



T.C.
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**JİNEKOLOJİK KANSER HASTALARINDA YALNIZLIK VE KANSERE
İLİŞKİN NEGATİF SOSYAL BEKLENTİLERİ İLE DESTEKLEYİCİ
BAKIM GEREKSİNİMLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Cuma DEMİR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Danışman

Doç. Dr. Özlem KARABULUTLU

2023-KARS

T.C.
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**JİNEKOLOJİK KANSER HASTALARINDA YALNIZLIK VE KANSERE
İLİŞKİN NEGATİF SOSYAL BEKLENTİLERİ İLE DESTEKLEYİCİ
BAKIM GEREKSİNİMLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Cuma DEMİR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Danışman

Doç. Dr. Özlem KARABULUTLU

2023-KARS

TC
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek lisans Programı çerçevesinde Cuma DEMİR tarafından hazırlanmış olan **“Jinekolojik Kansere Hastalarında Yalnızlık ve Kansere İlişkin Negatif Sosyal Beklentileri İle Destekleyici Bakım Gereksinimleri Arasındaki İlişki”** adlı bu çalışma, yapılan Tez Savunma Sınavı sonucunda Jüri Üyeleri tarafından Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Sınav Yönetmeliği uyarınca değerlendirilerek oy..... ile edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 05/01/2023

	Adı Soyadı	İmza
Başkan:	Doç. Dr. Özlem KARABULUTLU	
Üye:	Doç. Dr. Nihal BOSTANCI DAŞTAN	
Üye:	Dr. Öğr. Üyesi Nazife BAKIR	

Bu tezin kabulü, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu’nun gün ve sayılı kararıyla onaylanmıştır.

ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez aşamam boyunca öğrencisi olmaktan büyük mutluluk ve gurur duyduğum, en iyi eğitimi almamız için çabalayan, herşeyi öğreten, ilham veren, herkese karşı anlayışla yaklaşan ve tezimin planlanmasından sonuna kadar sonsuz katkı sunan benim için çok değerli olan saygı değer hocam, tez danışmanım sayın **Doç. Dr. Özlem KARABULUTLU**'ya

Lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, bilimsel bakış açıma katkıda bulunan, kadın hastalıkları ve doğum hemşireliğinde bana her zaman rol model olan ve tezime ciddi katkısı bulunan çok değerli hocam, **Dr. Öğr. Üyesi Nazife BAKIR**' a

Hayatım boyunca beni her zaman destekleyen, sevgisini her zaman ve her koşulda bana hissettiren benim için çok değerli olan aileme, araştırmaya katılan tüm jinekolojik kanser tanısı olan kadınlara ve tezimin yürütülmesi aşamasında emeği geçen herkese teşekkür ederim.

Cuma DEMİR

2023

İÇİNDEKİLER

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ	i
TABLolar LİSTESİ.....	ii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı	4
1.3. Araştırmanın Soruları	4
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Kanser.....	5
2.2. Jinekolojik Kanserler.....	5
2.3. Jinekolojik Kanserlerin Türleri	6
2.3.1. Endometriyum Kanseri	6
2.3.2. Serviks Kanseri	9
2.3.3. Over Kanseri	13
2.3.4. Vulva Kanseri.....	16
2.3.5. Vajina kanser	19
2.4. Jinekolojik Kanserlerde Erken Tanı ve Tarama Yöntemleri	21
2.5. Kanser Hastalarının Yaşadıkları Psikolojik Sorunlar.....	22
2.5.1. Yalnızlık.....	23
2.5.2. Yalnızlık ve Kanser	24
2.5.3. Yalnızlık ve Negatif Sosyal Beklenti	25
2.5.4. Yalnızlıkta Hemşirenin Rolü	26
2.6. Destekleyici Bakım Gereksinimleri ve Kanser	27
2.7. Jinekolojik Kanser Hastalarında Hemşirelik Bakımı	30
3. MATERYAL VE METOT	32
3.1. Araştırmanın Tipi	32
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	32
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	32
3.4. Araştırmanın Değişkenleri.....	33
3.5. Veri Toplama Araçları.....	33
3.5.1. Tanıtıcı Bilgi Formu	33
3.5.2. Kanser Yalnızlık Ölçeği.....	33

3.5.3. Kansere İlişkin Negatif Sosyal Beklentiler Ölçeği.....	34
3.5.4. Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu (DBGÖ-KF), ...	35
3.5.5. Ön Uygulama	36
3.6. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	36
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	37
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	37
3.9. Araştırmanın Etik Boyutu.....	37
4. BULGULAR.....	38
5. TARTIŞMA.....	61
5.1. Jinekolojik Kansere Hastası Kadınlar ve Kansere Yalnızlık Ölçeği'ne İlişkin Bulguların Tartışılması.....	61
5.2. Jinekolojik Kansere Hastası Kadınlar ve Kansere İlişkin Negatif Sosyal Beklenti Ölçeği'ne İlişkin Bulguların Tartışılması.....	65
5.3. Jinekolojik Kansere Hastası Kadınlar ve Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği'ne İlişkin Bulguların Tartışılması.....	67
5.4. Jinekolojik Kansere Hastası Kadınlar, Yalnızlık ve Negatif Sosyal Beklenti ..	70
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	72
7. KAYNAKLAR	75
8. EKLER.....	90
EK-1 Tanıtıcı Bilgi Formu	90
EK-2. Kansere Yalnızlık Ölçeği.....	92
EK-3. Kansere İlişkin Negatif Sosyal Beklentiler Ölçeği.....	93
EK-4. Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Form (DBGÖ-KF).....	94
EK-5. Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul İzni.....	97
EK -6. Fırat Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği Kurum İzni	98
EK-7. Ölçek İzinleri.....	99

ÖZET

JİNEKOLOJİK KANSER HASTALARINDA YALNIZLIK VE KANSERE İLİŞKİN NEGATİF SOSYAL BEKLENTİLERİ İLE DESTEKLEYİCİ BAKIM GEREKSİNİMLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Cuma DEMİR

Yüksek Lisans Tezi

Hemşirelik Anabilim Dalı

Danışman: Doç. Dr. Özlem KARABULUTLU

2023, 114 sayfa

Bu araştırma, jinekolojik kanser hastalarında yalnızlık ve kansere ilişkin negatif sosyal beklentileri ile destekleyici bakım gereksinimleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılan bu araştırma, Kasım 2021-Şubat 2022 tarih aralığında, Elazığ Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde onkoloji kliniklerine başvuran jinekolojik kanser tanısı olan ve çalışmaya gönüllü olarak katılan 710 kadın ile gerçekleştirilmiştir. Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından hazırlanan Kadınların tanıtıcı özelliklerini belirten Sosyo-Demografik Formu, Kanser Yalnızlık Ölçeği ve Kansere İlişkin Negatif Sosyal Beklentiler Ölçeği ile Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği kullanılmıştır.

Kadınların %38,7'sinin 42-53 yaş arasında olduğu, %45,6'sının ortaokul mezunu, %68,3'ünün ev hanımı, %72,8'inin evli olduğu, %23,0'ının sigara kullandığı, %41,3'ünün endometrium kanseri olduğu, %35,4'ünün kanserinin 3. evre ve %34,3'ünün 4. evrede olduğu ve %44,8'inin tedavisinde kemoterapi aldığı görülmüştür. Kadınların Kanser Yalnızlık Ölçeğinden aldığı ortalama toplam puan ortalaması $27,98 \pm 2,54$, Kansere İlişkin Negatif Sosyal Beklentiler Ölçeğinden aldığı ortalama toplam puan ortalaması $24,75 \pm 2,18$ ve Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeğinden aldığı ortalama toplam puan ortalaması $134,12 \pm 4,59$ olarak bulunmuştur. Ayrıca Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği alt boyutlarından; Ruhsal/Psikolojik alt boyutundan $38,20 \pm 2,60$, Sağlık Sistemi ve Bilgilendirme alt boyutundan $45,09 \pm 2,05$, Fiziksel ve Günlük Yaşam alt boyutundan $21,81 \pm 1,85$,

Hasta Bakımı ve Desteği alt boyutundan $16,41\pm1,69$ ve cinsellik alt boyutundan $12,59\pm1,36$ puan almışlardır.

Kadınların toplam kanser yalnızlık ölçeği ve toplam kansere ilişkin negatif sosyal beklenti ölçeği ile destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği arasında pozitif yönde zayıf ilişki olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: kadın, jinekoloji, kanser, yalnızlık, destek, bakım



ABSTRACT

THE RELATIONSHIP OF GYNECOLOGICAL CANCER PATIENTS' PERCEPTIONS OF LONELINESS AND CANCER-RELATED NEGATIVE SOCIAL EXPECTATIONS TO THEIR SUPPORTIVE CARE NEEDS

Cuma DEMİR

Master's Thesis

Department of Nursing

Advisor: Assoc. Dr. Özlem KARABULUTLU

2023, 114 sayfa

This research determines the relationship of gynecological cancer patients' perceptions of loneliness and cancer-related negative social expectations to their supportive care needs.

This descriptive and cross-sectional study was carried out with 710 gynecological cancer women who visited the oncology clinics of Elazığ Fırat University Medical Faculty Hospital between November 2021 and February 2022 and voluntarily participated in the study. The research data were collected with the Socio-Demographic Characteristics Form prepared by the researcher, Cancer Loneliness Scale, Cancer-Related Negative Social Expectations Scale, and Supportive Care Needs Scale.

Of the women, 38.7% were between the age of 42 and 53, 45.6% were secondary school graduates, 68.3% were stay-at-home parents, 72.8% were married, 23.0% were smokers, 41.3% had endometrial cancer, 35.4% were at the 3rd stage, 34.3% were at the 4th stage, and 44.8% had chemotherapy. The Cancer Loneliness Scale total mean score of the women was 27.98 ± 2.54 . While their Cancer-Related Negative Social Expectations Scale total mean score was 24.75 ± 2.18 , their Supportive Care Needs Scale total mean score was 134.12 ± 4.59 . In addition, their Supportive Care Needs Scale sub-dimensions mean scores were as follows: Spiritual/Psychological sub-dimension: 38.20 ± 2.60 ; Health System and Information sub-dimension: 45.09 ± 2.05 ; Physical and Daily Life sub-dimension: 21.81 ± 1.85 ; Patient Care and Support sub-dimension: 16.41 ± 1.69 ; Sexuality sub-dimension: 12.59 ± 1.36 .

The present study found weak positive correlations of both the women's total cancer loneliness scale and the cancer-related negative social expectation scale to their supportive care needs scale.

Keywords: woman, gynecology, cancer, loneliness, support, care



SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

BRCA	: Breast Cancer Gene(Meme Kanseri Geni)
BSO	: Bilateral Salpingo Ooferektomi
BT	: Bilgisayarlı Tomografi
CA	: Kanser
CA-125	: Kanser Antijeni 125
CIN	: Cervical Intraepithelial Neoplasia(Servikal İntraepitelyal Neoplazi)
CYBE	: Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar
DBGÖ-KF	: Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği-Kısa Formu
DES	: Dietilstilbesterol
DNA	: Deoksiribo Nükleik Asit
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FIGO	: International Federation of Gynaecology and Obstetrics (Uluslararası Kadın Hastalıkları ve Doğum Federasyonu)
GCO	: Küresel Kanser Gözlemevi
GLOBALCON	: Global Burden of Cancer Study(Küresel Kanser Yüğü Çalışması)
HPV	: Human Papilloma Virüs
IARC	:The International Agency for Research on Cancer (Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı)
KİSNBÖ	: Kansere İlişkin Negatif Sosyal Beklentiler Ölçeği
KKMM	: Kendi Kendine Meme Muayenesi
KKVM	: Kendi Kendine Vulva Muayenesi
KYÖ	: Kanser Yalnızlık Ölçeği
MRG	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
PAP Smear	: Papanikolaou Testi
PET	: Pozitron Emisyon Tomografisi
TAH	: Total Abdominal Histerektomi
TNM	: Tümör, Lenf Nodu ve Metastaz
TvUSG	: Transvajinal Ultrasonografi

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 2.1. Endometrium Kanserinin TNM klasifikasyonu ve FIGO Evrelemesi(Creasman 2009, Koh ve ark. 2018).....	8
Tablo 2.2. Genel Populasyonda Serviks Kanseri Tarama Yöntemleri(ACS 2016) ...	11
Tablo 2.3. Serviks Kanserinin TNM klasifikasyonu ve FIGO Evrelemesi (Bhatla ve ark. 2019, Cibula ve ark. 2018).	12
Tablo 2.4. Over Kanserinin TNM klasifikasyonu ve FIGO Evrelemesi(Armstrong ve ark. 2019, Kehoe 2020).....	16
Tablo 2.5. Vulva Kanserinin FIGO Evrelemesi(Hernandez 2020).....	19
Tablo 2.6. Vajinal Kanserin FIGO Evrelemesi(Adams ve Cuello 2018).....	21
Tablo 4.1. Jinekolojik Kanserli Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı(n=710)	38
Tablo 4.2. Jinekolojik Kanserli Kadınların Hastalığına İlişkin Bulgularının Dağılımı(n=710)	39
Tablo 4.3. Jinekolojik Kanserli Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Kansere Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=710).....	41
Tablo 4.4. Jinekolojik Kanserli Kadınların Hastalığına İlişkin Bulgularına Göre Kansere Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı(n=710)	42
Tablo 4.5. Jinekolojik Kanserli Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Kansere İlişkin Negatif Sosyal Beklenti Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=710)	46
Tablo 4.6. Jinekolojik Kanserli Kadınların Hastalığına İlişkin Bulgularına Göre Kansere İlişkin Negatif Sosyal Beklenti Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=710).....	47
Tablo 4.7. Jinekolojik Kanserli Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=710)	50
Tablo 4.8. Jinekolojik Kanserli Kadınların Hastalığına İlişkin Bulgularına Göre Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı(n=710)	52
Tablo 4.9. Jinekolojik Kanserli Kadınların Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeğinden Aldıkları Puan Dağılımı	58

Tablo 4.10. Jinekolojik Kanserli Kadınların Kansere İlişkin Negatif Sosyal Beklenti Ölçeklerinden Aldıkları Puan Dağılımı.....	58
Tablo 4.11. Jinekolojik Kanserli Kadınların Kansere İlişkin Negatif Sosyal Beklenti Ölçeği ile Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeğinden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişki	59



1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kanser bir organizmadaki hücrelerin kontrolsüz olarak büyümesi, bölünmesi ve çoğalması ile karakterize genetik ve çevresel koşulların etkisi ile ortaya çıkan kompleks bir hastalık olarak bilinmektedir(Baykara 2016, Roy ve Saikia 2016). Kanser, kardiyovasküler hastalıklardan sonra dünya genelinde ikincil ölüm sebebi ve tedavisi henüz olmayan sağlık problemlerinden biridir(Baykara 2016). Ayrıca dünyanın her ülkesinde önde gelen ölüm nedeni ve artan yaşam beklentisinin önünde önemli bir engel olarak varlığını sürdürmektedir(Sung ve ark. 2021). Dünya Sağlık Örgütü'nün(DSÖ) 2019 yılındaki tahminlerine göre kanser, 183 ülkenin 112'sinde 70 yaş öncesi ölümlerin birinci veya ikinci önde gelen nedeni olarak belirtilmiş ve 23 ülkede üçüncü veya dördüncü sırada yer aldığı rapor edilmiştir. Genel olarak, kanser insidansı ve mortalite yükü dünya çapında hızla artmaktadır(WHO 2019). Jinekolojik kanserler ise; kadın üreme organlarının malign hastalıkları olarak bilinip dünya genelinde önemli mortalite ve morbidite nedenidir(Çelebi 2021). Kadınlar arasında yaygın olarak görülen jinekolojik kanserler; serviks, endometrium, over, vulva, vajina ve tuba kanserleri olarak sınıflara ayrılmaktadır(Srivastava 2017, Uçar ve Bekar 2010). 2018 yılında 1.300.000 kadının jinekolojik kanser tanısı almış olup ortalama 610.000 vakanın ölümcül olduğu tespit edilmiştir. Epidemiyolojik veriler jinekolojik kanserlerin ciddi bir halk sağlığı sorunu olduğunu ifade etmektedir(Sung ve ark. 2021).

Jinekolojik kanserler dünya genelinde en yaygın olarak görülen dördüncü kanser türü olarak görülmekle birlikte dünya çapında kadınlar arasında jinekolojik kanserler, meme kanserinden sonra kadınlarda en sık görülen kanser türüdür ancak jinekolojik kanserlerin mortalite oranı meme kanserine oranla daha fazla olduğu bilinmektedir(Arslan ve ark. 2021, Alp ve ark. 2020, Düzgün 2018). 2018 yılı verilerine göre Global Cancer Observatory (GLOBACon), serviks kanserinde %3.2, uterus kanserinde %2.1, ovaryum kanserinde %1.6, vulva kanserinde %0.24 ve vajina kanserinde ise %0.10 olduğu tespit edilmiştir. Dünya genelinde kadınlarda görülen kanser sıralamasında jinekolojik kanserlerden biri olan serviks kanseri(%6.6) en sık görülen dördüncü kanserdir. Türkiye de ise kanser oranları dünya ile benzerlik

gösterirken uterus kanseri %2.6, ovaryum kanseri %1.8, serviks kanseri ise %1.1 olarak saptanmıştır(GLOBOCAN 2018). Jinekolojik kanserler arasında en sık rastlanan jinekolojik kanser türü, serviks kanseridir. İkinci en sık gözlenen jinekolojik kanser alt tipi ise endometrium kanseridir. Jinekolojik kanserler içinde en sık ölüme yol açan da over kanseridir. Vulva kanseri, vajen girişinden kaynaklanan kanserler ve tüplerden kaynaklanan kanserlere oranla daha az rastlanan jinekolojik kanser türü olarak bilinmektedir(Bruni ve ark. 2021, Arslan ve ark. 2020). Jinekolojik kanserler tüm dünyada yaygın olarak görülen ve kadın sağlığını etkileyen önemli sorunlardan biridir. Jinekolojik kanser ve tedavisi kadınları fiziksel, psikolojik ve sosyal olarak etkilemektedir(Güler ve Mete 2019).

Günümüzde tanı ve tedavi yöntemlerinin gelişmesi kanser tanısı almış bireylerin yaşam süresinin uzamasına sebep olmuştur. Ancak kanser tanısı olan bireylerin yaşam süresinin uzamasına rağmen, tedavi süresinin uzun ve pahalı olması, hastanede yatış sürelerinin uzaması, hastalık prognozunun ilerlemesi ve hastalığın tekrarlayabilir olması, tedavide kullanılan ilaçların yan etkilerinin fazla olması ve organ kaybının görülebilmesi gibi sebeplerle fizyolojik, psikolojik ve sosyal olarak birçok sorunu beraberinde getirmektedir(Yıldırım 2013). Jinekolojik kanser tanısı alan kadınlarda yorgunluk, bulantı, kusma, oral mukoza yaraları, kilo kaybı, alopesi, ağrı, konstipasyon, iştahsızlık gibi fizyolojik sorunlar ve anksiyete, depresyon, yalnızlık, şok, suçluluk, korku, endişe, benlik imgesi ve benlik saygısında bozulmalar gibi psikolojik sorunlar yaşaması sonucunda yaşama dair işlevselliklerini kaybetmesine, kadınlık algısını, doğurganlığını, cinsel yaşamını ve aile yapısını olumsuz etkilemesine neden olarak yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir(Demirhan 2021, Vardar 2017).

Yalnızlık, kanserli hastalarda, tanı ile oluşmaya başlayan hasta ve hasta yakınlarının yaşamları üzerinde derin bir etki bırakan psiko-sosyal sorunlardan birisidir. Hasta kanser tanısı aldıktan sonra “Neden ben?”, “Neden benim başıma geldi” gibi soruları kendine yöneltmekte ve hastanın kendisini yalnız hissetmesine neden olmaktadır. Hem kanser tedavisinin yoğunluğu hem de hastalığın vermiş olduğu fiziksel engeller nedeniyle hasta; aile bireyleri, iş arkadaşları ve sosyal çevresi ile uzaklaşmaya ve hasta kendini yalnız hissetmeye başlar(Demirel ve ark. 2015, Rokach ve ark. 2013). Yalnızlık teorisine göre, yani negatif sosyal beklentiler

daha olumsuz etkileşimlere yol açarak hem yalnızlığı hem de buna bağlı negatif sosyal beklentileri sürdürür. Sosyal destek kalitesi yalnızlık ve olumsuz sosyal beklentilerin kalıcılığını etkiler(Deckx 2014).

Bu tarz psikososyal sorunların ve hastaların gereksinimlerinin giderilmesi için kanser tanısı olan kadınlar destekleyici bakıma ihtiyaç duymaktadır. Kanser tanısı almış bireylerin destekleyici bakım ihtiyaçlarının belirlenmesi ve giderilmesi sağlık hizmetlerinin önemli bir parçası haline gelmiştir(Kaya 2019). Destekleyici bakım, hasta ve aile merkezli, bütüncül, nitelikli bakım sağlamak ve tedavinin etkinliğini üst düzeye çıkarmak amacıyla, hasta ve ailesinin ihtiyacı olan genel ve özel tüm bakım hizmetlerinin bir araya toplanmasıdır(Ayva ve Atlı 2021). Destekleyici bakım, hastaların fiziksel olarak rahatlığını arttırmayı, psiko-sosyal yönden desteklemeyi, manevi destek sağlamayı ve bilgi gereksinimlerini azaltarak iyilik durumunu en iyi seviyeye çıkarmayı hedefler(Çelik 2021). Lynagh ve ark. tarafından(2018) Yapılan bir araştırmada kanser hastalarının destekleyici bakım gereksinimlerinin yüksek olduğunu tespit edilmiştir bu çalışmada Avustralya’da hematolojik kanser hastaları ele alınmış ve bu hastaların %66’sının en az bir, orta ve çok yüksek oranda karşılanmayan bakım gereksinimi olduğu saptanmıştır(Lynagh ve ark. 2018). Yine Afiyanti ve arkadaşlarının çalışmasında (2019) jinekolojik kanserli hastaların %98’i en az bir destekleyici bakım gereksinimi olduğu saptanmış ve karşılanmayan destekleyici bakım gereksinimleri; bilgi gereksinimi %37,8, bakım gereksinimi %37,3, yaşam kalitesi gereksinimi %36,1, varoluşsal gereksinim %31,5 ve ilişki gereksinimi %23,9 olarak belirlenmiştir(Afiyanti ve ark. 2019).

Literatürde "kansere bağlı yalnızlık", "kansere ilişkin negatif sosyal beklenti" ve "kansere yönelik destekleyici bakım gereksinimi" gibi kavramları ele alan çalışmalar mevcut ancak ulusal ve uluslararası literatürün bu kavramlar arasındaki ilişkiyi nadiren incelediği görülmüştür. Bu çalışmada Türkiye’de jinekolojik kanser hastalarında yalnızlık ve kansere ilişkin negatif sosyal beklentileri ile destekleyici bakım gereksinimleri arasındaki ilişkiyi değerlendiren araştırma olması açısından önemlidir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada jinekolojik kanser hastalarında yalnızlık ve kansere ilişkin negatif sosyal beklentileri ile destekleyici bakım gereksinimleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Soruları

1. Jinekolojik kanser hastalarının sosyo-demografik ve klinik özellikleri nelerdir?
2. Jinekolojik kanser hastalarında kanser yalnızlık puan ortalamaları nedir?
3. Jinekolojik kanser hastalarında kansere ilişkin negatif sosyal beklentileri puan ortalamaları nedir?
4. Jinekolojik kanser hastalarında destekleyici bakım gereksinimleri puan ortalamaları nedir?
5. Jinekolojik kanser hastalarında yalnızlık ve kansere ilişkin negatif sosyal beklentileri ile destekleyici bakım gereksinimleri arasındaki ilişki ne düzeydedir?
6. Jinekolojik kanser hastalarında yalnızlık ve kansere ilişkin negatif sosyal beklentileri ile destekleyici bakım gereksinimleri düzeylerini etkileyen faktörler nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kanser

Kanser, temel olarak hücresel homeostazı değiştirmek ve büyümeyi desteklemek için hücresel bilgi akışını değiştiren genetik bir hastalık olarak bilinmektedir(Schmitt ve Chang 2016). Basitçe söylemek gerekirse; kanser hücrelerin anormal bir şekilde büyümesi olarak ifade edilebilir. Kanserler herhangi bir organ veya vücut yapısından kaynaklanır ve büyümeyi durdurma yeteneğini kaybetmiş küçük hücrelerden oluşur(Roy ve Saikia 2016). Genel olarak ise “ kanser; vücudumuzun çeşitli bölgelerindeki hücrelerin kontrolsüz çoğalması ile oluşan 100'den fazla hastalık grubudur” şeklinde tanımlanmaktadır(Alp ve ark. 2020). Kanser ölüme sebep olan hastalıklar arasında, dünyanın birçok ülkesinde olduğu gibi Türkiye’de kalp damar hastalıklarından sonra ikinci sırada yer almaktadır(Atan ve ark. 2020, İnci ve ark. 2019, Tekpınar ve ark. 2018).

2.2. Jinekolojik Kanserler

Jinekolojik kanserler kadın genital organlarını tutan kötü huylu oluşumlardır. Jinekolojik kanserlerin semptomları tutulan organa göre farklılık gösterip, bu grupta başlıca endometrium, serviks ve over kanserleri yer almaktadır(Bilge ve ark. 2019). Kanser çeşitlerinden biri olan kadın genital sistem kanserleri, bir diğer ismiyle jinekolojik kanserler, endometriyum, serviks, over başta olmak üzere vulva, vajen ve tuba uterinanın malign tümörlerini içerir(Srivastava ve ark. 2017). Jinekolojik kanserlerdeki risk faktörleri kanserin türüne ve bireye göre değişmektedir. Genel risk faktörleri incelendiğinde; yaş, sigara-alkol kullanımı, obezite, birtakım spesifik virüsler, aile öyküsünde kanser varlığı, hormonal, çevresel ve bireysel faktörler, sedanter yaşam tarzı, perinatal gelişim, mesleki maruziyet, sosyo-ekonomik düzey gibi birçok faktör rol oynamaktadır(Dal ve Ertem 2017).

2.3. Jinekolojik Kanserlerin Türleri

2.3.1. Endometriyum Kanseri

2.3.1.1. Endometriyum Kanseri ve Epidemiyolojisi

Yüksek gelirli ülkelerde, endometrium kanseri kadınlarda en yaygın görülen dördüncü kanser olmakla birlikte jinekolojik kanserler içinde en sık görülen jinekolojik kanser türüdür(Türen ve Acar 2021, Liao ve ark. 2019, Makabe ve ark. 2019, Amant ve ark. 2018). Kadınlarda tüm kanserler arasında meme, kolorektal, akciğer, serviks ve tiroid kanserleri sonrasında 6. sırada yer almaktadır. İnsidansı 8.71/100.000 olarak tespit edilmiştir. 2020 yılında dünya genelinde 417,367 yeni vaka ve 97,370 ölüm vakasının yaşandığı saptanmıştır(Özmüş 2021). Endometrium kanseri, kadınlar arasında dünya çapındaki kanser insidansının ve ölüm oranının yaklaşık %5 ve %2'sini oluşturmaktadır(Torre ve ark. 2017). 2019 yılında Amerikan kanser derneği Amerika Birleşik Devletleri'nde yaklaşık olarak 61,880 vakanın yeni tanı alacağını ve 12,160 kadının endometrium kanseri sebebi ile hayatını kaybedeceğini bildirmiştir(Siegel ve ark. 2019). Ülkemizde ise kadınlarda meme, tiroid ve kolorektal kanserden sonra 4. sıklıkta gözlenen kanserdir. Türkiye'de insidansı 10,5/100.000 olarak belirlenmiştir. Tüm yaş gruplarında kadınlarda görülen kanserler ele alındığında %5'ini uterin kanserler oluşturur(Özmüş 2021). Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı'na göre(IARC), endometriyal kanser insidansı hızla artıyor ve 2040 yılına kadar dünya çapında %50'den fazla artacağı tahmin edilmektedir(Koskas ve ark. 2021).

2.3.1.2. Risk Faktörleri

Endometrium kanseri klinikopatolojik özellikleri ve risk faktörleri birbirinden farklı olan iki ana sınıfa ayrılır(Brinton ve ark. 2013). Endometrium kanserlerinin %80'nini oluşturan tip 1 endometrium kanserinin risk faktörleridir. Daha nadir görüldükleri için tip 2 tümörler hakkında daha az veri mevcuttur. Tip 1 tümörler östrojenle ilişkili oldukları için esas risk faktörü uzun süreli progesteronla karşılanmamış endojen veya eksojen östrojen maruziyetidir(Batur 2020, Setiawan ve ark. 2013). Diğer önemli risk faktörleri ise, ileri yaş(> 55 yaş), progesteronsuz

östrojen tedavisi, tamoksifen, erken menarş, geç menopoz, nulliparite, polikistik over sendromu, obezite, diabetes mellitus, hipertansiyon, östrojen salgılayan tümörler, Lynch sendromu, Cowden sendromu ve aile öyküsü gibi birçok risk faktörü mevcuttur(Özmüş 2021, Batu 2020, Şahin ve ark. 2020, Liao ve Fisher 2019, Setiawan ve ark. 2013).

2.3.1.3. Klinik Bulgular

Endometrial kanser hastalarının yaklaşık %90'ında, en sık olarak postmenopozal dönemde olmak üzere anormal vajinal kanama görülür(Koh 2018). Hastalarda erken dönemde görülen semptomlar ise vajinal kanama, menoraji ve abdominal dolgunluktur. İdrar yaparken, cinsel ilişki sırasında veya pelvik bölgede ağrı gibi belirtiler de görülebilir. Sarkomlar ayrıca anormal kanamaya, pelvik ağrı ve baskıya sebep olabilir. İleri evre hastalarda ise ağrı, adet düzensizliği veya düzensiz vajinal kanama gibi şikayetler görülebilir(Korkusuz 2019, Kaplan 2019).

2.3.1.4. Tanı ve Tedavi

Endometriyal kanserin erken evrede prognozu oldukça iyidir. Erken evrede fark edilirse beş yıllık sağ kalım oranı %81-91, geç fark edilirse beş yıllık sağ kalım oranı %7-60 arasında değişmektedir. Jinekolojik tedavisinde anormal uterin kanamanın olması, 35 yaşından küçük kadınlarda ovulatuvar kanama olması durumunda ve 35 yaşından büyük kadınlarda ise anormal kanamanın olması durumunda endometriyal örnek alınması gerektiği ifade edilmektedir. Pap smear testi, serum CA 125 düzeyi, transvajinal ultrasonografi, endometrial örnekleme (endometrial biyopsi, probe küretaj veya fraksiyone küretaj) en çok kullanılan tarama testleridir. Bu yöntemler içerisinde en etkili tanı yöntemi endometriyal biyopsi olarak bilinmektedir(Çelebi 2021). Fiziksel ve pelvik muayeneden sonra, endometriyal kanser belirtilerini değerlendiren ilk test transvajinal ultrasondur(Koskas ve ark. 2021). Transvajinal ultrasonografi(TvUSG), endometriyal patolojiyi gösterme kapasitesi, güvenilirliği, sık kullanılabilirliği ve ucuz olmasından dolayı anormal uterin kanamayı değerlendirmek için kullanılan ilk görüntüleme yöntemi olarak bilinmektedir. Endometriyal kanserinde standart tedavi, bilateral salpingo ooferektomi(BSO) ve lenf nodu diseksiyonu olan veya olmayan total abdominal

histerektomidir(TAH)(Makabe ve ark. 2019, Şahin ve ark. 2019). Erken dönemde tespit edildiği takdirde en iyi tedavi şansı olan kanser tipidir(Çelebi 2021). Tedavi ve takibi yapılan endometriyal kanser hastaları için bakımının amaçları, bilgi ve psikolojik destek sağlamak, güvence vermek, tedaviden kaynaklanan olumsuz etkileri değerlendirmek, yönetmek ve erken nüksü teşhis etmektir(Koskas ve ark. 2021).

2.3.1.5. Korunma

Endometrium kanserinden korunmada; her yıl düzenli olarak jinekolojik kontrolleri yaptıрма, sağlıklı bir yaşam stiline sahip olmak, riskli davranışlardan uzak durmak(alkol, sigara vb. kullanmama), yağdan fakir diyet, düzenli fiziksel aktivite ve anormal kilo almadan uzak durmak gibi yöntemler önerilmektedir(Kaplan 2019).

