

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

**JİNEKOLOJİK KANSERLİ HASTALARIN DESTEKLEYİCİ  
BAKIM GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ**

**Ebru KAYA VAR**

**HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMANI  
Doç. Dr. Evşen NAZİK**

**ADANA-2019**

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

**JİNEKOLOJİK KANSERLİ HASTALARIN DESTEKLEYİCİ BAKIM  
GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ**

**Ebru KAYA VAR**

**HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMANI  
Doç. Dr. Evşen NAZİK**

**ADANA-2019**

# KABUL ONAY

**Hemşirelik** Anabilim Dalı

**Hemşirelik** Yüksek Lisans Programı Çerçevesinde yürütülmüş olan

“JİNEKOLOJİK KANSERLİ HASTALARIN DESTEKLEYİCİ BAKIM GEREKSİNİMLERİNİN  
BELİRLENMESİ”

adlı çalışma, aşağıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tarihi: 11 / 09 / 2019

## TEZ SINAV JÜRİSİ

Doç. Dr. Evşen NAZİK  
Çukurova Üniversitesi  
Başkan

Doç. Dr. Sevban ARSLAN  
Çukurova Üniversitesi

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Ebru GÖZÜYEŞİL  
Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi

Üye

Dr.  
Üniversitesi  
Üye

Dr.  
Üniversitesi  
Üye

Yukarıdaki Tez, Yönetim Kurulunun / / tarih ve  
edilmiştir.

sayılı kararı ile kabul

Prof.Dr. Behice DURGUN  
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürü

**T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**YÜKSEK LİSANS / DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI**  
**ETİK BEYANI**

Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesini okuduğumu ve anladığımı ve Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde ve ortaya çıkan sonuçlarda herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Tez olarak sunduğum bu çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda bu konuda hakkımda yapılacak tüm yasal işlemleri ve aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim. 11/.../...09/2019

İMZA 

Adı Soyadı Ebru VAR

Kayıtlı olunan Program : Hemşirelik Yüksek Lisans ABD  
Tezin Konusu : JİNEKOLOJİK KANSERLİ HASTALARIN  
DESTEKLEYİCİ BAKIM GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ

Tezin Türü : Yüksek Lisans :  Doktora:

Danışmanın Adı-Soyadı : Doç.Dr.Evşen NAZİK  
Danışmanın İletişim Bilgileri  
Telefon :03223386484-1133  
E-Posta : enazik@cu.edu.tr

Öğrencinin İletişim Bilgileri  
Telefon :05056280531  
E-Posta : [ebruvar01@hotmail.com](mailto:ebruvar01@hotmail.com)  
Adresi : Ç.Ü.Sağlık Bilimleri  
Fakültesi Hemşirelik  
Bölümü

*\*Bu belgenin Lisansüstü eğitim tezleri savunmaya alınmadan önce öğrenci tarafından doldurulup imzalanarak Enstitü Müdürlüğüne teslim edilmesi gerekmektedir.*

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez aşamam boyunca bana tüm bilgi ve deneyimlerini aktaran, yol gösteren, desteklerini ve zamanını esirgemeyen, benim için çok değerli olan saygı değer hocam, tez danışmanım sayın Doç.Dr.Evşen NAZİK'e,

Tez çalışmam süresince desteğini esirgemeyen Prof. Dr. Timuçin ÇİL'e

Tez çalışmam süresince ve ihtiyaç duyduğum anlarda bana her zaman vakit ayıran, desteğini esirgemeyen çok değerli arkadaşlarım sayın Seda KARAÇAY YIKAR ve Zehra CENKÇİ'ye,

Benim bu günlere gelmemi sağlayan, öğrenim hayatım boyunca varlığını ve desteğini esirgemeyen, hep yanımda olan, hakkını hiçbir zaman ödeyemeyeceğim aileme, her zaman yanımda olan beni destekleyen, bana inanan, değerli eşim, hayat arkadaşım Emrah VAR'a,

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmalarım sırasında bana cesaret veren bütün hocalarım ve arkadaşlarıma,

Bana vakit ayırıp çalışmama katılan, soruları içtenlikle yanıtlayan ve görüş bildiren tüm bireylere ve çalışmamda desteklerini esirgemeyen Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi yönetici ve hemşirelerine en içten dileklerle teşekkür ederim.

**Ebru KAYA VAR**

# İÇİNDEKİLER

<b>KABUL ONAY</b> .....	ii
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	iii
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	v
<b>ÇİZELGELER DİZİNİ</b> .....	vii
<b>SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ</b> .....	viii
<b>ÖZET</b> .....	ix
<b>ABSTRACT</b> .....	x
<b>1. GİRİŞ</b> .....	1
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	4
2.1. Jinekolojik Kanserler .....	4
2.1.1. Serviks Kanseri .....	4
2.1.1.1. Epidemiyoloji .....	4
2.1.1.2. Risk Faktörleri .....	4
2.1.1.3. Histopatoloji .....	5
2.1.1.4. Tanı ve Sınıflandırma .....	6
2.1.1.5. Klinik Değerlendirme .....	8
2.1.1.6. Tedavi .....	9
2.1.1.7. Korunma ve Tarama Yöntemleri .....	10
2.1.2. Endometriyal Kanser .....	11
2.1.2.1. Epidemiyoloji .....	11
2.1.2.2. Risk Faktörleri .....	11
2.1.2.3. Histopatoloji .....	11
2.1.2.4. Tanı ve Sınıflandırma .....	12
2.1.2.5. Klinik Değerlendirme .....	13
2.1.2.6. Tedavi .....	14
2.1.2.7. Korunma ve Tarama Yöntemleri .....	14
2.1.3. Over Kanseri .....	14
2.1.3.1. Epidemiyoloji .....	14
2.1.3.2. Risk Faktörleri .....	15
2.1.3.3. Histopatoloji .....	15

2.1.3.4. Tanı ve Sınıflama .....	16
2.1.3.5. Klinik Değerlendirme .....	18
2.1.3.6. Tedavi .....	18
2.1.3.7. Korunma ve Tarama Yöntemleri .....	18
2.2. Kanser Tanısı Almış Bireylerin Yaşadığı Sorunlar ve Hemşirelik Girişimleri ..	19
2.3. Kanser Hastalarında Destekleyici Bakım Gereksinimleri .....	21
<b>3. GEREÇ ve YÖNTEM .....</b>	<b>23</b>
3.1. Araştırmanın Şekli ve Amacı .....	23
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	23
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	23
3.4. Verilerin Toplanması .....	24
3.4.1. Veri Toplama Araçları .....	24
3.4.1.1. Kişisel Bilgi Formu (EK-1).....	24
3.4.1.2. James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği (JDBGBÖ) (EK-2).....	24
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi .....	26
3.6. Araştırmanın Etik İlkeleri .....	27
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>28</b>
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>38</b>
<b>6. SONUÇ ve ÖNERİLER .....</b>	<b>43</b>
<b>KAYNAKLAR .....</b>	<b>45</b>
<b>EKLER .....</b>	<b>53</b>
Ek-1 Tanıtıcı Bilgi Formu.....	53
Ek-2. James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği.....	54
Ek-3. Etik Kurul Onayı .....	57
Ek-4. Araştırmanın Yürütüldüğü Kurumun Resmi İzin Yazısı .....	58
Ek-5. Ölçek Kullanma İzni Yazışması.....	58
<b>ÖZGEÇMİŞ .....</b>	<b>60</b>

