009). Çalışmamızdaki eşlerin jinekolojik kanserli hastalarını desteklediği konular ile literatürde yer alan çalışmalardaki (Pelit, 2015; Çıtlık Sarıtaş ve Büyükbayram, 2016; Akgün Şahin ve ark., 2009) bulgular yüzde olarak farklılık göstermesine

karşın destek olunan konu tipleri (psikolojik, fiziksel, ekonomik, tüm konularda) olarak benzerlik göstermektedir.

● Bakım verme sürecinin bakım vericilerin gündelik hayatına olan etkisi büyüktür. Bakım verme süresi arttıkça bakım veren bireylerde yaşam kalitesinde olumsuzluklar oluşabilmektedir (Yılmaz Karabulutlu ve ark., 2013). Çalışmamızda eşlerin yaklaşık %65'inin gün içerisinde ≤4 saat jinekolojik kanserli hastalarına bakım verdiği belirlenmiştir. Literatürdeki çalışmalarda (Yıldız ve ark., 2016; Bazna, 2021; Zhu ve ark., 2014; Koşan Yurtseven, 2018) bulgulanan günlük bakım verme süreleri ile çalışmamızdaki günlük bakım verme süreleri benzerlik göstermektedir. Çalışmamızdaki; eşlerin yarısından fazlasının aktif bir işte çalışıyor olması, Türk halkında bakım görevinin aile bireylerine atfedilmesi ancak jinekolojik kanserlerin bir kadın hastalığı olarak tanımlanması ve erkeklerin bakıma yeterince katılamaması gibi sebeplerin bakıma ayrılan günlük süreye etkilerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

● Araştırmamızdaki eşlerin %50,7'sinin bakım sürecine katılımla gündelik hayatlarının etkilendiği belirlenmiştir (Tablo 19). Literatürdeki çalışmalarda (Eskimez ve ark., 2021; Görgülü ve Akdemir, 2010) bakım vermenin gündelik hayatı etkileme durumu ile çalışmamızda bakım vermenin günlük hayata etkisi bulguları benzerlik göstermektedir. Eşlerin aktif bir işte çalışıyorken bakım vermelerinin gündelik hayatlarında olumsuz değişiklikler oluşduğu düşünülmektedir. Ayrıca eşlerin bakım sürecinde yer almasının, günlük rutin yaşamlarını olumsuz yönde etkilediği düşünülmektedir.

● Bakıma dahil olan aile üyelerinde sürecin getirileri olan bakımı yönetme, hastanın gereksinimlerini karşılama ve bakım süreci boyunca kendi yaşantısını sürdürebilme vb. gibi sorumluluklarında bazı güçlüklerle karşılaşmaktadırlar (Karabuğa, 2009). Araştırmamızdaki eşlerin %57,3'ünün (%19,1'i kısmen olmak üzere) bakım sürecinde güçlük yaşadığı belirlenmiştir. Literatürdeki çalışmalarda (Pelit, 2015; Gürkan ve ark., 2021) da çalışmamızla benzer olarak bakım vericilerin bakım verirken güçlük yaşandığı görülmektedir.

● Eşler jinekolojik kanserli hastalarına bakım sunarken kişisel özgürlüklerini kaybettikleri, belirsiz bir yaşam içinde kendilerini bulabilirler. Artan sorumluluklarla ve jinekolojik kanserli hastanın azalan sorumluluk kapasitesiyle yüzleşmek eşlerde dürtüsellik kaybına yol açabilir. Deneyimlenen bu dürtüsellik kaybı ilişkide eşin kendini "bakıcı" gibi, hastanın ise "sağlıksız bir eş" gibi

hissetmesine ve bu sebeple ilişkide duygusal mesafeler açılmasına neden olmaktadır (Enzlin ve ark., 2017). Çalışmamızda yer alan eşlerin %42,6'sının evlilik ilişkisinin etkilendiği görülmüştür. Literatüre bakıldığında, Karabuğa Yakar ve Pınar'ın (2013) çalışmasında kanserli hastalara bakım veren aile üyelerinin %45'inin evlilik ilişkisinde bir sorun yaşadığı görülmekte ve çalışmamızla benzerlik göstermektedir (Karabuğa Yakar ve Pınar, 2013). Çalışmamızdan farklı olarak Aydın Avcı ve Kumcağız'ın (2011) çalışmasında mastektomi geçirmiş kadınların eşlerinin %77,3'ü postoperatif dönemde evliliklerinin kötü yönde etkilendiğini bildirmişlerdir (Aydın Avcı ve Kumcağız, 2011). Meme kanseri ameliyatları sonrası beden imajının görsel olarak değişmesi, kadınlık, çekicilik kaybı, ruhsal problemler yaşama gibi nedenlerle evlilik ilşkisi üzerinde daha fazla olumsuz etikisi olabileceği düşünülmektedir (Tablo 19).

7.6. Jinekolojik Kanserli Hastaların Eşlerinin BVDBGÖ Puanları, Altboyut Puanları, Maddelerinin Frekansları ve BVHDÖ Toplam Puanlarının Tartışılması

Bu bölümde jinekolojik kanserli hastaların eşlerinin BVDBGÖ puanları ve altboyut puanları, Bakım Vermeye Hazır Olma Durumu Ölçeği puan ortalamaları tartışılmaktadır (Tablo 20).

- Araştırmamızda jinekolojik kanserli hastalarının eşlerinin BVDBGÖ puan ortalaması 3,19 ± 0,81 olarak belirlenmiştir. Küçükoğlu'nun (2019) çalışmasında kanserli hastaların bakım vericilerinin BVDBGÖ puan ortalaması 2.5 ± 0.39 olup bizim çalışmamızdan düşük olduğu görülmektedir. Tatlı'nın (2019) kanserli hastaların bakım vericileri ile yaptığı çalışmasında BVDBGÖ puan ortalaması 2,3 olarak bulgulanmış olup bizim çalışmamızdan düşük olduğu saptanmıştır. Bizim çalışmamızdaki eşlerin diğer çalışmalardan (Küçükoğlu, 2021; Tatlı, 2019) daha yüksek BVDBGÖ toplam puanına sahip olmasının sebebi çalışmamızdaki jinekolojik kanserli hastaların yarısına yakınının (%45 civarı) operasyon sonrası ilk üç aylık süreçte bulunması ve ameliyat sonrası erken dönemde bakım vericilere düşen görevlerin fazla olmasından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

- **Araştırmanın sorularından Jinekolojik kanserli hastaların eşlerinin ameliyat sonrası destekleyici bakım gereksinimleri hangi düzeydedir sorusunun cevabı olarak BVDBGÖ puan ortalaması 3,19 ± 0,81 olarak belirlenmiştir.**

- Araştırmamızda jinekolojik kanserli hastalarının eşlerin BVDBGÖ altboyut ortalamalarına bakıldığında en fazla gereksinim bildirilen alanın sağlık bakım ve bilgi ihtiyaçları altboyutu olduğu belirlenmiştir. Niu ve ark.'nın (2021) Çin'de kanserli hastaların aile bakım vericileri ile yaptıkları çalışmasında, çalışmamızla benzer şekilde en fazla gereksinim bildirilen alan sağlık bakım ve bilgi ihtiyaçlarıdır (Niu ve ark., 2021). Niu ve ark'nın (2021) çalışmasının örnekleminde bizim çalışmamızda olduğu gibi teşhis ve tedavi sürecinin erken dönemlerinde (ilk bir yıllık süreç) olan hastalara bakım verenlerin yer aldığı görülmektedir. Erken teşhis ve tedavi dönemlerinde kanserli hastaların bakım vericilerinin bilgilendirilme ihtiyaçlarının yüksek olduğu düşünülmektedir. Bamgboje-Ayodele ve ark.'nın (2021) çalışmasında meme kanserli hastalara bakım veren erkeklerin en fazla gereksinimlerinin olduğu alan psikolojik ve emosyonel ihtiyaçlardır (Bamgboje-Ayodele ve ark., 2021). Meme kanserli hastaların beden imajının bozulması, benlik saygısında azalma, memelerin cinselliğin ve kadınlığın belirgin bir sembolü olması nedeniyle çiftlerin psikolojisi üzerinde olumsuz etkilerinin fazla olduğu düşünülmektedir.

- Araştırmamızda jinekolojik kanserli hastalarının eşlerinin BVDBGÖ altboyut ortalamalarına bakıldığında; en az gereksinim bildirilen alan iletişim ve aile ihtiyaçları altboyutudur (Tablo 20). Literatürde çalışmamızla benzer olarak Tatlı'nın (2019) ve Küçükoğlu'nun (2021) kanserli hastalarla yaptıkları çalışmalarında da en az gereksinim bildirilen alan iletişim ve aile ihtiyaçları alanı olarak saptanmıştır (Küçükoğlu, 2021; Tatlı, 2019). Çalışmamızdaki eşlerin en az gereksinim bildirdiği alanın iletişim ve aile ihtiyaçları alanı olmasının sebebinin eşlerin çoğunluğunun bakım sürecine destek verdiği ve süreçte aktif rol almanın aile içi iletişimde olumlu etkileri olabileceği düşünülmektedir.
- Bakım vericiler ansızın kendilerini kanserli hastalarına bakım verirken bulmaktadırlar. Bu sebeple kanserli hastaların bakım vericilerinin kendilerini bakım vermeye hazır hissetme durumları önemli bir konudur. Araştırmamızda jinekolojik kanserli hastalarının eşlerinin BVHDÖ'nün puan ortalaması 20,31 ±

7,71'dir. Karabulutlu ve ark.'nın (2021) palyatif bakım hastalarının bakım vericilerinin BVHDÖ puan ortalaması 18,55 ± 6,83 olup çalışmamızla benzerlik göstermektedir (Karabulutlu ve ark., 2021). Otto ve ark.'nın (2021) kanserli hastaların bakım vericilerinin BVHDÖ puan ortalaması 21,21 ± 6,28 olarak bulgulanmış olup çalışmamızla paralellik göstermektedir (Otto ve ark., 2021). Çalışmamızdan farklı olarak Karabuğa Yakar ve ark.'nın (2020) kanserli hastalara bakım verenlerle yaptıkları çalışmalarında BVHDÖ puan ortalaması 27,03 ± 6,05'dir. Bu farklılığın sebebinin Karabuğa Yakar ve ark.'nın (2020) çalışmasındaki bakım vericilerin kadın ağırlıklı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir (Tablo 20).