Tablo 2.1. Endometrium Kanserinin TNM klasifikasyonu ve FIGO Evrelemesi(Creashan 2009, Koh ve ark. 2018).

TNM	FIGO	TANIMLARI
TX		Primer tümör değerlendirilemiyor
T0		Primer tümör belirtisi yok
Tis		İn situ karsinoma (preinvaziv karsinoma)
T1	I	Tümör korpus uteri ile sınırlı olan
T1a	IA	Tümör endometriyumla sınırlı, Miyometriyumun yarısı veya daha azına yayılmış olan
T1b	IB	Tümör miyometriyumun yarısından daha fazlasına yayılmış olan
T2	II	Tümör serviksin stromal bağ dokusunu tutan, ancak uterus dışına yayılmamış olan
T3a	IIIA	Seroza ve/veya adneksaya (direkt yayılım ya da metastaz) dağılmış
T3b	IIIB	Vajinal (direkt yayılım ya da metastaz) veya parametrial tutulum olan
	IIIC	Pelvik ve/veya para-aortik lenf nodlarına yayılımı olan
	IV	Mesane mukozası ve/veya bağırsak mukozasını içine alan tümör ve/veya uzak metastazlar
T4	IVA	Tümör idrar kesesi mukozası ve/veya bağırsak mukozasını çevrelemiş olan
Bölgesel lenf nodları (N)		
NX		Bölgesel lenf nodları değerlendirilemez
N0		Bölgesel lenf nodu metastazı bulunmayan
N1	IIIC1	Pelvik lenf nodlarına bölgesel lenf nodu metastazı olan
N2	IIIC2	Para-aortik lenf nodlarına bölgesel lenf nodu metastazı±pozitif pelvik lenf nodları
Uzak organ metastazı (M)		
M0		Uzak yayılım bulunmayan
M1	IVB	Uzak yayılım olan (İnguinal lenf nodları, intra--peritoneal, akciğer, karaciğer veya kemik dahil. Para-aortik lenf nodları, vajina, pelvik seroza veya adneksiyal metastazlar hariç)

2.3.2. Serviks Kanseri

2.3.2.1. Serviks Kanseri ve Epidemiyolojisi

Dünyada kadınlar arasında yaygın bir şekilde görülen ve tarama testleriyle erken dönemde tespit edilebilen serviks kanseri, dünya genelinde kadınlar arasında görülen kanser türleri içerisinde dördüncü sırada iken, Doğu ve Orta Afrika ülkelerinde ilk sırada yer almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yayınlanan GLOBOCAN 2018 verilere göre yılda yaklaşık olarak 570 bin yeni serviks kanseri vakası teşhis edilirken serviks kanseri sebebiyle ortalama 311 bin ölüm görülmektedir(DSÖ 2018).

Serviks kanseri, yılda yaklaşık 529.800 yeni vaka ve 275.100 ölümle dünya çapında kadınlarda en yaygın görülen kanserler arasındadır. Unutulmamalıdır ki, serviks kanseri insidansı gelişmiş ülkeler ve az gelişmiş ülkeler arasında orantısız bir şekilde dağılmıştır. İyi gelişmiş ülkelerde kanser tarama programları ve human papilloma virüsü(HPV) aşılama programları nedeniyle serviks kanseri insidans oranları ve ölümleri giderek azalmıştır. Bununla birlikte, daha az gelişmiş ülkelerde rahim ağzı kanseri hala en yaygın kanserlerden biridir ve kadınlarda kansere bağlı ölümlerin önde gelen sebebidir. Örneğin Sahra altı Afrika'dakiler gibi dünyanın en fakir ülkelerinden bazılarında kansere bağlı ölümlerin önde gelen nedeni olduğu tahmin edilmektedir(Canfell 2019, Hu ve Ma 2018).

Serviks kanserinin insidans ve mortalite oranları dünya çapında her yıl %1.6 oranında azaldığı tespit edilmiştir. Bu düşüş, sağlık hizmetlerine erişimin artmasından ve başarılı tarama programlarından kaynaklanmıştır. Ancak vakaların %80'inden fazlası ve ölümlerin %88'i düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana geldiği tahmin edilmektedir(Cetina ve Castro 2020).

2.3.2.2. Risk Faktörleri

Serviks kanseri üzerinde yapılan araştırmalar HPV'nin serviks kanserinin ortaya çıkmasında etkili olduğunu göstermektedir. Pek çok farklı HPV tipi olmasına rağmen, bu tipler dünya çapında serviks kanseri araştırmalarında tanımlandığı için sadece 12 tanesi onkojenik olarak kabul edilmiştir. HPV tip 16 ve 18, tüm serviks

kanserlerinin yaklaşık %70'ini oluştururken, diğer 10 yüksek riskli HPV tipi kalan %30'u oluşturmaktadır(Liao ve ark. 2019). Ayrıca yaş, sigara kullanımı, doğum ve gebelik sayısının fazla olması, İlk gebelik yaşının 20 ve altında olması, oral kontrasepsiyon kullanımı, vitamin C, beta karoten ve folat eksikliğinin olması, genetik faktörler, erken yaşta cinsel ilişki(<16 yaş), CYBE öyküsü, cinsel partner sayısı fazla olma, çok eşli partnere sahip olma, gelir durumunun kötü olması, immünosupresyon, düzenli kondom kullanmama, kötü hijyen koşulları, bağışıklık sisteminin zayıf olması, düzenli Pap smear testi yaptırmamış olmak gibi birçok risk faktörü mevcuttur(Aballea ve ark. 2020, Olusola ve ark. 2019, Selçuk 2019, Demir 2017).

2.3.2.3. Klinik Bulgular

Serviks kanserinin en tipik bulgusu ağrısız kanamanın olması ve et suyu renginde vajinal akıntı görülmesidir. Anormal vajinal kanama, cinsel ilişki ve jinekolojik muayene sırasında kanama, menopoz sonrası kanama, adet kanamalarının uzun sürmesi ve normalden daha ağır geçmesi, pelvik muayene sonrası kanama, cinsel ilişki sırasında ağrı olması, ileri evrelerde kötü kokulu vajinal akıntı, bel ve kasık ağrısı, genital ve anal mukozalarda karnabahar görünümünde tek veya çok sayıda olabilen ağrısız lezyonlar, anemi, kilo kaybı, idrar yapmada güçlük ya da bacak ödemi görülebilir. Ayrıca daha ileri evrelerde iştahsızlık, anemi, baş dönmesi, kilo kaybı ve yorgunluk gibi belirtiler de görülmektedir(Durmaz ve ark. 2021, Yılmaz 2019, Aydoğdu ve Özsoy 2018, Karaoğlan 2016).

2.3.2.4. Tanı ve Tedavi

Serviks kanserinin tanılanmasında; papsmear, HPV testinin uygulanması, biyopsi, kolposkopi, sistoskopi gibi yöntemler ile tanı konulabilmektedir(Paşalak 2020). Pap smear testi uygulaması serviks kanserinin erken tanısında kullanılan en etkin yöntemdir. Pap smear testi uygulaması, serviks kanserini, kliniksel olarak ortaya çıkmadan önce %90-95'e varan bir doğrulukla teşhis edilebilen, kolay uygulanabilir ve daha ekonomik bir yöntem olarak bilinmektedir(Gözüyeşil ve ark. 2019). Rahim ağzı kanseri, HPV aşısı (ergenlik öncesi ve ergenlik çağındaki genç

kızlar için birincil korunma) ve rahim ağzı taraması (kadınlar için ikincil korunma) yoluyla önlenabilir(Canfell 2019).

Altinel ve Akının yaptıkları çalışmaya göre; serviks kanseri tarama programına katılım oranları gelişmiş ülkelerde %60 ve üstündeyken, daha az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde bu oran %20'nin altında olduğu belirlenmiştir. Ülkemizde ise 15 yaş üstü kadınların %72.6'sı, 40 yaş üstü evli kadınların ise %66.1'i hiçbir şekilde serviks kanseri tarama programına başvurmadıkları saptanmıştır(Altinel ve Akın 2020). Serviks kanserinin tedavisi, hastanın yaşına göre değişkenlik gösterebilmektedir. Erken yaşta görülen ve henüz ilerlememiş olan serviks kanserinin tedavisinde serviksin korunması oldukça önemlidir. Birçok kanserin tedavisinde kullanılan radyoterapi, cerrahi tedavi, ve kemoterapi; serviks kanseri tedavisinde de kullanılmaktadır(Yılmaz 2019).

Tablo 2.2. Genel Populasyonda Serviks Kanser Tarama Yöntemleri(ACS 2016)

Taranacak Nüfus	Önerilen Tarama Metodu	Yorum
21 yaş ve altı	Tarama yapılmaz.	
21-29 yaş arası	3 yılda 1 yalnızca sitoloji ile tarama yapılır.	Sadece HPV DNA testi ile tarama önerilmez.
30-65 yaş	5 yılda bir HPV DNA testi ve sitolojinin birlikte kullanılması (co-test) tercih edilir. Sadece servikal sitoloji de kabul edilebilir Taramaya 3 yılda bir tekrarlanması önerilir.	CIN2, CIN3 veya adenokarsinoma in situ öyküsü olan kadınlarda spontan regresyondan sonra 20 yıl tarama yapılmaktadır.
Total histerektomi yapılan kadınlarda	Taramaya gerek yoktur	Son 20 yılda CIN2, CIN3 veya adenokarsinoma in situ veya kanser öyküsü olanlarda taramaya devam edilmelidir.
HPV aşısı yaptıran kadınlar	Yaşa göre önerilen tarama programı uygulanır (aşılanmamış kadınlarla aynı).	
Türkiye'de Serviks Kanser Tarama Programı		
30-65 yaş	Beş yılda bir HPV DNA veya Pap smear testi HPV pozitifler için refleks sitoloji ve genotipleme	Son iki HPV veya Pap-smear testi negatif olan 65 yaşındaki kadınlarda tarama kesilmelidir.
Histerektomi sonrası tarama	Benign jinekolojik nedenlerle total histerektomi olan kadınların takibi (CIN II ve III varlığı, benign kabul edilmemektedir) mecburi değildir	CIN2 ve CIN3 sebebiyle histerektomi olan kadınlarda üç raporu olan, teknik olarak yeterli negatif sitoloji ve son 10 yılda anormal/pozitif sonuç içinde yoksa tarama kesilmelidir.

2.3.2.5. Korunma

Serviks kanserinden korunmada; Serviks kanserine yönelik riskli davranışları değiştirmeye ve risk faktörlerini önlemeye yönelik uygun adımların uygulanması, toplumda farkındalık oluşturulması, Düzenli olarak jinekolojik muayeneler yaptırılması, serviks kanseri tarama programları hakkında bilgi verilmesi ve programlara yönlendirme sağlanması, tarama programlarına katılımı konusundaki engeller belirlenip bunlara yönelik girişimler uygulanması ve topluma HPV aşısının ne olduğu anlatılması ve kullanımı yaygınlaştırılması gibi yöntemler önerilmektedir(Özerdoğan ve Gürsoy 2017).

Tablo 2.3. Serviks Kanserinin TNM klasifikasyonu ve FIGO Evrelemesi (Bhatla ve ark. 2019, Cibula ve ark. 2018).

TNM	FIGO	TANIMLARI
TX		Primer tümör değerlendirilemez
T0		Primer tümör belirtisi yok
T1	I	Servikal karsinom uterusda sınırlı (korpusta yayılım göz ardı)
T1a	IA	Sadece mikroskopi ile invaziv karsinom tanısı alır. Epitel tabanından ölçülen stromal invazyonun maksimum derinliği 5.0 mm ve horizontal yayılımı 7.0 mm veya daha az
T1a1	IAI	stromal invazyon 3 mm veya daha az derinlikte ve 7 mm veya daha az horizontal yayılım ölçülmüş
T1a2	IA2	Ölçülen stromal invazyon 3 mm'den fazla ve 5 mm'den fazla değil ve horizontal yayılım 7 mm veya daha az
T1b	IB	Servikte sınırlı olup klinik görülebilen lezyon veya T1a2/IA2'den büyük mikroskopik lezyon. Yüzeysel invazyonlar dahil bütün makroskopik görülebilen lezyonları içerir.
T1b1	IB1	En büyük kliniksel görülebilen lezyon çapı 4 cm veya daha az
T1b2	IB2	En büyük kliniksel görülebilen lezyon çapı 4 cm'den büyük
T2	II	Vajenin alt üçte biri veya Pelvik duvar hariç uterus dışında servikal karsinom invazyonu
T2a	IIA	Parametrial invazyon olmayan tümör
T2a1	IIA1	En büyük kliniksel görülebilen lezyon çapı 4 cm veya daha az
T2a2	IIA2	En büyük kliniksel görülebilen lezyon çapı 4 cm'den büyük
T2b	IIB	Tümöral parametrial invazyon olan
T3	III	Tümör vajenin alt üçte bir tutulumu olan ve/veya pelvik yan duvara uzanıyor ve/veya hidronefroz veya böbrek fonksiyon bozukluğuna yol açan
T3a	IIIA	Vajen alt üçte birini tutan ancak pelvik yan duvara uzanmayan tümör
T3b	IIIB	Pelvik yan duvara uzanan ve/veya hidronefroz veya böbrek fonksiyon bozukluğuna yol açan tümör
T4	IVA	Tümör rektum, mesane mukozasına ve/veya gerçek pelvise uzanıyor
	IVB	Tümör uzak organlara işgal etmiş

2.3.3. Over Kanseri

2.3.3.1. Over Kanseri ve Epidemiyolojisi

Over kanseri, kadın sağlığını ve yaşamını tehdit eden jinekolojik tümörler arasında en yüksek ölüm oranına sahip olan jinekolojik kanser türüdür(Kim ve Kim 2021, Liu ve ark. 2020, Kehle 2020, Lisio ve ark. 2019, Nebgen ve ark. 2019, Odunsi 2017). Over kanseri, kadınlar arasında dünya çapındaki kanser insidansının ve ölüm oranının yaklaşık %4'ünü oluşturmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü(WHO) verilerine göre 2020 yılında Türkiye'de 4059 kadının over kanseri tanısı aldığı öngörülmektedir(WHO 2020). Over kanseri her yaşta ortaya çıkabildiği gibi 50 yaş üstü hastalarda daha sık görülmektedir(Roett ve Evans 2009). Genel popülasyonda yaşam boyu over kanseri riski yaklaşık %1.3'tür(Nebgen ve ark. 2019).

2.3.3.2. Risk Faktörleri

Ailede meme veya over kanseri öyküsü yumurtalık kanseri için büyük bir risk faktörüdür ve bilinen genetik yatkınlık (ağırlıklı olarak BRCA1 veya BRCA2'deki germ hattı mutasyonları) vakaların %10 ila %15'ini oluşturur(Chandra ve ark. 2019, Torre ve ark. 2017). Lynch sendromu, polikistik over sendromu, rahim içi araç kullanımı, sigara kullanımı, asbest, obezite, aralıksız ovulasyon, gonadotropinlere maruziyet, ileri yaş, reproduktif ve hormonal faktörler, erken menarş ya da geç menopoz, nulliparite, infertilite, hormon replasmanı tedavisi gibi birçok risk faktörü etkilidir(Güzel ve ark. 2019). Over kanseri riskini azaltan faktörler ise multiparite, çoklu gebelik(risk her gebelikle azalır), emzirme(süre ile risk azalır), tubal ligasyon ve salpinjektomi olarak sıralanmaktadır. Ayrıca oral kontraseptif kullanımının over kanseri riskini %30'a kadar azalttığı tahmin edilmektedir(Armstrong ve ark. 2019, Nebgen ve ark. 2019, Torre ve ark. 2017).

2.3.3.5. Klinik Bulgular

Over kanserinin belirtileri erken evrede çok az veya hiç görülmemektedir. Genellikle over kanserinin klinik bulguları ileri evrede gözlenmektedir(Kızılırmak 2019). Belirtiler yavaşça kendini gösterir ve kanser ileri evrelere yaklaştıkça da semptomlar ortaya çıkmaya başlar. Bu yüzden literatürde sessiz katil olarak

anılmaktadır(Evgin 2020). Over kanserinin en yaygın görülen belirtileri; iştahsızlık ya da çabuk doyma hissi, şişkinlik/hazımsızlık, pelvik veya abdominal ağrı, urge inkontinans veya pollaküri gibi önemli belirtileri mevcuttur(Başıoğlu 2020). Erken evrede en sık görülen belirtileri; hazımsızlık, sık idrara çıkma, abdominal şişkinlik hissi veya karın ağrısı, kabızlık, diyare, yorgunluk, mide bulantısı, sırt ağrısı, cinsel ilişki sırasında ağrı, düzensiz menstrual kanamalar, menoraji, ani kilo kaybı veya kilo artışı ve batında bölgesinde görülen distansiyondur; İleri evrede en sık görülen belirtileri ise, artmış karın çevresi(Etek veya pantolon daha sıkı hissedilir), şişkinlik, kendini hasta hissetmek, hazımsızlık, kilo kaybı, halsizlik, bulantı ve kusma, ele gelen abdominal veya pelvik kitle, sırt ağrısı, plevral effüzyon, yemeğe başladıktan kısa süre sonra doygunluk hissetme ve nefes darlığı gibi belirtiler görülmektedir(Çiçek 2021, Başoğlu 2020, Kızılırmak 2019).

2.3.3.4. Tanı ve Tedavi

Over kanserini taramak veya teşhis etmek için başvuru alan ilk basamak fizik muayene, pelvik muayene ve kişisel tıbbi öykü ile aile öyküsünün sorgulanmasıdır(Paşalak 2020). Ayrıca temel olarak serum CA-125, renkli Doppler ultrason, laparoskopi, sitolojik muayene ve kan testleridir(Dong ve ark. 2014). Yumurtalık kanseri erken teşhis edilirse, 5 yıllık sağkalım oranları over ile sınırlıysa (Evre I) %90, pelvisle sınırlıysa (Evre II) %70'dir. Bununla birlikte, çoğu over kanseri, 5 yıllık sağ kalım oranları %30'dan az olduğunda, evre III (%51) ve IV'te (%29) teşhis edilir(Bast ve ark. 2020, Nebgen ve ark. 2019). Over kanseri hastalarının yaklaşık %60-70'i evre III-IV'tedir veya tanı konulduğunda abdominal metastaz vardır. Over kanseri erken dönemde genellikle asemptomatiktir ve daha sonraki dönemlerde hastada karında şişkinlik, karında kitle, gastrointestinal semptomlar ve tümör infiltrasyonu gibi semptomlar görülür. Cerrahi tedavi, radyoterapi ve kemoterapi gibi tedaviler sürekli iyileştirilse de 5 yıllık sağ kalım oranı hala %30 civarındadır ve prognozu kötüdür(Dong ve ark. 2014). Over kanserinin tedavisi hastanın genel durumuna, fertilite isteğine, hastalığın prognozuna ve tümörün özelliklerine göre belirlenmektedir. Tedavideki amaç; hastaya uygun bir tedavi uygulayarak tümörü boyutunu küçültmek, varolan semptomları azaltmak,

hastalığı iyileştirmek ve hastalığın tekrarlamasını engellemektir. Over kanserinin evrelemesi cerrahi olarak yapılmaktadır(Delican 2019).

2.3.3.6. Korunma

Over kanserinden korunmada ilk basamak kadınlar üzerinde farkındalık oluşturmakla başlar. Diyet over kanserinde önemli bir faktördür. Bu doğrultuda diyetle kırmızı etin daha az tüketilmesi, daha çok meyve ve sebze tüketme, normal kilonun korunması over kanserinin önlenmesi konusunda önem teşkil etmektedir. Birincil koruma kapsamına giren bir diğer koruyucu faktör egzersizdir. Kilo kontrolünün, hormonal düzenin sağlanması ve insülin direncinin azalmasını etkileyerek over kanserinin ortaya çıkmasını sağlayan riskleri azaltır. Oral kontraseptif kullanımında over kanserinin korunmasında etkili olduğu bilinmektedir. Over kanserinde kesin olarak bir tarama programından bahsetmek mümkün değil. Over kanserinden ikincil koruma genetik olarak riskli ya da ailesinde over kanseri öyküsü bulunan kadınların tarama programlarına başvurmalarını kapsar. Bu sebeple kanser riskini taşıyan kadınlarda ultrason, CA 125 tümör belirteç düzeyi ile birlikte risk taramasının yapılması over kanserinin ikincil korunmasında oldukça önemlidir. Over kanserinde üçüncül koruma ise belli bir tanı ve tedavi sürecinde olan hastaların rehabilitasyonunu içermektedir(Güler 2020).

Tablo 2.4. Over Kanserinin TNM klasifikasyonu ve FIGO Evrelemesi(Armstrong ve ark. 2019, Kehoe 2020).

TNM	FIGO	TANIMLARI
TX	-	Primer tümör değerlendirilemiyor
T0	-	Primer tümör belirtisi bulunmuyor
Tis		İn situ karsinoma (preinvaziv karsinoma)
T1	I	Tümör overlere sınırlıdır
T1a	IA	Tümör bir overe sınırlı iken, kapsül intakt, over yüzeyinde ise tümör bulunmaz, asit ya da batın yıkama sıvısında malign hücre bulunmaz
T1b	IB	Tümör her iki overe sınırlı, kapsül intakt, over yüzeyinde tümör bulunmaz, asit ya da batın yıkama sıvısında malign hücre bulunmaz
T1c	IC	Tümör bir ya da her iki overe sınırlıdır ve kapsül ruptürü, over yüzeyinde tümör, asit ya da batın yıkama sıvısında malign hücre varlığından herhangi biri
T2	II	Tümör pelvik yayılımla birlikte bir ya da her iki overi etkilemektedir
T2a	IIA	Uterus ve/veya tubada tümör yayılımı ve/ veya tümör implantı. Asit sıvısında ya da batın yıkama sıvısında malign hücre bulunmuyor
T2b	IIB	Diğer pelvik dokulara yayılım, asit veya batın yıkama sıvısında malign hücre bulunmuyor
T2c	IIC	Pelvik yayılım ve/veya implant (2a veya 2b) ve asit veya batın yıkama sıvısında malign hücrenin olması
T3	III	Pelvis dışında mikroskobik olarak doğrulanmış peritoneal metastazlı bir veya her iki overi tutan tümör varlığı
T3a	IIIA	Mikroskobik pelvis dışı periton metastazı (makroskobik metastaz bulunmuyor)
T3b	IIIB	En büyük çapı 2 cm'den küçük pelvis dışı periton metastaz varlığı
T3c	IIIC	En büyük çapı 2 cm'den büyük pelvis dışı periton metastaz ve/ veya bölgesel lenf nodu metastaz varlığı
	IV	Mesane mukozası ve/veya bağırsak mukozasını içine alan tümör ve/veya uzak metastazlar varlığı
T4	IVA	İdrar kesesi mukozası ve/veya bağırsak mukozasını içine alan tümör bulunması
Bölgesel lenf nodları (N)		
NX		Bölgesel lenf nodları değerlendirilemez
N0		Bölgesel lenf nodu metastazı olmayan
N1	IIIC	Paraaortik lenf nodlarına bölgesel lenf nodu metastaz varlığı
Uzak organ metastazı (M)		
M0		Uzak metastaz olmayan
M1	IVB	Uzak metastazlar varlığı (peritoneal metastazlar hariç)

2.3.4. Vulva Kanseri

2.3.4.1. Vulva Kanseri ve Epidemiyolojisi

Vulva anatomik olarak; mons pubis, labia major, labia minor, klitoris, vajinal vestibül bulbus, skene bezleri ve bartholin bezleri kısımlarından oluşur(Manuel ve Manuel 2020, Wohlmuth ve Wieser 2019). Vulva kanseri daha çok labia majörleri daha az sıklıkla labia minörleri, klitoris veya vajinal bezleri etkiler(Keskin ve Tahta

2021). Jinekolojik kanserler arasında endometrium, serviks ve over kanserinden sonra dördüncü sırada yer almaktadır(MacDuffie ve ark. 2021, Merlo 2020, Wohlmuth ve Wieser 2019). Vulva kanseri, kadınlarda görülen tüm kanserlerin %1'ini ve tüm jinekolojik kanserlerin %4'ünü oluşturan nadir görülen bir kanser türüdür(MacDuffie ve ark. 2021, Spika ve ark. 2021). Her yıl dünya çapında 27.000 kadına vulva kanseri teşhisi konuyor. Vulva kanserinin en yüksek insidansı Avrupa, Kuzey ve Güney Amerika, Okyanusya ve en düşük Asya'dadır(Merlo 2020). Vulva kanserinin gelişmiş ülkelere göre görülme sıklığı daha yüksektir(Spika ve ark. 2021). Amerika Birleşik Devletleri'nde yaşa göre vulva kanseri insidansı 100.000 kadında 2.5'dir. Vulvar kanseri en sık postmenopozal kadınlarda bulunmakla birlikte ortalama tanı yaşı 65'tir(Manuel ve Manuel 2020). Küresel Kanser Gözlemevi (GCO)'nin küresel kanser istatistiklerine göre 2020 yılında yeni vulva kanseri tanısı alan 45.240 vaka tespit edilmiş, ve bu vakaların 286'sı Türkiye'de olduğu belirlenmiştir. Türkiye'de 2020 yılı içerisinde 93 kadının vulva kanseri sebebiyle yaşamını yitirdiği tespit edilmiştir. Ayrıca son beş yıllık prevalansa göre de 862 vaka sayısı olduğu saptanmıştır(WHO 2021).

2.3.4.2. Risk Faktörleri

Vulva kanserine zemin hazırlayan faktörler iki grup şeklinde ele alınabilir. ilk grup HPV enfeksiyonu ile ilişkili olup yaygın bir şekilde genç kadınları etkilerken; ikinci grup ise HPV' den bağımsız olup daha ileri yaştaki kadınları etkilediği görülmüştür(Karaman 2020). Vulva kanseri için spesifik bir etyolojik ajan olmamakla birlikte genel olarak, ileri yaş, HPV enfeksiyonu, hipertansiyon, diyabet, genital siğiller, CYBE öyküsü, obezite, düşük sosyoekonomik durum, sigara kullanımı, vulvanın inflamatuvar koşulları ve immün yetmezlik gibi faktörler yer alır(Karaman 2020, Merlo 2020, Paşalak 2020, Wohlmuth ve Wieser 2019).

2.3.4.3. Klinik Bulgular

Vulva kanserinin ilk evrelerinde belirti görülmeyebilir. Genel olarak vulva kanserinin en sık görülen belirtisi kaşıntıdır. Deride renk değişikliği ve kalınlaşma, vajinada kanama veya akıntı, vulvada yanma, döküntü, kızarıklık, siğil benzeri ve/veya ülseratif lezyonlar, dizüri ve ağrı gibi belirtiler görülebilir. İlerlemiş

vakalarda ise vulvada tümör ortaya çıkabilir(Keskin ve Tahta 2021, Merlo 2020, Manuel ve Manuel 2020).

2.3.4.4. Tanı ve Tedavi

Vulvada malign hastalık şüphesi olan bir kadının tedavisi, kapsamlı bir tıbbi öykü ile başlar ve ardından klinik muayene ile devam eder(Merlo 2020). Vulva kanseri tanısı histopatolojiktir; Rutin bir pelvik muayene sırasında çıplak gözle veya büyüteçle vulvar muayenesi yapılır ve şüpheli kabarıklıklar, siğiller veya lezyonlar tespit edilebilir(Manuel ve Manuel 2020). Kesin tanı için alınan dokunun histolojik incelemesi ile hedefe yönelik bir biyopsi gereklidir(Merlo 2020). Biyopsi ile tanı kesinleştirilebilir. Biyopsi kalınlığı en az 4 mm olmalıdır. Biyopsi materyalinde hücre tipi ve invazyon derinliği mutlaka belirlenmelidir. Vulva kanseri belirlendikten sonra, kanser hücrelerinin vulva içinde veya çevre bölgelere metastaz yapıp yapmadığını saptamak için pelvik muayene, kolposkopi, sistoskopi, proktoskopi, pelvik manyetik rezonans (MR), bilgisayarlı tomografi (CT) gibi yöntemler ile detaylı tarama yapılmalıdır(Keskin ve Tahta 2021). Vulva kanserinin tedavisi hastanın genel durumuna, hasta yaşına, hastalığın prognozuna ve tümörün özelliklerine göre belirlenmektedir. Vulva kanserinin tedavisi genellikle cerrahi tedavi, radyoterapi ve kemoterapiyi içerir. Sistemik tedavi nadiren kullanılır. Tedavi uzun süreli olabilir ve yaşam kalitesi üzerinde büyük bir etki yaratabilir(Merlo 2020). İnvaziv vulva kanserinde başvuru alan cerrahi tedavi yöntemleri, geniş lokal eksizyon(basit parsiyel vulvektomi), radikal parsiyel vulvektomi ve radikal tam vulvektomi olarak sıralanmaktadır(Delican 2019).

2.3.4.5. Korunma

Jinekolojik kanserlerin diğer türlerinde olduğu gibi vulva kanseri taramasında spesifik bir yöntem mevcut değildir. Vulva kanserinin korunmasında risk faktörlerinin ortadan kaldırılması önemli korunma yöntemleriyle ilişkilendirilmiştir. Bunlar; CYBE korunma, sigara kullanmama, aşı programlarına başvurma(HPV aşısı gibi), genital hijyene dikkat etme ve kendi kendine vulva muayenesi(KKVM) yapma gibi korunma yöntemleri mevcuttur(Ersin 2021, Karaman 2020).

Tablo 2.5. Vulva Kanserinin FIGO Evrelemesi(Hernandez 2020)

FIGO	TANIMLARI
I	Tümör vulvada sınırlı
IA	Tümör vulva ya da perinede sınırlı, en büyük çapı ≤ 2 cm ve stromal invazyon ≤ 1 mm, lenf nodu yok
IB	Tümör vulva ya da perinede sınırlı, en büyük çapı >2 cm veya stromal invazyon >1 mm, lenf nodu negatif
II	Tümör herhangi bir büyüklükte ve komşu perineal yapılara uzanım göstermekte (1/3 alt üretra, 1/3 alt vajen, anüs), lenf nodu negatif
III	Tümör herhangi bir büyüklükte ya da komşu perineal yapılara uzanım göstermekte (1/3 alt üretra, 1/3 alt vajen, anüs), pozitif inguino-femoral lenf nodları
IIIA1	Uterus ve/veya tubada tümör yayılımı ve/ veya tümör implantı. Asit sıvısında ya da batın yıkama sıvısında malign hücre yok 5mm'e eşit ya da büyük 1 lenf nodu metastazı
IIIA2	5mm'den küçük 1-2 lenf nodu metastazı
IIIB1	5mm'e eşit ya da büyük 2 ya da daha fazla lenf nodu metastazı
IIIB2	5mm'den küçük 3 ya da daha fazla lenf nodu metastazı
IIIC	Ekstrakapsüler yayılımı olan pozitif lenf nodu/nodları
IVA1	Tümör diğer bölgesel yapılara uzanım göstermekte (2/3 üst üretra, 2/3 üst vajen), mesane mukozası, rektal mukoza, ya da kemiğe fikse
IVA2	Tümör diğer bölgesel yapılara uzanım göstermekte (2/3 üst üretra, 2/3 üst vajen), mesane mukozası, rektal mukoza ya da kemiğe fikse ya da ülsere inguino-femoral lenf nodları
IVB	Pelvik lenf nodları da dahil herhangi bir uzak metastaz

2.3.5. Vajina kanser

2.3.5.1. Vajina Kanseri ve Epidemiyolojisi

Vajina kanseri, tüm jinekolojik kanserlerin %1-3'ünü oluşturan ve kadın melanomlarının %0.3-%0.8'ini oluşturan, kadın genital sisteminin nadir görülen bir tümörüdür(Samejima ve ark. 2021, Puri ve Asotra 2019, Chang ve ark. 2016). Vajina kanseri, 5 yıllık sağ kalım oranı %5-25 olan çok agresif bir tümördür(Puri ve Asotra 2019). GLOBOCAN 2018 verilerine göre vajina kanserinin tüm yaş gruplarındaki kadınlarda görülme insidansı 100.000 kişide 0,37 iken, mortalite oranı 100.000 kişide 0,16 olarak hesaplanmıştır(WHO 2018). Türkiye'de ise 2015 Kanser İstatistiklerine göre 100.000 kadından 0,1'ine vajina kanseri tanısı konulduğu belirlenmiştir. Bu verilere bakıldığında vajinal kanserlerin Türkiye'de yaygın bir şekilde görülmediği tahmin edilmektedir(Baçoğlu 2020).