## ÇİZELGELER DİZİNİ

<b><u>Tablo No:</u></b>	<b><u>Sayfa No:</u></b>
<b>Çizelge 2.1.</b> FİGO ( İnternational Fedaration of Gynecology and Obsteterics) Serviks Kanseri Evrelemesi.....	7
<b>Çizelge 2.2.</b> FIGO (İnternational Fedaration of Gynecology and Obsteterics) Endometrium Kanseri Evrelemesi.....	13
<b>Çizelge 2.3.</b> FIGO (İnternational Fedaration of Gynecology and Obsteterics) Over Kanseri Evrelemesi .....	17
<b>Çizelge 3.1.</b> JDBGBÖ alt boyutlar .....	25
<b>Çizelge 4.1.</b> Jinekolojik Kanserli Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı .....	28
<b>Çizelge 4.2.</b> Jinekolojik Kanserli Hastaların Hastalığına İlişkin Bulgularının Dağılımı .....	29
<b>Çizelge 4.3.</b> Jinekolojik Kanserli Hastaların JDBGBÖ ve Alt Boyut toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	30
<b>Çizelge 4.4.</b> Jinekolojik Kanserli Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri ile JDBGBÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	32
<b>Çizelge 4.5.</b> Jinekolojik Kanserli Hastaların Hastalıklarına İlişkin Özellikleri ile JDBGBÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması .....	34
<b>Çizelge 4.6.</b> Jinekolojik Kanserli Hastaların JDBGBÖ 'de Bulunan Evet/Hayır Şeklinde Yanıtlanan Yedi Soruya (Ölçek Puanlamasına Dahil Edilmeyen) Verdikleri Cevapların Dağılımı.....	36
<b>Çizelge 4.7.</b> Jinekolojik Kanserli Hastalar İçin En Çok Duygusal Sıkıntı Oluşturan Durumların Dağılımı.....	37



## SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

<b>IARC</b>	: Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı
<b>GLOBOCAN</b>	: Global Burden of Cancer Study
<b>HPV</b>	: Human Papilloma Virüs
<b>DES</b>	: Diethylstilbestrol
<b>CIN</b>	: Cervical Intraepithelial Neoplasia / Servikal İntraepitelyal Neoplazi
<b>DNA</b>	: Deoksiribo Nükleik Asit
<b>BT</b>	: Bilgisayarlı Tomografi
<b>MR</b>	: Manyetik Rezonans
<b>PET</b>	: Pozitron Emisyon Tomografisi
<b>ACS</b>	: American Cancer Society
<b>FIGO</b>	: International Federation of Gynecology and Obstetrics
<b>PAP</b>	: Papanicolaou (soyisim)
<b>NIH</b>	: National Cancer Institute/ Ulusal Kanser Enstitüsü
<b>USG</b>	: Ultrasonografi
<b>D&amp;C</b>	: Küretaj
<b>TAH</b>	: Total Abdominal Histerektomi
<b>BSO</b>	: Bilateral Salfingooferektomi
<b>BLND</b>	: Pelvik ve paraorfik lenf nodu diseksiyonu
<b>BRAC</b>	: Breast Cancer geni
<b>CA-125</b>	: Kanser Antijeni 125
<b>HE4</b>	: Human Epididymis Protein 4
<b>CA19-9</b>	: Kanser Antijen 19-9
<b>CEA</b>	: Karsinoembriyonik Antijen
<b>LDH</b>	: Laktat Dehidrogenaz
<b>HCG</b>	: Human Chorionic Gonadotropin
<b>AFP</b>	: Alfa Feto Protein
<b>JDBDBÖ</b>	: James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği

## ÖZET

### Jinekolojik Kanserli Hastaların Destekleyici Bakım Gereksinimlerinin Belirlemesi

**Amaç:** Bu çalışma, jinekolojik kanserli hastaların destekleyici bakım gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

**Materyal ve Metot:** Tanımlayıcı ve kesitsel olan bu çalışma, Ekim 2018-Nisan 2019 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın evrenini, Adana’da bir hastanenin kadın doğum polikliniğine takip için başvuran, jinekoloji-onkoloji kliniğinde yatan ve kemoterapi ünitesinde tedavi alan jinekolojik kanserli hastalar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise; 18 yaş ve üzerinde olan, en az 1 ay önce jinekolojik kanserli, iletişim güçlüğü ve mental yetersizliği olmayan, Türkçe bilen ve konuşabilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 98 jinekolojik kanserli hasta oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında, hastaların tanıtıcı ve hastalıklarına ilişkin özelliklerini içeren "*Kişisel Bilgi Formu*", Destekleyici bakım gereksinimlerini belirlemek için "*James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği*" kullanılmıştır. Veriler, yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Verilerin istatistiksel analizleri SPSS Windows 22.0 paket programında yapılmıştır.

**Bulgular:** Hastaların %46.9’unun over , %41.8’inin endometrium, ve %11.3’ünün serviks kanseri olduğu saptanmıştır. Jinekolojik kanserli hastaların James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği toplam puan ortalamasının  $29.72 \pm 15.57$  olduğu bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutlarından; Duygusal sorunlar alt boyut puan ortalamasının  $15.72 \pm 10.03$ , manevi/dini sorunlar alt boyut puan ortalamasının  $0.19 \pm 0.72$ , sağlık bakımı sorunlar alt boyut puan ortalamasının  $0.88 \pm 1.42$ , sosyal sorunlar alt boyut puan ortalamasının  $1.85 \pm 2.62$ , bilişsel sorunlar alt boyut puan ortalamasının  $0.72 \pm 1.55$  ve fiziksel belirtilere ait sorunlar alt boyut puan ortalamasının  $10.33 \pm 8.19$  olduğu bulunmuştur. Jinekolojik kanserli hastaların sosyo-demografik ve hastalıklarına ilişkin özelliklerinden sadece aile tipi, hastalığın evresi ve hastalığın teşhis zamanı ile James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ( $p < 0,05$ ).

**Sonuç:** Çalışmada hastaların destekleyici bakım gereksinimlerin az olduğu dolayısıyla gereksinimlerinin büyük oranda karşılandığı belirlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** jinekolojik kanser, destekleyici bakım, hemşirelik

## ABSTRACT

### Determining The Supportive Care Needs Of Patients With Gynecologic Cancer

**Aim:** This thesis was conducted to assess the supportive care needs of patients with gynecologic cancer.

**Materials and Methods:** This descriptive and cross-sectional study was conducted between October 2018 and April 2019. The population of the study consisted of gynecologic cancer patients who applied to a gynecological clinic for a follow-up, who were admitted to gynecology-oncology clinic, and who received treatment in the chemotherapy unit in a hospital in Adana. The sample of the study consisted of a total of 98 gynecologic cancer patients, who were over 18 years old, who had received a gynecologic cancer diagnosis at least 1 month earlier, who did not have communication problems or mental insufficiency, who knew and could speak Turkish, and who agreed to take part in the study. The data of the study was gathered using a “Personal Information Form”, which included descriptive characteristics and information about the disease, and a “James Supportive Care Screening”, for assessing the supportive care needs of the patients. The data was gathered face-to-face and was statistically analyzed using SPSS Windows 22.0 software program.