- **Araştırmanın sorularından Jinekolojik kanserli hastaların eşlerinin ameliyat sonrası bakıma hazıroluşlukları hangi düzeydedir? sorusunun cevabı olarak BVHDÖ'nün puan ortalaması 20,31 ± 7,71 olarak belirlenmiştir.**

Bu bölümde jinekolojik kanserli hastaların BVDBGÖ maddeleri ve frekansları tartışılmaktadır (Tablo 21).

- Bakım vericilerde kanser yörüngesi boyunca biyopsikososyal, çok boyutlu destekleyici bakım gereksinimleri oluştuğu görülmektedir (Fringer ve ark., 2018; Given ve Charles, 2001; Hodgkinson ve ark., 2007). Araştırmamızda jinekolojik kanserli hastaların eşlerinin BVDBGÖ'de en fazla ihtiyaç bildirilen ilk 5 madde; psikolojik ve emosyonel ihtiyaçlar, sağlık bakım ve bilgi ihtiyaçlar, iş ve sosyal ihtiyaçlar altboyutlarında yer almaktadır. Literatüre bakıldığında çalışmalar arasında bu ilk 5 madde değişkenlik göstermektedir. Bamgboje – Ayodele ve ark.'nın (2021) çalışmasında en fazla ihtiyaç bildirilen ilk 5 madde; psikolojik ve emosyonel ihtiyaçlar, sağlık bakım ve bilgi altboyutunda yer almaktadır (Bamgboje – Ayodele ve ark., 2021). Chen ve ark.'nın (2016) ve Tatlı'nın (2019) çalışmasında da çalışmamızın bulguları ile benzer şekilde en fazla ihtiyaç bildirilen ilk 5 madde; psikolojik ve emosyonel ihtiyaçlar, sağlık bakım ve bilgi ihtiyaçlar, iş ve sosyal ihtiyaçlar altboyutlarında yer almaktadır (Chen ve ark., 2016; Tatlı, 2019).
- Araştırmamızda jinekolojik kanserli hastaların eşlerinin BVDBGÖ'de ihtiyaç duymadığı ilk 5 madde; psikolojik ve emosyonel ihtiyaçlar, iletişim ve aile ihtiyaçları altboyutlarında yer almaktadır (Tablo 19). Literatüre bakıldığında

çalışmalar arasında bu ilk 5 madde değişkenlik göstermektedir. Tatlı'nın çalışmasında çalışmamızla benzer şekilde BVDBGÖ'de ihtiyaç duyulmayan ilk 5 madde; psikolojik ve emosyonel ihtiyaçlar, iletişim ve aile ihtiyaçları altboyutlarında yer almaktadır (Tatlı, 2019). Niu ve ark.'nın (2021) kanserli hastaların bakım vericilerinde yaptıkları çalışmalarında BVDBGÖ'de ihtiyaç duyulmayan ilk 5 madde; psikolojik ve emosyonel ihtiyaçlar altboyutunda olup çalışmamızla benzerlik göstermektedir (Tablo 21).

7.7. Jinekolojik Kanserli Hastaların Eşlerinin Tanımlayıcı Verileriyle BVDBGÖ ve BVHDÖ Karşılaştırmalarının Tartışılması

Bu bölümde jinekolojik kanserli hastaların eşlerinin demografik ve tanıtıcı verileri (yaş, eğitim durumu, çalışma durumu ve gelir durumu) ile BVDBGÖ ve BVHDÖ karşılaştırmaları tartışılmaktadır (Tablo 22).

- Çalışmamızda yaş, eğitim, çalışma durumu gibi değişkenlerine göre eşlerin BVDBGÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Tatlı (2019) ve Küçükoğlu'nun (2021) çalışmasında da benzer şekilde yaş, eğitim durumu ve çalışma durumu ile yapılan BVDBGÖ ve BVHDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir (Tatlı, 2019; Küçükoğlu, 2021). Jinekolojik kanserli kadınların eşlerinin yaş, eğitim durumu ve çalışma durumu gözetmeksizin destekleyici bakım ihtiyacının benzer olduğu görülmektedir.
- Gelir durumu bireylerin sosyokültürel dinamiğini oluşturan, sağlık ve danışmanlık hizmetlerine ulaşımını etkileyen önemli unsurlardan biridir. Çalışmamızdaki eşlerin geliri giderlerinden fazla olanların iletişim ve aile ihtiyaçları geliri gidere denk olanlara göre daha yüksek belirlenmiştir. Literatürdeki çalışmalara bakıldığında Tatlı'nın (2019) çalışmasında gelir durumunun iletişim ve aile ihtiyaçları altboyutu ile anlamlı düzeyde farklılık görüldüğü saptanmıştır (Tatlı, 2019). Küçükoğlu'nun (2021) çalışmasında ise gelir düzeyi düşük olanların iletişim ve aile ihtiyaçları geliri orta olan gruba göre daha yüksek bulgulanmıştır (Küçükoğlu, 2021). Çalışmamızda eşlerin gelir durumunun BVDBGÖ'ne etkileri ile literatürdeki çalışmaların (Tatlı, 2019; Küçükoğlu, 2021) bulguları arasında farklılık olduğu görülmektedir. Çalışmamızda gelir durumunun yüksek olmasına rağmen iletişim ve aile

ihtiyaçları altboyutundan yüksek puan alınmasının sebebinin kanser sürecinde aile içi statülerdeki değişimlerin eşler üzerinde sorumluluk artışına sebep olmasından ve jinekolojik kanserlerin eşler arasında iletişimde bozulmalarına neden olabildiğinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir (Tablo 22)

- Kanser tanısı yaşamın herhangi bir zamanında aniden ortaya çıkan ve yaşamı tehdit eden bir durumdur. Bu yüzden başta hasta olmak üzere eşleri ve yakınlarını da önemli ölçüde etkilemektedir. Bakım vericiler aniden kendilerini kanserli hastalarına bakım verirken bulmaktadırlar. Bu sebeple kanserli hastaların bakım vericilerinin kendilerini bakım vermeye hazır hissetme durumları önemli bir konudur. Eşlerin bakım vermeye hazır olma durumlarını incelediğimizde yaş, çalışma durumu ve gelir durumu ile BVHDÖ ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Sadece lisans ve üzeri mezunların ortaöğretim mezunlarına göre bakıma hazır oluşluk düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Eğitim düzeyi yüksek olan eşlerin bakıma katılım isteğinin oması, özgüveninin yüksek olması ve bilgi arama davranışının yüksek olması ile ilgili olduğu düşünülmektedir (Tablo 22)

Bu bölümde jinekolojik kanserli hastaların eşlerinin hasta bakımına katılım özellikleri (destek düzeyi, destek olunan konular, bakım için ayrılan süre, bakımın günlük rutini etkileme durumu, bakım verenlerin güçlük yaşama durumu, evlilik ilişkisinin etkilenme durumu, desteğe ihtiyacı olma durumu, desteğe ihtiyaç duyulan konular ve hemşire desteğine ihtiyacı olma durumu) ile BVDBGÖ ve BVHDÖ puan ortalamalarının karşılaştırımlası tartışılacaktır (Tablo 23).

- Eşlerin destek düzeyine göre BVDBGÖ puan ortalamaları karşılaştırılmış olup istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark saptanmıştır. Çalışmamızda eşine çok destek olduğunu ifade eden eşlerin az destek olduğunu ifade eden eşlere göre destekleyici bakım gereksinimlerinin daha fazla olduğu görülmektedir. Bakıma katılım arttıkça eşlerin daha fazla desteklenmeye ihtiyaçları olduğu düşünülmektedir. (Tablo 23)
- Çalışmamızda eşlerin günlük bakıma ayırdıkları süre 4 saat ve üzeri olanların BVDBGÖ puan ortalamaları (sağlık bakım ve bilgi ihtiyaçları, iş ve sosyal ihtiyaçlar altboyutu) 2 saatten az olanlara göre daha yüksek saptanmıştır. Tatlı'nın (2019) ve Küçükoğlu'nun (2021) çalışmalarında ise bizim çalışmamızdan farklı

olarak bakıma ayrılan süre ile ölçek puanı arasında anlamlı fark görülmemiştir (Tatlı,2019; Küçükoğlu, 2021). Çalışmamız ile literatür arasında yaşanan bu farklılığın literatürdeki çalışmalarda yer alan bakım verenlerin çoğunlukla kadın ağırlıklı olmaları ve iş yaşamlarının olmamasından kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

- Günlük rutinini etkilendiğini ifade eden ve bakım verirken güçlük yaşayan eşlerin BVDBGÖ puan ortalamaları, günlük rutininin etkilenmediğini ifade eden ve güçlük yaşamayan eşlere göre daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda eşlerin %60,3'ünün çalışıyor olması, işe zaman ayırması, evdeki işyükü ve sorumluluklarının artmasından kaynaklandığı düşünülmektedir (Tablo 23).
- Çalışmamıza katılan eşlerin evlilik ilişkisi etkilendiğini ifade edenlerin etmeyenlere göre BVDBGÖ psikolojik ve emosyonel ihtiyaçlar altboyut puan oralamasının yüksek olduğu görülmktedir. Jinekolojik kanser sürecinde kadınların olduğu kadar erkeklerin de psikolojik olarak etkilendiği ve desteğe ihtiyaçlarının olduğu söylenebilir.
- Eşlerin bakım sürecinde hemşire desteğine ihtiyacı olduğunu ifade eşlerin BVDBGÖ ve tüm altboyut puan ortalamaları hemşire desteğine ihtiyacı olduğunu ifade etmeyen eşlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Eşlerin bakım sürecinde profesyonel desteğe ihtiyaçları olduğu görülmektedir (Tablo 23).
- Çalışmamıza katılan eşlerin hazıroluş düzeylerine baktığımızda destek düzeyinin fazla olması, bakıma ayrılan sürenin 4 saat ve üzerinde olması, gündelik rutininin etkilenmesi, bakım verirken güçlük yaşaması ve hemşirelik desteğine ihtiyaç duyması durumunda hazıroluşluk düzeyinin arttığını göstermektedir. Literatürde bu konuyla ilgili konuyla ilgili çalışmaya rastlanmamıştır. Eşlerin hazırbulunuşluk düzeyinin artması bakıma katılımın daha yüksek olduğunu düşündürmektedir. Buna bağlı olarak da günlük rütinin daha fazla etkilenmesi, bakım verirken güçlük yaşaması ve prafesyonel sağlık bakım desteğine ihtiyaç duyması gibi konular ön plana çıkmaktadır (Tablo 23).