2.3.5.2. Risk Faktörleri

Vajina kanserinin sebebi tam olarak bilinmemekle birlikte pap smear test sonucu pozitif çıkan olgular, gelir durumu kötü olan ve genital siğil öyküsü bulunan

bireyler ciddi risk altındadırlar. Ayrıca radyasyon maruziyeti, CYBH öyküsü olanlar, servikal veya vulva kanser öyküsü olan, 60 yaş ve üzerinde olmak, HPV enfeksiyonuna sahip olmak, histerektomi geçirmiş olmak, alkol veya sigara kullanmak, intrauterin DES (diethylstilbestrol) maruziyeti, genç yaşta cinsel ilişkiye girmek, gibi risk faktörleri mevcuttur(Atlas 2020, Gardner ve ark. 2015). Vajina kanseri risk faktörlerinin %50'den fazlasının HPV ile özellikle HPV 16 ve 18 tipleri ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir(Başoğlu 2020).

2.3.5.3. Klinik Bulgular

Vajina kanser bazen hiç belirti vermeyebilir. Ancak vakaların birçoğunda anormal vajinal kanama (özellikle cinsel ilişki sonrası vajinal kanamanın olması), vajinal akıntının olması, vajinada palpe edilebilen kitle, pelvikte ağrı veya pelvikte kitle, dizüri, konstipasyon, sırt ağrısı, disparoni, bacaklarda ödem, sık sık ve acil idrara çıkma zorunluluğu hissetmesi gibi belirtiler yaygın bir şekilde görülebilir(Atlas 2020, Başoğlu 2020).

2.3.5.4. Tanı ve Tedavi

Kanser belirti ve bulguların süresi, şiddeti ve sıklığı konusunda detaylı anamnez almak gerekir(Delican 2019). Diğer jinekolojik kanserler için geçerli olduğu gibi, vajinal kanser teşhisi için kullanılan Pelvik muayene, hastalığın lokal yaygınlığını değerlendirmek için en önemli yöntem olmaya devam etmektedir, ancak bu yöntemin tek başına lenf adenopatiji ve tümör infiltrasyonunun boyutunu saptama yeteneği sınırlıdır(Gardner ve ark. 2015). Tanıda en güvenilir olan tetkik, kolposkoptur. Vajinada bulunan rugaeler sebebiyle vajenin kolposkop görüntülenmesi zordur. Kesin tanı için kadına biyopsi yapılır. Görüntüleme yöntemlerinden PET ve bilgisayar tomografisi lenf nodu tutulumunu göstermek için kullanılan yöntemlerdir(Delican 2019). Vajina kanserinin tedavisinde hastanın genel durumuna, yaşına, hastalığın prognozuna ve tümörün özelliklerine göre belirlenebilir. Hastalarda kan tetkikleri, abdomen ve pelvisin MR ve CT'sine, PET, BT, proktoskopi ve sistoskopi sonuçlarına göre klinik evrelemeye karar verilir. Erken evre de başvuru olan yöntemler cerrahi tedavi, radikal histerektomi, vajinektomi ve

bilateral pelvik lenfadenektomidir. Daha ileri evreler için cerrahi sonrası radyoterapi uygulaması yapılır(Samejima ve ark. 2021, Delican 2019).

2.3.5.5. Korunma

Vajina kanserinden korunma: Kadınların düzenli olarak her yıl jinekolojik muayenelerini yaptırıp, riskli grupta yer alan kadınların ise her yıl olarak pap smear testi yaptırmaları büyük önem teşkil etmektedir(Erdoğan 2021).

Tablo 2.6. Vajinal Kanserinin FIGO Evrelemesi(Adams ve Cuello 2018)

FIGO	TANIMLARI
I	Tümör vajinaya sınırlı
II	Tümör paravajinal dokulara uzanmış fakat pelvik duvara uzanım bulunmuyor
III	Tümör pelvik duvara yayılmış (kas, fasya, nörovasküle yapılar ya da kemik pelvisin iskelet kısmı)
IVA	Gerçek pelvis dışına uzanım var veya tümör mesane ya da rektum mukozasına yayılmış (büllöz ödem tümörü T4 olarak sınıflamak için yeterli değildir)
IVB	Herhangi bir uzak metastaz.

2.4. Jinekolojik Kanserlerde Erken Tanı ve Tarama Yöntemleri

1. Vajinal Sürüntü(Pap Smear)
2. Endometriyal Smear
3. Sitoloji
4. Biyopsi
5. Servikal Konizasyon
6. Kuldoskopi
7. Utero Tubal Insuflasyon(Rubin's Testi)
8. Kuldosentez
9. Kolposkopi
10. Histeroskop
11. Schiller's Iodine Test
12. Laparoskopi
13. Transvaginal Ultrasonografi(Çelebi 2021).

2.5. Kanser Hastalarının Yaşadıkları Psikolojik Sorunlar

Kanser küresel olarak ikinci önde gelen ölüm nedenidir ve yüksek gelirli ülkelerde en yaygın ölüm nedeni haline gelmiştir(WHO 2018). Kanser en yaygın risk faktörleri üzerine araştırmalar fazla olmasına rağmen yalnızlık ve sosyal izolasyon gibi psikososyal risk faktörlerin etkilerine dair çalışmalar sınırlıdır(Kraav ve ark. 2021). Kanser, yıkıcı bir yaşam deneyim olmakla birlikte hayatta kalan birçok kişi üzerinde psikolojik sorunlara sebep olmaktadır(Ernst ve ark. 2021). Kanser ve tedavisi, kişinin sosyal aktivitelere katılma yeteneğini etkileyerek, akranlarla sınırlı paylaşılan deneyimlere yol açarak sıklıkla yalnızlığı artırabilir. Yalnızlık, kanser hastalarında uzun vade de fiziksel, duygusal ve bilişsel sağlığın bozulmasına neden olabilir. Bu nedenle kanserli hastalarda yalnızlığa yönelik müdahaleler yapmak önemlidir(Howden ve ark. 2022). Yalnızlık ve kanser ölümleri arasında güçlü bir ilişkinin olduğu saptanmıştır(Kraav ve ark. 2021). Yapılan bir çalışmada, sosyal izolasyon ve yalnızlığın, altta yatan tıbbi durumlarla bağlantılı olup olmadığına bakılmaksızın daha yüksek ölüm oranları ile ilişkili olduğunu tespit edilmiştir(Takemura ve ark. 2021).

Bu doğrultuda kanser hastalarında yalnızlık sıklıkla takip edilmelidir. Yalnızlık teorisine göre, yani negatif sosyal beklentiler daha olumsuz etkileşimlere yol açarak hem yalnızlığı hem de buna bağlı negatif sosyal beklentileri sürdürür. Sosyal destek kalitesi yalnızlık ve olumsuz sosyal beklentilerin kalıcılığını etkiler(Deckx ve ark. 2014). Kanser hastalarında bu gibi sorunların ve hasta ihtiyaçlarının giderilmesi için kanserli kadınların destekleyici bakıma ihtiyaçları vardır. Kanser tanısı almış bireylerin destekleyici bakım ihtiyaçlarının belirlenmesi ve giderilmesi sağlık hizmetlerinin önemli bir parçası olduğu bilinmektedir(Kaya 2019). Destekleyici bakım, hasta ve aile merkezli, bütüncül, nitelikli bakım sağlamak ve tedavinin etkinliğini üst düzeye çıkarmak amacıyla, hasta ve ailesinin ihtiyacı olan genel ve özel tüm bakım hizmetlerinin bir araya toplanması olarak tanımlanmaktadır(Ayva ve Atlı 2021). Bu sebeple jinekolojik kanser hastalarının yalnızlık, negatif sosyal beklenti ve destekleyici bakım gereksinim düzeyleri detaylı ele alınmalı ve bu kavramlara yönelik uygun bir bakım sunulmalıdır.

2.5.1. Yalnızlık

Yalnızlık kavramı insanoğlunun var olduğu günden, bugüne kadar çeşitli tanımlar almıştır. Yalnızlık, yalnız, bağlantısız veya diğerlerinden uzak olma gibi öznel bir duygu olarak tanımlanır(Plattner ve ark. 2022). Yalnızlık, kişinin sosyal ve duygusal olarak desteklenip desteklenmediğini veya sosyal hayatından memnun olup olmadığının değerlendirilmesini içeren “öznel sosyal izolasyon deneyimi” olarak tanımlanmıştır (MacDonald ve Schermer 2021). Yalnızlık, bir kişinin niceliksel, niteliksel veya her ikisinde de arkadaşlık veya sosyal bağlılık eksikliği hissettiği psiko-sosyolojik bir ruh halidir. Sosyal bağlılık, zihinsel sağlamlığı sağlayan temel bir gereksinimdir. Literatür yalnızlığı, bir kişinin sosyal ilişkilere yönelik arzusunu niceliksel veya niteliksel olarak yetersiz olduğunda ortaya çıkan hoş olmayan öznel bir deneyim olarak tanımlar(Khan ve Kadoya 2021). Weiss(1973)’e göre yalnızlık; duygusal ve sosyal yalnızlık olmak üzere iki sınıfa ayrılmıştır. Duygusal yalnızlık; bireyin kendine yakın hissettiği birine bağlanma yokluğundan ya da eksikliğinden, sosyal yalnızlık ise bireyin sosyal ortamdaki eksikliklerinden kaynaklandığı şeklinde tanımlamıştır(Weiss 1973). Peplau ve Perlman’ın (1982) en sık kullanılan yalnızlık tanımı ise, bireyin sosyal ilişkileri ile arzuladığı sosyal ilişkisi arasındaki farklılıktan oluşan, istenmeyen öznel bir psikolojik durum olarak tanımlamaktadırlar(Peplau ve Perlman 1982). Yalnızlık, insanların dünyayı nasıl algıladıklarını ve düşündüklerini de etkiler. Örneğin, bireyler kendilerini yalnız olmayanlara göre mutsuz, yalnız hissetmelerinin yanı sıra güvensiz hissederler(Deckx ve ark. 2014).

Yalnızlığın gelişiminde çeşitli faktörler etkilidir. Bunlar, sosyal çevre ile ilişkiler, bireyin ekonomik durumu ve kültürel özellikleri, boşanma, ayrılık, ölüm, yeni bir iş hayatı, farkı bir şehre taşınma, herhangi bir hastalık durumu ve bireysel özelliklerdir(Ayar 2018). Yalnızlık duygusunu yaşayan kişilerde çeşitli belirtiler görülebilir. Bu kişiler çoğu zaman psikolojik açıdan çökkün, güçsüz ve çaresiz bir durumda olduklarını kabul eden, önemsizlik duygusu içinde olan, herhangi bir durum karşısında sessiz ve tepkisiz duran, öz kırım girişimlerine başvuran, belli bir noktaya dalgın olarak odaklanan, umutsuz, yüz ifadeleri belirsiz ve kendini her şeyden soyutlayan kişilerdir(Akbaş ve ark. 2020, Ayar 2018). Yalnızlık duygusu kişi üzerinde büyük bir etkiye sebep olabilmektedir. Yalnızlık düzeyinin artması kişinin

anormal davranışlar sergilemesine yol açmaktadır. Yalnızlık duygusunu yaşayan kişilerde yaşama isteğinde azalma, benlik algısında değişim; aşırı yemek yeme, alkol, sigara ve uyuşturucu kullanma, ölüme yatkınlık, ruhsal ve fiziksel sağlıkta bozulma gibi etkileri olmaktadır(Ayar 2018). Yalnızlık olgusu tüm yaş gruplarında görüldüğü gibi yaşlılarda daha yaygın olarak görülen bir problemdir. Yapılan bir çalışmaya göre, İngiltere’de yaşayan 16-79 yaşlarındaki bireylerin yaklaşık % 15’i, günlük yaşantılarında yüksek düzeyde yalnızlık yaşadığını belirtmiş ve bu oranın 80 yaş üstü bireylerde iki katına çıktığı saptanmıştır(Thomas 2015).

2.5.2. Yalnızlık ve Kanser

Tüm erkek ve kadınların yaklaşık %40’ına yaşamları boyunca bir noktada kanser teşhisi konacaktır. Kanser hastaları, kanser ve tedavisi nedeniyle önemli semptomlar yaşarlar. Kanser türleri ve evreleri arasında ağrı, yorgunluk, uyku bozukluğu ve bilişsel şikâyetler en sık bildirilen semptomlar arasındadır(Adams ve ark. 2018). Kanser insidansı, stres, depresyon ve düşük sosyal destek gibi psikososyal risk faktörleri ile ilişkilendirilmiştir(Kraav ve ark. 2021). Yalnızlık, kanser, kardiyovasküler hastalık ve tüm nedenlere bağlı ölümler dahil olmak üzere bir dizi fiziksel ve zihinsel sağlık sonucuyla ilişkilendirilmiştir(Marroqun ve ark. 2016). Kanser hastalarında, uyumsuz sosyal ilişkiler ve yalnızlığın karakteristik özellikleri, özellikle kanser deneyiminin yönleriyle ilişkili olduğu görülebilmektedir. Örneğin, hastalara kanser tanısı konduktan sonra arkadaşlarından, çevresinden ve ailelerinden yüksek düzeyde destek ve ilgi isteyebilirler, fakat bu üyeler kanser hastalarının bekledikleri desteği vermediği zaman hastalar hayal kırıklığı yaşayabilir ve asosyalleşebilirler(Kara 2019). Ayrıca kanser hastalarında görülen yalnızlık, kanser hastaları üzerinde daha zayıf bağışıklık fonksiyonu, daha fazla depresyon, yorgunluk, ağrı, uyku bozukluğu gibi sorunlar yarattığı belirlenmiştir(Adams ve ark. 2017).

Yalnızlık, kanser teşhisinin ardından önemli bir psikososyal etki olduğunu ve kanserin olumsuz etkilerinin insanları sosyal faaliyetlere katılmaktan alıkoyabileceğini ve dolayısıyla kişilerarası ilişkilerde zorluklar yaratabileceğini göstermektedir (Drageset ve ark. 2015). Kanser deneyiminin çeşitli yönleri yalnızlığa sebep olur. Örneğin, birçok kanser hastası varoluşsal kaygıları artırmıştır ancak aile

üyelerinin bu kaygıların farkında olmadıklarını düşünmektedirler. Bununla birlikte bazı kanser hastaları kanserle ilgili endişeleri tartışmaya çalışırken sosyal olarak kısıtlayıcı davranışlar(örneğin, eleştiri, kaçınma) gibi sorunlar yaşarlar(Adams ve ark. 2017). Sosyal-bilişsel işleme teorisi, bu sosyal kısıtlamaların yalnızlık gibi kötü psikolojik sonuçlarla ilişkili olduğunu belirtmiştir. Ayrıca, hastaların yalnızlıkla ilgili bilişleri, özellikle kanser deneyimiyle ilgili olabilir(örneğin, hastalıkları sırasında diğerlerinin destek düzeyine ilişkin gerçekçi olmayan beklentiler). Bu nedenle kanser hastalarında yalnızlık genel popülasyona göre farklı sosyal faktörlerden etkilenebilir(Adams ve ark. 2017).

Yalnızlık, sosyallik olarak karşılanmayan beklentilerden kaynaklanan ilişkilerin kalitesinden duyulan memnuniyetsizliktir. Kanserle ilişkili yalnızlık, hastaların kanserle ilgili sosyal beklentileriyle ilişkilidir. Örneğin, kanser hastaları kanser tanısı aldıktan sonra destek için karşılanamayacak beklentilere girebilirler ve bu beklentiler karşılanmadığında kansere ilişkin daha fazla yalnızlık yaşayabilirler(Adams ve ark. 2018). Kansere bağlı yalnızlık, kanser hastalarında sosyal kısıtlamaları ve bunun çıktılarını birbirine bağlayan teoriye dayalı anahtar bir yol olabilir. İlk olarak sosyal bilişsel işlem teorisi, sosyal kısıtlamaların artması yalnızlığa yol açtığını ileri sürmektedir ve sosyal kısıtlamalar, stresle ilgili bilgilerin önemli kişilerle bilişsel olarak işlenmesini önleyerek daha kötü psikolojik sonuçlara(örneğin yalnızlığa) neden olur. İkincisi ise, yalnızlığın kanser hastalarında daha büyük sorunlar dahil olmak üzere olumsuz sağlık sonuçlarını sebep olduğunu belirtmektedir. Örneğin, yakın zamanda kanser teşhisi konan ve kanseri yeni atlatan kişilerde yalnızlık, yorgunluk ve ağrı ile pozitif ilişkili ve uyku kalitesi ile negatif ilişkili olduğu saptanmıştır(Adams ve ark. 2018). Meme kanseri hastaları üzerinde yapılan bir çalışmada ise, yalnızlığın zaman içinde yorgunluk ve ağrı düzeyinde artışa sebep olduğu tespit edilmiştir(Jaremka ve ark. 2014).

2.5.3. Yalnızlık ve Negatif Sosyal Beklenti

Sosyal olarak kendini bağlı hissetmek, yaşam kalitesinin çok önemli bir yönüdür; kişiler sosyal bağın yokluğunda genellikle yalnızlık yaşarlar(Adams ve ark. 2017). Yalnızlık, genel popülasyonda zayıf zihinsel ve fiziksel sağlık sonuçları için ciddi bir risk faktörüdür ve literatür yalnızlığın kanser hastalarında daha kötü sağlık

sonuçlarıyla bağlantılı olduğunu belirtmektedir. Kanser deneyiminin çeşitli yönleri(örneğin, artan varoluşsal kaygılar), hastaların kendilerini yalnız ve yanlış anlaşılmış hissetmelerine neden olur. Ayrıca, yalnızlık teorisi, özellikle kanser deneyimiyle ilgili olabilecek negatif sosyal beklentilerin yalnızlığı hızlandırdığını ve sürdürdüğünü belirtmektedir(Adams ve ark. 2016). Yalnızlık teorisi, yalnız bireylerin başkalarından daha olumsuz beklentileri olduğunu ve başkaları tarafından daha olumsuz görüldüğünü belirtir. Bu teoriye göre, negatif sosyal bilişler (yani negatif sosyal beklentiler) daha olumsuz etkileşimlere yol açıp hem yalnızlığı hem de ilişkili negatif sosyal beklentileri sürdürür. Sosyal koşullar (örneğin, sosyal destek kalitesi) ayrıca yalnızlığın ve negatif sosyal bilişlerin kalıcılığını da etkiler. Bu bilişlerin, zayıf uyku kalitesi gibi sağlık risk faktörlerini artırmada etken olduğu hipotezi vardır(Adams ve ark. 2017, Cacioppo ve Hawkley 2009).

2.5.4. Yalnızlıkta Hemşirenin Rolü

Yalnızlıkla baş etmedeki ilk adım yalnızlık duygusunun kabullenilmesidir. Yalnızlıkla baş etmenin en iyi yolu, yaratıcı ve belli bir amaca sahip olmaktır. Zamanı verimli ve etkin bir şekilde kullanmak yalnızlıkta oluşan sorunların çözülmesinde önemlidir. Kişi hayatı boyunca kurduğu arkadaşlıklar, dostluklar ve evlilikler sayesinde yalnız kalmayarak, yaşam kalitesinin artması sağlanacaktır. Hasta birey, psikolojik, bedensel, kültürel, sosyal çevre ve ailesi ile bir bütün olarak ele alınmalıdır(Akbaş ve ark. 2020). Hemşireler hastalara bakım verirken hastaların var olan tüm sorunlarını ele alıp ve değerlendirip bir bütün olarak çözüm sunmasında önem rol oynar. Hastaların yaşadığı sorunlardan biri olan yalnızlık duygusu ile baş etmede kişilerin yalnızlığa bağlı tepki ve davranışları detaylı ele alınıp değerlendirilmelidir. Çünkü yalnızlığın her birey için farklı bir anlamı olduğu bilinmektedir. Bu doğrultuda bakım veren hemşireler "Kendimi yalnız hissediyorum" gibi sözel belirtileri gösteren veya konuşmasında yalnız olduğunu dile getiren hastalara daha açıklayıcı sorular yönlendirerek ele alınmalıdır(Yılmaz ve Yazgı 2020, Kara 2019). Kanser hastalarında görülen semptomların yönetimi ile hastaların sağlığını ve yaşam kalitesini en üst seviyeye çıkarmak büyük önem taşımaktadır. Bu doğrultuda hastaya verilecek kapsamlı bir bakım ile hastanın ve ailesinin ihtiyaçları giderilmelidir. Kanser hastalarında görülen semptomları kontrol altına alabilmek için

hastalara bakım veren hemşirelerin, hastaları ve ailelerini bu konuda eğitip bilgilendirebilir. Hemşireler kanser hastalarının yaşadığı fizyolojik semptomları ve psikolojik semptomları detaylı takip edip gözlemeli hastalara uygun bir yaklaşım sergilemelidir(Yılmaz ve Yazgı 2020, Kara 2019).

2.6. Destekleyici Bakım Gereksinimleri ve Kanser

Bir kanseri teşhis etmek ve ardından tedaviye başlamak, hasta ve aileleri üzerinde ciddi psikolojik, ve fiziksel zorluklar doğurabilir. Destekleyici bakım', kanserden etkilenenlerin ihtiyaç duyabileceği hem genel hem de uzman hizmetleri ifade etmek için kullanılan geniş bir terimdir(Bernardes ve ark. 2019). Destekleyici bakım, tedavi edici bakım modelleri ile yaşam sonu bakımının sağlanması arasındaki boşluğu kapatmak için klinik uygulamanın farklı alanlarında daha yaygın olarak kullanılmaktadır. Destekleyici bakım, hastalara, bireysel hastaların, ailelerinin ve bakıcılarının koşullarına göre çok disiplinli bütünsel bir bakım sağlar. Destekleyici bakım, bakımı bireye uyarlayarak kişinin yeteneklerini, güçlü yanlarını, ilişkilerini, sosyal bağlantılarını, deneyimini ve ihtiyaçlarını dikkate alır. Kanser hastaların bakımında, destekleyici bakımın faydalarının, iyileştirilmiş klinik sonuçları ve hasta bakım deneyimlerini içerdiği bilinmektedir(Nicholson ve ark. 2017). Destekleyici bakım gereksinimleri ise, hastaların psikolojik, sağlık bilgileri, fiziksel ve günlük yaşam, hasta bakımı ve desteği ve cinsellik ihtiyaçları dahil olmak üzere çok yönlü alanlarda yardım ve destek ihtiyaçlarını ifade eder(Tseng ve ark. 2021). İlerlemiş kanserli hastalarda erken destekleyici bakımın sunulması, daha iyi bir ruh hali ve yaşam kalitesine, bakımın olumlu sonuçlarına ve daha uzun sağ kalıma yol açabilen bir bakım türüdür(Moffat ve ark. 2019).

Literatür kanserin, hastalar üzerinde fiziksel etkilerin yanı sıra, kanser teşhisi ve tedavilerinin seyrinin hem kısa hem de uzun vadede potansiyel olarak psikososyal etkilere neden olduğunu belirtmektedir. Bu etkilerinden bazıları psikolojik sıkıntı, depresyon, kaygı ve travma sonrası stres bozukluklarıdır. Kanser hastaları ayrıca kişiler arasındaki ilişkiler, maddi durum ve manevi yaşamla ilgili sorunlar yaşayabilir(Afiyanti ve ark. 2018). Erken kanser taraması ve tedavilerinin faydalarının ardından, jinekolojik kanserden kurtulanların sayısı dünya çapında artmaktadır. Kadınların jinekolojik kanser teşhisi ile birlikte kemoterapi, radyoterapi

ve cerrahi tedavi gibi uzun süreli invaziv tedaviler çeşitli psikolojik rahatsızlıklara yol açabilir. Hastaların biyolojik, psikolojik, sosyal ve ruhsal yaşamları için desteğe ihtiyaçları vardır. Son zamanlarda yapılan araştırmalar, hayatta kalanların çoğunun kanserin tekrarlama riski nedeniyle belirsizlik, umutsuzluk, kaygı ve depresyon yaşadığını ve bu durumun kadınların yaşam kalitesini düşürdüğünü belirtmektedir(Afiyanti ve ark. 2021, Graf ve ark. 2020). Ayrıca yorgunluk, ağrı ve mide bulantısı gibi fiziksel sorunlar jinekolojik kanser hastalarında en sık görülen sorunlardır. Jinekolojik kanser hastaları, kanser tanı ve tedavilerinin neden olduğu depresyon, anksiyete, sinirlilik gibi psikolojik problemleri de sıklıkla yaşarlar(Mawardika ve ark. 2019).

Bu doğrultuda çok boyutlu kanser etkilerini ele almak, kapsamlı bir destekleyici bakım hizmeti gerektirir. Destekleyici bakım, kanserle yaşayan veya kanserden etkilenen kişilerin kanser öncesi teşhis, tedavi ve hayatta kalma sırasında fiziksel, psikolojik, ruhsal, cinsel, sosyal, pratik ve bilgilendirici ihtiyaçlarını karşılamaları için temel hizmetleri sunan çok merkezli bir yaklaşımdır. Destekleyici bakım, semptomları kontrol etmeye ve hayat kalitesini artırmaya odaklanır. Hayat kalitesi, bir hastanın yaşamındaki kanser etkilerini ele almak için kanser bakımında bir vurgu olmuştur. Hayat kalitesinin iyileştirilmesi, kanser teşhisi ve tedavilerinin fiziksel ve psikolojik etkilerini en aza indirmeye yardımcı olur. Bu konu özellikle jinekolojik kanserli kadınlarda önemlidir, çünkü bu popülasyon diğer kanser hasta gruplarıyla karşılaştırıldığında daha düşük yaşam kalitesi ve daha fazla sıkıntıya sahip olma eğilimindedir(Afiyanti ve ark. 2018).

Destekleyici bakım gereksinimleri; kanser hastaların hayat kalitelerini artırabilmek, tedaviden etkin bir şekilde en iyi sonucu almak, hastalığa yönelik semptomları en aza indirebilmek için hastaya kolaylık sağlayan aktiviteler ve hastaya sunulan sağlık hizmeti olarak bilinmektedir(Karabulut 2021).

Kanser hastalarının destekleyici bakım gereksinimlerinin çok boyutlu olduğu bilinmektedir. Destekleyici bakım gereksinimleri; psikolojik iyilik (öz-değer, öz-saygı, öz-yeterlilik, beden imajı, baş etme, anksiyete, depresyon, ölüm, kişisel kontrol, uyum ve yaşam memnuniyeti gibi..), emosyonel (kaygı, korku, üzüntü, öfke, suçluluk, hayal kırıklığı, yas), kognitif (konfüzyon, hafıza, konsantrasyon, karar

verme) gereksinimler, fiziksel gereksinimler (öz bakım, uyku, fiziksel rahatlık, solunum, beslenme, hareket ve günlük yaşam aktiviteleri gibi..), tedaviye bağlı yan etkiler ile baş etme (ağrı, yorgunluk, bulantı ve kusma, iştahsızlık, konstipasyon), sağlık hizmeti ve iletişim İhtiyaçları (bilgilendirilme, etkili iletişim, güven, hastalık semptomlarını yönetme, tedavi seçeneklerini öğrenme, tedavi yan etkilerini yönetme), günlük yaşam aktiviteleri (çocuk bakımı, ev işleri, transport, ekonomik durum), cinsellik (cinsel ilgi, kayganlıkta azalma gibi sorunlar, üreme fonksiyonu, cinsel istek, cinsel ilişki, cinsel aktivite, ve ağrı gibi..) gereksinimleri, spiritüel iyiliğe (yaşamın amacı, hastalığın anlamı, öncelikleri, gelecek hakkında belirsizlik, dini aktiviteler, umut-umutsuzluk, iç huzur ve affetme, ölüm ve sonrası yaşam ve inanç sistemi gibi..) yönelik gereksinimleri ve sosyal (rollerde değişim, toplumun tepkisi, kültürel özellikler, partnerle ilişki, aile ilişkileri, ait olma, destek kaynakları, iş, okul ve hobiler gibi..) gereksinimleri gibi alt boyutları ile ele alınan çok yönlü bir kavramdır(Karabulut 2021, Ayva ve Atlı 2021, Kaya 2019, Yıldırım 2013).

Kişilerin gelecek hakkında belirsizlik durumu içinde olmaları, kanser hastalığının ilerleme korkusu, önceden yaptığı uğraşları yapamaması, ölüm korkusu yaşaması, kendini depresif hissetmesi, özgüven ve öz saygı kaybı yaşaması, ruhsal ve psikolojik alanda giderilmemiş ihtiyaçlarının varlığını gösterir(Erdoğan 2021). Destekleyici bakım gereksinimlerinin karşılanması, hasta ve bakıcılarının sağlığını yükseltir. Ancak mevcut olan ihtiyaçların karşılanmaması durumunda, hastanın tedaviye uyumunu azaltmakta, fiziksel ve psikolojik hastalıklara sebep olmakta, kısıtlılığı artırmakta ve yaşama şansını azaltmaktadır bu da ülkenin sağlık sistemine mali olarak büyük bir yük olmaktadır(Özbaş ve ark. 2019). Karşılanmamış gereksinimler için destekleyici bakımın amacı hasta ve bakıcılarının tanı, tedavi, iyileşme, terminal dönem, yas ve ölüm süreçlerinde etkin olmaktır. Kanserli hastalarda destekleyici bakım gereksinimlerinin saptanıp karşılanması için pek çok sağlık profesyoneli (hemşire, psikolog, hekim, sosyal hizmet çalışanı gibi..) rol oynamakla birlikte hemşireler bu doğrultuda önemli ve etkin bir role sahiptir(Erdoğan 2021).

2.7. Jinekolojik Kanser Hastalarında Hemşirelik Bakımı

Kanser tanısının ve tedavisinin, jinekolojik kanserli hastaların hayat kalitesi üzerinde büyük bir etkisi vardır. Hastalar mide bulantısı, yorgunluk, ağrı, barsak şikayetleri, idrar zorluğu, depresyon ve anksiyete gibi çeşitli fiziksel ve psikolojik semptomlar yaşayabilir(Lin ve ark. 2020). Fiziksel semptom yüküne ek olarak, bu hastalar genellikle psikolojik sıkıntı ve sağlık bilgisi ve bakım planlaması ihtiyacı gibi karşılanmamış diğer destekleyici bakım gereksinimlerine sahiptir. Bu destekleyici bakım ihtiyacı, dünya genelinde yaşlanan nüfusla birlikte kanser insidansının artması ve ilerlemiş kanserli birçok hastanın daha etkili kanser tedavileri nedeniyle tedavisi olmayan bir hastalıkla daha uzun yaşaması gerçeğiyle daha da artmaktadır(Hui ve ark. 2018). Onkolojide çalışan hemşireler kanser bakım üyelerinin önemli bir bileşenidir. Hemşireler, kanser hastalarının kanser tedavilerine uymalarını sağlamada hayati bir rol oynamaktadır.

Kanser bakımı hemşireliği bağlamında, yetkinlik sadece yetenekli olmak değil, aynı zamanda etkili bir şekilde performans gösterebilme özelliğini de ifade eder. Hemşirelik, yeterlilik ihtiyacına ek olarak, insan onuru, bakım, insanlık ve kişisel mahremiyete saygı gibi değerler açısından zengin bir disiplindir(Maskor ve ark. 2021). Hemşirelerin kanser hastaları ile iletişiminin kolay olmadığı ve odak noktasının zor konuşmalar üzerinde olduğu bilinmektedir. Hemşirelerin hastalarla sık sık temas halinde oldukları göz önüne alındığında, hemşirelerin bu önemli rolü üstlenmeleri beklenmektedir. Kanser hastalarının etkili iletişim yoluyla bilgi ve duygusal desteğe duydukları önemli ihtiyaç belirlenmiştir(Chan ve ark. 2018). Hemşireler, onkoloji sağlık ekibi içerisinde kilit rol oynar ve kanser süreci boyunca hastalara ve bakıcılarına eşlik edip ve en iyi şekilde destekler. Hemşireler, gene olarak hastalarla diğer sağlık çalışanlarından daha fazla zaman harcarlar ve onlarla etkileşim ve iletişim kurmak için birçok fırsata sahiptirler. Bu sebeple hastalar hemşirelerle doktorlarından daha rahat iletişim kurduklarını bildirdikleri belirlenmiştir(Banerjee ve ark. 2017).