**Results:** Of the patients, 46.9% had ovarian, 41.8% had endometrial, and 11.3% had cervical cancer. The mean scores for James Supportive Care Screening of the patients who had been diagnosed with gynecologic cancer was  $29.72 \pm 15.57$ . The mean scores of the subscales of the screening were followingly;  $15.72 \pm 10.03$  for emotional concerns,  $0.19 \pm 0.72$  for spiritual problems,  $0.88 \pm 1.42$  for healthcare decision making/communication issues,  $1.85 \pm 2.62$  for social/practical problems,  $0.72 \pm 1.55$  for cognitive concerns, and  $10.33 \pm 8.19$  for problems regarding physical symptoms. There was a statistically significant difference regarding sociodemographic characteristics and information about the disease only between the family type, the stage of the disease, and the time of diagnosis, and the total mean scores of the James Supportive Care Screening ( $p < 0.05$ ) of the gynecologic patients.

**Conclusion:** The study found that the supportive care needs of the patients was low, and therefore, the needs of the patients were largely satisfied.

**Keywords:** gynecologic cancer, supportive care, nursing

# 1. GİRİŞ

Kanser, dünyada ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer alması nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunudur. Dünyada her altı ölümden birinin, ülkemizde ise her beş ölümden birinin nedeni kanserdir (1). Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansının (IARC) tahminlerine göre; her beş kadından birinin kanser yaşayacağı ve her on kadından birinin bu hastalıktan dolayı öleceği düşünülmektedir (2).

Kadınlarda görülen kanserler arasında yer alan jinekolojik kanserler; serviks, endometrium, over, vulva, vajina ve tuba kanserleri olarak sınıflandırılmaktadır (3,4). Globocan 2018 verilerine göre kadınlardaki en sık görülen kanserler incelendiğinde; 2.sırada serviks kanseri, 6.sırada endometrium kanseri ve 7.sırada ise over kanseri yer almaktadır (2). Ülkemizde Sağlık Bakanlığının verilerine göre; kadınlarda en sık görülen 10 kanser içerisinde endometrium kanseri 4.sırada, over kanseri 6. sırada ve serviks kanseri 9. sırada bulunmaktadır (1).

Günümüzde tanı ve tedavi yöntemlerinin gelişmesi, kanser tanısı almış bireylerin yaşam süresinin uzamasını sağlamıştır. Ancak kanser tanısı bulunan bireyler uzayan yaşam süresine rağmen, tedavinin uzun ve pahalı olması, uzun süre hastanede kalma, hastalığın yayılabilir ve tekrarlayabilir olması, ilaç yan etkilerinin fazla olması, organ kaybının görülebilmesi gibi nedenlerle fizyolojik, psikolojik ve sosyal olarak birçok sorunla karşı karşıya kalmaktadır (5,6). Jinekolojik kanserlerde de tanı ve tedavi aşamalarında yaşanan sorunlar; kadınların yaşam kalitelerinde, üreme fonksiyonlarında, cinselliklerinde değişikliklere ve bunun sonucunda bir çok sorunlara neden olmaktadır (4). Ayrıca tedavi sürecinde üreme organlarının kaybı; doğurganlığın, çekiciliğin, cinselliğin bitmesi olarak düşünülmektedir. Bu anlayış kadınların beden imgelerini, benlik saygılarını etkilemekte ve bu durum hem fiziksel hem de psikolojik bir çok sorunu beraberinde getirmektedir (7-11). Bu sorunların yanı sıra jinekolojik kanserli kadınlarda tedavi süresince manevi/dini, bakıma ilişkin, sosyal ve bilişsel sorunlar da görülmektedir (12). Bu sorunların giderilmesi ve hastaların gereksinimlerinin karşılanması için kanserli kadınların destekleyici bakıma ihtiyaçları bulunmaktadır (13).

Kanser tanısı almış bireylerin destekleyici bakım ihtiyaçlarının belirlenmesi sağlık hizmetlerinin önemli bir bileşenidir. Destekleyici bakım; hastanın bakım

gereksinimlerinin hasta merkezli yaklaşımla belirlenmesi ve etkin bir biçimde karşılanması olarak tanımlanmaktadır (14). Aslında destekleyici bakım, kanserin tüm aşamasında hastaya ve ailesine baş etmeye yardım eden bakımdır ve hastanın yaşam kalitesini yükselten sağlık hizmetlerini içerir (15,16).

Kanser hastalarının destekleyici bakım gereksinimleri çok boyutludur. Destekleyici bakım gereksinimleri; fiziksel gereksinimler, tedaviye bağlı yan etkiler ile baş etme, günlük yaşam aktiviteleri, hastalık/tanı/tedaviye yönelik bilgi, psikolojik (öz saygı, beden imajı, baş etme vs.), emosyonel (üzüntü, korku, kaygı vs.), kognitif (karar verme, konsantrasyon vs) gereksinimler, sosyal durum (aile, destek kaynaklar, roller vs), cinsellik ve spiritüel iyiliğe yönelik gereksinimleri içermektedir. Bu gereksinimler belirlenmez ve karşılanmaz ise, karşılanmamış destekleyici bakım gereksinimleri ortaya çıkmaktadır (13,17-19).

Harrison ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında; tanı ve tedavi aşamasındaki kanser hastalarının psikolojik, fizyolojik, sosyal, bilgi, ekonomik ve günlük yaşam aktivitelerine yönelik gereksinimlerinin olduğu ve bu gereksinimlerinin karşılanmadığı bildirilmiştir (15). Sutherland ve arkadaşlarının çalışmasında (2009); kanser hastalarının en fazla testler, tedavi ve yan etkileri hakkında bilgi almakla ilgili destekleyici bakım gereksinimlerinin karşılanmadığı bulunmuştur (20). White ve arkadaşlarının (2011) ile Boyes ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında kanserli hastaların psikolojik gereksinimlerinin yaygın olduğu ve kanserin tekrarlama/yayılma korkusu, yakınlarının üzülmeleri ve gelecek hakkındaki endişelerin en fazla ifade edilen psikolojik gereksinimler olduğu belirlenmiştir (21,22). Li ve arkadaşlarının çalışmasında (2019) karşılanmayan ilk beş gereksinimin; kanserin tekrarlama (% 59,1), en iyi tıbbi bakıma erişim (% 52,7), tamamlayıcı tedavi hizmetlerine erişim (% 51,5), inanç değişiklikleri (% 48,2) ve hayatta kalmaya yönelik endişeleri (47,6) içerdiği belirlenmiştir (19).