Bu bölümde eşlere uygulanan BVDBGÖ ile BVHDÖ arasındaki ilişki tartışılmaktadır (Tablo 24).

- Eşlere uygulanan BVHDÖ ile BVDBGÖ arasındaki ilişki incelenmiş olup genel olarak bakıma hazıroluş arttıkça bakımla ilgili olarak daha çok desteğe

ihtiyaç duydukları düşünülmektedir. Özellikle bakım konusunda psikolojik ve emosyonel ihtiyaçlar altboyutu arasında (r= 0,402) pozitif yönlü orta seviyede, sağlık bakım ve bilgi ihtiyaçları altboyutu arasında (r= 0,489) pozitif yönlü orta seviyede, iş ve sosyal ihtiyaçlar altboyutu arasında (r= 0,409) pozitif yönlü orta seviyede ilişki saptanmıştır.

Bu bölümde jinekolojik kanserli hastalara uygulanan DBGÖ ile eşlere uygulanan BVDBGÖ ve BVHDÖ arasındaki ilişki tartışılmaktadır (Tablo 25).

- Kadınların DBGÖ puanları ile eşlerin BVDBGÖ ve BVDBGÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu bulgu jinekolojik kanserli kadınlar ve eşlerinin hastalık sürecini farklı şekilde yaşadıklarını, farklı düzeylerde ihtiyaçları olabileceğini göstermesi açısından önemlidir.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

8.1. Sonuçlar

Jinekolojik kanserli hastalar ve eşlerinin ameliyat sonrası destekleyici bakım gereksinimlerini değerlendirdiğimiz bu çalışmada şu sonuçlar elde edilmiştir;

- Jinekolojik kanserli hastaların DBGÖ ortalama puanlarının 64,12 ±16,93 olduğu (Tablo 13),
- Jinekolojik kanserli hastaların en fazla fiziksel ve günlük aktivite alanında destekleyici bakım gereksinimleri olduğu (Tablo 13),
- Jinekolojik kanserli hastaların en az cinsellik alanında destekleyici bakım gereksinimleri olduğu (Tablo 13),
- Jinekolojik kanserli hastaların tüm yaş gruplarında, tüm aile tiplerinde DBGÖ puan ortalamalarının büyük çoğunlukla benzer olduğu belirlenmiş olup sadece eğitim durumlarına ve sistemik hastalık varlığına göre DBGÖ puan ortalamaları ile anlamlı fark gösterdiği (Tablo 15),
- Jinekolojik kanserli hastaların gebelik sayısı ve menopoza girme şekillerinde DBGÖ puan ortalamalarının büyük çoğunlukla benzer olduğu belirlenmiş olup sadece menopoz yaşı 26-40 arası olanların, 51 yaş ve üzeri olanlardan daha fazla cinsellik altboyutu puanına sahip olduğu (Tablo 16),
- Jinekolojik kanserli hastaların kanser türü, evresi, uygulanan tedavi yöntemi, uygulanan operasyon türü ve operasyon üzerinden geçen zamana göre DBGÖ puan ortalamalarının büyük çoğunlukla benzer olduğu belirlenmiş olup yalnızca radyoterapi tedavisi görenlerin, radyoterapi tedavisi görmeyenlere göre daha fazla hasta bakım ve desteği altboyutunda ihtiyaç bildirdikleri (Tablo 17),
- Jinekolojik kanserli hastaların eşlerinin %36,8'inin "çok destek" olduğunu, bu desteğin %54,4'ünün fiziksel konularda olduğu (Tablo 19),
- Jinekolojik kanserli hastaların eşlerinin %40,4'ünün günde 2-4 saat arası bakım verdiği, %50,7'sinin bakım verirken günlük rutininin etkilendiği, %57,3'ünün bakım verirken güçlük yaşadığı, %57,4'ünün bakım sürecinde evlilik ilişkinin etkilenmediğini bildirdiği ve %50,7'sinin bakım sürecinde hemşire desteğine ihtiyaç duyduğu (Tablo 19),
- Jinekolojik kanserli hastaların eşlerinin BVDBGÖ puan ortalamasının 3,19 ± 0,81 olduğu (Tablo 20),

- Jinekolojik kanserli hastaların eşlerinin en fazla sağlık bakım ve bilgi ihtiyaçları alanında destekleyici bakım gereksinimleri olduğu (Tablo 20),
- Jinekolojik kanserli hastaların eşlerin en az iletişim ve aile ihtiyaçları alanında destekleyici bakım gereksinimleri olduğu (Tablo 20),
- Jinekolojik kanserli hastaların eşlerinin yaş, çalışma göre BVHDÖ puan ortalamalarının büyük çoğunlukla benzer olduğu belirlenmiş olup lisans ve üzeri mezunu olanların, ortaöğretim mezunlarına göre bakım vermeye daha hazır olduğu (Tablo 22),
- Jinekolojik kanserli hastaların eşlerinin geliri giderinden fazla olanların geliri giderine denk olanlara göre iletişim ve aile ihtiyaçlarının daha fazla olduğu (Tablo 22),
- Eşlerden jinekolojik kanserli hastalarına çok destek olanların destekleyici bakım gereksinimlerinin fazla olduğu ve bakım vermeye daha hazır olduğu (Tablo 23),
- Günde 6 saatten fazla bakım veren eşlerin sağlık bakım ve bilgi ihtiyacı alanında ve iş- sosyal ihtiyaçlar alanında daha fazla desteklenmeye ihtiyaçları olduğu (Tablo 23),
- Günde 6 saatten fazla bakım veren eşlerin bakım vermeye daha hazır olduğu (Tablo 23),
- Günlük rutini etkilenen eşlerin destekleyici bakım gereksinimlerinin fazla olduğu ve bakım vermeye daha fazla hazır olduğu (Tablo 23),
- Bakım verirken güçlük yaşayan eşlerin destekleyici bakım gereksinimlerinin fazla olduğu ve bakım vermeye daha fazla hazır olduğu (Tablo 23),
- Hemşire desteğine ihtiyaç duyan eşlerin daha fazla destekleyici bakım gereksinimi bildirdiği ve bakım vermeye daha fazla hazır olduğu (Tablo 23),
- Çalışmamızdaki eşlerin destekleyici bakım gereksinimleri ile bakıma hazır oluşlukları arasında pozitif yönlü orta seviyede ilişki olduğu (Tablo 24),
- Çalışmamızda jinekolojik kanserli kadınlara uygulanan DBGÖ ile eşlere uygulanan BVDBGÖ ve BVHDÖ arasında ilişki olmadığı **bulgulanmıştır** (Tablo 25).

8.2. Öneriler

Çalışmamızın sonuçlarına bakıldığında aşağıdaki öneriler sunulmaktadır.

- Jinekolojik kanserli kadınların kanser türü, evresi, geçirilen operasyon türü, operasyondan sonra geçen süre, menopoza girme şekli ve menopoz yaşına bakılmaksızın taburculuk sonrası dönemde destekleyici bakım gereksinimlerinin değerlendirilerek bu bakımın verilmesinin gerektiği,
- Operasyon sonrası/taburculuk sonrası uzun dönemde bakımın sürekliliğinin sağlanması,
- Jinekolojik kanserli kadınların ve eşlerinin cinsellik ihtiyaçlarının detaylı ve profesyonel bir yaklaşımla ele alınmasının gerekli olduğu,
- Eşlerin jinekolojik kanserli kadınların bakım sürecinde, destekleyici bakım ihtiyaçlarının değerlendirilerek bu bakımın verilmesinin gerektiği ve kadınla birlikte tedavi süresince eşlerin bakımının da sürekliliğinin sağlanması gerektiği,
- Eşlerin jinekolojik kanserli hastaların hemşirelik bakım sürecine dahil edilmesi gerektiği,
- Jinekolojik kanserli kadınlarda cinsellik ihtiyaçlarının detaylı ve profesyonel bir yaklaşımla ele alınarak çözümlenmesinin gerektiği,
- Jinekolojik kanserli hastalar ve eşlerinin ameliyat sonrası dönemde bilgi gereksinimlerinin karşılanması için hemşirelik bakımının yanısıra görsel ve yazılı materyallerle desteklenmesi **önerilmektedir.**

9. KAYNAKLAR

1. Adams, T. S., & Cuello, M. A. (2018). Cancer of the vagina. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 143, 14-21.

2. 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.

3. 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.

4. Akgün Şahin., Polat, H., & Ergüney, S. (2009). Kemoterapi Alan Hastalara Bakim Verenlerin Bakim Verme Yüklerinin Belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 12(2), 1-9.

5. Akkurt, B., & Gül, A. (2021). Radyoterapi ve Kemoterapi Tedavisi Gören Meme Kanserli Kadınlarda Eş Desteğinin Hastalık Algısı ve Umuda Etkisi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi.

6. Akkuzu, G., Kurt, G., Guvenc, G., Kok, G., Simsek, S., Dogrusoy, S., & Ayhan, A. (2018). Learning needs of gynecologic cancer survivors. Journal of cancer education, 33(3), 544-550.

7. Aksuoğlu, A., & Şenturan, L. (2016). Validity and reliability study of the supportive care needs survey. Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences, 36(3), 121–129.

8. Aktaş, D. (2013). Jinekolojik Kanserli Hastalarda Evde Bakım Hizmetinin Yaşam Kalitesine Etkisi.

9. Alden, K. R., Lowdermilk, D. L., Cashion, M. C., & Perry, S. E. (2013). Maternity and women's health care-E-book. Elsevier Health Sciences. p:234-264.

10. Al-Husban, R. Y., Obeidat, R., & Shamieh, O. (2021). Unmet Supportive Care Needs of Jordanian Patients with Colorectal Cancer: A Cross-Sectional Survey. Asia-Pacific journal of oncology nursing, 8(5), 565–572.

11. Amant, F., Mirza, M. R., Koskas, M., & Creutzberg, C. L. (2018). Cancer of the corpus uteri. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 143, 37-50.

12. American College *of Obstetricians and Gynecologists* (2021). Updated Cervical Cancer Screening Guidelines. https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-advisory/articles/2021/04/updated-cervical-cancer-screening-guidelines ET: 24.09.2021.