• **Bu doğrultuda hemşireler jinekolojik kanser hastalarına;**

1. Kanser hastalarına destek uygulamaları konusunda öneride bulunmalı. Bu öneriler: hastalık ve tedavi hakkında kişiye özgü bilgi verme, emosyonel destek ve bakım sağlama gibi(Okumuş ve ark. 2016),
2. Kanseri tanılama, teşhis ve önleme konusunda ekip arkadaşlarına, hastalara, bakıcılarına ve topluma danışmanlık yapmalı(Eroğlu ve Koç 2015),
3. Teşhisi yeni konulmuş kanser hastalarına semptomları önlemeye yönelik gerekli bakımı sunmalı(Toprak ve Vural 2016),
4. Hemşireler hastalara yönelik kilo kontrolü, korunmalı cinsel ilişki, sigaradan uzak durulması, ideal vücut ağırlığında olmanın gerekli olduğunu ve sağlıklı yaşam biçimlerine yönelik eğitimler vermeli(Öz 2021),
5. Hastaları psiko-sosyal yönden desteklemeli(Toprak ve Vural 2016),
6. Hemşire kadınların jinekolojik kanserlere yönelik farkındalığını artırmak için kansere sebep olan etkenleri ve bu etkenlere yönelik korunma önlemleri hakkında bilgi vermeli(Öz 2021),
7. Hemşireler hastalara jinekolojik kanserlere yönelik rutin kontrollerini yaptırmalarını ve tarama programlarına başvurmalarını önermeli(Öz 2021).
8. Hemşireler kanserli hasta bakıcılarının yaşadığı fiziksel, duygusal ve sosyal sorunların çözümünde bakıcılara destek olup çözüm yolu sunmalıdır(Şentürk ve ark. 2018).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma jinekolojik kanser hastalarında yalnızlık ve kansere ilişkin negatif sosyal beklentileri ile destekleyici bakım gereksinimleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Elazığ İli Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Onkoloji Kliniklerinde, Kasım 2021-Şubat 2022 tarihlerinde gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni, Kasım 2021-Şubat 2022 tarih aralığında Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde onkoloji kliniklerine başvuran jinekolojik kanser tanısı olan tüm kadınlar oluşturmuştur. Çalışmanın örneklem büyüklüğünü hesaplamak için çalışmaya başlamadan istatistiksel güç analizi olan G power 3.1.9.7. yazılımı kullanılmıştır. Programda korelasyon= 0.15, alfa=0.05 ve güç(1-beta)=0.95 alınarak örneklem büyüklüğü 567 olarak hesaplanmıştır. Hastaların çalışmadan ayrılmayı isteme, anket formlarını eksik doldurma gibi durumları göz önünde bulundurularak çalışma 710 kadın ile sonlandırılmıştır.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri;

18 yaş ve üzeri olan,

Jinekolojik kanser tanısı olan,

Türkçe konuşabilen,

Araştırmaya katılmayı kabul eden

Algılama ve anlama bozukluğu olmayan

Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri;

Terminal dönemdeki jinekolojik kanser tanılı olan

Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

-Bağımlı Değişken: Kanser yalnızlık ve kansere ilişkin negatif sosyal beklenti ile destekleyici bakım gereksinimleri puan ortalamaları

-Bağımsız Değişken: Kadınların sosyo-demografik özellikleri (yaş, medeni durum, gelir durumu, eğitim düzeyi vb.) ve hastalık ile ilgili özellikleri (tanı, evre, hastalık süresi, tedavi durumu vb.).

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında, araştırmacı tarafından literatür ile desteklenen kadınların tanıtıcı özelliklerini belirten sosyo-demografik form, kanser yalnızlık ölçeği ve kansere ilişkin negatif sosyal beklentiler ölçeği ile destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği kullanılmıştır(Çelik 2021, Demirhan 2021, Çelebi 2021, Kara 2019, Kaya 2019, Aksuoğlu ve Şenturan 2016).

3.5.1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Hasta tanıtıcı bilgi formu, hastaların sosyo-demografik bilgilerini içeren 8 soru (jinekolojik kanserli kadınların yaşı, eğitim durumu, nerede ikamet ettiği, medeni durumu, aile tipi, çalışma durumu, gelir durumu ve sigara kullanma durumu), klinik özelliklerini içeren 18 soru (kanseri tipi, kanserin evresi, kanser tedavisi, hastalık ve tedavi hakkında bilgilendirilme durumu, destek sistemi, ailede kanser öyküsü varlığı, mevcut hastalığının süresi, tedavi süresi, tedavi şekli, hastalık sürecinde kendini nasıl hissettiği, beslenme durumu, günlük uyku süresi, algılanan uyku kalitesi, kanserin ilk nasıl fark edildiği, kendi kendine meme ve vulva muayenesi yapma durumu, jinekolojik kontrol yaptırma durumu ve kanserin ilk belirtisini ele alan vb.) olmak üzere toplam 26 sorudan oluşmaktadır **(EK-1)**.

3.5.2. Kanser Yalnızlık Ölçeği

Adams ve arkadaşları(2017) tarafından yalnızlık teorisine dayalı 15 madde olarak geliştirilen ölçek, geçerlik güvenirlik analizleri ile 7 maddelik geliştirilen ölçek tek boyutlu form şeklindedir. Ölçek kanser hastalarında, kansere bağlı yalnızlığı(yani, atfedilen yalnızlık kanser deneyimi) değerlendirmede kullanılmıştır.

Bir(1) “hiçbir zaman”, iki (2) “nadiren”, üç (3) “bazen”, dört (4) “sık sık” ve beş (5) “her zaman” arasında puanlama yapılan 5’li likert tipi bir ölçektir. Ölçek toplam puan üzerinden değerlendirilir. Puan yüksek olması kansere bağlı yalnızlığın daha yüksek olduğunu gösterir. Ölçeğin Cronbach Alfa değeri 0,94 olarak tespit edilmiştir(Adams ve ark. 2017). Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Kara(2019) tarafında yapılmıştır. Ölçek 7 maddeli, Bir(1) “asla”, iki(2) “nadiren”, üç(3) “bazen”, dört(4) “sıklıkla” ve beş(5) “her zaman” arasında puanlama yapılan 5’li likert tipine sahip olan ölçekten alınabilecek en düşük puan 7 en yüksek puan 35’tir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılan kanser yalnızlık ölçeğinin Cronbach Alfa katsayısı; 0.88 olarak belirlenmiştir(Kara 2019). Bu çalışmada ise Cronbach Alfa katsayısı 0,72 olarak hesaplanmıştır **(Ek-2)**.

3.5.3. Kansere İlişkin Negatif Sosyal Beklentiler Ölçeği

Adams ve arkadaşları tarafından (2017) yalnızlık teorisi ve önceki çalışmalara dayalı olarak 14 madde olarak geliştirilen ölçek, geçerlilik ve güvenilirlik analizleri ile 5 maddelik tek boyutlu bir ölçüm aracı olarak oluşturulmuştur. Ölçek hastaların kanser deneyimleriyle ilgili negatif sosyal bilişlerini değerlendirmektedir. Kansere ilişkin negatif sosyal beklentiler ölçeği 6’lı likert tipi bir ölçektir. Bir(1) “kesinlikle katılmıyorum”, iki(2) “kısmen katılmıyorum”, üç(3) “biraz katılmıyorum”, dört(4) “biraz katılıyorum”, beş(5) “kısmen katılıyorum” ve Altı(6) “şiddetle katılıyorum” şeklinde bir puanlama yapılmıştır. Ölçek toplam puan üzerinden değerlendirilir. Puan yüksek olması kansere bağlı negatif sosyal beklentilerin yüksek olduğunu gösterir. Cronbach Alfa değeri 0,90 olarak bulunmuştur(Adams ve ark, 2017). Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Kara(2019) tarafında yapılmıştır. Ölçek 5 maddeli, Bir(1) “kesinlikle katılmıyorum”, iki(2) “orta seviye katılmıyorum”, üç(3) “biraz katılmıyorum”, dört(4) “biraz katılıyorum”, beş(5) “orta seviye katılıyorum” ve Altı(6) “kesinlikle katılıyorum” şeklinde 6’lı likert tipine sahip ölçekten alınabilecek en düşük puan 5 en yüksek puan ise 30’dur. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılan kansere İlişkin negatif sosyal beklentiler ölçeğinin Cronbach Alfa değeri; 0.82 olarak belirlenmiştir(Kara, 2019). Bu çalışmada ise Cronbach Alfa katsayısı 0,80 olarak hesaplanmıştır **(EK-3)**.

3.5.4. Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu (DBGÖ-KF),

Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu(DBGÖ-KF), McElduff ve arkadaşları (2004) tarafından geliştirilmiştir. Geliştirilen bu ölçek Çin, Almanya, Fransa ve Japonya gibi farklı ülkelerde de çevrilip kullanılmak üzere geçerliliği sağlanmıştır. Ölçek 34 madde olarak geliştirilmiş beş alt boyutu bulunmaktadır. Bunlar, ruhsal/psikolojik, sağlık sistemi ve bilgilendirme, fiziksel ve günlük yaşam, hasta bakım ve desteği ile cinsellik boyutlarıdır(McElduff ve ark. 2004). Türkçe geçerlik ve güvenirliği Aksuoğlu ve Şenturan(2016) tarafında yapılmıştır. Türkçe geçerlilik ve güvenirliği yapılan ölçek 31 madde, 5 alt boyuttan oluşan ve 5’li likert tipinde “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. Türkçe geçerlik ve güvenirliği yapılan araştırmada tüm alt boyutlarda güvenirlik katsayısı 0,70’den yüksek olarak hesaplanmış ve orijinal ölçeğin Cronbach alfa katsayısı ile uyumlu olduğu tespit edilmiştir. Destekleyici bakım ihtiyaçları genel puanı için minimum değeri 31, maksimum alabileceği puan 155 olarak belirlenmiştir (**EK-4**) (Aksuoğlu ve Şenturan 2016).

Ruhsal/Psikolojik Alt Boyutu: Duygular ve başa çıkma ile ilgili gereksinimleri içermektedir. Madde sayısı 9(maddeler; 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14) alınabilecek minimum puan 9 maksimum puan 45’dir. Ruhsal/psikolojik alt boyutu Cronbach Alfa katsayı değeri 0,96 olarak belirlenmiş(Aksuoğlu ve Şenturan 2016). Bu çalışmada ise ruhsal/psikolojik alt boyutu Cronbach Alfa katsayısı 0,82 olarak hesaplanmıştır.

Sağlık Sistemi ve Bilgilendirme Alt Boyutu: Hastalık, teşhis, tedavi, tedavi sonrası izlem ve tedavi merkezi hakkındaki bilgilerle ilgili gereksinimleri içermektedir. Madde sayısı 10(maddeler; 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 32, 33, 34) alınabilecek minimum puan 10 maksimum puan 50’dir. Sağlık Sistemi ve Bilgilendirme alt boyutu Cronbach Alfa katsayı değeri 0,97 olarak belirlenmiş(Aksuoğlu ve Şenturan 2016). Bu çalışmada ise sağlık sistemi ve bilgilendirme alt boyutu Cronbach Alfa katsayısı 0,78 olarak hesaplanmıştır.

Fiziksel ve Günlük Yaşam Alt Boyutu: Fiziksel belirtiler ve tedavinin yan etkileri ile başa çıkma ve genel görevleri ve aktiviteleri gerçekleştirmeye ilgili gereksinimleri içermektedir. Madde sayısı 5(maddeler; 1, 2, 3, 4, 5) alınabilecek minimum puan 5 maksimum puan 25'tir. Fiziksel ve Günlük Yaşam alt boyutu Cronbach Alfa katsayı değeri 0,94 olarak belirlenmiş(Aksuoğlu ve Şenturan 2016). Bu çalışmada ise fiziksel ve günlük yaşam alt boyutu Cronbach Alfa katsayısı 0,76 olarak hesaplanmıştır.

Hasta Bakım ve Desteği Alt Boyutu: Mahremiyetine, seçimlerine ve fiziksel ve duygusal gereksinimlerine duyarlılık gösteren sağlık çalışanları ile ilgili gereksinimleri içermektedir. Madde sayısı 4(maddeler; 18, 19, 20, 21) alınabilecek minimum puan 4 maksimum puan 20'dir. Hasta Bakım ve Desteği alt boyutu Cronbach Alfa katsayı değeri 0,93 olarak belirlenmiş(Aksuoğlu ve Şenturan 2016). Bu çalışmada ise hasta bakım ve desteği alt boyutu Cronbach Alfa katsayısı 0,79 olarak hesaplanmıştır.

Cinsellik Alt Boyutu: Cinsellik ile ilgili gereksinimleri içermektedir. Madde sayısı 3(maddeler; 15, 16, 31) alınabilecek minimum puan 3 maksimum puan 15'tir. Cinsellik alt boyutu Cronbach Alfa katsayı değeri 0,93 olarak belirlenmiş(Aksuoğlu ve Şenturan 2016). Bu çalışmada ise cinsellik alt boyutu Cronbach Alfa katsayısı 0,78 olarak hesaplanmıştır

3.5.5. Ön Uygulama

Anket formundaki soruların anlaşılabilirliğini belirlemek amacıyla 15 kadına ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonrası anket formunda anlaşılmayan soru olmaması nedeniyle değişiklik yapılmamış ve ön uygulamaya dahil edilen 15 kişi çalışmaya dahil edilmemiştir.

3.6. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Araştırmada veriler araştırmacı tarafından hazırlanan soru formu ile Kasım 2021- Şubat 2022 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmaya katılan kişilere araştırmanın amacı ve kapsamı hakkında kısa bilgi verilip kimliklerinin hiçbir şekilde açıklanmayacağı söylenerek sözel olarak onamları alınmıştır. Veri toplama

formları araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak ortalama 15-20 dk içinde toplanmıştır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilecek verilerin değerlendirilmesinde SPSS(Statistical Package for Social Sciences) 20.0 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin analizde yüzde, frekans, One-Way ANOVA, independent, samples t-test, aritmetik ortalama, standart sapma, bağımsız gruplarda Post Hoc analizler için Bonferroni testleri kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi ise $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın, tek bir hastanede yapılmış olması ve sadece jinekolojik kanser tanısı alan kadınların çalışma kapsamına alınmış olması çalışmanın sınırlılıkları arasındadır. Elde edilen sonuçlar, verilerin toplandığı tarihlerde ve çalışmanın yapıldığı hastaneye başvuran hastaların verdiği yanıtlarla sınırlıdır.

3.9. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya başlamadan önce araştırmanın etik açıdan uygunluğunun değerlendirilmesi için Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul 05.10.2021 tarihli, 2021-19 karar no ile etik kurul onayı (**EK-5**) alınmıştır. Ayrıca araştırmanın yapılabilmesi için Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliğinden yazılı izin (**EK-6**) alınmıştır. Çalışmadaki Ölçekler için yazarlardan e-mail yoluyla izin alınmıştır (**EK-7**). Araştırmaya katılan kadınlara, araştırmanın amacı ile ilgili bilgi verilmiş, gönüllü olanların araştırmaya dahil edilmeleri sağlanarak onamları alınmıştır.

4. BULGULAR

Tablo 4.1. Jinekolojik Kanserli Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı(n=710)

Tanımlayıcı Özellikler(710)	Sayı(n)	Yüzde(%)
Yaş		
18-29 yaş	47	6,6
30-41 yaş	132	18,6
42-53 yaş	275	38,7
54 ve üzeri yaş	256	36,1
Eğitim durumu		
İlkokul	195	27,5
Ortaokul	324	45,6
Lise	113	15,9
Üniversite ve üzeri	78	11,0
Çalışma durumu		
Ev hanımı	485	68,3
Çalışıyor	225	31,7
Medeni durumu		
Evli	517	72,8
Bekâr	193	27,2
Aile yapısı		
Çekirdek aile	131	18,4
Geniş aile	369	52,0
Parçalanmış aile	210	29,6
Yaşanılan yer		
İl	128	18,0
İlçe	366	51,5
Köy/kasaba	216	30,5
Gelir durumu		
Gelir giderden fazla	69	9,7
Gelir gidere eşit	125	17,6
Gelir giderden az	516	72,7
Sigara kullanma durumu		
Evet	163	23,0
Hayır	547	77,0
Toplam	710	100

Araştırma kapsamına alınan kadınların sosyo-demografik özellikleri Tablo 4.1’ de verilmiştir. Araştırmada katılımcıların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; kadınların %38,7’sinin 42-53 yaş arasında olduğu %45,6’sının ortaokul mezunu, %68,3’ünün ev hanımı, %72,8’inin evli, %52,0’ının geniş aile tipinde, %51,5’inin ilçede yaşadığı, %72,7’sinin gelir durumunun giderden az ve %23,0’ının sigara kullandığı belirlenmiştir(Tablo 4.1).

Tablo 4.2. Jinekolojik Kanserli Kadınların Hastalığına İlişkin Bulgularının Dağılımı(n=710)

Tanımlayıcı Özellikler(710)	Sayı(n)	Yüzde(%)
Kanser tipi		
Endometrium kanseri	293	41,3
Over kanseri	168	23,7
Serviks kanseri	117	16,5
Vulva + Vajen kanseri	22	3,1
Fallop tüpleri kanseri	29	4,1
Endometrium + Serviks kanseri	81	11,3
Kanserin evresi		
1. Evre	63	8,4
2. Evre	152	21,5
3. Evre	251	35,6
4. Evre	244	34,5
Kanser tedavisi		
Cerrahi tedavi	106	14,9
Kemoterapi	318	44,8
Radyoterapi	102	14,4
Hormonal tedavi	36	5,1
Cerrahi + Kemoterapi	103	14,5
Cerrahi + Kemoterapi + Radyoterapi	45	6,3
Hastalık hakkında bilgilendirilme		
Evet	253	35,6
Hayır	457	64,4
Tedavi hakkında bilgilendirilme		
Evet	284	40,0
Hayır	426	60,0
Destek sistemi		
Aile	127	17,9
Arkadaşlar	93	13,1
Sağlık çalışanları	277	39,0
Destek veren yok	213	30,0
Ailede kanser öyküsünün olması		
Evet	242	34,1
Hayır	468	65,9
Ne kadar süredir kanser hastası		
1-12 ay	178	25,1
13-24 ay	283	39,9
25 ay ve üzeri	249	35,0
Tedavi süresi		
1-6 ay	203	28,6
7-12 ay	327	46,1
13 ay ve üzeri	180	25,4
Tedavi şekli		
Yatarak tedavi	260	36,6
Ayaktan tedavi	450	63,4
Hastalık süresince kendini nasıl hissettiği		
İyi	44	6,2
Gergin/Stresli	89	12,5
Umutsuz/Çaresiz	234	33,0
Bitkin	189	26,6
Yalnız	154	21,7
Beslenme durumu		
İyi	76	10,7
Orta	217	30,6
Kötü	417	58,7

Günlük uyku süresi		
4-6 saat arası	326	45,9
7-9 saat arası	363	51,1
10-12 saat arası	21	3,0
Algılanan uyku kalitesi		
İyi	91	12,8
Orta	247	34,8
Kötü	372	52,4
Kanser olduğunu ilk nasıl fark etti		
Teşhis ile farketmesi	463	65,2
Kendi kendine fark etmesi	247	34,8
Kendi kendine meme ve vulva muayenesi yapma durumu		
KKMM yapıyor	62	8,7
KKVM yapıyor	50	7,0
Hiçbirini yapmıyor	598	84,3
Jinekolojik kontrollere düzenli olarak gitme durumu		
Evet	296	41,7
Hayır	414	58,3
Kanserin ilk belirtisi		
Ağrı	153	21,5
Kanama-Akıntı	287	40,4
Kaşınıtı-Yara-Şişlik-Kitle	270	38,1
Toplam	710	100

Araştırma kapsamına alınan kadınların hastalığına ilişkin bulgularına göre dağılımları Tablo 4.2’ de verilmiştir. Buna göre kadınların; %41,3’ünün endometrium kanseri olduğu, %35,4’ünün kanserinin 3. evre ve %34,3’ünün 4. Evrede olduğu, %44,8’inin tedavisinde kemoterapi aldığı saptanmıştır. Kadınların %64,4’ünün hastalığı hakkında bilgi almadıkları, %60,0’ının tedavi hakkında bilgi almadıkları, %39,0’ının destek sisteminin sağlık çalışanları olduğu ve %34,1’inin ailede kanser öyküsü olduğu belirlenmiştir. Kadınların %39,9’unun hastalık süresinin 13-24 ay olduğu, %46,1’inin tedavi süresinin 7-12 ay olduğu, %63,4’ünün tedavi şeklinin ayaktan olduğu ve %33,0’ının hastalık süresince kendini umutsuz/çaresiz hissettiği tespit edilmiştir. Kadınların %58,7’sinin beslenme durumunun kötü olduğu, %51,1’inin günlük uyku süresinin 7-9 saat arası olduğu ve %52,4’ünün uyku kalitesinin kötü olduğu belirlenmiştir. Yine kadınların %65,2’sinin ilk kanser olduğunu teşhis ile farketmediği, %84,3’ünün kendi kendine meme muayenesi ve kendi kendine vulva muayenesi yapmadığı, %58,3’ünün jinekolojik kontrollere düzenli gitmediği ve %40,4’ü kanserin ilk belirtisinin kanama ve akıntı olduğu saptanmıştır(Tablo 4.2).

Tablo 4.3. Jinekolojik Kanserli Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Kanser Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=710)

Tanımlayıcı Özellikler	Ort.	Ss.	Test Değeri	Anlamlılık Değeri
Yaş*				
18-29 yaş	27,17	2,94	F=2,407	0,066
30-41 yaş	27,77	2,33		
42-53 yaş	28,15	2,57		
54 ve üzeri yaş	28,05	2,51		
Eğitim durumu*				
İlkokul a	28,26	2,59	F=8,585	0,000 a,b>c
Ortaokul b	28,24	2,52		
Lise c	26,96	2,31		
Üniversite ve üzeri d	27,67	2,44		
Çalışma durumu**				
Ev hanımı	27,97	2,51	t=0,184	0,854
Çalışıyor	28,00	2,62	df=708	
Medeni durumu**				
Evli	27,60	2,57	t=-2,453	0,014
Bekar	28,12	2,52	df=708	
Aile yapısı*				
Çekirdek aile	27,84	2,41	F=1,102	0,333
Geniş aile	28,11	2,52		
Parçalanmış aile	27,82	2,64		
Yaşanılan yer*				
İl	27,92	2,56	F=0,483	0,617
İlçe	27,91	2,52		
Köy/kasaba	28,12	2,57		
Gelir durumu*				
Gelir giderden fazla a	27,36	2,57	F=5,119	0,006 c>a
Gelir gidere eşit b	27,56	2,39		
Gelir giderden az c	28,16	2,55		
Sigara kullanma durumu**				
Evet	28,01	2,67	t=0,202	0,840
Hayır	27,97	2,50	df=708	

*One-Way ANOVA, **Independent Samples t-test, Ort.: Ortalama, Ss: Standart sapma

Araştırma kapsamına alınan kadınların tanıtıcı özelliklerine göre kanser yalnızlık ölçeği puan dağılımı Tablo 4.3’de verilmiştir. Buna göre; kadınların eğitim durumlarına göre kanser yalnızlık ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ilkokul ve ortaokul mezunu olan kadınların kanser yalnızlık ölçeği puan ortalamalarının lise mezunu olan kadınların puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir(p=0,000).

Araştırmada kadınların medeni durumuna göre kanser yalnızlık ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; bekar olan kadınların kanser yalnızlık ölçeği puan

ortalamlarının evli olan kadınların puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır($p=0,014$).

Araştırmada kadınların gelir durumlarına göre kanser yalnızlık ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; geliri giderden az olan kadınların kanser yalnızlık ölçeği puan ortalamalarının geliri giderden fazla olan kadınların puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur($p=0,006$).

Araştırma kapsamına alınan kadınların tanıtıcı özelliklerine göre kanser yalnızlık ölçeği puan dağılımına bakıldığında, kadınların yaşı, çalışma durumu, aile yapısı, yaşadıkları yer ve sigara kullanma durumları arasında anlamlılık tespit edilmemiştir.

Tablo 4.4. Jinekolojik Kanserli Kadınların Hastalığına İlişkin Bulgularına Göre Kanser Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı($n=710$)

Tanımlayıcı Özellikler	Ort.	Ss.	Test Değeri	Anlamlılık Değeri
Kanser tipi*				
Endometrium kanseri	28,16	2,62	F=1,042	0,392
Over kanseri	28,10	2,57		
Serviks kanseri	27,72	2,31		
Vulva + Vajen kanseri	27,63	2,38		
Fallop tüpleri kanseri	27,58	2,36		
Endometrium + Serviks kanseri	27,69	2,60		
Kanserin evresi*				
1. Evre	28,52	2,13	F=1,079	0,357
2. Evre	27,87	2,70		
3. Evre	27,93	2,61		
4. Evre	27,96	2,45		
Kanser tedavisi*				
Cerrahi tedavi a	27,73	2,73	F=4,305	0,001 e,f>b; f>c
Kemoterapi b	27,76	2,50		
Radyoterapi c	27,67	2,45		
Hormonal tedavi d	28,08	2,96		
Cerrahi + Kemoterapi e	28,70	2,27		
Cerrahi+Kemoterapi+Rad yoterapi f	29,04	2,32		
Hastalık hakkında bilgilendirilme**				
Evet	28,01	2,46	t=0,224	0,823
Hayır	27,96	2,58	df=708	

Tedavi hakkında bilgilendirilme**				
Evet	28,00	2,41	t=0,144	
Hayır	27,97	2,62	df=708	0,885
Destek sistemi*				
Aile	27,75	2,64		
Arkadaşlar	27,66	2,58		
Sağlık çalışanları	28,03	2,49	F=1,303	0,272
Destek veren yok	28,18	2,52		
Ailede kanser öyküsünün olması**				
Evet	27,91	2,55	t=-0,526	
Hayır	28,01	2,54	df=708	0,599
Ne kadar süredir kanser hastası*				
1-12 ay a	28,15	2,45		
13-24 ay b	28,18	2,36	F=3,630	0,027
25 ay ve üzeri c	27,63	2,76		b>c
Tedavi süresi*				
1-6 ay	28,06	2,50		
7-12 ay	28,05	2,42	F=0,874	0,418
13 ay ve üzeri	27,76	2,79		
Tedavi şekli**				
Yatarak tedavi	27,65	2,64	t=-2,601	
Ayaktan tedavi	28,17	2,46	df=708	0,009
Hastalık süresince kendini nasıl hissettiği*				
İyi	27,77	2,65		
Gergin/Stresli	27,67	2,42		
Umutsuz/Çaresiz	27,93	2,41		
Bitkin	28,21	2,73	F=0,831	0,506
Yalnız	28,01	2,53		
Beslenme durumu*				
İyi	28,13	2,82		
Orta	27,94	2,38	F=0,161	0,852
Kötü	27,97	2,57		
Günlük uyku süresi*				
4-6 saat arası a	27,82	2,57		
7-9 saat arası b	28,19	2,49	F=4,584	0,011
10-12 saat arası c	26,71	2,51		b>c
Algılanan uyku kalitesi*				
İyi	28,30	2,59		
Orta	28,01	2,53	F=1,057	0,348
Kötü	27,88	2,53		

Kanser olduğunu ilk nasıl farkettti**				
Teşhis ile farketmesi	28,11	2,50	t=1,887	
Kendi kendine farketmesi	27,73	2,60	df=708	0,060
Kendi kendine meme ve vulva muayenesi yapma durumu*				
KKMM yapıyor a	26,25	2,62		
KKVM yapıyor b	26,88	2,50	F=23,77	0,000
Hiçbirini yapmıyor c	28,25	2,44		c>a,b
Jinekolojik kontrollere düzenli olarak gitme durumu**				
Evet	28,14	2,58	t=1,437	
Hayır	27,86	2,51	df=708	0,151
Kanserin ilk belirtisi*				
Ağrı a	27,47	2,60		
Kanama-Akıntı b	27,93	2,51	F=5,548	0,004
Kaşınıtı-Yara-Şişlik-Kitle c	28,32	2,49		c>a

*One-Way ANOVA, **Independent Samples t-test, Ort.: Ortalama, Ss: Standart sapma

Araştırma kapsamına alınan kadınların hastalığına ilişkin bulgularına göre kanser yalnızlık ölçeği puan dağılımı Tablo 4.4’de verilmiştir. Buna göre; kadınların kanser tedavisine göre yalnızlık ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; cerrahi+kemoterapi+radoterapi üçlü tedavisini ve cerrahi,+kemoterapi ikili tedavisini alan kadınların kanser yalnızlık ölçeği puan ortalamalarının sadece kemoterapi tedavisi alan kadınların puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir(p=0,001). Yine cerrahi+kemoterapi+radoterapi üçlü tedavisini alan kadınların kanser yalnızlık ölçeği puan ortalamalarının sadece radyoterapi tedavisi alan kadınların puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır(p=0,001).

Araştırmada kadınların hastalık sürelerine göre kanser yalnızlık ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; hastalık süresi 13-24 ay olan kadınların kanser yalnızlık ölçeği puan ortalamalarının hastalık süresi 25 ay ve üzeri olan kadınların puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir(p=0,027).

Araştırmada kadınların tedavi şekillerine göre kanser yalnızlık ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ayaktan tedavi gören kadınların kanser yalnızlık

ölçeği puan ortalamalarının yatarak tedavi gören kadınların puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur($p=0,009$).

Araştırmada kadınların günlük uyku sürelerine göre kanser yalnızlık ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; günlük uyku süresi 7-9 saat olan kadınların kanser yalnızlık ölçeği puan ortalamalarının günlük uyku süresi 10-12 saat olan kadınların puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir($p=0,011$).

Araştırmada kadınların kendi kendine meme muayenesi ve kendi kendine vulva muayenesi yapma durumlarına göre kanser yalnızlık ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; kendi kendine meme muayenesi ve kendi kendine vulva muayenesi yapmayan kadınların kanser yalnızlık ölçeği puan ortalamalarının kendi kendine meme muayenesi ve kendi kendine vulva muayenesi yapan kadınların puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır($p=0,000$).

Araştırmada kadınların kanserin ilk belirtilerine göre kanser yalnızlık ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ilk belirtisi kaşıntı-yara-şişlik-kitle olan kadınların kanser yalnızlık ölçeği puan ortalamalarının ilk belirtisi ağrı olan kadınların puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir($p=0,004$).

Araştırma kapsamına alınan kadınların hastalığına ilişkin bulgularına göre kanser yalnızlık ölçeği puan dağılımına bakıldığında, kadınların kanser tipi, kanser evresi, hastalık ve tedavi hakkında bilgilendirilme, destek sistemi, ailede kanser öyküsü varlığı, tedavi süresi, hastalık süresince kendini nasıl hissettiği, beslenme durumu, algılanan uyku kalitesi, kanser olduğunu ilk nasıl farketttiği ve jinekolojik kontrollere düzenli olarak gitme durumları arasında anlamlılık tespit edilmemiştir.

Tablo 4.5. Jinekolojik Kanserli Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Kansere İlişkin Negatif Sosyal Beklenti Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=710)

Tanımlayıcı Özellikler	Ort.	Ss.	Test Değeri	Anlamlılık Değeri
Yaş*				
18-29 yaş	24,42	2,37	F=0,789	0,500
30-41 yaş	24,68	2,23		
42-53 yaş	24,72	2,14		
54 ve üzeri yaş	24,89	2,15		
Eğitim durumu*				
İlkokul a	24,94	2,27	F=8,215	0,000 a>c,d; b>c,d
Ortaokul b	25,03	2,10		
Lise c	24,15	2,13		
Üniversite ve üzeri d	24,02	2,03		
Çalışma durumu**				
Ev hanımı	24,75	2,20	t=0,007	0,994
Çalışıyor	24,76	2,13	df=708	
Medeni durumu**				
Evli	24,87	2,20	t=-2,231	0,026
Bekâr	24,46	2,10	df=708	
Aile yapısı*				
Çekirdek aile	24,65	2,12	F=1,180	0,308
Geniş aile	24,68	2,17		
Parçalanmış aile	24,95	2,21		
Yaşanılan yer*				
İl	24,78	2,13	F=0,256	0,774
İlçe	24,80	2,15		
köy/kasaba	24,67	2,25		
Gelir durumu*				
Gelir giderden fazla a	24,14	2,01	F=6,303	0,002 c>a,b
Gelir gidere eşit b	24,38	2,44		
Gelir giderden az c	24,93	2,11		
Sigara kullanma durumu**				
Evet	24,58	2,28	t=-1,135	0,257
Hayır	24,80	2,14	df=708	

*One-Way ANOVA, **Independent Samples t-test, Ort.: Ortalama, Ss: Standart sapma

Araştırma kapsamına alınan kadınların tanıtıcı özelliklerine göre kansere ilişkin negatif sosyal beklenti ölçeği puan dağılımı Tablo 4.5’de verilmiştir. Buna göre; kadınların eğitim durumlarına göre kansere ilişkin negatif sosyal beklenti ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; eğitim durumu ilkokul ve ortaokul mezunu olan kadınların kansere ilişkin negatif sosyal beklenti ölçeği puan ortalamalarının eğitim durumu lise, üniversite ve üzeri olan kadınların puan

ortalamlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir($p=0,000$).