Steele ve Fitch'in çalışmasında (2008) en sık bildirilen gereksinimlerin; kanserin tekrarlama ve yayılması korkusu (psikolojik), gelecek hakkında belirsizlik (spiritual), yakınlarının üzüntüleri hakkında endişeler (sosyal), enerji eksikliği/yorgunluk (fiziksel), üzüntü ve anksiyete (emosyonel), her zamanki yaşam biçiminde değişim (pratik) ve kendine yardım etmek için yapabileceği şeyler hakkında bilgi sahibi olmak (bilgisel) olduğu saptanmıştır (23). Urbaniec ve arkadaşlarının (2011)

jinekolojik kanserli hastalarla yaptıkları çalışmada karşılanmamış gereksinim oranı %55.6 olarak bulunmuştur. En fazla karşılanmamış beş gereksinim; kanserin tekrarlamasıyla ilgili endişeleri yönetmek için yardım (%26.7), bakımı koordine etmek için tüm doktorlarla konuşabilme (%26.7), yaşamında kötü şeyler olacağı inancının değişmesine yardım (%26.7), kanseri deneyimleyen diğer kişilerle konuşmaya yardım (%24.4), gerektiğinde hizmet alabileceği devamlı bir vaka yöneticisine ihtiyacın (%24.4) olması olarak belirlenmiştir (24). Afyanti ve arkadaşlarının çalışmasında (2019) jinekolojik kanserli hastaların % 98'i en az bir destekleyici bakım gereksinimi bildirmiştir. Aynı çalışmada 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 saptanmıştır (18).

Kanserli hastaların destekleyici bakım gereksinimlerinin belirlenmesi ve karşılanması gerekir. Gereksinimleri belirlemek holistik bir bakış açısı sağlayarak hastanın stresini azaltacak, yaşam kalitesini arttıracak, sağlık bakımından memnuniyeti arttıracak ve sağlık hizmeti maliyetinin azalmasını sağlayacaktır (14). Jinekolojik kanserli hastaların fiziksel, bilgi, iletişim, psikolojik, cinsel, sosyal, ekonomik ve spiritüel gereksinimlerinin karşılanması için bakıma hasta ailesinin de dahil edilmesi gerekir (13,25). Hemşireler, bütüncül bir yaklaşımla hastaların gereksinimlerini ve onları etkileyen faktörleri belirleyerek, yaşanan sorunların ortadan kaldırılmasında, tedaviye uyumun artırılmasında etkin rol oynamalıdır (11,26-29). Literatürde farklı ülkelerde jinekolojik kanserli hastaların destekleyici bakım gereksinimlerine yönelik çalışmalar mevcuttur (18,23,24). Ancak ülkemizde jinekolojik kanserli hastaların destekleyici bakım gereksinimlerini belirlemeye yönelik çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu nedenle bu çalışma jinekolojik kanserli hastaların destekleyici bakım gereksinimlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Jinekolojik Kanserler

Jinekolojik kanserler, kadın genital organlarında meydana gelen malign yapılı tümörlerdir ve meme kanserinden sonra kadınlardaki morbidite ve mortalitenin en büyük nedenlerinden biridir (30). Morbidite ve mortalite oranları göz önünde bulundurulduğunda, jinekolojik kanserler önemli bir kadın sağlığı sorunudur (31). Kanser toplum tarafından ölümcül bir hastalık olarak algılanmasının yanında jinekolojik kanserin kadın yaşamında önemli bir yeri vardır. Çünkü kadın üreme organları kadınlar için üretkenliğin, cinselliğin, anneliğin sembolü iken bu organların kaybı kadının beden imajını zedeleyerek benlik saygısının azalmasına neden olur (32).

Jinekolojik kanserler; serviks, endometrium, over, vulva, vajen ve tuba kanseri olarak sınıflandırılmaktadır. Bu kanserler içinde en sık görülenler; serviks, endometrium ve over kanseridir (4,33).

#### 2.1.1. Serviks Kanseri

##### 2.1.1.1. Epidemiyoloji

Serviks kanseri dünyada jinekolojik kanserler içinde en sık görülen kanser türüdür (34). GLOBOCAN 2018 verilerine göre dünya genelinde yılda 370 bin yeni olgu çıkacağı, 190 bin serviks kanserinden ölüm olacağı öngörülmektedir (2).

Sağlık Bakanlığı Kanselerle Savaş Dairesi Başkanlığı verilerine göre, serviks kanseri kadınlarda en sık görülen kanser sıralamasında dokuzuncu sırada yer aldığı ve insidansı yüzbin kadında 4.5 olduğu belirlenmiştir (1).

##### 2.1.1.2. Risk Faktörleri

Günümüzde human papilloma virüsünün (HPV), servikal kanserin gelişmesinde en önemli etiyolojik ajan olduğu üzerinde durulmaktadır. Cinsel yolla bulaşan genital HPV tiplerinden bir kısmı karsinojeniktir ve servikal kanser etiyolojisinde yüksek riskli etken olarak tip 16,18 kabul edilmektedir. Yüksek riskli HPV tipleri servikal kanserlerin %99'unda saptanmıştır (30,35-37).

HPV dışında serviks kanseri için risk faktörleri şunlardır:

- Erken yaşta cinsel ilişkiye başlamak,
- Cinsel eşin birden fazla olması,
- Immün yetmezliğin olması,
- Erken doğum (20 yaşından önce) yapmak,
- Multiparite (3 ve üzeri doğum),
- 5 yıl ve üzeri oral kontraseptif kullanmak,
- Düşük sosyoekonomik statü,
- Cinsel yolla bulaşan hastalık öyküsü olanlar,
- Dietilstilbestrol (DES)'e maruz kalmış olanlar,
- Sigara içme,
- Kötü/yetersiz beslenme,
- Kişisel hijyenin bozuk olmasıdır (38- 45).

### **2.1.1.3. Histopatoloji**

Serviks kanseri; preinvazif ve invazif servikal kanserler olarak ikiye ayrılmakta ve histopatolojik olarak suquamöz hücreli yada adenokarsinom olarak görülmektedir.

*Preinvazif servikal kanser:* Servikal Intraepitelyal Neoplazi (CIN) ya da preinvazif neoplazi, serviksin erken dönemdeki anormalliklerini açıklamak için kullanılan bir terimdir. Preinvazif kanserde anomallik hücre ile sınırlıdır. CIN için ortalama yaş, serviks invazif kanser yaşından yaklaşık 10 yıl daha erkendir. Servikte kanser gelişmeden önce prekanseröz lezyonlar olan servikal intraepitelyal neoplaziler (CIN) gelişir. Epitelin 1/3'lük kısmını kaplayan lezyonlar CIN I, 2/3'ünü kaplayan lezyonlar CIN II, tamamına yakınına kaplayan lezyonlar CIN III olarak adlandırılmaktadır. Epitelin tamamını kaplayan lezyonlar in situ olarak adlandırılır. CIN I, düşük gradeli servikal intraepitelyal lezyon grubuna; CIN II ve CIN III yüksek gradeli servikal intraepitelyal lezyon grubuna girer (46). CIN'lerin servikal kansere dönüşmesi yaklaşık 10-15 yıl sürmektedir. Kadınların HPV'yle karşılaşma yaşlarının ortalama 20'li yaşların başında olduğu belirtilmektedir. Bu nedenle serviks kanserinin görülme yaşı genellikle 35-55 yaş arasındadır (30,35,47,48).