13. Arkın, S., & Kılıç Öztürk, Y. (2017). Palyatif bakım hastalarına bakım verenlerde anksiyete, depresyon ve sosyal destek düzeylerinin incelenmesi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı. Tıpta Uzmanlık Tezi.

14. Aslan, E., Endometriyum Kanseri. In: Can, G. (Ed.). Onkoloji hemşireliği. Nobel Tıp Kitabevleri. 2015, s:797-806.

15. Aşcı, Ö., Kocaöz, S., Üreme Organları Tümörleri. In: Özkan A. H.(Ed.)., Hemşirelik ve Ebelik için Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. Akademisyen Kitabevi. 2019, s:673-720.

16. Atlas, B., Er, Güneri, S. (2020). Çiğli Bölge Eğitim Hastanesine Başvuran Kadınların Jinekolojik Kanserlerle İlgili Farkındalığı. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği. Yüksek Lisans Tezi.

17. Ayaz, S., Efe, S. Y., & Korukluoglu, S. (2008). Level of perceived social support of patients with gynaecological cancer and affecting factors. Turkıye Klınıkleri Tıp Bılımleri Dergısı, 28(6), 880-885.

18. Aydın Avci, I., & Kumcagiz, H. (2011). Marital adjustment and loneliness status of women with mastectomy and husbands reactions. Asian Pac J Cancer Prev, 12(2), 453-459.

19. Bahıtlı B. Jinekolojik kanser tanı ve tedavisine ilişkin bazı özelliklerin kadınların cinsel yaşam kalitesine etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, 2016, İzmir (Danışman: Prof. Dr. Samiye Mete).

20. Bakanlığı, S. (2014). Serviks Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı.

21. Bakanlığı, S. (2019). Sağlık istatistikleri yıllığı 2018.

22. Bamgboje-Ayodele, A., Levesque, J. V., Gerges, M., & Girgis, A. (2021). The male perspective: A mixed methods study of the impact, unmet needs and challenges of caring for women with breast cancer. Journal of psychosocial oncology, 39(2), 235–251.

23. Bazna, E., & Tan, M. (2021). Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi.

24. Beesley, V. L., Price, M. A., & Webb, P. M. (2011). Loss of lifestyle: health behaviour and weight changes after becoming a caregiver of a family member diagnosed with ovarian cancer. Supportive Care in Cancer, 19(12), 1949-1956.

25. Bekar, M., Kadın Genital Sistemlerinin İyi ve Kötü Huylu Tümörleri. In: Şirin, A.(Ed.). Kadın Sağlığı. 2008, p:409-438.

26. Beller, U., Benedet, J. L., Creasman, W. T., Ngan, H. Y. S., Quinn, M. A., Maisonneuve, P., ... & Heintz, A. P. M. (2006). Carcinoma of the vagina. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 95, S29-S42.

27. Berman, R., Davies, A., Cooksley, T., Gralla, R., Carter, L., Darlington, E., ... & Higham, C. (2020). Supportive care: an indispensable component of modern oncology. Clinical Oncology, 32(11), 781-788.

28. Berry, L. L., Dalwadi, S. M., & Jacobson, J. O. (2017). Supporting the supporters: what family caregivers need to care for a loved one with cancer. Journal of oncology practice, 13(1), 35-41.

29. Bhatla, N., Aoki, D., Sharma, D. N., & Sankaranarayanan, R. (2018). Cancer of the cervix uteri. *International journal of gynecology & obstetrics*, *143*, 22-36.

30. Birk C.L., Invasive Cervical Cancer. In: Lockwood, S. Contemporary issues in women's cancers. Jones & Bartlett Publishers. 2008, Chapter 7,p:133-150.

31. Bowman, K. F., Rose, J. H., & Deimling, G. T. (2006). Appraisal of the cancer experience by family members and survivors in long-term survivorship.

Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer, 15(9), 834-845.

32. Boyes, A. W., Girgis, A., D'Este, C., & Zucca, A. C. (2012). Prevalence and correlates of cancer survivors' supportive care needs 6 months after diagnosis: a population-based cross-sectional study. BMC cancer, 12(1), 1-10.

33. Bozdoğan Yeşilot, S., & Öz, F. (2017). Kanser Hastalarının Hemşirenin Varlığını Algılamaları. Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemsireleri Dernegi, 8(3).

34. Campbell, G., Thomas, T. H., Hand, L., Lee, Y. J., Taylor, S. E., & Donovan, H. S. (2019, April). Caring for survivors of gynecologic cancer: Assessment and management of long-term and late effects. In Seminars in oncology nursing (Vol. 35, No. 2, pp. 192-201). WB Saunders.

35. Carrieri, D., Peccatori, F. A., & Boniolo, G. (2018). Supporting supportive care in cancer: the ethical importance of promoting a holistic conception of quality of life. Critical reviews in oncology/hematology, 131, 90-95.

36. Charalambous, A., Wells, M., Campbell, P., Torrens, C., Östlund, U., Oldenmenger, W., ... & Kelly, D. (2018). A scoping review of trials of interventions led or delivered by cancer nurses. International journal of nursing studies, 86, 36-43.

37. Chen, L.M., & Berek J.S.,(2021). Endometrial carcinoma: Clinical features, diagnosis, prognosis, and screening. B. Goff (Ed.), D.S. Dizon (Ed.), Güncel.

38. Cherny, N. (2011, June). Best supportive care: a euphemism for no care or a standard of good care?. In Seminars in oncology (Vol. 38, No. 3, pp. 351-357). WB Saunders.

39. Cherny, N. I., Catane, R., Kosmidis, P., Tonato, M., Maltoni, M., Lange, K. W., ... & Oliveira, J. (2003). ESMO takes a stand on supportive and palliative care. Annals of oncology, 14(9), 1335-1337.

40. Cherny, N.I. (2009), Stigma associated with "palliative care". Cancer, 115: 1808-1812.

41. Chon, D.E., (2021). Endometrial carcinoma: Staging and surgical treatment. B. Goff (Ed.), A. Chakrabarti (Ed.), Güncel.

42. Cloutier, L., Endometrial Cancer. In: Lockwood, S. Contemporary issues in women's cancers. Jones & Bartlett Publishers. 2008, Chapter 3, p:59-81.

43. Colombo, N., Creutzberg, C., Amant, F., Bosse, T., González-Martín, A., Ledermann, J., ... & Sessa, C. (2016). ESMO-ESGO-ESTRO consensus conference on endometrial cancer: diagnosis, treatment and follow-up. International Journal of Gynecologic Cancer, 26(1).

44. Costas-Muniz, R., Leng, J., Aragones, A., Ramirez, J., Roberts, N., Mujawar, M. I., & Gany, F. (2016). Association of socioeconomic and practical unmet needs with self-reported nonadherence to cancer treatment appointments in low-income Latino and Black cancer patients. Ethnicity & health, 21(2), 118-128.

45. Coşkun, A.M., (2012). Kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireliği el kitabı, Koç Üniversitesi Yayınları, 1. Baskı, İstanbul, 443-57.

46. Cramp, F., & Bennett, M. I. (2013). Development of a generic working definition of 'supportive care'. BMJ supportive & palliative care, 3(1), 53-60.

47. Çağlı Öztürk, S., & Aslan, E. (2019). Jinekolojik kanser tedavisi gören hastalarda brakiterapinin fiziksel ve ruhsal etkilerinin kalitatif olarak belirlenmesi (Master's thesis, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa).

48. Çeler, H. G. , Cengiz Özyurt, B. , Elbi, H. & Özcan, F. (2018). Meme Kanseri Hastalarının Yakınlarında Yaşam Kalitesinin ve Bakım Yükünün Değerlendirilmesi . Ankara Medical Journal , 18 (2) , 164-174.

49. Çelik, H. (2021). Kanser hastalarının destekleyici bakım gereksinimleri ile tamamlayıcı ve alternatif tıbba karşı tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi (Master's thesis, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

50. Çıtlık Sarıtaş, S., & Büyükbayram, Z. (2016). Kemoterapi alan hastaların ve bakım veren yakınlarının anksiyete düzeyleri ve etkileyen faktörler. TAF Preventive Medicine Bulletin, 15(2).

51. Damen, M. D., Westerweel, P. E., Levin, M. D., & Pelle, A. J. (2021). Unmet supportive care needs, anxiety and depression in haematology patients during watch-and-wait. Psycho-Oncology.

52. Değer, M. S., & Zoroğlu, G. (2019, October). Aile sağlığı merkezine başvuranlarda sağlık okuryazarlığı ile kanser bilgi yükünün incelenmesi. In 3. International 21. National Public Health Congress.

53. Demirkol, H., & Çam, M. O. (2016). Kanser hastaları için destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği'nin türk toplumunda geçerlilik ve güvenirliğinin incelenmesi. In Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi (Vol. 152, Issue 3).

54. Denlinger, C. S., Sanft, T., Baker, K. S., Broderick, G., Demark-Wahnefried, W., Friedman, D. L., ... & Freedman-Cass, D. A. (2018). Survivorship, version 2.2018, NCCN clinical practice guidelines in oncology. Journal of the National Comprehensive Cancer Network, 16(10), 1216-1247.

55. Depping, M. K., Uhlenbusch, N., von Kodolitsch, Y., Klose, H. F., Mautner, V. F., & Löwe, B. (2021). Supportive care needs of patients with rare chronic diseases: multi-method, cross-sectional study. Orphanet Journal of Rare Diseases, 16(1), 1-10.

56. Door, A., Vulvar and Vaginal Cancers. In: Lockwood, S. Contemporary issues in women's cancers. Jones & Bartlett Publishers. 2008,Chapter 8, p:155-170.

57. Doubova, S. V., & Pérez-Cuevas, R. (2020). Supportive care needs and quality of care of patients with lung cancer in Mexico: A cross-sectional study. European Journal of Oncology Nursing, 49, 101857.

58. Doubova, S. V., Martinez-Vega, I. P., Infante-Castañeda, C., Aranda-Flores, C. E., Knaul, F. M., & Pérez-Cuevas, R. (2021). Social inequalities in supportive care needs and quality of patient-centered care of cancer patients in Mexico. Supportive Care in Cancer, 29(3), 1355-1367.