Araştırmada kadınların medeni durumuna göre kansere ilişkin negatif sosyal beklenti ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; evli olan kadınların kansere ilişkin negatif sosyal beklenti ölçeği puan ortalamalarının bekar olan kadınların puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır($p=0,026$).

Araştırmada kadınların gelir durumlarına göre kansere ilişkin negatif sosyal beklenti ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; geliri giderden az olan kadınların kansere ilişkin negatif sosyal beklenti ölçeği puan ortalamalarının, geliri gidere eşit ve geliri giderden fazla olan kadınların puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur($p=0,002$).

Araştırma kapsamına alınan kadınların tanıtıcı özelliklerine göre kansere ilişkin negatif sosyal beklenti ölçeği puan dağılımına bakıldığında, kadınların yaşı, çalışma durumu, aile yapısı, yaşadıkları yer ve sigara kullanma durumları arasında anlamlılık tespit edilmemiştir.

Tablo 4.6. Jinekolojik Kanserli Kadınların Hastalığına İlişkin Bulgularına Göre Kansere İlişkin Negatif Sosyal Beklenti Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=710)

Tanımlayıcı Özellikler	Ort.	Ss.	Test Değeri	Anlamlılık Değeri
Kanser tipi*				
Endometrium kanseri	24,80	2,16	F=1,014	0,409
Over kanseri	24,50	2,33		
Serviks kanseri	24,94	2,03		
Vulva + Vajen kanseri	25,36	2,17		
Fallop tüpleri kanseri	24,82	2,25		
Endometrium + Serviks kanseri	24,66	2,07		
Kanserin evresi*				
1. Evre	24,53	2,31	F=2,156	0,092
2. Evre	24,47	2,20		
3. Evre	24,74	2,19		
4. Evre	25,00	2,09		

Kanser tedavisi*				
Cerrahi tedavi a	24,37	2,19		
Kemoterapi b	24,70	2,15		
Radyoterapi c	25,04	2,13		
Hormonal tedavi d	25,77	2,35		
Cerrahi + Kemoterapi e	24,71	2,09	F=2,680	0,021
Cerrahi + Kemoterapi + Radyoterapi f	24,64	2,25		d>a
Hastalık hakkında bilgilendirilme**				
Evet	24,86	2,15	t=1,004	
Hayır	24,69	2,19	df=708	0,316
Tedavi hakkında bilgilendirilme**				
Evet	24,64	2,20	t=-1,110	
Hayır	24,83	2,16	df=708	0,267
Destek sistemi*				
Aile	24,70	2,32		
Arkadaşlar	24,43	2,24		
Sağlık çalışanları	24,85	2,16	F=0,965	0,409
Destek veren yok	24,80	2,08		
Ailede kanser öyküsünün olması**				
Evet	24,78	2,00	t=0,228	
Hayır	24,74	2,26	df=708	0,820
Ne kadar süredir kanser hastası*				
1-12 ay a	25,07	2,10		
13-24 ay b	24,80	2,27	F=4,080	0,017
25 ay ve üzeri c	24,47	2,09		a>c
Tedavi süresi*				
1-6 ay	24,96	2,08		
7-12 ay	24,76	2,28	F=2,029	0,132
13 ay ve üzeri	24,51	2,08		
Tedavi şekli**				
Yatarak tedavi	24,76	2,14	t=0,058	
Ayaktan tedavi	24,75	2,20	df=708	0,954
Hastalık süresince kendini nasıl hissettiği*				
İyi	25,00	1,95		
Gergin/Stresli	24,95	2,03		
Umutsuz/Çaresiz	24,75	2,22		
Bitkin	24,68	2,33	F=0,429	0,788
Yalnız	24,66	2,07		
Beslenme durumu*				
İyi	24,97	2,14		
Orta	24,69	2,11	F=0,473	0,623
Kötü	24,75	2,22		

Günlük uyku süresi* 4-6 saat arası 7-9 saat arası 10-12 saat arası	24,71 24,82 24,23	2,22 2,06 3,20	F=0,830	0,436
Algılanan uyku kalitesi* İyi a Orta b Kötü c	25,65 24,80 24,50	1,97 2,26 2,11	F=10,619	0,000 a>b,c
Kanser olduğunu ilk nasıl farketti** Teşhis ile farketmesi Kendi kendine farketmesi	24,79 24,68	2,25 2,02	t=0,669 df=708	0,504
Kendi kendine meme ve vulva muayenesi yapma durumu* KKMM yapıyor a KKVM yapıyor b Hiçbirini yapmıyor c	24,33 23,96 24,86	2,14 2,18 2,16	F=5,341	0,005 c>b
Jinekolojik kontrollere düzenli olarak gitme durumu** Evet Hayır	24,48 24,95	1,99 2,28	t=-2, 866 df=708	0,004
Kanserin ilk belirtisi* Ağrı Kanama-Akıntı Kaşıntı-Yara-Şişlik-Kitle	24,92 24,68 24,74	2,27 2,08 2,22	F=0,640	0,528

*One-Way ANOVA, **Independent Samples t-test, Ort.: Ortalama, Ss: Standart sapma

Araştırma kapsamına alınan kadınların hastalığına ilişkin bulgularına göre kansere ilişkin negatif sosyal beklenti ölçeği puan dağılımı Tablo 4.6’da verilmiştir. Buna göre; Araştırmada kadınların tedavi türlerine göre kansere ilişkin negatif sosyal beklenti ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; tedavi türü hormonal tedavi olan kadınların kansere ilişkin negatif sosyal beklenti ölçeği puan ortalamalarının tedavi türü cerrahi tedavi olan kadınların puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur(p=0,021).

Araştırmada kadınların hastalık süresine göre kansere ilişkin negatif sosyal beklenti ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; hastalık süresi 1-12 ay olan kadınların kansere ilişkin negatif sosyal beklenti ölçeği puan ortalamalarının hastalık süresi 25 ay ve üzeri olan kadınların puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır(p=0,017).

Araştırmada kadınların algılanan uyku kalitesine göre kansere ilişkin negatif sosyal beklenti ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; algılanan uyku kalitesi

iyi olan kadınların kansere ilişkin negatif sosyal beklenti ölçeği puan ortalamalarının algılanan uyku kalitesi orta ve kötü olan kadınların puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir($p=0,000$).

Araştırmada kadınların kendi kendine meme muayenesi ve kendi kendine vulva muayenesi yapma durumlarına göre kansere ilişkin negatif sosyal beklenti ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; kendi kendine meme muayenesi ve kendi kendine vulva muayenesi yapmayan kadınların kansere ilişkin negatif sosyal beklenti ölçeği puan ortalamalarının kendi kendine vulva muayenesi yapan kadınların puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir($p=0,005$).

Araştırmada kadınların jinekolojik kontrollere düzenli olarak gitme durumlarına göre kansere ilişkin negatif sosyal beklenti ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; jinekolojik kontrollere düzenli olarak gitmeyen kadınların kansere ilişkin negatif sosyal beklenti ölçeği puan ortalamalarının jinekolojik kontrollere düzenli olarak giden kadınların puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır($p=0,004$).

Araştırma kapsamına alınan kadınların hastalığına ilişkin bulgularına göre kansere ilişkin negatif sosyal beklenti ölçeği puan dağılımına bakıldığında, kadınların kadınların kanser tipi, kanser evresi, hastalık ve tedavi hakkında bilgilendirilme, destek sistemi, ailede kanser öyküsü varlığı, tedavi süresi ve tedavi şekli, hastalık süresince kendini nasıl hissettiği, beslenme durumu, günlük uyku süresi ve kanserin ilk belirtisi durumları arasında anlamlılık tespit edilmemiştir.

Tablo 4.7. Jinekolojik Kanserli Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=710)

Tanımlayıcı Özellikler	Ruhsal/ Psikolojik	Sağlık Sistemi ve Bilgilendirme	Fiziksel ve Günlük Yaşam	Hasta Bakım ve Desteği	Cinsellik	Toplam DBGÖ
	ort.(ss)	ort.(ss)	ort.(ss)	ort.(ss)	ort.(ss)	ort.(ss)
Yaş*						
18-29 yaş	37,89(3,00)	45,00(1,91)	21,72(1,81)	16,14(1,50)	12,31(1,49)	133,08(4,6)
30-41 yaş	38,42(2,89)	44,97(2,07)	21,95(1,89)	16,23(1,71)	12,68(1,35)	134,28(5,0)
42-53 yaş	38,43(2,47)	44,91(2,10)	21,78(1,73)	16,42(1,72)	12,60(1,28)	134,16(4,4)
54 ve üzeri yaş	37,89(2,48)	45,36(1,99)	21,78(1,97)	16,54(1,68)	12,59(1,42)	134,18(4,4)
F	2,491	2,412	0,331	1,403	0,855	0,874
p	0,059	0,066	0,083	0,241	0,464	0,454

Eğitim durumu*						
İlkokul	38,36(2,60)	45,14(1,80)	21,87(1,73)	16,31(1,58)	12,57(1,39)	134,28(4,0)
Ortaokul	38,20(2,64)	45,12(2,13)	21,94(1,83)	16,48(1,75)	12,65(1,34)	134,41(5,0)
Lise	38,02(2,52)	44,71(2,23)	21,45(1,93)	16,55(1,68)	12,49(1,38)	133,24(4,2)
Üniversite ve üzeri	38,03(2,60)	45,37(2,00)	21,61(2,07)	16,15(1,69)	12,57(1,37)	133,75(4,0)
F	0,523	1,824	2,380	1,294	0,393	2,059
p	0,666	0,141	0,069	0,275	0,758	0,104
Çalışma durumu**						
Ev hanımı	38,23(2,64)	45,05(2,08)	21,88(1,82)	16,52(1,70)	12,63(1,33)	134,32(4,7)
Çalışıyor	38,12(2,51)	45,18(1,98)	21,65(1,91)	16,18(1,66)	12,51(1,42)	133,67(4,1)
t	t=-0,526	t=815	t=-1,515	t=-2,457	t=-1,104	t=-1,781
df	df=708	df=708	df=708	df=708	df=708	df=708
p	0,184	0,660	0,570	0,413	0,130	0,060
Medeni durumu**						
Evli	38,28(2,69)	45,12(2,06)	21,89(1,82)	16,50(1,66)	12,65(1,34)	134,46(4,5)
Bekâr	37,97(2,35)	45,02(2,02)	21,59(1,92)	16,17(1,75)	12,43(1,39)	133,20(4,5)
t	t=-1,412	t=-0,583	t=-1,904	t=-2,304	t=-1,951	t=-3,281
df	df=708	df=708	df=708	df=708	df=708	df=708
p	0,001	0,769	0,082	0,560	0,562	0,797
Aile yapısı*						
Çekirdek aile a	38,01(2,70)	45,21(1,93)	21,74(1,80)	16,01(1,67)	12,49(1,41)	133,48(4,1)
Geniş aile b	38,27(2,57)	45,11(2,13)	21,89(1,87)	16,52(1,67)	12,54(1,29)	134,34(4,6)
Parçalanmış aile c	38,18(2,61)	44,98(1,99)	21,71(1,85)	16,47(1,71)	12,76(1,44)	134,11(4,7)
F	0,479	0,562	0,706	4,567	2,194	1,693
p	0,620	0,570	0,494	0,011	0,112	0,185
Anlamlı fark				b>a,c		
Yaşanılan yer*						
İl a	37,85(2,86)	44,93(2,25)	21,93(1,83)	16,35(1,74)	12,46(1,37)	133,54(5,3)
İlçe b	38,46(2,49)	45,21(2,06)	21,74(1,83)	16,52(1,75)	12,62(1,35)	134,57(4,3)
köy/kasaba c	37,94(2,59)	44,98(1,91)	21,86(1,91)	16,26(1,56)	12,63(1,38)	133,69(4,51)
F	4,131	1,340	0,639	1,661	0,802	3,741
p	0,054	0,262	0,528	0,191	0,449	0,058
Gelir durumu*						
Gelir giderden fazla	38,34(2,57)	44,97(2,05)	21,63(1,76)	16,13(1,67)	12,78(1,30)	133,86(4,3)
Gelir gidere eşit	38,37(2,46)	44,73(1,91)	21,56(2,04)	16,60(1,72)	12,72(1,48)	134,00(4,4)
Gelir giderden az	38,13(2,64)	45,19(2,07)	21,89(1,81)	16,40(1,68)	12,54(1,34)	134,18(4,6)
F	0,543	2,691	1,907	1,721	1,623	0,187
p	0,581	0,069	0,149	0,180	0,198	0,830
Sigara kullanma durumu**						
Evet	38,31(2,60)	45,13(1,91)	21,69(1,94)	16,25(1,82)	12,55(1,35)	133,96(4,6)
Hayır	38,16(2,60)	45,08(2,09)	21,84(1,83)	16,46(1,65)	12,61(1,37)	134,16(4,5)
t	t=0,664	t=0,287	t=-0,887	t=-1,354	t=-0,498	t=-0,500
df	df=708	df=708	df=708	df=708	df=708	df=708
p	0,834	0,075	0,120	0,190	0,841	0,379

*One-Way ANOVA, **Independent Samples t-test, Ort.: Ortalama, Ss: Standart sapma

Araştırma kapsamına alınan kadınların tanıtıcı özelliklerine göre destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği alt boyutları puan dağılımı Tablo 4.7’de verilmiştir. Buna göre destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği alt boyut bazında incelendiğinde; Araştırmada kadınların medeni durumuna göre destekleyici bakım gereksinimleri

ölçeği alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında; evli olan kadınların destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği alt boyutu “ruhsal/psikolojik” puan ortalamalarının bekar olan kadınların puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir($p=0,001$).

Araştırmada kadınların aile yapılarına göre destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında; geniş aile sistemine sahip kadınların destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği alt boyutu “hasta bakım ve desteği” puan ortalamalarının çekirdek aile ve parçalanmış aile sistemine sahip olan kadınların puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur($p=0,011$).

Araştırma kapsamına alınan kadınların tanıtıcı özelliklerine göre destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği alt boyutları puan dağılımına bakıldığında, kadınların yaşı, eğitim durumu, çalışma durumu, yaşadıkları yer, gelir durumu ve sigara kullanma durumları arasında anlamlılık tespit edilmemiştir.

Tablo 4.8. Jinekolojik Kanserli Kadınların Hastalığına İlişkin Bulgularına Göre Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı($n=710$)

Tanımlayıcı Özellikler	Ruhsal/ Psikolojik	Sağlık Sistemi ve Bilgilendir me	Fiziksel ve Günlük Yaşam	Hasta Bakım ve Desteği	Cinsellik	Toplam DBGÖ
	ort.(ss)	ort.(ss)	ort.(ss)	ort.(ss)	ort.(ss)	ort.(ss)
Kanser tipi*						
Endometrium kanseri a	38,33(2,64)	45,25(2,07)	21,86(1,81)	16,35(1,73)	12,59(1,29)	134,40(4,79)
Over kanseri b	38,20(2,63)	44,86(1,94)	21,86(1,78)	16,44(1,56)	12,64(1,33)	134,02(4,24)
Serviks kanseri c	37,82(2,53)	44,86(2,22)	21,66(2,02)	16,52(1,75)	12,66(1,51)	133,54(4,80)
Vulva + Vajen kanseri d	38,95(2,75)	44,77(1,99)	21,54(1,53)	15,90(1,82)	13,40(1,29)	134,59(4,41)
Fallop tüpleri kanseri e	38,17(2,59)	45,06(1,81)	21,65(2,19)	16,34(1,71)	12,51(1,37)	133,75(4,25)
Endometrium + Serviks kanseri f	38,06(2,47)	45,40(2,01)	21,86(1,89)	16,55(1,70)	12,20(1,38)	134,09(4,42)
F	1,060	1,591	0,357	0,695	3,029	0,691
p	0,381	0,160	0,878	0,627	0,010	0,630
Anlamlı fark					d>f	
Kanserin evresi*						
1. Evre	37,96(2,66)	45,60(2,14)	22,03(1,82)	16,23(1,90)	12,57(1,68)	134,41(4,70)
2. Evre	38,21(2,42)	44,95(2,13)	21,59(1,83)	16,43(1,82)	12,59(1,25)	133,78(4,73)
3. Evre	38,40(2,71)	45,16(2,17)	21,90(1,80)	16,44(1,67)	12,66(1,28)	134,57(4,81)
4. Evre	38,04(2,58)	44,97(1,83)	21,80(1,93)	16,41(1,58)	12,54(1,43)	133,78(4,19)
F	0,976	1,880	1,196	0,263	0,310	1,597
p	0,404	0,132	0,310	0,852	0,818	0,189

Kanser tedavisi*						
Cerrahi tedavi a	38,76(2,45)	45,19(2,21)	22,11(1,71)	16,28(1,99)	12,50(1,51)	134,86(5,18)
Kemoterapi b	38,00(2,56)	44,90(1,93)	21,60(1,81)	16,32(1,56)	12,62(1,34)	133,45(4,02)
Radyoterapi c	38,15(2,78)	44,96(2,04)	21,90(1,75)	16,44(1,64)	12,62(1,31)	134,08(4,78)
Hormonal tedavi d	37,61(2,59)	45,55(1,91)	22,50(1,42)	16,47(1,57)	12,38(1,49)	134,52(4,71)
Cerrahi + Kemoterapi e	38,33(2,71)	45,20(2,31)	21,60(2,17)	16,80(1,74)	12,72(1,37)	134,67(5,13)
Cerrahi + Kemoterapi + Radyoterapi f	38,53(2,40)	45,88(1,77)	22,28(1,94)	16,40(1,85)	12,40(1,11)	135,51(4,47)
F	1,961	2,488	3,277	1,436	0,675	3,116
p	0,082	0,030	0,055	0,209	0,643	0,058
Anlamlı fark		f>b				
Hastalık hakkında bilgilendirilme**						
Evet	38,12(2,56)	44,88(1,90)	21,85(1,86)	16,42(1,77)	12,75(1,41)	134,04(4,61)
Hayır	38,24(2,62)	45,20(2,12)	21,78(1,85)	16,41(1,65)	12,51(1,33)	134,16(4,58)
t	t=-0,589	t=-1,983	t=0,438	t=0,087	t=2,276	t=-0,335
df	df=708	df=708	df=708	df=708	df=708	df=708
p	0,741	0,124	0,729	0,099	0,824	0,255
Tedavi hakkında bilgilendirilme**						
Evet	38,08(2,62)	45,14(1,99)	21,78(1,97)	16,31(1,64)	12,61(1,44)	133,93(4,46)
Hayır	38,27(2,59)	45,06(2,09)	21,83(1,78)	16,48(1,73)	12,58(1,31)	134,24(4,67)
t	t=-0,964	t=0,492	t=-0,363	t=-1,265	t=0,224	t=-0,874
df	df=708	df=708	df=708	df=708	df=708	df=708
p	0,586	0,907	0,069	0,192	0,023	0,246
Destek sistemi*						
Aile a	38,40(2,77)	45,15(2,21)	21,94(1,83)	16,40(1,76)	12,25(1,56)	134,16(5,00)
Arkadaşlar b	38,62(2,74)	44,78(1,98)	21,63(1,79)	15,98(1,72)	12,81(1,33)	133,84(5,06)
Sağlık çalışanları c	37,93(2,70)	45,30(2,00)	21,87(1,79)	16,47(1,61)	12,78(1,34)	134,37(4,54)
Destek veren yok d	38,23(2,26)	44,91(2,02)	21,73(1,97)	16,53(1,72)	12,46(1,23)	133,88(4,17)
F	2,099	2,281	0,731	2,420	6,088	0,586
p	0,099	0,078	0,534	0,065	0,000	0,624
Anlamlı fark					b>a,c	
Ailede kanser öyküsünün olması**						
Evet	37,54(2,67)	45,23(1,98)	21,76(1,68)	16,43(1,69)	12,70(1,35)	133,70(4,49)
Hayır	38,53(2,50)	45,01(2,08)	21,83(1,94)	16,40(1,69)	12,54(1,36)	134,33(4,62)
t	t=-4,858	t=1,356	t=-0,454	t=0,254	t=1,517	t=-1,750
df	df=708	df=708	df=708	df=708	df=708	df=708
p	0,182	0,867	0,004	0,442	0,495	0,550
Ne kadar süredir kanser hastası*						
1-12 ay a	37,87(2,54)	45,17(2,24)	22,02(1,65)	16,34(1,60)	12,67(1,31)	134,08(4,60)
13-24 ay b	38,28(2,54)	44,95(1,90)	21,79(2,02)	16,62(1,69)	12,58(1,37)	134,24(4,34)
25 ay ve üzeri c	38,33(2,71)	45,19(2,07)	21,67(1,78)	16,23(1,74)	12,55(1,39)	134,00(4,86)
F	1,926	1,104	1,795	3,729	0,391	0,193
p	0,147	0,332	0,167	0,024	0,676	0,824
Anlamlı fark				b>c		
Tedavi süresi*						
1-6 ay	37,98(2,56)	45,06(2,15)	22,02(1,69)	16,29(1,62)	12,69(1,33)	134,07(4,59)
7-12 ay	38,32(2,52)	45,00(1,95)	21,76(2,01)	16,48(1,72)	12,49(1,34)	134,06(4,34)
13 ay ve üzeri	38,21(2,79)	45,28(2,10)	21,66(1,70)	16,43(1,72)	12,67(1,42)	134,27(5,03)
F	1,064	1,146	2,114	0,754	1,644	0,130
p	0,346	0,319	0,122	0,471	0,194	0,878

Tedavi şekli**						
Yatarak tedavi	37,94(2,73)	45,30(2,02)	21,62(1,85)	16,53(1,66)	12,56(1,41)	133,97(4,82)
Ayaktan tedavi	38,34(2,52)	44,97(2,06)	21,92(1,85)	16,34(1,71)	12,62(1,33)	134,20(4,45)
t	t=-1,977	t=2,108	t=-2,072	t=1,469	t=-0,549	t=-0,636
df	df=708	df=708	df=708	df=708	df=708	df=708
p	0,444	0,589	0,399	0,600	0,119	0,566
Hastalık süresince kendini nasıl hissettiği*						
İyi a	38,27(2,69)	45,52(1,93)	21,63(2,11)	17,11(1,68)	12,31(1,52)	134,86(4,61)
Gergin/Stresli b	37,80(2,83)	44,77(2,43)	21,94(1,86)	16,95(1,65)	12,64(1,37)	134,12(5,38)
Umutsuz/Çaresiz c	38,27(2,58)	45,00(1,93)	22,03(1,70)	16,31(1,69)	12,61(1,43)	134,25(4,53)
Bitkin d	38,23(2,50)	45,20(2,09)	21,62(1,91)	16,24(1,80)	12,53(1,39)	133,84(4,85)
Yalnız e	38,24(2,60)	45,15(1,97)	21,68(1,90)	16,26(1,47)	12,70(1,15)	134,05(3,81)
F	0,579	1,281	1,726	5,220	0,843	0,518
p	0,678	0,276	0,142	0,000	0,498	0,722
Anlamlı fark				a>c,d,e; b>c,d,e		
Beslenme duumu*						
İyi a	38,14(2,58)	44,43(2,30)	22,00(1,52)	16,77(1,52)	12,80(1,15)	134,15(4,93)
Orta b	30,00(2,67)	44,98(1,93)	21,69(1,98)	16,53(1,79)	12,71(1,44)	133,94(4,76)
Kötü c	38,31(2,57)	45,27(2,04)	21,83(1,84)	16,28(1,66)	12,49(1,35)	134,20(4,44)
F	1,010	5,844	0,858	3,548	2,817	0,234
p	0,365	0,003	0,424	0,053	0,060	0,792
Anlamlı fark		c>a				
Günlük uyku süresi*						
4-6 saat arası a	38,13(2,63)	45,29(2,02)	21,89(1,75)	16,27(1,64)	12,50(1,31)	134,09(4,32)
7-9 saat arası b	38,23(2,60)	44,97(2,06)	21,71(1,95)	16,53(1,75)	12,63(1,40)	134,09(4,87)
10-12 saat arası c	38,71(2,19)	44,00(1,94)	22,33(1,52)	16,47(1,32)	13,47(1,20)	135,00(3,40)
F	0,546	5,168	1,677	2,147	5,245	0,396
p	0,580	0,006	0,188	0,118	0,005	0,673
Anlamlı fark		a>c			c>a,b	
Algılanan uyku kalitesi*						
İyi a	38,59(2,62)	45,45(1,81)	21,63(1,82)	16,58(1,66)	12,71(1,50)	134,97(4,88)
Orta b	37,84(2,60)	44,87(1,97)	21,97(1,75)	16,51(1,63)	12,62(1,18)	133,83(4,33)
Kötü c	38,34(2,58)	45,15(2,14)	21,74(1,92)	16,31(1,74)	12,55(1,44)	134,10(4,67)
F	3,946	2,885	1,590	1,522	0,606	2,077
p	0,056	0,057	0,205	0,219	0,546	0,126
Kanser olduğunu ilk nasıl farketti**						
Teşhis ile farketmesi	38,19(2,53)	45,20(1,95)	21,65(1,85)	16,38(1,73)	12,60(1,34)	134,03(4,53)
Kendi kendine farketmesi	38,21(2,73)	44,89(2,22)	22,10(1,82)	16,48(1,62)	12,58(1,41)	134,27(4,69)
t	t=-0,109	t=1,933	t=-3,041	t=-0,760	t=0,164	t=-0,653
df	df=708	df=708	df=708	df=708	df=708	df=708
p	0,139	0,015	0,176	0,165	0,111	0,678
Kendi kendine meme ve vulva muayenesi yapma durumu*						
KKMM yapıyor a	38,22(2,15)	44,62(2,18)	21,45(1,89)	16,30(1,66)	12,35(1,67)	132,96(4,26)
KKVM yapıyor b	37,90(2,59)	45,14(2,09)	21,12(1,83)	16,00(1,67)	12,68(1,31)	132,84(4,35)
Hiçbirini yapmıyor c	38,22(2,65)	45,13(2,03)	21,90(1,84)	16,46(1,69)	12,61(1,33)	134,34(4,61)
F	0,356	1,746	5,505	1,852	1,131	4,679
p	0,701	0,175	0,004	0,158	0,323	0,051
Anlamlı fark			c>b			

Jinekolojik kontrollere düzenli olarak gitme durumu**						
Evet	37,94(2,55)	45,16(2,19)	21,86(1,78)	16,43(1,56)	12,58(1,34)	133,99(4,73)
Hayır	38,37(2,63)	45,04(1,94)	21,77(1,91)	16,40(1,78)	12,60(1,38)	134,21(4,48)
t	t=-2,173	t=0,780	t=0,592	t=0,225	t=-0,233	t=-0,627
df	df=708	df=708	df=708	df=708	df=708	df=708
p	0,321	0,041	0,184	0,036	0,142	0,593
Kanserin ilk belirtisi*						
Ağrı	37,94(2,62)	45,20(1,94)	21,81(1,74)	16,36(1,71)	12,72(1,28)	134,05(4,07)
Kanama-Akıntı	38,11(2,70)	45,01(2,06)	21,77(1,93)	16,35(1,62)	12,51(1,42)	133,76(4,55)
Kaşıntı-Yara-Şişlik-Kitle	38,43(2,47)	45,11(2,10)	21,85(1,84)	16,50(1,75)	12,61(1,34)	134,53(4,88)
F	2,030	0,450	0,148	0,641	1,264	1,986
p	0,132	0,638	0,863	0,527	0,283	0,138

*One-Way ANOVA, **Independent Samples t-test, Ort.: Ortalama, Ss: Standart sapma

Araştırma kapsamına alınan kadınların hastalığına ilişkin bulgularına göre destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği alt boyutları puan dağılımı Tablo 4.8’de verilmiştir. Buna göre destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği alt boyut bazında incelendiğinde; Araştırmada kadınların kanser tipine göre destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında; vulva ve vajen kanseri olan kadınların destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği alt boyutu “cinsellik” puan ortalamalarının endometrium+serviks kanseri olan kadınların puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir(p=0,010).

Araştırmada kadınların tedavi türlerine göre destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında; cerrahi + kemoterapi + radyoterapi tedavisini alan kadınların destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği alt boyutu “sağlık sistemi ve bilgilendirme” puan ortalamalarının kemoterapi tedavisini alan kadınların puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır(p=0,030).

Araştırmada kadınların tedavi hakkında bilgilendirme durumlarına göre destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında; tedavi hakkında bilgilendirilen kadınların destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği alt boyutu “cinsellik” puan ortalamalarının tedavi hakkında bilgilendirilmeyen kadınların puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur(p=0,023).

Araştırmada kadınların destek sistemlerine göre destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında; arkadaşları tarafından desteklenen kadınların destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği alt boyutu “cinsellik” puan ortalamalarının aile ve sağlık çalışanları tarafından desteklenen kadınların puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir($p=0,000$).

Araştırmada kadınların ailesinde kanser öyküsü varlığına göre destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ailesinde kanser öyküsü olmayan kadınların destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği alt boyutu “fiziksel ve günlük yaşam” puan ortalamalarının ailede kanser öyküsü olan kadınların puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır($p=0,004$).

Araştırmada kadınların hastalık süresine göre destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında; hastalık süresi 13-24 ay olan kadınların destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği alt boyutu “hasta bakım ve desteği” puan ortalamalarının hastalık süresi 25 ay ve üzeri olan kadınların puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur($p=0,024$).

Araştırmada kadınların hastalık sürecinde kendilerini nasıl hissettiklerine göre destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında; kendini iyi hisseden kadınların destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği alt boyutu “hasta bakımı ve desteği” puan ortalamalarının kendini umutsuz/çaresiz, bitkin ve yalnız hisseden kadınların puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır($p=0,000$). Ayrıca kendini gergin/stresli hisseden kadınların destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği alt boyutu “hasta bakımı ve desteği” puan ortalamalarının kendini umutsuz/çaresiz, bitkin ve yalnız hisseden kadınların puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir($p=0,000$).

Araştırmada kadınların beslenme durumlarına göre destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında; beslenme durumu kötü olan kadınların destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği alt boyutu

“sağlık sistemi ve bilgilendirme” puan ortalamalarının beslenme durumu iyi olan kadınların puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir($p=0,003$).

Araştırmada kadınların günlük uyku süresine göre destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında; uyku süresi 4-6 saat olan kadınların destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği alt boyutu “sağlık sistemi ve belgilendirme” puan ortalamalarının günlük uyku süresi 10-12 saat olan kadınların puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir($p=0,006$). Ayrıca uyku süresi 10-12 saat olan kadınların destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği alt boyutu “cinsellik” puan ortalamalarının günlük uyku süresi 4-6 saat ve 7-9 saat olan kadınların puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur($p=0,005$).

Araştırmada kadınların kanser olduklarını ilk farketme durumlarına göre destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında; teşhis ile farkedenden kadınların destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği alt boyutu “sağlık sistemi ve bilgilendirme” puan ortalamalarının kendi kendine farkedenden kadınların puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir($p=0,015$).

Araştırmada kadınların kendi kendine meme muayenesi ve kendi kendine vulva muayenesi yapma durumlarına göre destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında; kendi kendine meme muayenesi ve kendi kendine vulva muayenesi yapmayan kadınların destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği alt boyutu “fiziksel ve günlük yaşam” puan ortalamalarının kendi kendine vulva muayenesi yapan kadınların puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır($p=0,004$).