*Invazif servikal kanser:* Tümörün intraepiteliyal sınırlardan çıkıp serviks stromasına yayıldığı duruma invazif servikal karsinoma denir. Serviks kanseri direk yolla serviks stromasına yayıldıktan sonra kan ve lenf yolu ile ya da intraperitoneal implantasyon yolu ile metastazlar yapabilir. En yaygın yayılma yolu direk yayılımdır. Yayılım endoservikste başlar ve tüm servikse, parametriumu, vezikovajinal ve rektovajinal septalara, vajinanın üst kısmına, mesane ve rektuma yayılır. Lenf ve kan yolu ile akciğerlere, mediastinal ve supraklavikular nodlara, karaciğere ve kemiklere yayılım görülür (30).

#### **2.1.1.4. Tanı ve Sınıflandırma**

Erken tanı servikal kanserde tedavi şansını hemen hemen % 100 e çıkarırken, servikal kanser ile ilgili ölümleri de % 50 azalmaktadır (30,35,49-51). Serviks kanserinde genellikle fiziksel muayene, servikal sitoloji, servikal biyopsi ve kolposkopi tanı amaçlı kullanılmaktadır.

Serviks kanserinde pelvik ve rektovajinal muayene ile tümörün boyutu, yayılımı, mesane ve rektumla ilişkisi değerlendirilir.

Pap-smear ve HPV-DNA testi servikal neoplaziyi tanılamada kullanılan güvenilir ve ucuz bir yöntemdir. Pap smear sonucu şüpheli gelen kadınlara kolposkopik inceleme yapılır. Kolposkopi incelemesi pozitif olan kadınlardan biyopsi alınır. Biyopsi sonucuna göre tedavi şekline karar verilir (30,52-54).

Tanılama yöntemlerinde ayrıca akciğer x-ray grafisi, bilgisayarlı tomografi (BT), manyetik rezonans (MR), pozitron emisyon tomografisi (PET) ve kan testleri de kullanılmaktadır (30). BT; abdomen ve pelvik bölgedeki lenf nodlarına yayılımı değerlendirmek için kullanılır. MR ile de serviksin yakınındaki dokulara yayılım ve pelvis ve abdomendeki dokulara serviksten yayılım olup olmadığı değerlendirilebilir (50). PET; lenf nodu metastazlarını belirlemede BT ve MR ile birlikte değerlendirilir. (53).

FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics) ya göre serviks kanserinin sınıflandırılması aşağıdaki gibi yapılmaktadır (55).

**Çizelge 2 1. FİGO ( İnternational Fedaration of Gynecology and Obsteterics) Serviks Kanseri Evrelemesi**

<b>EVRE I :</b> Karsinoma kesinlikle serviksle sınırlıdır (uterin korpus uzantısı göz ardı edilmelidir)	
<b>IA</b>	İnvazyon derinliği <5 mm olan, sadece mikroskopi ile teşhis edilebilen invaziv karsinom
<b>IA1</b>	Ölçülen stromal invazyon <3 mm derinliktedir.
<b>IA2</b>	Ölçülen stromal invazyon ≥3 mm ve <5 mm derinliktedir
<b>IB</b>	Ölçülen en derin invazyon ≥5 mm (Evre IA'dan büyük) olan invaziv karsinom, serviks uteri ile sınırlı lezyon vardır.
<b>IB1</b>	İnvaziv karsinoma ≥5 mm stromal invazyon derinliği ve en büyük <2 cm boyuttur.
<b>IB2</b>	İnvaziv karsinom ≥2 cm ve en büyük boyut <4 cm'dir.
<b>IB3</b>	İnvaziv karsinom en büyük boyut ≥4 cm'dir.
<b>EVRE II:</b> Karsinoma uterusun dışına yayılmıştır; ancak vajinanın alt 1/3'üne veya pelvik duvara ulaşmamıştır.	
<b>IIA</b>	Parametriyal yayılım olmadan vajinanın üst 2/3'ü ile sınırlıdır.
<b>IIA1</b>	İnvaziv karsinom <4 cm büyük boyuttur
<b>IIA2</b>	İnvaziv karsinom ≥4 cm büyük boyuttur.
<b>IIB</b>	Pelvik duvara kadara kadar olan parametrial tutulum mevcuttur.
<b>EVRE III:</b> Karsinoma vajinanın alt üçte birini içerir ve / veya pelvik duvarına uzanır ve / veya hidronefroz veya işlevsiz böbreğe neden olur ve / veya pelvik ve / veya para-aortik lenf düğümlerini içerir.	
<b>IIIA</b>	Karsinoma, pelvik duvarda herhangi bir invazyon olmadan vajinanın 1/3'üne yayılmıştır
<b>IIIB</b>	Pelvik duvara yayılma ve / veya hidronefroz veya böbreklrde işlev kaybının olmasıdır (başka bir nedene bağlı olmadığı sürece).
<b>IIIC</b>	Tümörün büyüklüğüne ve boyutuna bakılmaksızın pelvik ve / veya para-aortik lenf nodlarının tutulumu vardır.
<b>IIICI</b>	Sadece pelvik lenf nodu metastazı mevcuttur.
<b>IIICII</b>	Para-aortik lenf nodu metastazı vardır.
<b>EVRE IV:</b> Karsinom, gerçek pelvisin dışına uzanmış veya mesanenin veya rektumun mukozasına yayılmıştır (biyopsi ile kanıtlanmıştır). (Buna göre bir bolus ödem, bir vakanın Evre IV olarak tanılanmasını sağlamaz)	
<b>IVA</b>	Komşu pelvik organlara yayılmıştır.
<b>IVB</b>	Uzak organlara yayılmıştır.

### 2.1.1.5. Klinik Değerlendirme

Erken evre (preinvazif) serviks kanseri sıklıkla asemptomatiktir. En sık belirtisi ince, su gibi, kanla karışık vajinal akıntıdır. Kanama genelde menstruasyon dönemleri arasında, koitus sırasında ya da postmenopozal dönemde meydana gelmektedir. Kanama genellikle lekelenme tarzındadır. Kanser alanı büyüdükçe kanama miktarı ve sıklığı artar. Kadında anemiye ilişkin semptomlar görülebilir (48,56). Hipogastrik ve lumbosakral pleksus tutulumu varsa pelvik lenf nodları basısı sonucunda sırt, bel ve bacak ağrısı oluşur. Pelvik duvarlar, üreterler ve rektum tutulumuna bağlı hematüri, konstipasyon ve rektal kanama gelişebilir (48). İleri aşamada idrarda ve gaitada kan görülebilir (52).