59. Düzgün, N., & Bayraktar, E. (2018). Jinekolojik kanserli hastalarda beden imajı, benlik saygısı ve depresyon durumunun belirlenmesi (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

60. Efficace, F., & Marrone, R. (2002). Spiritual issues and quality of life assessment in cancer care. Death Studies, 26(9), 743-756.

61. Elçigil, A. (2012). Palyatif bakım hemşireliği. Gulhane Medical Journal, 54(4).

62. Enzlin, P., Mulders, K. ve Toelen, H. (2017). Ortak. Kanser, Yakınlık ve Cinsellik, 241–247.

63. Epstein, R. M., & Street Jr, R. L. (2007). Patient-centered communication in cancer care: promoting healing and reducing suffering.

64. Erdoğan Yüce, G., Döner, A., & Muz, G. (2021, October). Psychological Distress and Its Association with Unmet Needs and Symptom Burden in Outpatient Cancer Patients: A Cross-Sectional Study. In Seminars in Oncology Nursing (Vol. 37, No. 5, p. 151214). WB Saunders.

65. Erdoğan, E., & Güvenç, G. (2021). Kemoterapi Tedavisi Gören Jinekolojik Kanserli Hastaların Yaşadıkları Semptomların, Destekleyici Bakım Gereksinimlerinin ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi.

66. Ergen, M., & Arıkan, F. (2017). Kanser Hastalarına Bakım Verenlerin Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği'nin Türkçe Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi.

67. Eroğlu, K., & Koç, G. (2014). Jinekolojik kanser kontrolü ve hemşirelik. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 1(2), 77-90.

68. Eskimez, Z. , Köse Tosunöz, İ. , Öztunç, G. , Yeşil Demirci, P. , Paydaş, S. & Kumaş, G. (2021). Kemoterapi Alan Meme Kanserli Hastalara Bakım Veren Yakınlarının Yaşam Kalitesi . Sağlık Bilimleri Dergisi , 30 (1) , 21-30 .

69. Evgin, H. (2020). Over kanseri farkındalık ölçeği (ovarian cancer awareness measure)'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması (Master's thesis, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa).

70. Fadul, N., Elsayem, A., Palmer, J. L., Del Fabbro, E., Swint, K., Li, Z., ... & Bruera, E. (2009). Supportive versus palliative care: What's in a name? A survey of medical oncologists and midlevel providers at a comprehensive cancer center. Cancer, 115(9), 2013-2021.

71. Faithfull, S., & White, I. (2008). Delivering sensitive health care information: Challenging the taboo of women's sexual health after pelvic radiotherapy. Patient Education and Counseling, 71(2), 228-233.

72. Faller, H., Hass, H. G., Engehausen, D., Reuss-Borst, M., & Wöckel, A. (2019). Supportive care needs and quality of life in patients with breast and gynecological cancer attending inpatient rehabilitation. A prospective study. Acta Oncologica, 58(4), 417-424.

73. Ferlay, J., Soerjomataram, I., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C., Rebelo, M., ... & Bray, F. (2015). Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. International journal of cancer, 136(5), E359-E386.

74. Fitch, M. (1994). Providing Supportive Care for Individuals Living With Cancer: Report of the Ontario Cancer Treatment and Research Foundation (OCTRF). Toronto: OCTRF.

75. Fitch, M. (2008). Supportive care framework. Canadian Oncology Nursing Journal/Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie, 18(1), 6-14.

76. Fringer, A., Hechinger, M., & Schnepp, W. (2018). Transitions as experienced by persons in palliative care circumstances and their families–a qualitative meta-synthesis. BMC Palliative Care, 17(1), 1-15.

77. Gioiella, M. E., Berkman, B., & Robinson, M. (1998). Spirituality and quality of life in gynecologic oncology patients. Cancer Practice, 6(6), 333-338.

78. Given, B. A., Given, C. W., & Kozachik, S. (2001). Family support in advanced cancer. CA: a cancer journal for clinicians, 51(4), 213-231.

79. Given, B. A., Given, C. W., & Sherwood, P. (2012, November). The challenge of quality cancer care for family caregivers. In Seminars in oncology nursing (Vol. 28, No. 4, pp. 205-212). WB Saunders.

80. Gökyıldız, Ş., Avcıbay, B., Vulva ve Vajina Kanserleri. In: Can, G. (Ed.). Onkoloji hemşireliği. Nobel Tıp Kitabevleri. 2015, s:763-781.

81. Gönenç, İM., Üreme Organları Anatomisi ve Fizyolojisi. In: Özkan A. H.(Ed.)., Hemşirelik ve Ebelik için Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. Akademisyen Kitabevi. 2019

82. Görgülü, Ü., & Akdemir, N. (2010). İleri evre kanser hastalarına bakım verenlerin yorgunluk ve uyku kalitesinin değerlendirilmesi. Genel Tip Dergisi, 20(4).

83. Graham, F., & Clark, D. (2008). The changing model of palliative care. Medicine, 36(2), 64-66.

84. Guan, T., Qan'ir, Y., & Song, L. (2021). Systematic review of illness uncertainty management interventions for cancer patients and their family caregivers. Supportive Care in Cancer, 1-18.

85. Güler, B., & Mete, S. (2019). Effects of some characteristics of gynecological cancer diagnosis and treatment on women's sexual life quality. Indian journal of cancer, 56(2), 157.

86. Gültekin, M., & İstatistikleri (2016). TC Sağlık Bakanlığı. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kanser Savaş Daire Başkanlığı.

87. Gültekin, M., & İstatistikleri, B. G. T. K. (2016). TC Sağlık Bakanlığı. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kanser Savaş Daire Başkanlığı.

88. Gürkan, A., Dikmen Aydın, Y., Kırtıl, İ., & Oğuz, S. (2021). Erişkin Kanser Hastalarının Aile Bakım Vericilerinin Bakım Verme Yükü ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Turkiye Klinikleri Hemsirelik Bilimleri, 13(3).

89. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2021). 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması İleri Analiz Çalışması.

90. Hamlacı, Y., Yılmaz, B., & Özerdoğan, N. (2017). Çalışma hayatının erkek üreme sağlığına etkisi. Androl Bul, 19, 16-22.

91. Hatamipour, K., Rassouli, M., Yaghmaie, F., Zendedel, K., & Majd, H. A. (2015). Spiritual needs of cancer patients: a qualitative study. Indian journal of palliative care, 21(1), 61–67.

92. Hodgkinson, K., Butow, P., Fuchs, A., Hunt, G. E., Stenlake, A., Hobbs, K. M., ... & Wain, G. (2007). Long-term survival from gynecologic cancer: psychosocial outcomes, supportive care needs and positive outcomes. Gynecologic oncology, 104(2), 381-389.

93. Hodgkinson, K., Butow, P., Hunt, G. E., Wyse, R., Hobbs, K. M., & Wain, G. (2007). Life after cancer: couples' and partners' psychological adjustment and supportive care needs. Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer, 15(4), 405–415.

94. Hoffman B.L., Schorge J.O., Schaffer J.I., Halvorson L.M., Brandshaw K.D., Cunningham FG., (2012). Williams Gynecology, Second Edition. Çeviren: Dr. Gökhan Yıldırım, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., 2015, s:692-898.

95. Hui, D. (2014). Definition of supportive care: does the semantic matter?. Current opinion in oncology, 26(4), 372-379.

96. Hui, D., De La Cruz, M., Mori, M., Parsons, H. A., Kwon, J. H., Torres-Vigil, I., ... & Bruera, E. (2013). Concepts and definitions for "supportive care,""best supportive care,""palliative care," and "hospice care" in the published literature, dictionaries, and textbooks. Supportive Care in Cancer, 21(3), 659-685.

97. Hui, D., Mori, M., Parsons, H. A., Kim, S. H., Li, Z., Damani, S., & Bruera, E. (2012). The lack of standard definitions in the supportive and palliative oncology literature. Journal of pain and symptom management, 43(3), 582-592.

98. Hunn, J., & Rodriguez, G. C. (2012). Ovarian cancer: etiology, risk factors, and epidemiology. Clinical obstetrics and gynecology, 55(1), 3-23.

99. Huz, H. H, Duygulu, S. (2019). Kanser Hastalarında Hemşirenin Varlığı, Hasta-Hemşire Güven İlişkisi ve Kurum İmajı Algısı. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi.

100. Ioffe, Y. J., & Thaker, P. H. (2011). SUPPORTIVE CARE. In Manual Of Gynecologic Oncology (pp. 311-338). World Scientific.

101. Işık G, Ünsal Atan Ş. Jinekolojik/onkolojide cerrahi sonrası iyileşmenin hızlandırılması protokolü. Özbayır T, editör. Cerrahi Sonrası İyileşmenin Hızlandırılması Protokolü ve Hemşirelik. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2021. p.63-71.

102. Jordan, K., Aapro, M., Kaasa, S., Ripamonti, C. I., Scotté, F., Strasser, F., ... & Cervantes, A. (2018). European Society for Medical Oncology (ESMO) position paper on supportive and palliative care. Annals of Oncology, 29(1), 36-43.

103. Jordan, S. M., & Tewari, K. S. (2015). Cervical Cancer. In Gynecologic Oncology (pp. 55-84). Springer, New York, NY, p:55-84.

104. K. Jordan, DE. 01.02.2019. "Session 1 Overview of Main Issues of Supportive and Palliative Care." In ESMO Preceptorship on Supportive and Palliative Care Lugano February 2019. Lugano, Switzerland.

105. Kanbur, A, Çapık, Y. (2011). Servikal Kanserden Korunma, Erken Tanı-Tarama Yöntemleri ve Ebe/Hemşirenin Rolü. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 18 (1), 61-72.

106. Karabuğa Yakar, H., Oğuz, S., Tavşan, B., Er, C., Çatalbaş, H. M., & Sari, M. (2020). Preparedness of caregivers of cancer patients to provide care. Turkish Journal of Oncology, 35(4).

107. Karabulut, O., Mollaoğlu, M. (2021). Kanser Hastalarında Görülen Semptomlar ve Destekleyici Bakım Gereksinimleri. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi.

108. Karabulutlu, E. Y., Turan, G. B., & Yanmış, S. (2021). Evaluation of care burden and preparedness of caregivers who provide care to palliative care patients. Palliative & supportive care, 1–8. Advance online publication.

109. Kaya Var, E., & Nazik, E. (2019). Jinekolojik Kanserli Hastaların Destekleyici Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi.