Araştırmada kadınların jinekolojik kontrollere düzenli olarak gitme durumlarına göre destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında; jinekolojik kontrollere düzenli olarak giden kadınların destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği alt boyutu “hasta bakımı ve desteği” puan ortalamalarının jinekolojik kontrollere düzenli olarak gitmeyen

kadınların puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir($p=0,036$).

Araştırma kapsamına alınan kadınların hastalığına ilişkin bulgularına göre destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği alt boyutları puan dağılımına bakıldığında, kadınların kanser evresi, hastalık hakkında bilgilendirilme, tedavi süresi ve tedavi şekli, algılanan uyku kalitesi ve kanserin ilk belirtisi durumları arasında anlamlılık tespit edilmemiştir.

Tablo 4.9. Jinekolojik Kanserli Kadınların Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeğinden Aldıkları Puan Dağılımı

Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Alt Boyutları	Min.	Max.	Ort.	Ss.
Ruhsal/Psikolojik	31,00	45,00	38,20	2,60
Sağlık Sistemi ve Bilgilendirme	39,00	50,00	45,09	2,05
Fiziksel ve Günlük Yaşam	15,00	25,00	21,81	1,85
Hasta Bakımı ve Desteği	12,00	20,00	16,41	1,69
Cinsellik	8,00	15,00	12,59	1,36
Toplam DBGÖ	121,00	155,00	134,12	4,59

Ort.: Ortalama, Ss: Standart sapma

Jinekolojik kanserli kadınların destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği puan ortalamalarının dağılımı ile ölçekten alınan en düşük ve en yüksek puanlar Tablo 4.9’da verilmiştir. Jinekolojik kanserli kadınların destekleyici bakım gereksinimleri ölçeğinden en düşük 121, en yüksek 155 puan aldığı ve ölçek toplam puan ortalamasının $134,12 \pm 4,59$ olduğu saptanmıştır. Ölçeğin alt boyutları incelendiğinde; kadınların ruhsal/psikolojik alt boyutundan $38,20 \pm 2,60$ olduğu, sağlık sistemi ve bilgilendirme alt boyutundan $45,09 \pm 2,05$ olduğu, fiziksel ve günlük yaşam alt boyutundan $21,81 \pm 1,85$ olduğu, hasta bakımı ve desteği alt boyutundan $16,41 \pm 1,69$ olduğu ve cinsellik alt boyutundan $12,59 \pm 1,36$ puan almışlardır.

Tablo 4.10. Jinekolojik Kanserli Kadınların Kanser Yalnızlık ve Kansere İlişkin Negatif Sosyal Beklenti Ölçeklerinden Aldıkları Puan Dağılımı

	Sayı(n)	Min.	Max.	Ort.	Ss.
Toplam Kanser Yalnızlık Ölçeği	710	20,00	35,00	27,98	2,54
Toplam Kansere İlişkin Negatif Sosyal Beklenti Ölçeği	710	18,00	30,00	24,75	2,18

Ort.: Ortalama, Ss: Standart sapma

Jinekolojik kanserli kadınların kanser yalnızlık ölçeği ve kansere ilişkin negatif sosyal beklenti ölçeği toplam puan ortalamalarının dağılımı ile ölçekten alınan en düşük ve en yüksek puanlar Tablo 4.10’da verilmiştir. Jinekolojik kanserli kadınların kanser yalnızlık ölçeğinden en düşük 20, en yüksek 35 puan aldığı ve ölçek toplam puan ortalamasının $27,98 \pm 2,54$ olduğu belirlenmiştir. Ölçekten alınan puan artıka kanser hastalarının kansere bağı yalnızlık düzeyi arttığından bu çalışmada alınan ortalamanın yüksek olduğu ve buna bağı olarak hastaların yalnızlık düzeyinin yüksek olduğu söylenilebilir. Kadınların Kansere ilişkin negatif sosyal beklenti ölçeğinden ise en düşük 18, en yüksek 30 puan aldığı ve ölçek toplam puan ortalamasının $24,75 \pm 2,18$ olduğu tespit edilmiştir. Ölçekten alınan puan artıka kanser hastalarının Kansere ilişkin negatif sosyal beklenti düzeyi arttığından bu çalışmada alınan ortalamanın yüksek olduğu ve buna bağı olarak hastaların Kansere ilişkin negatif sosyal beklenti düzeyinin yüksek olduğu söylenilebilir.

Tablo 4.11. Jinekolojik Kanserli Kadınların Kanser Yalnızlık ve Kansere İlişkin Negatif Sosyal Beklenti Ölçeği ile Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeğinden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişki

	r	Toplam KYÖ	Toplam KİSNB Ö	Ruhsal/ Psikolojik	Sağlık Sistemi ve Bilgilendirme	Fiziksel ve Günlük Yaşam	Hasta Bakımı ve Desteği	Cinsellik	Toplam DBGÖ
	p								
Toplam KYÖ	r	1	0,162**	-0,045	-0,001	0,140**	0,050	0,009	0,052
	p		0,000	0,229	0,978	0,000	0,180	0,802	0,167
Toplam KİSNBÖ	r	0,162**	1	-0,033	-0,032	0,127**	0,084*	-0,012	0,046
	p	0,000		0,384	0,398	0,001	0,025	0,756	0,219
Ruhsal/Psikolojik	r	-0,045	-0,033	1	-0,002	0,051	0,025	0,053	0,612**
	p	0,229	0,384		0,964	0,178	0,503	0,158	0,000
Sağlık Sistemi ve Bilgilendirme	r	-0,001	-0,032	-0,002	1	-0,010	-0,010	-0,068	0,418**
	p	0,978	0,398	0,964		0,787	0,789	0,071	0,000
Fiziksel ve Günlük Yaşam	r	0,140**	0,127**	0,051	-0,010	1	0,104**	0,068	0,487**
	p	0,000	0,001	0,178	0,787		0,006	0,072	0,000
Hasta Bakımı ve Desteği	r	0,050	0,084*	0,025	-0,010	0,104**	1	0,072	0,443**
	p	0,180	0,025	0,503	0,789	0,006		0,055	0,000
Cinsellik	r	0,009	-0,012	0,053	-0,068	0,068	0,072	1	0,351**
	p	0,802	0,756	0,158	0,071	0,072	0,055		0,000
Toplam DBGÖ	r	0,052	0,046	0,612**	0,418**	0,487**	0,443**	0,351**	1
	p	0,167	0,219	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	

Jinekolojik kanserli kadınların kanser yalnızlık ve kansere ilişkin negatif sosyal beklenti ölçeği ile destekleyici bakım gereksinimleri ölçeğinden aldıkları puanlar arasındaki ilişki Tablo 4.11’de verilmiştir. Buna göre Kadınların toplam kanser yalnızlık ölçeği ile toplam kansere ilişkin negatif sosyal beklenti ölçeği arasında pozitif yönde zayıf ilişki saptanmıştır($p=0,000$). Kanser yalnızlık ölçeği ile destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği alt boyutu olan “fiziksek ve günlük yaşam” arasında pozitif yönde zayıf ilişki olduğu belirlenmiştir($p=0,000$).

Toplam kansere ilişkin negatif sosyal beklenti ölçeği ile destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği alt boyutu olan “fiziksel ve günlük yaşam” arasında pozitif yönde zayıf ilişki olduğu tespit edilmiştir($p=0,001$). Toplam kansere ilişkin negatif sosyal beklenti ölçeği ile destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği alt boyutu olan “hasta bakımı ve desteği” arasında pozitif yönde zayıf ilişki olduğu saptanmıştır($p=0,025$).

Destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği toplam puanı ile kendi alt boyutları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Buna göre destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği alt boyutu olan “ruhsal/psikolojik” ile toplam destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği arasında pozitif yönde orta düzeyde ilişki saptanmıştır($p=0,000$). Destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği alt boyutu olan “sağlık sistemi ve bilgilendirme” ile toplam destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği arasında pozitif yönde orta düzeyde ilişki bulunmuştur($p=0,000$). Destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği alt boyutu olan “fiziksel ve günlük yaşam” ile toplam destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği arasında pozitif yönde orta düzeyde ilişki tespit edilmiştir($p=0,000$).

Destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği alt boyutu olan “hasta bakımı ve desteği” ile toplam destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği arasında pozitif yönde orta düzeyde ilişki bulunmuştur($p=0,000$). Destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği alt boyutu olan “cinsellik” ile toplam destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği arasında pozitif yönde orta düzeyde ilişki saptanmıştır($p=0,000$). Ayrıca destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği alt boyutları olan “hasta bakımı ve desteği” ile “fiziksel ve günlük yaşam” alt boyutları arasında pozitif yönde zayıf ilişki olduğu tespit edilmiştir($p=0,006$).

5. TARTIŞMA

Jinekoloji Onkoloji hastalarında hastalığın tanı, teşhis ve tedavi süreçlerinde birçok psikolojik ve fiziksel semptom yoğun bir şekilde görülmekte, kansere bağlı yalnızlık ve negatif sosyal beklenti duygusunu hissedilmekte bu doğrultuda destekleyici bakım gereksinimleri artmaktadır. Bu çalışma Türkiye’de jinekolojik kanser hastalarında yalnızlık ve kansere ilişkin negatif sosyal beklentileri ile destekleyici bakım gereksinimleri arasındaki ilişkiyi değerlendiren bir çalışmadır.

5.1. Jinekolojik Kanser Hastası Kadınlar ve Kanser Yalnızlık Ölçeği’ne İlişkin Bulguların Tartışılması

Mevcut çalışma, jinekolojik kanser hastalarında yalnızlık ve kansere ilişkin negatif sosyal beklentiler ile destekleyici bakım gereksinimleri arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçlamıştır. Araştırmada yer alan bulgulara göre, ilkökul ve ortaokul mezunu olan kanser hastalarının yalnızlık puanlarının ortalaması lise mezunu olan kanser hastası kadınların yalnızlık puanı ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür. Çalışma içerisinde yer alan diğer bulgulara göre kanser hastası bekâr kadınların yalnızlık puan ortalamaları evli kanser hastası kadınlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu, geliri giderinden az kanser hastası kadınların geliri giderinden fazla olan kanser hastası kadınlara kıyasla yalnızlık puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca kanser hastalarının yalnızlık puan ortalamaları oldukça yüksek olduğu görülmektedir(Tablo 4.3).

Eğitim seviyesi, sosyal destek ve finansal durum gibi konular kanser hastası bireylerin yaşamış oldukları hastalık üzerinde etkisi olan faktörler olarak kendini göstermektedir. Düşük sosyoekonomik durum çeşitli şekillerde ciddi hastalıklarla ilişkili olduğu bilinmektedir (Marmot ve Koveginas 1987). Yine sosyoekonomik durumun göstergelerinden birisi olan eğitim seviyesi, kanser ve kanserle ilişkili hastalıklarla ters orantılı bir duruma sahip olduğu düşünülmektedir ve eğitim seviyesi yüksek düzeyde olması düşük kanser riski ile ilişkilendirmektedir (Faggiano ve ark. 1994, Faggiano ve ark. 1997). Mouw ve arkadaşları (2008) tarafından yürütülen bir çalışmada, yüksek eğitim seviyesine sahip bireylerin kanser riskinin düşük düzeyde

olduğu ve diğer faktörlerle beraber kanser için önemli bir durum olduğu belirtilmiştir(Mouw ve ark. 2008). Albano ve arkadaşları(2007) tarafından kadınlar üzerinde yürütülen bir çalışmada, eğitim düzeyi ile kanser arasında ters orantı olduğu görülmüştür(Albano ve ark. 2007).

Mevcut çalışma içerisinde de yer alan bulguların literatür ile paralel olduğu görülmektedir. Düşük gelir grubu içerisinde yer alan kadınlar, yaşamış oldukları hastalık sebebiyle kendilerini oldukça güçsüz ve çaresiz hissedebilirler. Hastalıklarına yönelik gereken tedavi masraflarını karşılamayacaklarına yönelik endişeleri, kendilerini daha fazla yalnız hissetmelerine neden olmuş olabilir. Geliri yüksek olan kadın hastalar, yaşamış oldukları hastalık için gerekli tedaviyi karşılayabileceklerine olan ilişkin inançlarından dolayı yalnızlık puanları ortalaması düşük gelir grubu içerisindeki kadın hastalara kıyasla düşük seyretmiş olabilir. Eğitim seviyesi yüksek olan kadınlar hastalıkları hakkında daha fazla bilgi sahibi olarak, yaşamış oldukları problem hakkında nasıl baş edebileceklerini öğrenmiş olabilirler. Eğitim seviyesi düşük olan bireyler hastalık konusunda ne yapabileceklerini tam anlamıyla bilemediklerinden, yalnızlık puan ortalamaları yüksek seyretmiş olabilir. Sosyoekonomik seviyesi yüksek olan bireylerin yaşamış oldukları sorunlarla daha fazla baş etme gücüne sahip olduğuna yönelik bilgiler mevcut olarak bilimsel literatürde yer almaktadır (Ulbrich ve ark. 1989, Roohafza ve ark. 2009).

Syse ve Lyngstad (2016) tarafından yürütülen bir çalışmada, kanser hastası bireylerin eşlerinden aldıkları desteğin varlığı kanserle baş etmelerinde yardımcı olduğu belirtilmiştir(Syse ve Lyngstad 2016). Çalışma içerisinde özellikle eğitim seviyesi yüksek olan partnerlerin eşlerine sağlamış olduğu destek hastalık sürecinde kanser hastası bireylerin iyi oluş haline katkı sağlamaktadır. Yine çalışmada her iki partnerin de eğitim seviyesinin yüksek olması, kanserle mücadele önemli bir etken olarak ortaya çıktığı belirtilmektedir. Ayrıca kanser hastası bireyin yaşamında yer alan partnerin varlığı, hastalık süresince bireyin yaşam kalitesini arttırmaya ve hastalıkla baş etmesine yardımcı olmaktadır(Morgan ve ark. 2011). Son olarak partnerlerin vermiş oldukları sosyal destek yalnızlık puanlarına etki etmektedir ve yalnızlık puanları düşme eğilimine neden olmaktadır(De Jong ve Tilburg 1987).

Çalışma içerisinde yer alan bulgular literatür ile uyumluluk göstermektedir. Bekar olan kadınlar yaşamlarında yer alan sıkıntıları çözme konusunda zorlandıklarında onlara destek olabilecek bir partnerleri olmadığı için yalnızlık puan ortalamaları daha yüksek olarak kendini göstermiş olabilir. Evli kadınlar ise, partnerleri vasıtasıyla yaşamış oldukları sıkıntılar çerçevesinde destek almak istediklerinde, bu desteği alabildikleri ifade edilebilir.

Jinekolojik kanser hastası bireyler yaşamış oldukları problemler yönünden oldukça zorlu süreçlerden geçerken, onlara destek olabilecek, kendilerinin yakınlık duyduğu kişileri yanlarında görmek istemektedirler. Fakat çevrelerinde böyle bir destek imkânı olmadığında, giderek kendilerini yalnız ve umutsuz olarak görebilirler. Bu durum sadece bireyin yaşamış olduğu hastalığa yönelik gerçekleştirilen tedaviye olumsuz etkilememektedir. Aynı zamanda bireyin psikolojik iyi oluşuna ve yaşam kalitesine de ciddi bir şekilde olumsuz etki sağlamaktadır. Sevil ve arkadaşları(2006) tarafından yürütülen bir çalışmada, jinekolojik kanser hastası kadınların yalnızlık seviyeleri gelir durumundan etkilendiğini ve onlara destek olabilecek biri olduklarında yaşamlarındaki hastalıkla daha iyi baş edebildikleri ifade edilmektedir(Sevil ve ark. 2006). Özellikle pandemi döneminde jinekolojik kanser hastası bireyler ciddi finansal problemler yaşamıştır(Türkcü ve ark. 2021).

Mevcut çalışma içerisinde yer alan diğer bulgularda, üçlü tedavi (cerrahi, kemoterapi ve radyo terapi) ve ikili tedavi (cerrahi ve kemoterapi) alan jinekolojik kanser hastası kadınların yalnızlık puan ortalamaları sadece kemoterapi alan jinekolojik kanser hastası kadınların yalnızlık puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür. Yine üçlü tedavi alan hastaların sadece radyoterapi alan hastalara kıyasla yalnızlık puan ortalamalarının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Hastalık süresi 13 – 24 ay arasında olan kadınların yalnızlık puan ortalamaları 25 ay ve üzeri hastalık süresine sahip kadın hastalardan daha yüksek olduğu görülmüştür. Ayaktan tedavi görenlerin yatarak tedavi görenlere kıyasla yalnızlık puan ortalamaları daha yüksektir. Günlük uyku süresi 7 – 9 saat arası olanların yalnızlık puanları günlük uyku süresi 10 – 12 saat olanlara kıyasla daha yüksektir. Kendi kendine meme muayenesi ve kendi kendine vulva muayenesi yapmayanların yalnızlık puanları bu muayeneleri yapanlara göre daha yüksektir. Son

olarak ilk belirtisi kaşıntı, yara, şişlik veya kitle olan hastaların yalnızlık puanı ilk belirtileri ağrı olan hastalara göre daha yüksektir(Tablo 4.4).

Çalışma içerisinde yer alan katılımcıların yoğun bir tedavi sürecine girmeleri ve bu tedavi süreçlerinin çeşidi arttıkça umutsuzluk ve çaresizlik duygusunu yoğun bir şekilde hissetmeleri gayet olağandır. Süreç içerisinde çeşitli tedavileri alan hastalar, ister istemez yaşamış oldukları hastalığın huzursuz edici noktaları daha fazla hissetmiş olabilir. Çeşitli tedaviyi bir arada alan hastalar, her ne kadar bu tedaviler ihtiyaçları olsa da, yaşamış oldukları soruna yönelik atfettikleri duygu, düşünce ve davranışlar sorunun çözölemeyeceğine yönelik olabilir. Böylece hastalar sorunun çözölemeyeceğine yönelik inançlarından dolayı kendilerini giderek daha fazla yalnız hissetmiş olabilirler. Fakat tedavi süresinin uzaması ve uzayan tedavi süresinin sonunda hastaların yaşamış oldukları hastalığa alışma eğilimi gösterdikleri ve bundan dolayı da yalnızlık puanlarının düşük seyrettiği ifade edilebilir.

Jinekolojik kanserin hastaların hayatına olumsuz etkilediğinin bir göstergesi de uykudur. Jinekolojik kanser hastalarının büyük bir çoğunluğu uykuyla ilişkili problem yaşamaktadır(Tian ve ark. 2015, Zhao ve ark. 2022). Hastalar yaşamış oldukları hastalıktan dolayı uyku uyumada, uykuya dalmada ve ağırlardan dolayı sık sık uyanma gibi sorunlar yaşamaktadırlar (Forner ve ark. 2002, Sandadi ve ark. 2011, Westin ve ark. 2016). Uyku kalitesindeki düşüş çeşitli psikolojik rahatsızlıklara da katkı sağlamaktadır.

Uykunun kalitesi düştükçe depresyon, kaygı gibi psikolojik rahatsızlıkların ortaya çıkmasının yanı sıra, bireylerin yaşam kalitelerinde de düşüş gözlemlenmektedir(Clevenger ve ark. 2013). Çalışma içerisinde yer alan hastaların mevcut uykuları azaldıkça yalnızlık puanlarının yükselmesi yaşamış oldukları rahatsızlık sonucunda kendini göstermektedir. Uyku süresi azaldıkça yaşam kalitesi düşen hastalar kendini daha fazla yalnız hissetmiş olabilirler. Kendini muayene eden hastaların ise yalnızlık puanlarının daha düşük seyretmesinin neden eğitim düzeyi olabilir. Eğitim seviyesi yükseldikçe kanser riskinin azaldığı çalışmalarca gösterilmiştir (Mouw ve ark. 2008, Albano ve ark. 2007). Bu açıdan yaklaşıldığında, kendine muayene yapan kadınların baş etme stratejilerinin de etkisiyle kendilerinin

yalnızlık puan ortalaması kendini muayene etmeyen hastalara kıyasla daha düşük seyretmiş olabilir.

Hastalığın ilk belirtisini kaşıntı, şişlik, yara veya kitle olarak deneyimleyen kadınların kanserin ilk belirtisini ağrı olarak deneyimleyen kadınlara kıyasla daha yüksek yalnızlık puan ortalamalarına sahip olmalarının altında yatan sebep, olaya yükledikleri anlamdan kaynaklanıyor olabilir. İlk olarak fiziksel olarak temas edilen bir belirti, beklenmedik bir şekilde hastalarda korku duygularının ortaya çıkmasına neden olmuş olabilir. Eşlik eden korku duygularına eklenen hastalığın dair belirsizlik süreci, sorunu yaşayan bireyler için çözümsüz görünmüş olabilir. Böylece süreç içerisinde kendilerini daha fazla yalnız hissetmiş olabilirler.

5.2. Jinekolojik Kanser Hastası Kadınlar ve Kansere İlişkin Negatif Sosyal Beklenti Ölçeği'ne İlişkin Bulguların Tartışılması

Mevcut çalışma içerisinde yer alan bulgular, eğitim seviyesi ilkökul ve ortaokul olan jinekolojik kanser hastalarının kansere ilişkin negatif sosyal beklentileri, eğitim durumu lise, üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip jinekolojik kanser hastalarına göre daha yüksektir ve evli kadınların negatif sosyal beklenti puanları ortalaması bekâr kadınların ortalamasına göre daha yüksektir. Geliri giderinden az olan hastaların geliri giderine eşit ve geliri giderinden fazla olan hastalara kıyasla negatif sosyal beklenti puanları daha yüksek seyretmektedir. Ayrıca katılımcıların negatif sosyal beklenti puan ortalamaları oldukça yüksektir(Tablo 4.5).

Over kanseri üzerine yürütülen bilimsel çalışmalar incelediğinde, bu hastalığa sahip kadınların büyük bir çoğunluğu kaygı ve depresyon gibi psikolojik rahatsızlıklara ilişkin belirtiler sergilemektedir (Portenoy ve ark. 1994, Kornblith ve ark. 1995, Bodurka-Bevers ve ark. 2000). Yine diğer jinekolojik kanser türleri sahip hastalar yüksek seviyede sıkıntı yaşadıklarını bildirmektedir(Corney ve ark. 1992, Lalos ve Eisemann 1999, Boscaglia ve ark. 2005). Jinekolojik kanser hastası kadınlar zihinsel ve davranışsal kaçınma davranışları, işlevsel olmayan çıkma stratejileri ve kendini suçlama gibi psikolojik faktörlerden ötürü yaşamış oldukları mevcut sıkıntılar daha da artma eğiliminde olabilmektedir (Zacharias ve ark. 1994, Costanzo ve ark. 2006). Fakat aktif başa çıkma stratejileri kullandıklarında yaşamış oldukları sıkıntının düşme eğiliminde olduğu görülmektedir (Canada ve ark. 2006).

Çalışma içerisinde yer alan katılımcıların eğitim seviyesi yükseldikçe yaşamış oldukları negatif sosyal beklenti (negatif sosyal biliş) de düşme eğiliminde olmaktadır. Eğitim seviyesi yükseldikçe bireyler yaşamlarında karşılaştıkları sorunlarla daha etkin bir şekilde baş etme eğiliminde olmaktadır. Yükselen eğitim seviyesi negatif sosyal bilişleri algılamada ve yönetmede daha fazla başarılı olmayı öngörebilmektedir. Böylece hayatlarına etki eden hastalıkla baş etmeleri, eğitim seviyesi düşük bireylere kıyasla daha başarılı olmaktadır. Bu açıdan çalışmanın bulguları literatür ile uyumluluk göstermektedir.

Manne ve arkadaşları(2008) tarafından jinekolojik kanser hastası kadınlar üzerinde yürütülen bir çalışmada, aile, arkadaşlar ve partnerden gelen destekleyici olmayan tepkiler hem bireyin yaşamış olduğu sıkıntıyı arttırmakta hem de bireyin benlik saygısı oldukça olumsuz bir şekilde etkilenmektedir(Manne ve ark. 2008). Çalışmada yer alan evli hastalar, yaşamış oldukları hastalık dolayısıyla gereken desteği çevrelerinden alamadıkları için negatif sosyal beklentileri artmış olabilir. Gereken desteğin verilmemesi ve destekleyici olmayan tepkilerin bireye yansıtılması negatif sosyal bilişlerin oluşmasına ve oluşan bilişlere yönelik etkin bir başa çıkma becerisinin gösterilememesiyle ilişki olabilir. Yine finansal zorluk yaşayan jinekolojik kanser hastası bireyler ortaya çıkan olumsuz bilişlerle etkin mücadele etme konusunda zorlanmış olabilir. Pandemi dönemi içerisinde finansal problemler yaşayan jinekolojik kanser hastası bireylerin yüksek düzeyde psikolojik stres yaşadıkları belirtilmektedir(Türkcü ve ark. 2021). Finansal sıkıntılar, destekleyici olmayan tepkiler ve eğitim seviyesi negatif sosyal bilişlerin oluşmasına ciddi bir şekilde katkı sağladığı ifade edilebilir.

Çalışma içerisinde yer alan bulgular göre, hormonal tedavi alan kadınların negatif sosyal beklentileri cerrahi tedavi alan kadınlara göre daha yüksek olduğu, hastalık süresi 1 – 12 ay arasında olan kadınların negatif sosyal beklenti puanları 25 ve üzeri ay olan kadınlara göre daha yüksek olduğu, algılanan uyku kalitesi yüksek olanların negatif sosyal beklenti puanları algılanan uyku kalitesi kötü ve orta olanlara kıyasla daha yüksek olduğu, kendine meme ve vulva muayenesi yapmayanların kendine meme ve vulva muayenesi yapanlara kıyasla negatif sosyal beklenti puanlarının yüksek olduğu, jinekolojik kontrollere düzenli olarak gitmeyenlerin ise

jinekolojik kontrollere düzenli olarak gidenlere kıyasla kansere ilişkin negatif sosyal beklenti puanların daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 4.6).

Negatif sosyal beklentiler tedavinin türüne göre de değişim gösterebilmektedir. Çalışma içerisinde yer alan katılımcılardan hormonal tedavi alanlar cerrahi tedavi alanlara kıyasla negatif sosyal bilişlerinde yükselmeler olduğu söylenebilir. Bunun sebebi olarak, uzun süre hormon tedavisi almanın bireylerin yaşamış oldukları sıkıntılarla baş etmelerinde zorlanmalarına neden olması olabilir. Uzayan tedaviyle beraber, kişiler psikolojik anlamda kendilerini düzenlemekte sıkıntı yaşayabilirler. Hastalık süresi daha kısa olan kişilerin negatif sosyal bilişlerinin oluşmasında henüz yaşamış oldukları problemle tam anlamıyla nasıl başa çıkacaklarını bilemediklerinden negatif sosyal bilişlerin ortaya çıkmış olabilir ve oluşan bilişlerle nasıl baş edilebileceği henüz tam anlamıyla anlaşılamamış olabilir. Etkin olmayan başa çıkma becerileri kişilerin yaşamlarına olumsuz anlamda etki etmektedir. Uyku kalitesi yüksek olanların daha yüksek negatif sosyal beklentilere sahip olması, durumu içselleştirmesiyle alakalı olabilir. Yaşamış oldukları problemden kurtulamayacağını düşünen kişiler negatif sosyal bilişleri içselleştirmiş ve yaşamlarının bir parçası haline getirmiş olabilirler.

Kendine meme ve vulva muayenesi yapanların ve düzenli olarak jinekolojik kontrollere giden bireylerin negatif sosyal beklentilerin düşük olma sebebi eğitim ve sosyoekonomik durumla ilişkili olabilir. Eğitim seviyesi ve sosyoekonomik düzey yükseldikçe bireylerin kanser riski de düşmektedir (Faggiano ve ark. 1994, Faggiano ve ark. 1997). Bununla beraber etkin baş etme stratejileri de yoğunlukla kullanılmaktadır. Böylece kendini muayene eden kişiler ve düzenli olarak jinekolojik kontrollere giden kişilerin negatif sosyal beklentileri daha düşük seyretmiş olabilir.

5.3. Jinekolojik Kanser Hastası Kadınlar ve Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği'ne İlişkin Bulguların Tartışılması

Mevcut çalışma içerisinde yer alan bulgulara göre, evli olan kadınların destekleyici bakım gereksinimleri ölçeğinin “ruhsal/psikolojik” alt boyutuna ilişkin puan ortalamaları bekâr kadınların puan ortalamalarından daha yüksektir. Geniş aile sistemine sahip kadınların destekleyici bakım gereksinimleri ölçeğinin “hasta bakım

ve desteği” alt boyutu puan ortalamalarının çekirdek aile sistemi ve parçalanmış aile sistemine sahip kadınlara kıyasla daha yüksek olduğu görülmüştür(Tablo 4.7).

Çalışma içerisinde yer alan evli katılımcılar yaşamış oldukları sıkıntılarla baş ederken partnerlerinin desteğini almış almaları muhtemel olarak görünmektedir. Partnerlerin jinekolojik kanserle mücadele eden kadınlar için çok önemli olduğu bilimsel literatürde yer almaktadır (de Jong ve Tilburg 1987, Morgan ve ark. 2011, Syse ve Lyngstad 2016). Partner desteğiyle beraber jinekolojik kanser hastası kadınlar mevcut ruh hallerini daha kolay bir şekilde düzenleyebilmektedir ve böylece yaşamış oldukları sıkıntılarla baş edebilme becerisi kazanmaktadırlar. Jinekolojik kanser hastası kadınlar sahip oldukları finansal durumdan oldukça etkilenebilmektedir (Sevil ve ark. 2006, Türkcü ve ark. 2021). Geniş aile içerisinde olan bireyler hastalık sırasında çevresinde yer alan aile bireyleri sayesinde hastalıkları hakkında daha detaylı bilgi sahibi olma şansını elde edebilirler. Hastalığıyla ilgili herhangi bir durum söz konusu olduğunda çevresindekiler gerekli yetkili kişilerle irtibata geçerek hastanın ihtiyaçlarını karşılayabilirler.

Çalışma içerisinde yer alan diğer bulgulara göre, vulva ve vajen kanseri olan kadınların destekleyici bakım ölçeği “cinsellik” alt boyutu puan ortalamaları endometrium ve serviks kanseri olan kadınların puan ortalamalarından daha yüksektir. Üçlü tedavi alan kadınların destekleyici bakım ölçeği “sağlık sistemi ve bilgilendirme” alt boyutu puan ortalamaları kemoterapi alan kadınlara kıyasla daha yüksektir. Tedavi hakkında bilgilendirilen kadınların destekleyici bakım ölçeği “cinsellik” alt boyutu puan ortalamaları tedavi hakkında bilgilendirilmeyen kadınların ortalamasından daha yüksektir. Arkadaşları tarafından desteklenen kadınların destekleyici bakım ölçeği “cinsellik” alt boyutu puan ortalamaları arkadaşları tarafından desteklenmeyen kadınların ortalamasından daha yüksektir(Tablo 4.8).

Ailesinde kanser öyküsü olmayan kadınların destekleyici bakım ölçeği “fiziksel ve günlük yaşam” alt boyutu puan ortalamaları ailede kanser öyküsü olanların ortalamalarından daha yüksektir. Hastalık süresi 13 – 24 ay arasında olan kadınların destekleyici bakım ölçeği “hasta bakım ve desteği” alt boyutu puan ortalamaları hastalık süresi 25 ay ve üzeri olan kadınlara kıyasla daha yüksektir.

Kendini iyi hisseden ve kendini gergin hisseden katılımcıların destekleyici bakım ölçeği “hasta bakım ve desteği” alt boyutu puan ortalamaları kendini çaresiz/umutsuz/bitkin hissedenlere kıyasla daha yüksektir. Beslenme durumu kötü olan kadınların destekleyici bakım ölçeği “sağlık sistemi ve bilgilendirme” alt boyutu puan ortalamaları beslenme durumu iyi olan kişilere kıyasla daha yüksektir(Tablo 4.8).