İnvazif servikal kanserde belirtiler:

- Intermenstrual kanama,
- Koitus ve muayene sırasında ortaya çıkan dokunma kanamaları,
- Aşırı kanamaları mestruasyon,
- Postmenopozal kanama,
- Olağan dışı anormal vajinal kanama veya akıntı,
- Pelvik ağrı,
- Cinsel ilişki sırasında ağrı,
- Düzensiz menstruasyon,
- Kötü kokulu vajinal akıntı,
- Sırt ve bacakta ağrı,
- İdrar yaparken ağrı,
- Tek bacakta şişlik şeklinde görülür (30, 57,58).

Kanama kronik ise anemi de ikinci bir sorun yaratır. İlerlemiş servikal malignensilerde seroz vajinal akıntı ve kötü koku en sık görülen şikayetlerdir. Geç belirtiler malignensinin yayıldığı organ ile ilgilidir. Pelviste, hipogastriyumda, yandan ya da bacakta ağrı hastalığın ilerlediğine işaret eder. Bu belirtiler pelvik duvarın, üreterlerin, lenf nodlarının ve siyatik sinir kökünün etkilendiğini gösterir. Üriner ve rektal belirtiler tümörün bu yapılara invazyon yaptığını gösterir. Son safhada lenfatik ve venöz obstrüksiyona bağlı alt ekstremitelerde ödem, yoğun vajinal hemoraji,

kan damalarına lokal invazyon ve çift taraflı üreter obstrüksiyonu sonucu renal yetmezlik ortaya çıkar (30).

#### **2.1.1.6. Tedavi**

**Erken evre serviks kanserinde tedavi:** FIGO'nun evreleme sistemine göre erken evre serviks kanseri evre IA(1-2), IB1-2 ve IIA1'i ifade etmektedir (53,59). Erken evre serviks kanserinin tedavisinde cerrahi tedavi ve radyoterapi kullanılmaktadır (48,56). Radyoterapi tedavisinde oluşabilecek komplikasyonlar nedeniyle cerrahi tedavi seçilebilir (60). Hangisine karar verileceği hastanın yaşına, doğurganlık isteğine, hasta ve doktorun tercihine bağlıdır (59).

Evre IA1'de lenf nodu tutulumu yoksa servikal konizasyon aracılığıyla konversatif cerrahi uygulanabilir. Doğurganlığını tamamlamış kadınlarda tip 1 histerektomi de tercih edilebilir (53,60). Eğer kan damarları ve lenf nodları tutulumu varsa modifiye radikal histerektomi yapılır. Modifiye radikal histerektomide serviks, vajinanın ön kısmı, parametrium dokusu ve paraservikal dokular çıkarılır (50,53).

Evre IA2'de lenf nodu metastazı riski olabileceğinden tedavi seçeneği olarak modifiye radikal histerektomi (Tip 2 histerektomi) ve pelvik lenf adenektomi önerilmektedir. Ancak fertilitate korunmak isteniyorsa pelvik lenf nodu diseksiyonu ve radikal trakelektomi yapılması ana tedavidir (48,50). Eğer tedavide fertilitenin korunması istenmiyorsa evre IA2'de brakiterapi de etkilidir (53).

Evre IB1'de ise standart tedavi radikal histerektomiyle (Tip 3 histerektomi) birlikte pelvik lenf nodlarının da çıkarılmasıdır (48,50). Brakiterapi ve eksternal radyoterapi de bu evrede tedavi seçenekleri arasında yer almaktadır (50).

IB2 evresindeki serviks kanserinin tedavisi tartışmalıdır. Lenf nodu tutulumu ve kanserin nüks etme riskinden dolayı bu evrede cerrahi tedaviden çok kemoradyoterapi tedavisini uygulamaktadır (50,61).

IIA1 evresinde, primer radikal histerektominin ardından ya kemoterapiyle birlikte ya da kemoterapi uygulamaksızın adjuvan radyoterapi uygulanmaktadır. Primer tedavi olarak kemoradyoterapiyi uygulanması da önerilmektedir (50,62,63).

**İleri evre serviks kanserinde tedavi:** İleri evre serviks kanserinde kemoterapiye radyoterapi tedavisi de eklenmektedir (50,64). İleri evre serviks kanserinin radyasyon

tedavisinde hem eksternal radyoterapi hem de brakiterapi birlikte uygulanmaktadır (53)

### 2.1.1.7. Korunma ve Tarama Yöntemleri

Serviks kanserinden korunma; primer, sekonder ve tersiyer korunma olarak gruplandırılabilir. Hemşirenin primer korumadaki görevi; sağlık eğitimidir. Serviks kanserinden korunmada hemşirenin sekonder rolleri ise, erken tanı ve taramaya yöneliktir. Tersiyer korumada hemşirenin görevi; tanı almış kadınların izlemlerini yaparak komplikasyonları önlemek ve rehabilitasyonunu sağlamaktır (31,65).

**Primer korunma;** Serviks kanseri farkındalığı oluşturma, HPV aşısı, riskli davranışlardan uzak durma, sağlıklı yaşam stili (sağlıklı beslenme, düzenli egzersiz yapma), bariyer kontraseptif kullanımını içermektedir.

**Sekonder korunma;** Servikal kanser için tarama testleri yaptırma (PAP Smear Testi, HPV-DNA testi gibi), servikal kanser yönünden riskli grupları belirlemedir.

**Tersiyer korunma;** Uygun tedavi yönetimi ve rehabilitasyondur (31).

Serviks kanserinden korunmada erken tanı ve tarama programları oldukça önemlidir. Serviksin preinvazif lezyonları pap smear test kontrolleri ile erken dönemde ve kolayca tanılanabilmektedir. Pap test 21-29 yaşlar arası negatif sonuçlarda 3 yılda bir, 30-65 yaşlar arasında ise Pap-HPV testlerinin birlikte kullanılması önerilmektedir.

- **Sadece Pap testi:** Eğer sonuç normalse, sonraki tarama 3 yıl sonra,
- **Sadece bir HPV testi (Birincil HPV testi):** Eğer sonuç normalse, sonraki tarama 5 yıl sonra,
- **Pap testi ile birlikte bir HPV testi (Eş test):** Her iki sonucun da normal olması durumunda, sonraki tarama 5 yıl sonra yapılır.

> 65 yaş birkaç yıldır normal tarama test sonuçları varsa, benign kansere bağlı histerektomi yapıldı ise tarama sonlandırılır.

Pap-smear testi yapılırken; menstruasyon döneminde testin yapılması için başvurulmamalıdır. Test için en iyi zaman adet bittikten sonraki 5 gündür. Testten 2-3 gün öncesi tamponlar, doğum kontrol amaçlı kullanılan ürünler, diğer vajinal kremler, nemlendiriciler veya kayganlaştırıcılar ve vajinal ilaçlar kullanılmamalıdır. Testten 2-3

gün öncesi vajina yıkanmamalıdır ve 2 gün öncesi cinsel ilişkiye girilmemelidir (35,50,66) .