110. Khoshnood, Z., Dehghan, M., Iranmanesh, S., & Rayyani, M. (2019). Informational needs of patients with cancer: a qualitative content analysis. Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP, 20(2), 557.

111. Kim, Y., Carver, C. S., & Ting, A. (2019, August). Family caregivers' unmet needs in long-term cancer survivorship. In Seminars in oncology nursing (Vol. 35, No. 4, pp. 380-383). WB Saunders.

112. Klastersky, J. A., & Fontaine, C. (2019). Supportive care in cancer patients: a constantly evolving field. Current opinion in oncology, 31(4), 257-258.

113. Koç, İ., Türk, H. D., Adalı, T., & Polat, S. (2013). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması.

114. Koppel, P. D., Ledbetter, L., & De Gagne, J. C. (2020). Rapport between nurses and adult patients in ambulatory oncology care settings: a scoping review protocol. JBI evidence synthesis, 19(6), 1433–1443.

115. Koşan Yurtseven, İ., Oğuz, S. (2018). Kanserli hastalara bakım veren aile üyelerinin, bakım yükü ve tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi.

116. Krill, L., & Randall, L. M. (2015). Cancer of the Vulva and Vagina. In Gynecologic Oncology (pp. 85-131). Springer, New York, NY. p: 85-132.

117. Ktistaki, P., Alevra, N., & Voulgari, M. (2017). Long-term survival of women with breast cancer. Overview supportive care needs assessment instruments. GeNeDis 2016, 281-284.

118. Küçükkaya, B., & Erçel, Ö. (2019). Jinekolojık Kanserli Hastalarda Hastalık Algısının Öz-Bakım Gücüne Etkisi. Ege üniversitesi hemşirelik fakültesi dergisi, 35(3), 137-145.

119. Küçükoğlu, E., & Kapucu, S. (2019). Kemoterapi Alan Hastaların Bakım Verenlerinin Karşılanmamış Gereksinimleri, Bakım Yükü, Anksiyete Ve Depresyon Düzeyleri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi.

120. Lambert, S. D., Harrison, J. D., Smith, E., Bonevski, B., Carey, M., Lawsin, C., ... & Girgis, A. (2012). The unmet needs of partners and caregivers of adults diagnosed with cancer: a systematic review. BMJ supportive & palliative care, 2(3), 224-230.

121. Lee, H. J., & Kwon, I. G. (2018). Supportive Care Needs of Patients with Gynecologic Cancer. Asian Oncology Nursing, 18(1), 21-29.

122. Lee, J. T., Kuo, H. Y., Huang, K. G., Lin, J. R., & Chen, M. L. (2020). Diversity of sexual activity and correlates among women with gynecological cancer. Gynecologic Oncology, 159(2), 503-508.

123. Lee, R. T., Ramchandran, K., Sanft, T., & Von Roenn, J. (2015). Implementation of supportive care and best supportive care interventions in clinical trials enrolling patients with cancer. Annals of Oncology, 26(9), 1838-1845.

124. Levesque, BPsych (Hons), PhD, J., Bamgboje-Ayodele, B. Tech, MSc, PhD, A., Paradiso, BPsych, J., Descallar, BSc, MBiostats, J., & Girgis, BSc, PhD, A. (2021). Cancer-related challenges, unmet needs and emotional distress in male caregivers of women with breast cancer: the influence of self-efficacy. Journal of Psychosocial Oncology, 1-8.

125. Lewis, F. M., Woods, N. F., Hough, E. E., & Bensley, L. S. (1989). The family's functioning with chronic illness in the mother: The spouse's perspective. Social science & medicine, 29(11), 1261-1269.

126. Lheureux, S., Gourley, C., Vergote, I., & Oza, A. M. (2019). Epithelial ovarian cancer. The Lancet, 393(10177), 1240-1253.

127. Limanlı, Ö. (2021). Türkiye'de Sağlık ve Sosyoekonomik Sınıf. İktisadi İdari ve Siyasal Araştırmalar Dergisi (İKTİSAD), 6(15), 156-171.

128. Maciasz, R. M., Arnold, R. M., Chu, E., Park, S. Y., White, D. B., Vater, L. B., & Schenker, Y. (2013). Does it matter what you call it? A randomized trial of language used to describe palliative care services. Supportive care in cancer, 21(12), 3411-3419.

129. Manne, S., Badr, H. (2008). Intimacy and Relationship Processes in Couples' Psychosocial Adaptation to Cancer. Cancer, 112(11): 2541-2554.

130. Marth, C., Landoni, F., Mahner, S., McCormack, M., Gonzalez-Martin, A., & Colombo, N. (2017). Cervical cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Annals of Oncology, 28, iv72-iv83.

131. Mawardika, T., Afiyanti, Y., & Rahmah, H. (2019). Gynecological cancer inpatients need more supportive nursing care than outpatients: a comparative study. BMC nursing, 18(1), 1-6.

132. McElduff, P., Boyes, A., Zucca, A., & Girgis, A. (2004). Supportive Care Needs Survey: A guide to administration, scoring and analysis. Newcastle: Centre for Health Research & Psycho-oncology.

133. Mercadante, S., Adile, C., Caruselli, A., Ferrera, P., Costanzi, A., Marchetti, P., & Casuccio, A. (2016). The palliative-supportive care unit in a comprehensive cancer center as crossroad for patients' oncological pathway. PLoS One, 11(6), e0157300.

134. Miyashita, M., Hirai, K., Morita, T., Sanjo, M., & Uchitomi, Y. (2008). Barriers to referral to inpatient palliative care units in Japan: a qualitative survey with content analysis. Supportive Care in Cancer, 16(3), 217-222.

135. Momenimovahed, Z., Tiznobaik, A., Taheri, S., & Salehiniya, H. (2019). Ovarian cancer in the world: epidemiology and risk factors. International journal of women's health, 11, 287–299.

136. Morgan M. A. (2009). Considering the patient-partner relationship in cancer care: coping strategies for couples. Clinical journal of oncology nursing, 13(1), 65–72.

137. Neerja, B., Aoki, D., Sharma, D. N., & Sankaranarayanan, R. (2018). Cancer of the cervix uteri. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 143, 22-36.

138. Nguyen, T. K., Bauman, G. S., Watling, C. J., & Hahn, K. (2017). Patient-and family-centered care: a qualitative exploration of oncologist perspectives. Supportive Care in Cancer, 25(1), 213-219.

139. 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.

140. Northouse, L. L., Katapodi, M. C., Schafenacker, A. M., & Weiss, D. (2012, November). The impact of caregiving on the psychological well-being of family caregivers and cancer patients. In Seminars in oncology nursing (Vol. 28, No. 4, pp. 236-245). WB Saunders.

141. Olver, I., Keefe, D., Herrstedt, J., Warr, D., Roila, F., & Ripamonti, C. I. (2020). Supportive care in cancer—a MASCC perspective. Supportive Care in Cancer, 28(8), 3467-3475.

142. Orr, B., & Edwards, R. P. (2018). Diagnosis and treatment of ovarian cancer. Hematology/Oncology Clinics, 32(6), 943-964.

143. Otto, A. K., Ketcher, D., Heyman, R. E., Vadaparampil, S. T., Ellington, L., & Reblin, M. (2021). Communication between Advanced Cancer Patients and Their Family Caregivers: Relationship with Caregiver Burden and Preparedness for Caregiving. Health communication, 36(6), 714–721.

144. Ölüm ve Ölüm Nedenleri İstatistiği (2019). Türkiye İstatistik Kurumu.

145. Özkan, N., Narter, Ö. Ü. M., & Tanhan, Ö. Ü. A.(2021). Farklı Eğitim Düzeyine Sahip Kadınların Cinselliğe Bakışının Onlıne Seslifoto Yöntemi (Osf) ile İncelenmesi. Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Klinik Psikoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi.

146. Papadakos, J., Bussière-Côté, S., Abdelmutti, N., Catton, P., Friedman, A. J., Massey, C., ... & Ferguson, S. E. (2012). Informational needs of gynecologic cancer survivors. Gynecologic oncology, 124(3), 452-457.

147. Parks, S. M., & Novielli, K. D. (2000). A practical guide to caring for caregivers. American family physician, 62(12), 2613-2620.

148. Paşalak, Ş.İ. (2020). Kemoterapi Alan Jinekolojik Kanserli Hastalarda Semptom Yönetim Modeli'nin Etkinliğinin Değerlendirilmesi. Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Doktora Programı. Doktora Tezi.

149. Pelit, S., & Şentürk Erenel, A. (2015). Jinekolojik Kanserli Hastanın Hastanede Bakımına Destek Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükü ve Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyinin Belirlenmesi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi.

150. Ponto, J. A., & Barton, D. (2008). Husbands' perspective of living with wives' ovarian cancer. Psycho-Oncology, 17(12), 1225-1231.

151. Prat, J., & FIGO Committee on Gynecologic Oncology. (2014). Staging classification for cancer of the ovary, fallopian tube, and peritoneum. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 124(1), 1-5.

152. 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.

153. Radwin, L. E., Farquhar, S. L., Knowles, M. N., & Virchick, B. G. (2005). Cancer patients' descriptions of their nursing care. Journal of Advanced Nursing, 50(2), 162-169.

154. Redlin, S., Epithelial Ovarian Cancer. In: Lockwood, S. Contemporary issues in women's cancers. Jones & Bartlett Publishers. 2008, Chapter 4. p:85-96.

155. Reis, N. (2003). Jinekolojik Kanser ve Tedavilerinin Kadın Cinsel Sağlığına Etkileri. C.Ü.Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi , 7.

156. Ripamonti, C. I., Molani, P., Desti, C., Boscagli, G., Ravagnani, F., Arienti, F., & Di Cristo, C. (2017). A supportive care in cancer unit reduces costs and hospitalizations for transfusions in a comprehensive cancer center. Tumori Journal, 103(5), 449-456.

157. Ritchie, E. K., & Roboz, G. J. (2010). Levels of care: defining best supportive care in elderly patients with acute myeloid leukemia. Current hematologic malignancy reports, 5(2), 95-100.

158. Rogers, L. J., & Cuello, M. A. (2018). Cancer of the vulva. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 143, 4-13.

159. Sales, E. (1991). Psychosocial impact of the phase of cancer on the family: an updated review. Journal of Psychosocial Oncology, 9(4), 1-18.