Uyku süresi 4 – 6 saat olan katılımcıların destekleyici bakım ölçeği “sağlık sistemi ve bilgilendirme” alt boyutu puan ortalamaları uyku süresi 10 – 12 saat olanlara kıyasla daha yüksektir. Uyku süresi 10 – 12 saat olan kadınların destekleyici bakım ölçeği “cinsellik” alt boyutu puan ortalamaları uyku süresi 4 – 6 saat ve 7 – 9 saat olanlara göre daha yüksektir. Hastalığı teşhis ile fark edenlerin destekleyici bakım ölçeği “sağlık sistemi ve bilgilendirme” puan ortalamaları kendi kendine hastalığı fark edenlere kıyasla daha yüksektir. Kendi kendine meme ve vulva muayenesi yapmayan kadınların destekleyici bakım ölçeği “fiziksel ve günlük yaşam” alt boyutu puan ortalamaları kendi kendine vulva muayenesi yapan kişilere göre daha yüksektir. Düzenli olarak jinekolojik kontrollere giden kadınların destekleyici bakım ölçeği “hasta bakımı ve desteği” alt boyutu puan ortalamaları düzenli olarak jinekolojik kontrollere gitmeyenlere göre daha yüksektir(Tablo 4.8).

Bulgular incelendiğinde destekleyici bakım gereksinimleri çeşitli açılardan birbirinden farklılaştığı görülebilmektedir. Bireylerin yaşamış oldukları hastalık süresince ihtiyaçları farklılaşmakla beraber, bu ihtiyaçların karşılanma biçimi de farklı gruplar için değişmektedir. Üçlü tedavi alan hastaların, beslenme durumu kötü olan hastaların, uyku süresi az olan hastaların, teşhis ile hastalığı fark edenlerin sağlık sistemi ve bilgilendirme puanlarının yüksek olduğu görülmektedir. Bu grupta yer alan bireyler hastalıkla mücadele ederken yaşamış oldukları sorunlardan oldukça etkilenmektedirler. Etkilendiklerinden dolayı da rahatsızlıkları hakkında daha fazla bilgi sahibi olmak istemiş olabilirler. Hastalık süresince de yaşamış oldukları sıkıntıların kökeni, tedavisi ve tedavi sonrası durumlar gibi çeşitli yönlerden bilgi almaya çalışmaktadırlar. Böylece hastalıkla baş etme seviyeleri yükseltme çabası içerisinde olabilirler.

Hasta bakımı ve desteği puanları yüksek olan gruplar sırasıyla kendini iyi hissedenler, kendini gergin hissedenler ve düzenli olarak jinekolojik kontrole gidenlerdir. Bu gruplar içerisinde yer alan bireyler sağlık çalışanlarıyla ilgili gereksinimleri karşılanmış kişiler olarak karşımıza çıkmaktadır. Yaşamış oldukları hastalıktan dolayı sağlık çalışanlarından hastalıkları ve tedavi hakkında bilgi alarak, mevcut sıkıntılarıyla baş etmeye çalışmaktadırlar. Cinsellik puanı yüksek olan gruplar ise vulva ve vajen kanseri olan kadınlar, arkadaşları tarafından desteklenen kadınlar, uyku süresi 10 – 12 saat olan kadınlardır. Jinekolojik kanser yaşayan kadınlarda cinsellik üzerine yapılmış çeşitli çalışmalar bulunmaktadır. Yürütölen bir çalışmada jinekolojik kanser hastası kadınlar cinsel işlevlerinde ciddi düşüşler olduğu ifade edilmiştir (Li ve ark. 2015). Başka bir çalışmada ise, jinekolojik kanser hastaları arasında cinsellik ve cinsel istek açısından bir farklılık olmadığı gözlemlenmiştir (Juraskova ve ark. 2013). Bazı araştırmacılar cinsellikle ilişkili yaşanan problemlerin psikolojik sorunlardan kaynaklanabileceğini ifade etmiştir (Iżycki ve ark. 2016). Cinsellik puan ortalamaları yüksek olan kişilerin hastalık süresince karşılaştıkları sorunlarla daha etkin baş edebilen kişiler olarak görölebilir. Arkadaşları tarafından desteklenen ve uyku süresi yüksek olan bireyler yaşamış olduklarını sorunları çözmede diğer kadınlara kıyasla daha başarılı oldukları için cinsel yaşamlarında daha az sorun yaşamış olabilirler.

5.4. Jinekolojik Kanser Hastası Kadınlar, Yalnızlık ve Negatif Sosyal Beklenti

Mevcut çalışma içerisinde yer alan bulgulara göre, yalnızlık seviyesi ile negatif sosyal beklenti arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki bulunmaktadır. Bunun yanında, yalnızlık ile destekleyici bakım ölçeği alt boyutu olan “fiziksel ve günlük yaşam” arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki bulunmaktadır. Yine negatif sosyal beklenti ile destekleyici bakım ölçeği alt boyutu olan “fiziksel ve günlük yaşam” arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki bulunmaktadır. Son olarak negatif sosyal beklenti ile destekleyici bakım ölçeği alt boyutu olan “hasta bakımı ve desteği” arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki bulunmaktadır (Tablo 4.11).

Yalnızlık beraberinde negatif sosyal bilişleri de getirebilmektedir ve yalnızlık hisseden bireyler bu bilişler ile baş etmeye çalışmaktadır. Jinekolojik kanser hastası kadınlar hastalıkları süresince hissettikleri yalnızlığın yanında negatif sosyal

beklentiler geliştirebilmektedir. Yalnızlık bireylerde doğal olarak olumsuz bilişlerin aktif olmasına neden olmaktadır. Bundan dolayı kanser hastası kadınlarda da bu durumun oluşması olağandır. Hasta yakınları bu durumdan ötürü onlara destek olduğunda fiziksel ve günlük yaşam alt boyutunun gereksinimleri konusunda onlara yardımcı olmuş olabilirler. Ayrıca negatif sosyal beklentilerin etkisiyle oluşabilecek hastalığa yönelik olumsuz bakış açısından kaynaklı olarak sağlık mensuplarıyla daha fazla etkileşime girmelerine neden olmuş olabilir.



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Jinekolojik kanser hastalarında yalnızlık ve kansere ilişkin negatif sosyal beklentileri ile destekleyici bakım gereksinimleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

1. Araştırmaya katılan kadınların %38,7'sinin 42-53 yaş arasında olduğu, %45,6'sının ortaokul mezunu, %68,3'ünün ev hanımı, %72,8'inin evli, %52,0'mının geniş aile tipindedir.
2. Kadınların %51,5'inin ilçede yaşadığı, %72,7'sinin gelir durumunun giderden az ve %23,0'mının sigara kullandığı belirlenmiştir.
3. Kadınların %41,3'ünün endometrium kanseri olduğu, %35,4'ünün kanserinin 3. evre ve %34,3'ünün 4. evrede olduğu ve %44,8'inin tedavisinde kemoterapi aldığı saptanmıştır.
4. Kadınların %64,4'ünün hastalığı hakkında bilgi almadıkları, %60,0'mının tedavi hakkında bilgi almadıkları, %39,0'mının destek sisteminin sağlık çalışanları olduğu ve %34,1'inin ailede kanser öyküsü olduğu belirlenmiştir.
5. Kadınların %39,9'unun hastalık süresinin 13-24 ay olduğu, %46,1'inin tedavi süresinin 7-12 ay olduğu, %63,4'ünün tedavi şeklinin ayaktan olduğu ve %33,0'mının hastalık süresince kendini umutsuz/çaresiz hissettiği tespit edilmiştir.
6. Kadınların %58,7'sinin beslenme durumunun kötü olduğu, %51,1'inin günlük uyku süresinin 7-9 saat arası olduğu ve %52,4'ünün uyku kalitesinin kötü olduğu belirlenmiştir.
7. Kadınların %65,2'sinin ilk kanser olduğunu teşhis ile farkettiği, %84,3'ünün kendi kendine meme muayenesi ve kendi kendine vulva muayenesi yapmadığı, %58,3'ünün jinekolojik kontrollere düzenli gitmediği ve %40,4'ü kanserin ilk belirtisinin kanama ve akıntı olduğu saptanmıştır.
8. Kadınların kanser yalnızlık ve kansere ilişkin negatif sosyal beklenti düzeyinin orta seviyenin üzerinde olduğu tespit edilmiştir.
9. Kadınların toplam kanser yalnızlık ölçeği ile toplam kansere ilişkin negatif sosyal beklenti ölçeği arasında pozitif yönde zayıf ilişki saptanmıştır($p=0,000$).

10. Kadınların toplam kansere ilişkin negatif sosyal beklenti ölçeği ile destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği alt boyutu olan “fiziksek ve günlük yaşam” arasında pozitif yönde zayıf ilişki olduğu tespit edilmiştir($p=0,001$). Ayrıca toplam kansere ilişkin negatif sosyal beklenti ölçeği ile destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği alt boyutu olan “hasta bakımı ve desteği” arasında pozitif yönde zayıf ilişki olduğu saptanmıştır($p=0,025$).

● **Bu sonuçlar göz önünde bulundurularak;**

Bu çalışma, jinekolojik kanser hastalarında yalnızlık ve kansere ilişkin negatif sosyal beklentiler ile destekleyici bakım gereksinimleri arasındaki ilişkiyi incelerken, bireylerin yaşamış oldukları psikolojik sıkıntılara dikkat çekmiştir. İleride yürütülecek muhtemel çalışmalarda,

- Sosyal desteğin önemi,
- Partnerlerin desteği,
- Negatif sosyal beklentilere yönelik bilişsel müdahaleler,
- Grup psikoterapileri,
- Hastalığın erken teşhisi için daha fazla bilgilendirme,
- Hastanın çevresindeki bireylerin destekleyici olmayan tepkileri,
- Hastalık sırasında yaşanabilecek psikolojik rahatsızlıklar için psikoeğitim gibi konuların göz önünde bulundurulması faydalı olacaktır.

Jinekolojik kanser hastası kadınların hastalıkları sırasında onlara en yakın konumda olan hemşireler, süreç boyunca hastalar yaşamış olduğu yalnızlığı paylaşımları oldukça önemlidir. Bu paylaşım sadece hastalarla kısıtlı kalmamalıdır ve hemşirelerin hastaların çevresinde bulunan kişilere de psikolojik destek sağlaması önem arz etmektedir. Hemşireler tarafından jinekolojik kanserli kadınların yaşadıkları psikolojik semptomların ve hastalığa yönelik bakım ihtiyaçlarının değerlendirilip hasta ile birlikte holistik bir hemşirelik bakımı planlanıp yürütülmelidir. Ayrıca hemşireler, jinekolojik kanser hastalarına yönelik olumsuz tutum ve davranışların değiştirilmesi adına toplum nezdinde eğitim programları

düzenleyebilirler. Böylece hastalık hakkındaki önyargılar azalmış olacak ve daha çok kişi erken teşhisten yararlanarak tedavi süreci daha az problemlili geçecektir.



7. KAYNAKLAR

Aballea S, Beck E, Cheng X, Demarteau N, Li X, Ma F, Neine M, Zhao Fh: Risk factors for cervical cancer in women in china: A Meta-Model. *Womens Health(Lond)*, 16: 1745506520940875, 2020. Doi: 10.1177/1745506520940875.

Adams R: Measures of cancer-related loneliness and negative social expectations: development and preliminary validation. *purdue universty*, in partial fulfilment of the requirements for the degree of doctor of Philosophy, Indiana, 2016.

Adams RN, Mosher CE, Rand KL, Hirsh AT, Monahan PO, Abonour R, Kroenke K: The cancer loneliness scale and cancer-related negative social expectations scale: development and validation. *Qual Life Res*, 26(7): 1901-1913, 2017. Doi: 10.1007/S11136-017-1518-4.

Adams RN, Mosher CE, Winger JG, Abonour R, Kroenke K: Cancer-related loneliness mediates the relationships between social constraints and symptoms among cancer patients. *J Behav Med*, 41(2): 243-252, 2018. Doi: 10.1007/S10865-017-9892-5.

Adams TS, Cuello MA: Cancer of the vagina. *Int J Gynaecol Obstet*, 143(2):14-21, 2018. Doi:10.1002/Ijgo.12610

Afiyanti Y, Gayatri D, Besral B, Haryani H, Juliastuti D: Unmet supportive care needs survey among male partners of gynecological cancer survivors in indonesia. *Asia Pac J Oncol Nurs*, 8(6): 662-669, 2021. Doi: 10.4103/Apjon.Apjon-2113.

Afiyanti Y, Gayatri D, Besral, D Haryani: Unmet supportive care needs of indonesian gynecological cancer survivors. *Enferm Clin*, 29(2):869-873, 2019. <https://doi.org/10.1016/J.Enfcli.2019.04.131>

Afiyanti Y, Milanti A, Putri RH: Supportive care needs in predicting the quality of life among gynecological cancer patients. *Can Oncol Nurs J*, 28(1):22-29, 2018. Doi: 10.5737/236880762812229.

Albano J, D Ward E, Jemal A, Anderson R, Cokkinides VE, Murray T, Henley J, Liff J, Thun M J: Cancer mortality in the United States by education level and race. *Journal of the National Cancer Institute*, 99(18): 1384–1394, 2007.

Alp DN, Akkuzu G, Çetinkaya ŞY: Ufuk üniversitesi kadın çalışanlarının jinekolojik kanser farkındalığının incelemesi. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2): 91-99, 2020. <<https://dergipark.org.tr/en/pub/esbder/issue/56656/721863>>

Altinel B, Akın B: 40-55 Yaş arası kadınların serviks kanseri risk faktörlerine göre serviks kanseri taraması yaptırma durumları. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 23(1): 53-59, 2020. Doi: 10.17049/Ataunihem.522400

Amant F, Mirza MR, Koskas M, Creutzberg Cl: Cancer of the corpus uteri. *Int J Gynaecol Obstet*, 143(52): 37-50, 2018. Doi: 10.1002/Ijgo.12612.

Armstrong DK, Alvarez RD, Bakkum-Gamez JN, Barroilhet L, Behbakht K, Berchuck A, Berek JS, Chen LM, Cristea M, Derosa M, Burns JL, Engh AM: Nccn guidelines insights: Ovarian cancer, version 1.2019. *J Natl Compr Canc Netw*, 17(8):896-909, 2019. Doi: 10.6004/Jnccn.2019.0039.

Arslan E, Alçin G, Aksoy T: Jinekolojik kanserlerde tedavi yanıtının değerlendirilmesinde pet/bt. *Nucl Med Semin*, 7(2): 166-176, 2021. Doi:10.4274/Nts.Galenos.2021.0016

Atan G, Özer Z, Turan BG: Kanser hastalarında umutsuzluk ve manevi bakım algısının değerlendirilmesi. *J Contemp Med*, 10(2): 266-274, 2020. Doi: 10.16899/Jcm.649645

Atlas B: Çiğli Bölge Eğitim Hastanesine Başvuran Kadınların Jinekolojik Kanserlerle İlgili Farkındalığı. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2020.

Ayar T: Onkoloji hastalarının algıladıkları yalnızlık ve sosyal destek düzeyinin yaşam kalitesi ve semptom kontrolü üzerine etkisi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Samsun, 2018.

Aydoğdu MGS, Özsoy Ü: Serviks kanseri ve HPV. *Androl Bul*, 20:25–29, 2018. <https://www.doi.org/10.24898/Tandro.2018.62533>

Ayva İ, Atlı ÖA: Yaşlı Kanser hastalarının destekleyici bakım gereksinimleri: gereksinimler de yaşıyor mu?. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 8(1): 93-100, 2021.

Banerjee SC, Manna R, Coyle N, Penn S, Gallegos TE, Zaider T, Krueger CA, Bialer PA, Bylund CL, Parker PA: The implementation and evaluation of a communication skills training program for oncology nurses. *Transl Behav Med*, 7(3):615-623,2017. Doi:10.1007/S13142-017-0473-5.

Bast RC, Lu Z, Han CY, Lu KH, Anderson KS, Drescher CW, Skates SJ: Biomarkers and strategies for early detection of ovarian cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 29(12):2504-2512, 2020. Doi: 10.1158/1055-9965.Epi-20-1057.

Başoğlu M: Minekolojik kanser farkındalığına ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2020.

Batur MH: Endometrium Kanserinde Over Tutulumunu Etkileyen Klinik Ve Patolojik Faktörlerin İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları Ve Doğum Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Ankara, 2020.

Baykara O: Kanser tedavisinde güncel yaklaşımlar. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3): 154-165, 2016. Retrieved From <https://dergipark.org.tr/en/pub/balikesirsbd/issue/38439/452626>

Bernardes CM, Diaz A, Valery PC, Sabesan S, Baxi S, Aoun S, Thompson SC, Lashbrook M, Garvey G: Unmet supportive care needs among indigenous cancer patients across australia. *Rural And Remote Health*, 19(3): 4660, 2019. Doi: [10.22605/Rrh4660](https://doi.org/10.22605/Rrh4660)

Bhatla N, Berek JS, Cuello Fredes M, Denny LA, Grenman S, Karunaratne K, Kehoe ST, Konishi I, Olawaiye AB, Prat J, Natarajan J: Revised figo staging for carcinoma of the cervix uteri. *Int J Gynaecol Obstet*, 145(1): 129-135, 2019. Doi: [10.1002/Ijgo.12749](https://doi.org/10.1002/Ijgo.12749).

Bilge Ç, Yılmaz B, Oskay Ü: jinekolojik kanserli kadınların brakiterapi sonrası cinsel işlevinin değerlendirilmesi ve cinsel danışmanlık. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 28(3): 210-215, 2019. Doi: [10.17942/Sted.381218](https://doi.org/10.17942/Sted.381218)

Bodurka-Bevers D, Basen-Engquist K, Carmack CL, Fitzgerald MA, Wolf JK, De Moor C, Gershenson DM: Depression, anxiety, and quality of life in patients with epithelial ovarian cancer. *Gynecologic oncology*, 78(3): 302-308, 2000. DOI: [10.1006/gyno.2000.5908](https://doi.org/10.1006/gyno.2000.5908)

Boscaglia N, Clarke DM, Jobling TW, Quinn MA: The contribution of spirituality and spiritual coping to anxiety and depression in women with a recent diagnosis of gynecological cancer. *International Journal of Gynecologic Cancer*, 15(5): 755-761, 2005. DOI: [10.1111/j.1525-1438.2005.00248.x](https://doi.org/10.1111/j.1525-1438.2005.00248.x)

Brinton LA, Felix AS, Mcmeekin DS, Creasman WT, Sherman ME, Mutch D, Cohn DE, Walker JJ, Moore RG, Downs LS, Soslow RA, Zaino R: Etiologic heterogeneity in endometrial cancer: evidence from a gynecologic oncology group trial. *Gynecol Oncol*, 129(2): 277-284, 2013. Doi: [10.1016/J.Ygyno.2013.02.023](https://doi.org/10.1016/J.Ygyno.2013.02.023).

Bruni L, Albero G, Serrano B, Mena M, Collado JJ, Gomez D, Munoz J, Bosch FX, Sanjose S: ICO/IARC information centre on hpv and cancer(hpv information centre). human papillomavirus and related diseases in romania. Summary Report, 2021. [Http://Www.Hpvcentre.Net/](http://www.hpvcentre.net/)

Cacioppo JT, Hawkley Lc: Perceived social isolation and cognition. *Trends In Cognitive Sciences*, 13(10): 447–454, 2009. Doi: [10.1016/J.Tics.2009.06.005](https://doi.org/10.1016/J.Tics.2009.06.005).

Canada AL, Parker PA, Moor JS, Basen-Engquist K, Ramondetta LM, Cohen L: Active coping mediates the association between religion/spirituality and quality of life in ovarian cancer. *Gynecologic oncology*, 101(1): 102-107, 2006. DOI: [10.1016/j.ygyno.2005.09.045](https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2005.09.045)

Canfell K: Towards the global elimination of cervical cancer. *Papillomavirus Res*, 8:100170., 2019. Doi: [10.1016/J.Pvr.2019.100170](https://doi.org/10.1016/J.Pvr.2019.100170).

Cetina Pl, Castro ED: Consensus report on the prevention, diagnosis, and treatment of cervical cancer - a perspective from the immune system toward immunotherapy. *Rev Invest Clin*, 72(4):185-187, 2020. Doi: [10.24875/Ric.20000129](https://doi.org/10.24875/Ric.20000129).

Chan EA, Wong F, Cheung MY, Lam W: patients' perceptions of their experiences with nurse-patient communication in oncology settings: a focused ethnographic study. *Plos One*, 13(6): E0199183, 2018. Doi: [10.1371/Journal.Pone.0199183](https://doi.org/10.1371/Journal.Pone.0199183).

Chandra A, Pius C, Nabeel M, Nair M, Vishwanatha JK, Ahmad S, Basha R: Ovarian Cancer: current status and strategies for improving therapeutic outcomes. *Cancer Med*, 8(16): 7018-7031, 2019. Doi: 10.1002/Cam4.2560.

Chang JH, Jang WI, Kim YB, Kim JH, Kim YS, Park W, Kim J, Yoon WS, Kim JY, Kim HJ: Definitive treatment of primary vaginal cancer with radiotherapy: multi-institutional retrospective study of the korean radiation oncology group(krog 12-09). *J Gynecol Oncol*, 27(2): E17, 2016. Doi: 10.3802/Jgo.2016.27.E17.

Cibula D, Pötter R, Planchamp F, Avall-Lundqvist E, Fischerova D, Haie Meder C, Köhler C, Landoni F, Lax S, Lindegaard Jc, Raspollini MR: The european society of gynaecological oncology/european society for radiotherapy and oncology/european society of pathology guidelines for the management of patients with cervical cancer. *Int J Gynecol Cancer*, 28(4): 641-655, 2018. Doi: 10.1097/Igc.0000000000001216.

Clevenger L, Schrepf A, DeGeest K, Bender D, Goodheart M, Ahmed A, Lutgendorf SK: Sleep disturbance, distress, and quality of life in ovarian cancer patients during the first year after diagnosis. *Cancer*, 119(17): 3234-3241, 2013. DOI: [10.1002/cncr.28188](https://doi.org/10.1002/cncr.28188)

Corney RH, Everett H, Howells A, Crowther ME: Psychosocial adjustment following major gynaecological surgery for carcinoma of the cervix and vulva. *Journal of psychosomatic research*, 36(6): 561-568, 1992. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(92\)90041-Y](https://doi.org/10.1016/0022-3999(92)90041-Y)

Costanzo ES, Lutgendorf SK, Rothrock NE, Anderson B: Coping and quality of life among women extensively treated for gynecologic cancer. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 15(2): 132-142, 2006. DOI: [10.1002/pon.930](https://doi.org/10.1002/pon.930)

Creasman W: Revised figo staging for carcinoma of the endometrium. *Int J Gynaecol Obstet*, 105(2): 109, 2009. Doi:10.1016/J.İjgo.2009.02.010

Çelebi N: Kadınların jinekolojik kanserlere yönelik farkındalıkları ve erken tanı yöntemlerine yönelik davranışlarının değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2021.

Çelik H: Kanser hastalarının destekleyici bakım gereksinimleri ile tamamlayıcı ve alternatif tıba karşı tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Esasları Yüksek Lisans Tezi, Malatya, 2021.

Çiçek Y: Over Kanseri şüphesi olan hastaların preoperatif taramalarına rutin endoskopi ve kolonoskopi eklenmesinin cerrahi ve onkolojik sonuçlara katkısı. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Adana, 2021.

Dal AN, Ertem G: Jinekolojik kanserler farkındalık ölçeği geliştirme çalışması. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi*, 6(5): 2351-2367, 2017.

De Jong Gierveld J, Van Tilburg TG: The partner as source of social support in problem and non-problem situations. *Journal of Social Behavior and Personality*, 2(2): 191-200, 1987.

Deckx L, Akker M, Buntinx F: Risk factors for loneliness in patients with cancer: a systematic literature review and meta-analysis. *European Journal Of Oncology Nursing*, 18(5): 466-477, 2014.

Deckx L, Van Den Akker M, Buntinx F: Risk factors for loneliness in patients with cancer: a systematic literature review and meta-analysis. *Eur J Oncol Nurs*, 18(5): 466-477, 2014. Doi: 10.1016/J.Ejon.2014.05.002.

Delican S: Jinekolojik kanserli kadınların cinsel yaşam kalitesinin incelenmesi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, 2019.

Demir F: Edirne’de kadınların serviks kanseri riski ve serviks kanseri taramaları konusunda bilgi, tutum ve inançları. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Edirne, 2017.

Demirel AC, Altınbaş M, Taşyürek Z, Aşık N, Aslan K: Metastaz durumuna göre kanser hastalarının yalnızlık ve umutsuzluk düzeyleri. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 0(5): 6-15, 2015. Retrieved From <https://Dergipark.Org.Tr/En/Pub/Tshd/Issue/52283/684093>

Demirhan A: Jinekolojik kanserli kadınların menopoz semptomlarının yaşam kalitesine olan etkisinin belirlenmesi. Gülhane Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2021.

Dong X, Men X, Zhang W, Lei P: Advances in tumor markers of ovarian cancer for early diagnosis. *Indian J Cancer*, 51(7): 72-76, 2014. Doi: 10.4103/0019-509x.154049.

Drageset J, Eide GE, Dysvik E, Furnes B, Hauge S: Loneliness, loss, and social support among cognitively intact older people with cancer, living in nursing homes-a mixed-methods study. *Clin Interv Aging*, 10:1529-1536, 2015. Doi: 10.2147/Cia.S88404.

Durmaz, S, Ozvurmaz S, Adana F, Kurt F: Kadınlarda serviks kanserinin tanısına ilişkin tutum ve düzenli jinekolojik muayene ilişkisinin kesitsel olarak değerlendirilmesi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 5(1): 26-36, 2021. Doi:10.46237/Amusbfd.727999

Düzgün N: Jinekolojik kanserli hastalarda beden imajı, benlik saygısı ve depresyon durumunun belirlenmesi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Kayseri, 2018.

Erdoğan NE: Kemoterapi tedavisi gören jinekolojik kanserli hastaların yaşadıkları semptomların, destekleyici bakım gereksinimlerinin ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi. Gülhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2021.

Ernst M, Brahler E, Wild PS, Faber J, Merzenich H, Beutel ME: Loneliness predicts suicidal ideation and anxiety symptoms in long-term childhood cancer survivors. *Int J Clin Health Psychol*, 21(1): 100201, 2021. Doi: 10.1016/J.ijchp.2020.10.001.

Eroğlu K, Koç G: Jinekolojik kanser kontrolü ve hemşirelik. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1(2): 77-90, 2015.

Ersin E: Ebe ve hemşirelerin kendi kendine vulva muayenesi hakkındaki görüş ve uygulamaları: Bir durum çalışması. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2021.

Evgin H: Over kanseri farkındalık ölçeği(ovarian cancer awareness measure)'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2020.

Faggiano F, Partanen T, Kogevinas M, Boffetta P: Socioeconomic differences in cancer incidence and mortality. *IARC scientific publications*, (138): 65–176, 1997.

Faggiano F, Zanetti R, Costa G: Cancer risk and social inequalities in Italy. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 48(5): 447-452, 1994. doi: [10.1136/jech.48.5.447](https://doi.org/10.1136/jech.48.5.447)

Fortner BV, Stepanski EJ, Wang SC, Kasproicz S, Durrence HH: Sleep and quality of life in breast cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 24(5): 471-480, 2002. DOI: [10.1016/s0885-3924\(02\)00500-6](https://doi.org/10.1016/s0885-3924(02)00500-6)

Gardner CS, Sunil J, Klopp AH, Devine CE, Sagebiel T, Viswanathan C, Bhosale PR: Primary vaginal cancer: role of mri in diagnosis, staging and treatment. *Br J Radiol*, 88(1052): 20150033, 2015. Doi: 10.1259/Bjr.20150033.

GLOBACON: Incidence, mortality and prevalence by cancer site, 2018. [Http://Gco.Iarc.Fr/Today/Data/Factsheets/Populations/90_0-World-Fact-Sheets.Pdf](http://Gco.Iarc.Fr/Today/Data/Factsheets/Populations/90_0-World-Fact-Sheets.Pdf). Erişim Tarihi: 29.01.2022.

Göral TS, Uludağ E, Serçekuş P, Özkan S, Yaren A: Experiences and coping strategies of women receiving treatment for breast and gynecological cancers during the COVID-19 pandemic: A qualitative study. *European journal of oncology nursing: the official journal of European Oncology Nursing Society*, 54: 102045, 2021. doi: [10.1016/j.ejon.2021.102045](https://doi.org/10.1016/j.ejon.2021.102045)

Gözüyeşil E, Düzgün AA, Aslan ÜKS: Kadınların serviks kanserinden korunma ve erken tanıya yönelik tutumlarının değerlendirilmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 28(4): 229-238, 2019. <<https://Dergipark.Org.Tr/En/Pub/Sted/Issue/47584/444170>>

Graf J, Junne F, Ehrental Jc, Schäffeler N, Schwille-Kiuntke J, Stengel A, Mehnert-Theuerkauf A, Marwedel L, Brucker Sy, Zipfel S, Teufel M: Unmet supportive care needs among women with breast and gynecological cancer: relevance of attachment anxiety and psychological distress. *Front Psychol*, 11: 558190, 2020. Doi: 10.3389/Fpsyg.2020.558190.

Güler B, Mete S: Effects of some characteristics of gynecological cancer diagnosis and treatment on women's sexual life quality. *Indian J Cancer*, 56(2):157-162, 2019. Doi: [10.4103/Ijc.Ijc_127_18](https://doi.org/10.4103/Ijc.Ijc_127_18)

Güler B: Over Kanserli kadınların hemşirelik bakım gereksinimlerinin belirlenmesi ve adneksiyal kitle tanısı alan kadınlara uygulanan preoperatif eğitimin bakım sonuçlarına etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Doktora Tezi, İzmir, 2020.

Güzel D, Yıldırım N, Besler A, Akman L, Özdemir N, Zekioğlu O, Özşaran Z, Şanlı UA, Göker E, Haydaroğlu A, Terek Cm, Özşaran AA: Over kanserinin epidemiyolojisi ve genel sağ kalım özellikleri. *Ege Tıp Dergisi*, 58: 44-49, 2019.

Hernandez VMV: Clinical, pathological, preventive and therapeutic aspects in vulvar cancer. *Ann Gynecol Obstetr Res*, 3(1): 1014, 2020.

Howden K, Yan AP, Glidden C, Romanescu RG, Scott I, Deleemans JM, Chalifour K, Eaton G, Gupta AA, Bolton JM, Garland SN, Mahar AL, Oberoi S: Loneliness among adolescents and young adults with cancer during the covid-19 pandemic: a cross-sectional survey. *Support Care Cancer*, 30(3): 2215-2224, 2022. Doi: 10.1007/S00520-021-06628-5.

Hu Z, Ma D: The precision prevention and therapy of hpv-related cervical cancer: new concepts and clinical implications. *Cancer Med*, 7(10): 5217-5236, 2018 Doi: 10.1002/Cam4.1501.

Hui D, Hannon BL, Zimmermann C, Bruera E: Improving patient and caregiver outcomes in oncology: team-based, timely, and targeted palliative care. *Ca Cancer J Clin*, 68(5): 356-376, 2018. Doi: 10.3322/Caac.21490.

Izycki D, Wozniak K, Izycka N: Consequences of gynecological cancer in patients and their partners from the sexual and psychological perspective. *Przegląd Menopauzalny=Menopause Review*, 15(2): 112–116, 2016. DOI: [10.5114/pm.2016.61194](https://doi.org/10.5114/pm.2016.61194)

İnci FH, Başkale H, AK, Sp: Kanser bilgi yükü ölçeği'nin türkçe uyarlanması, geçerlilik-güvenilirlik çalışması. *Çukurova Tıp Dergisi*, 44(1): 127-135, 2019. Doi: 10.17826/Cumj.423997

Jaremka LM, Andridge RR, Fagundes CP, Alfano CM, Povoski SP, Lipari AM, Yee LD: Pain, Depression, And Fatigue: Loneliness as a longitudinal risk factor. *Health Psychology*, 33(9): 948–957, 2014. Doi: 10.1037/A0034012.

Juraskova I, Butow P, Bonner C, Robertson R, Sharpe L: Sexual adjustment following early stage cervical and endometrial cancer: Prospective controlled multi-centre study. *Psycho-Oncology*, 22(1): 153-159, 2013. DOI: [10.1002/pon.2066](https://doi.org/10.1002/pon.2066)

Kabaş E, Taşdemir YG, Çunkuş N: Yaşlılıkta sosyal izolasyon ve yalnızlık. *Opus International Journal of Society Researches*, 15(26): 4540-4562, 2020. Doi: 10.26466/Opus.648658

Kaplan N: Brakiterapi alan jinekolojik kanserli hastaların cinsel fonksiyon durumlarının değerlendirilmesi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Edirne, 2019.