## **2.1.2. Endometriyal Kanser**

### **2.1.2.1. Epidemiyoloji**

Endometrium kanseri dünya’da jinekolojik kanserler içinde en sık görülen ikinci kanser türüdür. Gelecekte 320.000 yeni endometrium kanserinin ortaya çıkacağı tahmin edilmektedir. Gelir düzeyi yüksek olan ülkelerde (%5.9), düşük gelirli ülkelere (%4.0) göre görülme insidansı daha yüksektir. Ancak mortalite hızlarına bakıldığında ise ölüm oranları düşük gelirli ülkelerde daha fazladır. Ulusal Kanser Enstitüsü (NIH) verilerine göre; 2019’da tahmini olarak 62.880 hastanın yeni tanı alacağı ve 12.160’ının da yaşamını yitireceği düşünülmektedir (67).

Sağlık Bakanlığı Kansere Savaş Dairesi Başkanlığı verilerine göre, endometrium kanserinin kadınlarda en sık görülen kanser sıralamasında dördüncü sırada yer aldığı ve insidansı yüzbin kadında 10.0 olduğu belirlenmiştir (1).

### **2.1.2.2. Risk Faktörleri**

- Ailesinde veya kendisinde endometriyum, meme, kolon veya over kanseri öyküsü olması,
- Menopoz sonrası dönem (60-70 yaş),
- Erken menarş (9 yaş veya daha erken),
- Geç menopoz (55’den daha büyük yaşta menopoza girmek),
- Menstrüel düzensizlikler,
- Obezite, tamoksifen tedavisi, diyabet ve hipertansiyon,
- Östrojen tedavisi uygulanması,
- Pelvik radyasyona maruz kalma (30,68,69).

### **2.1.2.3. Histopatoloji**

Endometriyal kanserlerin büyük bir kısmı servikal karsinomunun aksine adenokarsinomdur. Bunlar yavaş büyür ve geç metastaz yaparlar. Bu nedenle özellikle erken teşhis edildiğinde prognozu en iyi olan jinekolojik malignensidir (30).

Endometriyumun squamoz hücreli karsinomları hızlı büyüme özelliği gösterirler (70,71).

#### **2.1.2.4. Tanı ve Sınıflandırma**

Endometriyal biyopsi en etkili tanı yöntemidir. Tüm postmenopozal kanamalar endometriyal biyopsi ile değerlendirilmektedir. Amerikan Kanser Birliği ve Amerikan Jinekolojist ve Obstetrisyenler birliği kadınlara yıllık pelvik muayene ve pap testlerini yaptırmalarını önermektedir. Endometriyum kanser riski yüksek olanların ise; kanser ve prokusörleri yönünden taranmaları önerilmektedir (49,51).

Endometriyal kanser pap smear ile nadir olarak tanımlanır. Endometrium kanseri standart tanısız değerlendirilmesi USG, endometrial biyopsi, dilatasyon ve küretaj (D&C) ile yapılır (30,72). Anormal uterin kanama ile gelen hastalarda pipelle örnekleme yapmak, endometrium kanserinin araştırmasında en uygun yöntemdir. Tanı koymadaki başarısı %95-98'dir (72,73).

Endometriyum kanserinin evrelemesinde uterusun etkilenme durumu (endometriyum, yüzeysel veya derin myometriyum tutulumu) ve büyüklüğü, serviksin tutulumu, komşu organ ve yapıların etkilenme durumu, lenf nodu tutulumu ve tümör hücrelerinin farklılaşması değerlendirilir (70,71).

FIGO'ya göre endometriyum kanserinin sınıflandırılması aşağıdaki gibi yapılmaktadır (55).

**Çizelge 2.2.** FIGO (İnternational Fedaration of Gynecology and Obsteterics) Endometrium Kanseri Evrelemesi

<b>Evre I: Tümör uterusu sınırlı</b>	
<b>IA</b>	Myometrial invazyon yok veya %50'den az
<b>IB</b>	%50 veya daha fazla myometrial invazyon
<b>Evre II: Servikal stromal invazyon (uterus dışına çıkmamış tümör)</b>	
<b>Evre III: Lokal veya bölgesel yayılım</b>	
<b>IIIA</b>	Uterus seroza tutulumu veya adneksiyel tutulum
<b>IIIB</b>	Vajinal ve/veya parametrial tutulum
<b>IIIC</b>	Pelvik ve/veya paraaortik tutulum C1: Pozitif pelvik lenf nodu tutulumu C2: Pozitif paraaortik lenf nodu tutulumu (ve/veya pelvik lenf nodu tutulumu)
<b>Evre IV: Mesane ve/veya bağırsak mukozası invazyonu ve/veya uzak metastaz</b>	
<b>IVA</b>	Mesane ve/veya bağırsak mukoza invazyonu
<b>IVB</b>	Uzak metastaz (intraabdominal uzak metastaz, inguinal lenf nodu metastazı)

#### 2.1.2.5. Klinik Değerlendirme

Endometrium kanserinin erken ve en önemli belirtisi anormal vajinal kanamadır. Premenopozal dönemdeki kadınlarda da anormal vajinal kanama dikkatle değerlendirilmeli, diğer nedenler ekarte edilmelidir. Yine premenopozal dönemdeki kadınlarda ani başlayan ve ağır menstrüel kanama da endometrium kanserinin belirtisi olabilir. Postmenopozal kanamaların %30'nun nedeni karsinomdur (30). İleri yaşlarda kanlı seröz akıntı da endometrium kanserini düşündürülebilir. Kanamayı göz ardı eden kadınlarda hastalık ileri evrede tanınır. İlerlemiş evrede kanserin yayılımına bağlı olarak uterusu büyüme, hipogastrik ve pelvik ağrı, hematometra, piyometra ve karın şişliği görülebilmektedir (53,74,75).

Endometriyal kanser şüphesi olan kadınlarda ilk olarak kadının üreme hikayesi, estrogen kullanımı, kilosu, tamoksifen kullanımı, diyet alışkanlıkları, abdominal ağrı, mesane ve barsak alışkanlıklarında değişim ve kilo kaybı değerlendirilir. Ailede ya da



kendinde özellikle meme, over, endometriyal ve kolorektal kanser olup olmadığı değerlendirilir (30).

### **2.1.2.6. Tedavi**

Bu kanser türünde tedavi evreleme aşamasına göre uygulanır. Erken evre, Evre I ve II'de tedavinin amacı hastayı iyileştirmek ve yaşam dönemini uzatmaktır. Endometriyal karsinomunun erken evresinde, TAH+BSO genellikle tercih edilen cerrahi yöntemdir. İleri evrelerde TAH ve BSO'nun yanısıra BLND (pelvik ve paraorfik lenf nodu diseksiyonu), omentektomi ve peritoneal yıkama yapılır. Erken evredeki pek çok olguda cerrahinin ötesinde ek bir tedavi gerekmez (30). Daha ileri evrelerde radikal histerektomi tercih edilir. Bu cerrahi girişimden sonra yine radyoterapi yapılabilir. Metastatik ve tekrarlayıcı durumlarda kemoterapi, progesteronla hormon tedavisi yapılabilir (35,76).