160. Sandsund, C., Towers, R., Thomas, K., Tigue, R., Lalji, A., Fernandes, A., ... & Shaw, C. (2020). Holistic needs assessment and care plans for women with gynaecological cancer: do they improve cancer-specific health-related quality of life? A randomised controlled trial using mixed methods. BMJ supportive & palliative care, 10(2), e16-e16.

161. Serçekuş P, Gencer H, Özkan S. (2020). Jinekolojik kanser tanısı almış kadınlarda uygulanan radyoterapinin cinselliğe etkisi. HEAD;17(Ek sayı):126-30.

162. Serçekuş, P., & Vardar, O. (2017). Jinekolojik Kanserin Aile Üzerine Etkisi. Turkiye Klinikleri Journal of Obstetric-Women's Health and Diseases Nursing-Special Topics, 3, 70-4.

163. Seven, M., Akyüz, A., Sever, N., & Dinçer, Ş. (2013). Kanser Tanısı Alan Hastaların Yaşadığı Fiziksel ve Psikolojik Semptomların Belirlenmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin, 12(3).

164. Steele, R., & Fitch, M. I. (2008). Supportive care needs of women with gynecologic cancer. Cancer nursing, 31(4), 284-291.

165. Stenberg, U., Ruland, C. M., & Miaskowski, C. (2010). Review of the literature on the effects of caring for a patient with cancer. Psycho-oncology, 19(10), 1013-1025.

166. Sun, V., & Bakitas, M. (2019). Palliative and Supportive Care: …End of the Beginning. Western journal of nursing research, 41(10), 1343–1346.

167. Sung, H, Ferlay, J, Siegel, RL, Laversanne, M, Soerjomataram, I, Jemal, A, Bray, F. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2021: 71: 209- 249.

168. Şahin, H. N., Serviks Kanseri. In: Can, G. (Ed.). Onkoloji hemşireliği. Nobel Tıp Kitabevleri. 2015, p:783-795.

169. Şipal, G., & Eraslan, S. (2019). Hematolojik kanserli hastaların destekleyici bakım gereksinimleri ve hastalığı kabul düzeyi. Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi.

170. Tatlı, S., & Ağaçdiken Alkan, S. (2019). Kanserli Bireylerin Bakım Vericilerinin Destekleyici Bakım Gereksinimleri ve Bakım Yüklerinin İncelenmesi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi.

171. Tekbaş, S., & Sayın, N.C. (2014). Jinekolojik Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Tedavi-Bakımın Etkileri. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doğum Ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı. Doktora Tezi.

172. Teskereci, G., & Kulakaç, O. (2018). Life experiences of caregivers of women with gynaecological cancer: A mixed-methods systematic review. European journal of cancer care, 27(1), e12456.

173. Thorne, S. E., Kuo, M., Armstrong, E. A., McPherson, G., Harris, S. R., & Hislop, T. G. (2005). 'Being known': patients' perspectives of the dynamics of human connection in cancer care. Psycho-oncology, 14(10), 887–900.

174. Toker, S., & Çıtak, G. (2021). Türkiye'de Üreme Çağındaki Kadınların Güncel Sağlık Göstergeleri. TOGÜ Sağlık Bilimleri Dergisi, 1(2), 72-84.

175. Traa, M. J., De Vries, J., Bodenmann, G., & Den Oudsten, B. L. (2015). Dyadic coping and relationship functioning in couples coping with cancer: A systematic review. British Journal of Health Psychology, 20(1), 85-114.

176. Tsai, J. S., Wu, C. H., Chiu, T. Y., & Chen, C. Y. (2010). Significance of symptom clustering in palliative care of advanced cancer patients. Journal of pain and symptom management, 39(4), 655-662.

177. Turner, D., Adams, E., Boulton, M., Harrison, S., Khan, N., Rose, P., ... & Watson, E. K. (2013). Partners and close family members of long-term cancer survivors: health status, psychosocial well-being and unmet supportive care needs. Psycho-oncology, 22(1), 12-19.

178. Türkiye Kanser İstatistikleri (2017). TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu.

179. Ullrich, A., Marx, G., Bergelt, C., Benze, G., Zhang, Y., Wowretzko, F., ... & Oechsle, K. (2021). Supportive care needs and service use during

palliative care in family caregivers of patients with advanced cancer: a prospective longitudinal study. Supportive Care in Cancer, 29(3), 1303-1315.

180. Unjaı, S., Somjaıvong, B., & Boyes, A. (2021). Supportive Care Needs of Patients with Cervical Cancer in the Northeast of Thailand. Walailak Journal of Science & Technology, 18(9).

181. Urbaniec, O. A., Collins, K., Denson, L. A., & Whitford, H. S. (2011). Gynecological cancer survivors: assessment of psychological distress and unmet supportive care needs. Journal of Psychosocial Oncology, 29(5), 534-551.

182. Uysal, N., Toprak, F. Ü., Soylu, Y., & Kaya, B. (2020). Evaluation of Sexual Life in Patients with Gynecologic Cancer Undergoing Radiotherapy. Sexuality and Disability, 38(4), 687-697.

183. Vardar, O., & Serçekuş Ak, P. (2017). Jinekolojik Kanser Tanısı Alan Kadınlar ve Bakım Veren Aile Üyelerinin Deneyimleri. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi.

184. Ward, K. K., & McHale, M. T. (2015). Uterine corpus cancers. In Gynecologic Oncology (pp. 133-174). Springer, New York, NY.

185. Williams, L. A. (2013). Theory of Caregiving Dynamics. In M. J. L. Smith Patricia R. (Ed.), Middle Range Theory for Nursing, Fourth Edition (p. 309).

186. Williams, N., Griffin, G., Farrell, V., & Hauck, Y. L. (2020). Gaining insight into the supportive care needs of women experiencing gynaecological cancer: A qualitative study. Journal of clinical nursing, 29(9-10), 1684-1694.

187. Williams, N., Griffin, G., Farrell, V., Rea, A., Murray, K., & Hauck, Y. L. (2018). The supportive care needs of women experiencing gynaecological cancer: a Western Australian cross-sectional study. BMC cancer, 18(1), 1-14.

188. Wilson, C., Griffiths, J., Ewing, G., Connolly, M., & Grande, G. (2014). A qualitative exploration of district nurses' care of patients with advanced cancer: the challenges of supporting families within the home. Cancer nursing, 37(4), 310-315.

189. Wright, A. A., Bohlke, K., Armstrong, D. K., Bookman, M. A., Cliby, W. A., Coleman, R. L., ... & Edelson, M. I. (2016). Neoadjuvant chemotherapy for newly diagnosed, advanced ovarian cancer: Society of Gynecologic Oncology

and American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline. Gynecologic oncology, 143(1), 3-15.

190. Yıldız, E., Dedeli, Ö., & Pakyüz, S. Ç. (2016). Kanser Hastalarına Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 13(3), 216-225.

191. Yılmaz Karabulutlu, Y., Akyıl, R., Karaman, S., & Karaca, M. (2013). Kanser hastalarına bakım verenlerin uyku kalitesi ve psikolojik sorunlarının incelenmesi. Türk Onkoloji Dergisi, 28(1), 1-9.

192. Young, A. M., Charalambous, A., Owen, R. I., Njodzeka, B., Oldenmenger, W. H., Alqudimat, M. R., & So, W. K. (2020). Essential oncology nursing care along the cancer continuum. The Lancet Oncology.

193. Zhu, P., Fu, J. F., Wang, B., Lin, J., Wang, Y., Fang, N. N., & Wang, D. D. (2014). Quality of life of male spouse caregivers for breast cancer patients in China. Asian Pacific journal of cancer prevention : APJCP, 15(10), 4181–4185.

10. EKLER

EK 1. Etik Kurul İzni

T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü İstanbul Zeynep Kâmil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı Etik Kurul İzni Alınmıştır.

EK 2. İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Kurum İzni Yazısı

İstanbulul İl Sağlık Müdürlüğü'nden Kurum İzni Yazısı alınmıştır.

EK 3. Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği İzni

Leman Şenturan'dan DBGÖ kullanım izni alınmıştır.

EK 4. Bakım Verenlerin Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği İzni

Mevlüde Ergen'den BVDBGÖ kullanım izni alınmıştır.

EK 5. Bakım Vermeye Hazır Olma Durumu Ölçeği-Bakım Vermeye Hazır Olma Durumu Ölçeği İzni

Özlem Uğur'dan BVHDÖ kullanım izni alınmıştır.

EK 6. Gönüllü Bilgilendirme Formu (Kadın)

Sayın katılımcı;

‘’Jinekolojik Kanser Hastaları ve Eşlerinin Ameliyat Sonrası Destekleyici Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi’’ isimli çalışma jinekolojik kanser tanısı almış, ameliyatı olmuş hastalarda ve eşlerinde destekleyici bakım gereksinimlerinin belirlemesine yönelik tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Araştırma için T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü İstanbul Zeynep Kâmil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı’ndan etik kurul izni ve İstanbul İl Sağlık Müdürlüğünden kurum izni alınıştır. Çalışmaya, İstanbul Zeynep Kamil Kadın Ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi’nde jinekolojik kanser tanısı alıp tanıya yönelik cerrahi operasyon geçirmiş olan ve 18 yaş üzeri kadın hastalar alınacaktır. Çalışmaya yaklaşık 136 kişi almayı planlıyoruz. Sizinle ilk karşılaştığımda, kendimi tanıtıp araştırmayla ilgili bilgi verdikten sonra, bu gönüllü bilgilendirme formunu okumanızı isteyeceğim.

Çalışmaya katılmayı kabul etmeniz durumunda, araştırma için sizden bilgi almak amacıyla Tanımlayıcı Bilgi Formu ve ameliyat sonrası ihtiyaçlarınızı belirlemek amacıyla Destekleyici Bakım İhtiyaçları Ölçeğini doldurmanızı rica ediyoruz.

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 (ad-soy ad, adres, telefon bilgileri) alınmayacaktır.