Kara E: Kanser yalnızlık ölçeği ve kansere ilişkin negatif sosyal beklentiler ölçeğinin türkçe geçerlilik ve güvenilirliği. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Denizli, 2019.

Karabulut O: Kanser hastalarında görülen semptomlar ve destekleyici bakım gereksinimleri. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Sivas, 2021.

Karaman R: Vulva kanseri ve kendi kendine vulva muayenesine yönelik planlı eğitimin kadınların bilgi ve tutumlarına etkisi. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, 2020.

Karaoğlu D: Kadınların serviks kanseri risk faktörleri ve erken tanı yöntemlerine ilişkin bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi. K.K.T.C. Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Tezi, Lefkoşa, 2016.

Kaya VE: Jinekolojik kanserli hastaların destekleyici bakım gereksinimlerinin belirlenmesi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Yüksek Lisans Tezi, Adana, 2019.

Kehoe S: Figo Staging In Ovarian Carcinoma and histological subtypes. *J Gynecol Oncol*, 31(4): E70, 2020. Doi:10.3802/Jgo.2020.31.E70

Keskin HG, Tahta T: Vulva kanseri ve vulvektomi sonrası hemşirelik yaklaşımları. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 5(1): 115-121, 2021. Doi: 10.46237/Amusbfd.725542

Khan MSR, Kadoya Y: Loneliness during the covid-19 pandemic: a comparison between older and younger people. *Int J Environ Res Public Health*, 18(15): 7871, 2021. Doi:10.3390/Ijerp18157871.

Kızıllırmak A, Kocaöz S: Bir üniversitedeki kadınların serviks kanseri ve pap smear testine ilişkin sağlık inançlarını etkileyen faktörler. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 27(3): 165-175, 2018.

Kızıllırmak SA: Over kanseri hastalarında fonksiyonel kapasitenin belirleyicileri. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2019.

Kim SI, Kim JW: Role of surgery and hyperthermic intraperitoneal chemotherapy in ovarian cancer. *Esmo Open*, 6(3):100149, 2021. Doi: 10.1016/J.Esmoop.2021.100149.

Koh WJ, Abu-Rustum NR, Bean S, Bradley K, Campos SM, Cho KR, Chon HS, Chu C, Cohn D, Crispens MA, Scavone JI: Uterine neoplasms, version 1.2018, nccn clinical practice guidelines in oncology. *J Natl Compr Canc Netw*, 16(2):170-199, 2018. Doi: 10.6004/Jccn.2018.0006.

Korkusuz TM: 2004-2013 Yılları arasında trakya üniversitesi sağlık uygulama ve araştırma merkezi tıbbi onkoloji kliniğine başvuran jinekolojik kanser vakalarının yaşam analizi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Edirne, 2019.

Kornblith AB, Thaler HT, Wong G, Vlamis V, Mccarthy J, Loseth DB, Portenoy RK: Quality of life of women with ovarian cancer. *Gynecologic Oncology*, 59(2): 231-242, 1995. <https://doi.org/10.1006/gyno.1995.0014>

Koskas M, Amant F, Mirza MR, Creutzberg CI: Cancer of the corpus uteri: 2021 update. *Int J Gynaecol Obstet*, 155(1): 45-60. 2021. Doi: 10.1002/ijgo.13866.

Kraav SI, Awoyemi O, Junttila N, Vornanen R, Kauhanen J, Toikko T, Lehto SM, Hantunen S, Tolmunen T: The effects of loneliness and social isolation on all-cause, injury, cancer, and cvd mortality in a cohort of middle-aged finnish men. a prospective study. *Aging Ment Health*, 25(12):2219-2228, 2021. Doi: 10.1080/13607863.2020.1830945.

Kraav SI, Lehto SM, Kauhanen J, Hantunen S, Tolmunen T: Loneliness and social isolation increase cancer incidence in a cohort of finnish middle-aged men. A longitudinal study. *Psychiatry Res*, 299:113868, 2021. Doi: 10.1016/J.Psychres.2021.113868.

Lalos A, Eisemann M: Social interaction and support related to mood and locus of control in cervical and endometrial cancer patients and their spouses. *Supportive Care In Cancer*, 7(2): 75-78, 1999. DOI: [10.1007/s005200050230](https://doi.org/10.1007/s005200050230)

Li CC, Rew L, Chen L: Factors affecting sexual function: A comparison between women with gynecological or rectal cancer and healthy controls. *Nursing & Health Sciences*, 17(1): 105-111, 2015. <https://doi.org/10.1111/nhs.12177>

Liao JB, Fisher CE, Madeleine MM: Gynecologic cancers and solid organ transplantation. *Am J Transplant*, 19(5):1266-1277, 2019. Doi: 10.1111/Ajt.15292. Epub 2019 Apr 4. Pmid: 30725527.

Lin H, Ye M, Chan SW, Zhu J, He H: The Effectiveness of online interventions for patients with gynecological cancer: an integrative review. *Gynecol Oncol*, 158(1):143-152, 2020. Doi: 10.1016/J.Ygyno.2020.04.690.

Lisio MA, Fu L, Goyeneche A, Gao ZH, Telleria C: High-grade serous ovarian cancer: basic sciences, clinical and therapeutic standpoints. *Int J Mol Sci*, 20(4): 952, 2019. Doi: 10.3390/Ijms20040952.

Liu HD, Xia BR, Jin MZ, Lou G: Organoid of ovarian cancer: Genomic analysis and drug screening. *Clin Transl Oncol*, 22(8): 1240-1251, 2020. Doi: 10.1007/S12094-019-02276-8.

Lynagh MC, Williamson A, Bradstock K, Campbell S, Carey M, Paul C, Tzelepis, Fisher RS: A National study of the unmet needs of support persons of haematological cancer survivors in rural and urban areas of australia. *Supportive Care Cancer*, 26(6): 1967– 1977, 2018.

Macdonald KB, Schermer JA: Loneliness unlocked: Associations with smartphone use and personality. *Acta Psychol (Amst)*, 221: 103454, 2021. Doi: 10.1016/J.Actpsy.2021.103454.

Macduffie E, Sakamuri S, Luckett R, Wang Q, Nsingo BM, Monare B, Bazzett-Matabele L, Moloi T, Ralefala T, Masire RD, Shin SS, Zetola NM, Grover S: Vulvar cancer in botswana in women with and without hiv infection: patterns of treatment and survival outcomes. *Int J Gynecol Cancer*, 31(10):1328-1334, 2021. Doi: 10.1136/Ijgc-2021-002728.

Makabe T, Arai E, Hirano T, Ito N, Fukamachi Y, Takahashi Y, Hirasawa A, Yamagami W, Susumu N, Aoki D, Kanai Y: Genome-wide dna methylation profile of early-onset endometrial cancer: its correlation with genetic aberrations and comparison with late-onset endometrial cancer. *Carcinogenesis*, 40(5): 611-623, 2019. Doi: 10.1093/Carcin/Bgz046.

Manne S, Rini C, Rubin S, Rosenblum N, Bergman C, Edelson M, Rocereto T: Long-term trajectories of psychological adaptation among women diagnosed with gynecological cancers. *Psychosomatic Medicine*, 70(6): 677-687, 2008. DOI: [10.1097/PSY.0b013e31817b935d](https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31817b935d)

Manuel VVH, Manuel VVA: Clinical, pathological, preventive and therapeutic aspects in cancer de vulva. *Obstetrics Genecology and Reproductive Sciences*, 4(1):1-15, 2020. Doi: 10.31579/2578-8965/036

Marmot MG, Kogevinas M, Alston MA: Social/economic status and disease. *Annual review of public health*, 8(1). 111-135, 1987. DOI:[10.1146/annurev.pu.08.050187.000551](https://doi.org/10.1146/annurev.pu.08.050187.000551)

Marroquin B, Czamanski-Cohen J, Weihs KI, Stanton AI: Implicit loneliness, emotion regulation, and depressive symptoms in breast cancer survivors. *J Behav Med*, 39(5): 832-844, 2016. Doi: 10.1007/S10865-016-9751-9.

Maskor NA, Muhamad M, Eric Krauss S, Nik Mahmood NH: Relationship between personal values, work experience and nursing competencies among cancer care nurses in malaysia. *Asian Pac J Cancer Prev*, 22(1): 287-294, 2021. Doi: 10.31557/Apjcp.2021.22.1.287.

Mawardika T, Afiyanti Y, Rahmah H: Gynecological cancer inpatients need more supportive nursing care than outpatients: a comparative study. *Bmc Nurs*, 18(1):1-6, 2019. Doi: 10.1186/S12912-019-0355-X.

Mcelduff P, Boyes A, Zucca A, Girgis A: Supportive care needs survey: a guide to administration, scoring and analysis. report. *Centre For Health Research & Psycho-Oncology*, P.2-54, 2004.

Merlo S: Modern treatment of vulvar cancer. *Radiol Oncol*, 54(4): 371-376, 2020. Doi: 10.2478/Raon-2020-0053.

Moffat GT, Epstein AS, O'reilly EM: Pancreatic cancer-a disease in need: optimizing and integrating supportive care. *Cancer*, 125(22): 3927-3935, 2019. Doi: 10.1002/Cncr.32423.

Morgan MA, Small BJ, Donovan KA, Overcash J, McMillan S: Cancer patients with pain: the spouse/partner relationship and quality of life. *Cancer nursing*, 34(1): 13–23, 2011. <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e3181efed43>

Mouw T, Koster A, Wright ME, Blank MM, Moore SC, Hollenbeck A, Schatzkin A: Education and risk of cancer in a large cohort of men and women in the United States. *PloS one*, 3(11): e3639, 2008. DOI: [10.1371/journal.pone.0003639](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0003639)

Nebgen DR, Lu KH, Bast RC: Novel approaches to ovarian cancer screening. *Curr Oncol Rep*, 21(8): 75, 2019. Doi: 10.1007/S11912-019-0816-0.

Nicholson C, Morrow EM, Hicks A, Fitzpatrick J: Supportive care for older people with frailty in hospital: an integrative review. *Int J Nurs Stud*, 66: 60-71, 2017. Doi:10.1016/J.Ijnurstu.2016.11.015.

Odunsi K: Immunotherapy in ovarian cancer. *Ann Oncol*, 28(8): Viii1-Viii7, 2017. Doi: 10.1093/Annonc/Mdx444.

Okumuş H, Çiçek Ö, Tokat AM: Jinekolojik onkoloji hemşireliğinde güncel durum. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 2(2): 1-12. 2016. Retrieved From <https://Dergipark.Org.Tr/En/Pub/Kashed/Issue/22283/239019>

Olusola P, Banerjee HN, Philley JV, Dasgupta S: Human papilloma virus-associated cervical cancer and health disparities. *Cells*, 8(6): 622, 2019. Doi: 10.3390/Cells8060622.

Öz S: 20 yaş ve üzeri kadınların jinekolojik kanserlere ilişkin bilgi ve farkındalıkları ile etkileyen faktörlerin incelenmesi. İstinye Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2021.

Özbaş AA, Kılıç S, Öz F: Kanser tanısı konan hastaların eşleri ve bakım vericileri için destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği'nin türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 10(4): 262-269, 2019. Doi: 10.14744/Phd.2019.37029

Özerdoğan N, Gürsoy E: Serviks kanserinde korunma ve hemşirelik. *Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics*, 3(1): 40-49, 2017.

Özmüş CD: Erken evre endometrium kanserinde vajinal brakiterapinin etkinliği. Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıpta Uzmanlık Tezi, İzmir, 2021.

Paşalak İŞ: Kemoterapi alan jinekolojik kanserli hastalarda semptom yönetim modeli'nin etkinliğinin değerlendirilmesi. Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Doktora Tezi, İstanbul, 2020.

Peplau D. Perlman(EDS): Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy. Wiley-Interscience, Newyork, 1-18, 1982

Plattner L, Brandstötter C, Paal P: Einsamkeit im pflegeheim – erleben und maßnahmen zur verringerung: eine literaturübersicht [loneliness in nursing homes-experience and measures for amelioration : A Literature Review]. *Z Gerontol Geriatr*. 2022 Feb;55(1):5-10. German. Doi: 10.1007/S00391-021-01881-Z.

Portenoy RK, Kornblith AB, Wong G, Vlamis V, Lepore JM, Loseth DB, Hoskins WJ: Pain in ovarian cancer patients. Prevalence, characteristics, and associated symptoms. *Cancer*, 74(3): 907-915, 1994. DOI: [10.1002/1097-0142\(19940801\)74:3<907::aid-cnrcr2820740318>3.0.co;2-#](https://doi.org/10.1002/1097-0142(19940801)74:3<907::aid-cnrcr2820740318>3.0.co;2-#)

Puri S, Asotra S: Primary vaginal malignant melanoma: a rare entity with review of literature. *J Cancer Res Ther*, 15(6): 1392-1394, 2019. Doi: 10.4103/Jcrt.Jcrt_893_15.

Reid BM, Permuth JB, Sellers TA: Epidemiology of ovarian cancer: a review. *Cancer Biol Med*, 14(1): 9-32, 2017. Doi: 10.20892/J.Issn.2095-3941.2016.0084.

Roett MA, Evans P: Ovarian cancer: An overview. *Am Fam Physician*, 80(6): 609-616, 2009. PMID: 19817326.

Rokach A, Findler L, Chin J, Lev S, Kollender Y: Cancer patients, their caregivers and coping with loneliness. *Psychology Health & Medicine*, 18(2) 135-144, 2013.

Roohafza H, Sadeghi M, Shirani S, Bahonar A, Mackie M, Sarafzadegan N: Association of socioeconomic status and life-style factors with coping strategies in Isfahan Healthy Heart Program, Iran. *Croatian Medical Journal*, 50(4): 380–386, 2009. doi: [10.3325/cmj.2009.50.380](https://doi.org/10.3325/cmj.2009.50.380)

Roy PS, Saikia BJ: Cancer And Cure: A critical analysis. *Indian J Cancer*, 53(3): 441-442, 2016. Doi: 10.4103/0019-509x.200658. Pmid: 28244479

Samejima K, Nagai T, Kizaki Y, Shigematsu K, Kurose Y, Uotani T, Akahori T, Takai Y: Vaginal cancer diagnosed during pregnancy presenting a therapeutic dilemma: a case report. *Gynecol Oncol Rep*, 38: 100879, 2021. Doi: 10.1016/J.Gore.2021.100879.

Sandadi S, Frasure HE, Broderick MJ, Waggoner SE, Miller JA, von Gruenigen VE: The effect of sleep disturbance on quality of life in women with ovarian cancer. *Gynecologic Oncology*, 123(2): 351-355, 2011. DOI: [10.1016/j.ygyno.2011.07.028](https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2011.07.028)

Schmitt MA, Chang YH: Long noncoding rnas in cancer pathways. *Cancer Cell*, 29(4): 452-463, 2016. Doi: [10.1016/J.Ccell.2016.03.010](https://doi.org/10.1016/J.Ccell.2016.03.010)

Selçuk KA: Serviks kanseri risk faktörleri ve önlenmesine yönelik verilen web tabanlı eğitimin pap smear yaptırma davranışlarına etkisi. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Tezi, Manisa, 2019.

Setiawan VW, Yang HP, Pike MC, Mccann SE, Yu H, Xiang YB, Wolk A, Wentzensen N, Weiss NS, Webb PM, Van Den Brandt PA, Van De Vijver K, Thompson Pj: Type i and ii

endometrial cancers: have they different risk factors? *J Clin Oncol*, 31(20): 2607-2618, 2013. Doi: [10.1200/Jco.2012.48.2596](https://doi.org/10.1200/Jco.2012.48.2596)

Sevil Ü, Ertem G, Kavlak O, Coban A: The loneliness level of patients with gynecological cancer. *International Journal of Gynecologic Cancer*, 16(1): 472-477, 2006. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1438.2006.00516.x>

Siegel RI, Miller KD, Jemal A: Cancer statistics. *Cancer J Clin*, 69(1): 7-34, 2019. Doi: [10.3322/Caac.21551](https://doi.org/10.3322/Caac.21551)

Spika MI, Madunic MD, Topolovec Z, Kujadin Kenjeres D, Vidosavljevic D: Prognostic factors for vulvar cancer. *Acta Clin Croat*, 60(1): 25-32, 2021. Doi: 10.20471/Acc.2021.60.01.04.

Srivastava SK, Ahmad A, Zubair H, Miree O, Singh S, Rocconi Rp, Scalici J, Singh AP: Micrnas in gynecological cancers: small molecules with big implications. *Cancer Lett*, 407: 123-138, 2017. Doi: 10.1016/J.Canlet.2017.05.011.

Sung H, Ferlay J, Siegel RI, 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*, 71(3): 209-249, 2021. Doi: 10.3322/Caac.21660.

Syse A, Lyngstad TH: In sickness and in health: The role of marital partners in cancer survival. *SSM-Population Health*, 3: 99–110, 2016. doi:[10.1016/j.ssmph.2016.12.007](https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2016.12.007)

Şahin B, Güner E, Kara OF: Cerrahi uyguladığımız endometrial kanserli hastalarımızın prognozlarını etkileyen klinik ve patolojik faktörler. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, 221(2):17-23,2020. <<https://Dergipark.Org.Tr/En/Pub/Trsgo/Issue/53121/677028>>

Şahin E, Madendağ Çİ, Şahin EM, Madendağ Y, Açmaz G, Özdemir F, Mutlu EA, Müderris İİ: Anormal uterin kanaması olan premenopozal hastalarda transvajinal ultrasonografi ile ölçülen endometrial kalınlık ile histopatolojik sonuçların karşılaştırılması. *Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 16(2): 93-96, 2019.

Şentürk S, Bıçak D, Akça D: Kanserli hasta yakınlarının yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik yaklaşımı. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 5(1): 35-39, 2018. Retrieved From <https://Dergipark.Org.Tr/En/Pub/Sagakaderg/Issue/43167/523559>

Takemura T, Kataoka Y, Shirakawa C, Okazaki K, Sakurai A, Imakita T, Ikegaki S, Matsumoto H, Saito E, Takata H, Kaku S, Wada N, Shinomiya M, Otoshi T, Shimada M, Endo K, Hirabayashi M, Naganuma T: Influence of loneliness and social isolation on the diagnosis and treatment of japanese patients with advanced lung cancer: a prospective cohort study. *Ann Palliat Med*, 10(6): 6236-6246, 2021. Doi: 10.21037/Apm-21-402.

Tekpınar H, Aşık Z, Özen M: Aile hekimliği polikliniğine başvuran hastaların kanser taramalarına ilişkin yaklaşımlarının değerlendirilmesi. *Türk Aile Hek Derg*, 22(1): 28-36, 2018. Doi: 10.15511/Tahd.18.00128

The Global Cancer Observatory: <https://Gco.Iarc.Fr/Today/Online-Analysis-Table> 2021. Erişim Tarihi: 19.02.2022.

Thomas J: Insights into loneliness, older people and well-being, 2015. london: *Office for national statistics*, 1-10, 2015.

Tian J, Chen GL, Zhang HR: Sleep status of cervical cancer patients and predictors of poor sleep quality during adjuvant therapy. *Supportive Care in Cancer*, 23(5): 1401-1408, 2015. DOI: [10.1007/s00520-014-2493-8](https://doi.org/10.1007/s00520-014-2493-8)

Toprak ÜF, Vural G: Jinekolojik onkolojide navigasyon ve navigatör hemşirenin rolleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19(1): 65-70. 2016.

Torre LA, Islami F, Siegel RL, Ward EM, Jemal A: Global cancer in women: burden and trends. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 26(4): 444-457, 2017. Doi: 10.1158/1055-9965.Epi-16-0858.

Tseng YT, Hsieh CH, Hung CW, Chen CC, Lee SH, Lee LY, Chen SC: Supportive care and unmet needs in upper gastrointestinal cancer patients: screening and related factors. *Int J Environ Res Public Health*, 18(15): 8124, 2021. Doi: 10.3390/ijerph18158124.

Türen DE, Acar A: Kliniğimizde 10 yıllık endometrium kanser yönetimi. *Selcuk Med J*, 37(2): 166-171, 2021. Doi: 10.30733/Std.2021.01375

Uçar T, Bekar M: Türkiye’de ve dünyada jinekolojik kanserler. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, 13(3): 55-60, 2010.

Ulbrich PM, Warheit GJ, Zimmerman RS: Race, socioeconomic status, and psychological distress: An examination of differential vulnerability. *Journal of Health and Social Behavior*, 30(1): 131-146, 1989.

Vardar O: Jinekolojik kanser tanısı alan kadınlar ve bakım veren aile üyelerinin deneyimleri. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Denizli, 2017.

Weiss, RS: Loneliness: The experience of emotional and social isolation, cambridge, Mass: Massachusetts Institute Of Technology Press, 1973.

Westin SN, Sun CC, Tung CS, Lacour RA, Meyer LA, Urbauer DL, Bodurka DC: Survivors of gynecologic malignancies: impact of treatment on health and well-being. *Journal of Cancer Survivorship*, 10(2): 261-270, 2016. DOI: [10.1007/s11764-015-0472-9](https://doi.org/10.1007/s11764-015-0472-9)

What Are The Key Statistics About Cervical Cancer? <http://www.cancer.org/cancer/cervicalcancer/detailedguide/cervicalcancer-keystatistics>. American Cancer Society, 2016. Erişim Tarihi 08.02.2022.

Wohlmuth C, Wieser WI: Vulvar malignancies: An interdisciplinary perspective. *J Dtsch Dermatol Ges*, 17(12): 1257-1276, 2019. Doi: 10.1111/Ddg.13995.

World Health Organization(WHO) international agency for research on cancer, globocan 2018, estimated age-standardized incidence rates (world) in 2018, worldwide, females, all ages. <https://Gco.Iarc.Fr/Today/Online-Analysis-Multi-Bars?V=2018>. Erişim Tarihi: 12.02.2022.

World Health Organization(WHO): Global health estimates 2020: deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000-2019. WHO; 2020. Accessed December 29, 2021. [Who.Int/Data/Gho/Data/Themes/Mortality-And-Global-Health-Estimates/Ghe-Leading-Causes-Of-Death](https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/global-leading-causes-of-death). Erişim Tarihi: 10.02.2022.

Yıldırım KN, Kaçmaz N, Özkan M: İleri evre kanser hastalarının karşılanmamış gereksinimleri. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 4(3): 153-158, 2013.

Yıldırım KN. Yetişkin kanser hastalarının destekleyici bakım gereksinimleri ve verilen hizmet arasındaki boşluk. *Deuhyo Ed*, 6(4): 231-240, 2013.

Yılmaz İ: Serviks kanseri, servikojenital smear ile hpv farkındalık ve bilinç düzeyinin araştırılması: Anket çalışması. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar, 2019.

Yılmaz M, Yazgı ZG: Onkoloji hastalarının yaşadığı psikososyal sorunlarla baş etmesinde hemşirenin rolü. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(1):60-70, 2020. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/en/pub/amusbfd/issue/52200/575544>

Zacharias DR, Gilg CA, Foxall MJ: Quality of life and coping in patients with gynecologic cancer and their spouses. *In Oncology Nursing Forum*, 21(10):1699-1706, 1994.

Zhao C, Grubbs A, Barber EL: Sleep and gynecological cancer outcomes: opportunities to improve quality of life and survival. *International Journal of Gynecologic Cancer*, 32(5): 669-675, 2022.

8. EKLER

EK-1 Tanıtıcı Bilgi Formu

Sayın Katılımcı;

Bu tez çalışmasında “**Jinekolojik kanser hastalarında yalnızlık ve kansere ilişkin negatif sosyal beklentileri ile destekleyici bakım gereksinimleri arasındaki ilişki**” nin incelenmesi amaçlanmaktadır. Bu çalışma kapsamında, sizlerin cevaplaması için bir soru formu hazırlanmıştır. Soruları yanıtlamak ortalama 10 dakikanızı alacaktır. Gizlilik ilkesi gereği toplanan bilgileriniz saklı kalacak olup toplanan veriler yalnızca araştırma için kullanılacaktır. Araştırmaya katılmak konusunda gönüllü olmanız esastır. Araştırmanın bu aşaması ve diğer aşamalarında istediğiniz zaman araştırmadan ayrılabilirsiniz. Katılımınız ve desteğiniz için teşekkür ederiz.

1.Yaş? () 18-29 yaş () 30-41 yaş () 42-53 yaş () 54 ve üzeri yaş

2. Eğitim durumu? () İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite ve üzeri

3. Çalışma durumu? () Ev hanımı () Çalışıyor

4. Medeni durumu? () Evli () Bekar

5. Aile yapısı? () Çekirdek aile () Geniş aile () Parçalanmış aile

6. Yaşanılan yer? () İl () İlçe () Köy/kasaba

7. Gelir durumu? () Gelir gidere fazla () Gelir giderden eşit () Gelir giderden

az

8. Sigara kullanma durumu? () Evet () Hayır

9. Kanser tipi? () Endometrium kanseri () Over kanseri () Serviks kanseri
() Vulva + Vajen kanseri () Fallop tüpleri kanseri () Endometrium + Serviks kanseri

10. Kanserinin evresi? () 1. evre () 2. evre () 3. evre () 4. evre

11. Kanser tedavisi?

() Cerrahi tedavi () Kemoterapi () Radyoterapi () Hormonal tedavi

() Cerrahi + Kemoterapi () Cerrahi + Kemoterapi + Radyoterapi

12. Hastalık hakkında bilgilendirilme ? () Evet () Hayır

13. Tedaviniz hakkında bilgilendirilme? () Evet () Hayır

14. Destek sistemi? () Aile () Arkadaşlar () Sağlık çalışanları () Destek veren yok

15. Ailede kanser öyküsünün olması durumu? () Evet () Hayır

16. Ne kadar süredir kanser hastası? () 1-12 ay () 13-24 ay () 25 ay ve üzeri

17. Tedavi süresi? () 1-6 ay () 7-12 ay () 13 ay ve üzeri

18. Tedavi şekli? () Yatarak tedavi () Ayaktan tedavi

19. Hastalık süresince kendini nasıl hissettiği?

() İyi () Gergin/Stresli () Umutsuz/Çaresiz () Bitkin () Yalnız

20. Beslenme durumu? () İyi () Orta () Kötü

21. Günlük uyku süresi? () 4-6 saat arası () 7-9 saat arası () 10-12 saat arası

22. Algılanan uyku kalitesi? () İyi () Orta () Kötü

23. Kanser olduğunu ilk nasıl fark etti?

() Teşhis ile farketmesi () Kendi kendine fark etmesi

24. Kendi Kendine Meme ve vulva muayenesi yapma durumu?

() Kendi kendine meme muayenesi yapıyor(KKMM)

() Kendi kendine vulva muayenesi yapıyor(KKVM)

() Yapmıyor

25. Jinekolojik kontrollere düzenli olarak gitme durumu? () Evet () Hayır

26. Kanser ilk belirtisi? () Ağrı () Kanama-Akıntı () Kaşıntı-Yara-Şişlik-Kitle

EK-2. Kanser Yalnızlık Ölçeği

Aşağıda ifadeler, kanser teşhisi konulduktan sonra insanların nasıl hissettiğini açıklar. Her ifade için, boşluklara ne sıklıkla o şekilde hissettiğinizi yazın.	ASLA	NADİREN	BAZEN	SIKLIKLA	HER ZAMAN
1. Kanser teşhisi konulduktan sonra ne sıklıkta, en yakın arkadaşlarının ya da aile bireylerinin seni yanlış anladığını hissediyorsun?					
2. Kanserle mücadelede, ne sıklıkla diğer insanların sana yeterince destek olmadıklarını düşünüyorsun?					
3. Kanser teşhisi konulduktan sonra ne sıklıkta çevrenizdeki insanlarla çok fazla ortak noktanız olmadığını hissediyorsun?					
4. Kanserle ilgili düşüncelerini hiç kimseyle paylaşmayacağını ne sıklıkta düşünüyorsun?					
5. Kanser teşhisi konulduktan sonra, ne sıklıkta diğer insanların sana ihtiyaç duymadığını düşünüyorsun?					
6. Kanser teşhisi konulduktan sonra, ne sıklıkta genel bir boşluk duygusuna kapıldınız?					
7. Size konulan kanser teşhisi, ne sıklıkta kendinizi diğer insanlardan soyutlanmış hissetmenize sebep oluyor?					

EK-3. Kansere İlişkin Negatif Sosyal Beklentiler Ölçeği

Lütfen her bir satırda tek bir kutuya işaretleyerek soruları cevaplayınız	Kesinlikle Katılmıyorum	Orta Seviye Katılmıyorum	Biraz Katılmıyorum	Biraz Katılıyorum	Orta Seviye Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Eğer insanlara kanser geçmişimden bahsedersem endişelenir ve benim yanımda rahat davranamazlar						
2. Eğer insanlar, kanser hastalığım hakkında konuşmak istemezse bunu duymak istemediklerini düşünürüm						
3. İnsanlar, bana kanser teşhisi konulduğunda nasıl hissettiğimi tam olarak anlayamazlar						
4. Kanser hakkındaki duygu ve düşüncelerimi paylaşırsam insanlara sıkıntı vermiş olurum						
5. İnsanlar, bana kanser teşhisi konulduktan sonra gelecek hakkındaki kararsızlığımı anlayamazlar						

EK-4. Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Form (DBGÖ-KF)

Geçtiğimiz ay içerisinde hangi seviyede yardıma ihtiyacınız oldu?	İHTİYACIN OLMAMASI		İHTİYACIN OLMASI		
	Hiç ihtiyacım olmadı	İhtiyacım olmadı	Az ihtiyacım oldu	Biraz ihtiyacım oldu	Çok fazla ihtiyacım 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. Yakınlarınızın endişeleri hakkında kaygılar	1	2	3	4	5
18. Hangi kanser uzmanına gideceğiniz hakkında daha fazla seçenek sunulması	1	2	3	4	5

19. Hangi hastaneye gideceğiniz hakkında daha fazla seçenek sunulması	1	2	3	4	5
20. Hissettiğiniz şeylerin normal olduğunun tıbbi ekip tarafından belirtilmesi	1	2	3	4	5
21. Hastane personelinin fiziksel ihtiyaçlarınıza gecikmeden yardım etmesi	1	2	3	4	5
22. Hastane personelinin hislerinizin ve duygusal ihtiyaçlarınızın farkında olması ve gerekli duyarlılığı göstermesi	1	2	3	4	5
23. Tedavinizin önemli kısımlarıyla ilgili bilgilerin yazılı olarak size iletilmesi	1	2	3	4	5
24. Tedavi süreciniz ve yan etkiler ile evde baş etmeniz için gereken bilgilerin size iletilmesi	1	2	3	4	5
25. Yapılacak testler ile ilgili bilgi istediğinizde gerekli açıklamaların yapılması	1	2	3	4	5
26. Tedavinizi seçmeden önce tedavi seçeneklerinin yararları ve yan etkileri açısından yeterli bilgilendirmelerin yapılması	1	2	3	4	5
27. Test sonuçlarınızın mümkün olan en kısa sürede size iletilmesi	1	2	3	4	5
28. Kanserin kontrol altında olduğunun ya da gerilemekte olduğunun size iletilmesi	1	2	3	4	5
29. İyileşmenize yardımcı olacak şeyler hakkında bilgilendirilme	1	2	3	4	5
30. Sizin, ailenizin ve arkadaşlarınızın ihtiyaç duyduğu bir durumda bir uzmandan(psikolog, sosyal hizmet uzmanı, hemşire)destek alabilmesi	1	2	3	4	5
31. Cinsel ilişkiler hakkında bilgilendirilme	1	2	3	4	5
32. Herhangi bir vaka gibi değil bir birey olarak tedavi edilmek	1	2	3	4	5

33. Fiziksel koşulları mümkün olduğu kadar iyi olan bir tesiste tedavi görmek	1	2	3	4	5
34. Hastalığımız, tedaviniz ve takip süreciniz ile ilgili tüm durumları konuşabileceğiniz bir tıbbi personelin bulunması	1	2	3	4	5



**EK-5. Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan
Araştırmalar Etik Kurul İzni**



EK -6. Fırat Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği Kurum İzni

EK-7. Ölçek İzinleri