Alternatif tedavi veya girişimler: YOK

Araştırma sırasında karşılaşılabilecek riskler: YOK

Araştırma ilacının olası yan etkileri: YOK

İlaç kullanımı: YOK

Yan etki: YOK

EK 7. Gönüllü Bilgilendirme Formu (Eş)

Sayın katılımcı;

‘’Jinekolojik Kanser Hastaları ve Eşlerinin Ameliyat Sonrası Destekleyici Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi’’ isimli çalışma jinekolojik kanser tanısı almış, ameliyatı olmuş hastalarda ve eşlerinde destekleyici bakım gereksinimlerinin belirlemesine yönelik tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Araştırma için T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü İstanbul Zeynep Kâmil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı’ndan etik kurul izni ve İstanbul İl Sağlık Müdürlüğünden kurum izni alınıştır. Çalışmaya, İstanbul Zeynep Kamil Kadın Ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi’nde jinekolojik kanser nedeniyle cerrahi operasyon geçirmiş kadın hastanın eşi olan ve 18 yaş üzeri erkek bireyleri dahil etmeyi planlıyoruz. Çalışmaya yaklaşık 136 erkek almayı planlıyoruz. Sizinle ilk karşılaştığımda, kendimi tanıtıp araştırmayla ilgili bilgi verdikten sonra, bu gönüllü bilgilendirme formunu okumanızı isteyeceğim.

Çalışmaya katılmayı kabul etmeniz durumunda, araştırma için sizden bilgi almak amacıyla Tanımlayıcı Bilgi Formu, Bakım Verenlerin Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği ve Bakım Vermeye Hazır Olma Durumu Ölçeği-Bakım Vermeye Hazır Olma Durumu Ölçeğini doldurmanızı rica ediyoruz.

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 (ad-soy ad, adres, telefon bilgileri) alınmayacaktır.

Alternatif tedavi veya girişimler: YOK

Araştırma sırasında karşılaşılabilecek riskler: YOK

Araştırma ilacının olası yan etkileri: YOK

İlaç kullanımı: YOK

Yan etki: YOK

EK 8. Katılımcı Beyanı

‘’Jinekolojik Kanser Hastaları ve Eşlerinin Ameliyat Sonrası Destekleyici Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi’’ isimli çalışma jinekolojik kanser tanısı almış, ameliyatı olmuş hastalarda ve eşlerinde destekleyici bakım gereksinimlerinin belirlemesine yönelik tanımlayıcı tipte bir çalışma olarak planlanmıştır.

Danışman Dr. Öğr. Üyesi Zübeyde EKŞİ GÜLOĞLU ve araştırmacı Merve VATAN 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 bilgilerin bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının gizliliğine eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı, kimliğimin açıklanmayacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum, bana herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. İster doğrudan ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun 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 kâğıdının bir kopyası bana verilecektir. Toplanan bilgilerin 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 ayrılabileceğimi biliyorum.

EK 9. Gönüllü Onay Formu

‘’Jinekolojik Kanser Hastaları ve Eşlerinin Ameliyat Sonrası Destekleyici Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi’’ 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 (varsa telefon no, faks no,...)

Danışman

Adı- soyadı: Zübeyde EKŞİ GÜLOĞLU İmzası:

Araştırmacı

Adı- soyadı: Merve VATAN İmzası:

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı- soyadı: İmzası:

Görevi

EK 10. Tanımlayıcı Bilgi Kadın (K) Formu
1.TANIMLAYICI BİLGİLER

1.Yaş:

2. Eğitim durumu:

a. Okur yazar b. İlköğretim c. Ortaöğretim d. Lisans e. Lisansütü

3. Çalışma durumu: a. Çalışıyor b. Çalışmıyor

4. Aile tipi: a. Çekirdek aile b. Geniş aile c. Yalnız yaşıyor e.Diğer

5. Sistemik herhangi bir hastalığınız var mı? (yüksek tansiyon, diyabet, kalp hastalığı vb.)

a. Evet ise belirtiniz: b. Hayır

6.Gebelik sayısı: 7. Doğum sayısı: 8. Düşük sayısı:

9. İlk adet görme yaşı:

10. Menopoza yaşı:

11. Menopoza girme şekli:.

a. Tanı öncesinde (doğal menapoz) b. Operasyon nedeniyle

c. Kemoterapi nedeniyle d. Radyoterapi nedeniyle e. Menapozda değil

2. DURUMA İLİŞKİN ÖZELLİKLER

1. Primer tanı:

a. Over CA b. Endometrium CA c. Serviks CA d. Tuba CA e. Vulva CA

f. Vajen CA g. Adnexial Kitle

2. Hastalığın evresi:

3.Önceden uygulanan tedavi var mı?

a. Evet ise belirtiniz b. Hayır

4. Şu andaki uygulanan ameliyat şekli:

a. TAH/ TAH+USO b. TAH+BSO c. Tip II histerektomi + BSO

d. Tip III histerektomi + BSO e. Debulking cerrahisi

5. Operasyonun üzerinden ne kadar süre geçti?…….

EK 11. Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği

Kanser teşhisi konmuş hastalara en iyi hizmeti sunmaya yardımcı olması için, hastalığınızı öğrendiğinizden beri karşılaşmış olduğunuz ihtiyaçlarınızın 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.

Açıklama

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.

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 anlaşılacaktır.					

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. Kanserin 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.Olumlu 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

Yukarıdaki maddeler dışında ihtiyaç duyduğunuz konular varsa belirtiniz.

Anketimizi bitirdiğiniz için teşekkürler..

EK 12. Tanımlayıcı Bilgi Erkek (E) Formu

1. Yaş:

2. Eğitim durumu:

a. Okur yazar b. İlköğretim c. Ortaöğretim d. Lisans e. Lisansüstü

3. Çalışma durumu:

a. Çalışıyor b. Çalışmıyor

5. Algılanan Gelir Düzeyi:

a**.** Gelir giderden fazla b**.** Gelir gidere denk c**.** Gelir giderden az

BAKIMLA İLGİLİ BİLGİLER

6. Ameliyat sonrasında eşinize desteğinizi nasıl değerlendirirsiniz?

a. Hiç destek olmadım b. Az destek oldum

c. Biraz destek oldum d. Çok destek oldum e)Diğer

7. Eşiniz hangi konularda destek oldunuz? (bu şıklar cevaplanırken açılacak)

a) Destek olmadım b)Psikolojik/duygusal destek….. c)Fiziksel bakımla ilgili destek….. d) Ekonomik destek…. f) Diğer……..

8.Bakım İçin Ortalama Günlük Ayrılan Saat:…..

9.Bu süre sizin kendi günlük rutininizi etkiliyor mu? a. Evet b. Hayır

10.Eşinize destek olurken/bakım verirken güçlük yaşadınız mı?

a. Evet b. Hayır c)Kısmen

11.Hangi konularda güçlük yaşadınız, açıklayınız?

12.Bu hastalık evlilik ilişkinizi etkiledi mi? a. Evet b. Hayır

13.Ameliyat sonrası süreçte desteğe ihtiyacınız oldu mu?

a.Hayır olmadı b.Evet oldu ise belirtiniz ……..

14.Ameliyat sonrasında(hastanede ve evdeki süreçte) hastaneden/hemşireden destek ihtiyacınız oldu mu?

a. Evet b. Hayır

EK 13. Bakım Verenlerin Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği

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. 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	1	2	3	4	5

hissetmede yardım ihtiyacınız var mı?					
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 yardım 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 yardım 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	1	2	3	4	5

ihtiyacınız var mı?					
26.Kanserin yeniden ortaya çıkmasına ilişkin endişeleri yönetebilmede yardım ihtiyacınız var mı?	1	2	3	4	5
27.Kanserin, hastanızla olan ilişkiniz üzerine etkisini 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 başaçıkmada yardım ihtiyacınız var mı?	1	2	3	4	5
35.Hastanızın bakımından uzaklaşarak hayatınızdaki diğer kişilerle ilgilenmede yardım ihtiyacınız var mı?	1	2	3	4	5
36.Hastanızın iyileşme süresinde beklenmedik durumlarla başaçıkmada yardım ihtiyacınız var mı?	1	2	3	4	5
37.Yaşamanızdaki 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
39.Hastanızın hastalığını anlamlandırmada yardım ihtiyacınız var mı?	1	2	3	4	5

Anketimizi bitirdiğiniz için teşekkürler..

EK 14. Bakım Vermeye Hazır Olma Durumu Ölçeği- Preparedness Ölçeği					
BAKIM VERMEYE HAZIR OLMA DURUMU	Hiç	Çok az	Biraz	Bir hayli	Çok fazla
1. Aile bireyinizin fiziksel ihtiyaçlarını (yemek yeme, içme, tuvalet ihtiyacı) karşılamak için ne kadar hazır olduğunuzu düşünüyorsunuz?	0	1	2	3	4
2. Aile bireyinizin duygusal ihtiyaçlarıyla ilgilenmeye ne kadar hazır olduğunuzu düşünüyorsunuz?	0	1	2	3	4
3. Aile bireyinizin sağlık hizmetlerinin düzenlenmesine (dr kontrolleri, tedavilerini düzenli almasını sağlama,reçete temini…) ve konu hakkında bilgi sahibi olmaya ne kadar hazır olduğunuzu düşünüyorsunuz?	0	1	2	3	4
4. Aile bireyinize bakımvermeye bağlı yaşayabileceğiniz strese ne kadar hazır olduğunuzu düşünüyorsunuz?	0	1	2	3	4
5. Bakım aktivitelerini, hem kendiniz hem de bakım verdiğiniz aile bireyi için memnuniyet verici bir hale getirebilmeye ne kadar hazır olduğunuzu düşünüyorsunuz?...	0	1	2	3	4
6. Aile bireyinizde gelişebilecek acil durumlara müdahale etmeye ve durumu kontrol altında tutmaya ne kadar hazır olduğunuzu düşünüyorsunuz?	0	1	2	3	4
7. Sağlık bakım sisteminden gereksinimiz olan bilgiyi ve yardımı almaya ne kadar hazır olduğunuzu düşünüyorsunuz ? (hastanın hastalığı, tedavisi, hastalığın seyri, gelişen sorunlara karşı çözüm önerileri,…)	0	1	2	3	4
8. Sonuç olarak, aile bireyinize bakım vermeye ne kadar hazır olduğunuzu düşünüyorsunuz?	0	1	2	3	4
9. Aile bireyinize bakım vermeye daha hazırlıklı olabilmek için hastanızın sağlık hizmetine/bakımına yönelik öğrenmek istediğiniz başka konular var mı?	0	1	2	3	4

EK 15. Sözel Bildiri Kabul Yazışması

International Home Care Congress sözel sunum kabul bildirimi

EK 16. Kongre Katılım Sertifikası

11. ÖZGEÇMİŞ