### **2.1.2.7. Korunma ve Tarama Yöntemleri**

Endometrial kanserinden korunmada temel amaç, estrogenin endometrium üzerine olan etkisini azaltmaktır.

**Primer korunma;** kilo kontrolü, sağlıklı beslenme, düzenli fiziksel aktivite, sigara kullanmama gibi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını içermektedir (31,77).

**Sekonder korunma;** erken tanı ve özellikle riskli grupların taranmasını içermektedir. Menopoz dönemindeki kadınlara endometrium kanserinin belirtileri ve riskleri hakkında bilgi verilmesi, bu dönemde ortaya çıkan kanama/lekelenme varlığında mutlaka sağlık kuruluşuna başvurmalarının söylenmesi, öyküsünde risk faktörü bulunan kadınlara yıllık biyopsi yaptırımları önerilmektedir (78).

**Tersiyer korunma;** uygun tedavi yönetimi ve rehabilitasyonu içermektedir.

## **2.1.3. Over Kanseri**

### **2.1.3.1. Epidemiyoloji**

Over kanseri Dünya'da jinekolojik kanserler içinde en sık görülen üçüncü, Türkiye'de ise ikinci kanser türüdür (1,2). GLOBOCAN 2018 verilerine göre dünyada yaklaşık 295,414 (1.6) kadının over kanseri tanısı alacağı ve yaklaşık 184,799 (1.9) kadının over kanserinden öleceği tahmin edilmiştir (2).

Sağlık Bakanlığı Kanselerle Savaş Dairesi Başkanlığı verilerine göre, over kanserinin kadınlarda en sık görülen kanser sıralamasında altıncı sırada yer aldığı ve insidansı yüzbin kadında 6.4 olduğu belirlenmiştir (1).

Over kanseri jinekolojik kanserler arasında mortalite hızı en yüksek iki kanserden biridir. Insidansı, endometriyal kanser insidansının yarısı kadar olmasına karşın batıda mortalite hızı serviks kanser insidansını aşmıştır (79).

### **2.1.3.2. Risk Faktörleri**

Over kanserinin gelişmesinde hormonal, çevresel ve genetik faktörler rol oynamaktadır (30). Bu risk faktörlerinden en önemlisi aile öyküsüdür.

- 40 yaşın üzerinde olmak,
- Ailede meme ya da over kanseri olması,
- Ovulasyonun 40 yıldan uzun sürmesi,
- Perineal bölgeye kozmetik amaçlı uzun süre talk uygulanması,
- Infertilite ile sonuçlanan pelvisin inflamatuvar hastalığı,
- Endüstrülleşmiş ülkelerde yaşama, Beyaz ırk müsnevi etnik grubundaki bireyler,
- Aşırı kahve tüketimi,
- Erken menarş,
- Geç menapoz,
- Nulliparite risk faktörleridir (30,35,72).

### **2.1.3.3. Histopatoloji**

Over kanserlerinin en yaygın tipi epitelyal olanlardır ve olguların %85-90'ında görülür. Bunu dışında germ hücreli tümörler ve sex-cord stromal tümörler de görülmektedir. Over kanserleri oldukça sessiz bir yayılım gösterdiklerinden tanı konulduğunda ileri evrede olabilirler. Lokal ve sessiz bir büyümeden sonra pelvis ve abdominal kaviteye yayılım yapar (30,35).

#### 2.1.3.4. Tanı ve Sınıflama

Over kanserini erken tanılamaya yönelik henüz bir tarama yöntemi bulunmamaktadır. Tarama stratejileri daha çok ailesinde meme ve over kanseri öyküsü olan ve BRAC1 ve BRCA2 mutasyonu taşıyan kadınlara yöneliktir (53).

Tanılamada sıklıkla hastanın anamnezinin yanı sıra USG ve tümör belirteçleri kullanılır. Tümör belirteci olarak CA-125, HE4 ve CA19-9'a bakılır. Adneksiyal kitleyi tanımlayabilmek amacıyla transvajinal-transabdominal USG, abdominopelvik tomografi veya MR görüntülemelerden faydalanılabilir. Meme filmi ya da mamografi cerrahiden önce yapılmalıdır.

Kolon kanserini metastazını göz ardı edebilmek için CEA, LDH, HCG, AFP düzeylerine bakılır (80).

Pelvik ultrasonografide overlerin büyümesi, kistik ve solid yapılar içermesi, kuldusak boşluğunda serbest sıvı olması önemli bulgulardır. Vajinal, peritoneal ve plevral sıvıdan sitolojik çalışmalar akciğer ve kemik taramaları tanıda yardımcıdır (35). Cerrahiden sonra kalan tümörün hacmi diğer bir prognostik değerdir. FİGO'nun evrelemesi prognoz için değer taşır (30).

FIGO'ya göre over kanserinin sınıflandırılması aşağıdaki gibi yapılmaktadır (55).

Çizelge 2.3. FIGO (İnternational Fedaration of Gynecology and Obsteterics) Over Kanseri Evrelemesi

<b>Evre I: Yumurtalıklarla veya fallop tüpleriyle sınırlı tümörler</b>	
<b>IA</b>	Tümör 1 over (kapsül sağlam) veya fallop tüpü ile sınırlı; over veya fallop tüpü yüzeyinde tümör yok; asit veya periton yıkamalarında malign hücre yok
<b>IB</b>	Tümör yumurtalıklarla (kapsüller bozulmamış) veya fallop tüpleriyle sınırlı; over veya fallop tüpü yüzeyinde tümör yok; assit veya periton yıkamalarında malign hücre yok
<b>IC</b>	Tümör, aşağıdakilerden herhangi biriyle 1 veya her iki yumurtalık veya fallop tüpü ile sınırlı: IC1: cerrahi sızıntı IC2: Kapsül ameliyat öncesi veya over veya fallop tüpü yüzeyinde tümör yırtıldı IC3: Asit veya periton yıkamalarında malign hücreler
<b>Evre II: Tümör 1 veya 2 yumurtalık veya pelvik uzatma (pelvik ağzın altında) veya peritoneal kanser içeren fallop tüplerini içerir.</b>	
<b>IIA</b>	Uterus veya fallop tüplerinde veya yumurtalıklarda uzatma ve /veya implantlar
<b>IIB</b>	Diğer pelvik intraperitoneal dokulara uzama
<b>Evre III: Tümör, pelvis dışındaki peritona ve /veya retroperitoneal lenf nodlarına metastaz sitolojik olarak veya histolojik olarak doğrulanmış yayılmasıyla birlikte 1 veya iki yumurtalık veya fallop tüpü veya periton kanseri içerir.</b>	
<b>IIIA1</b>	Sadece pozitif retroperitoneal lenf nodları (sitolojik veya histolojik olarak kanıtlanmış) <b>IIIA1(i)</b> en büyük boyutta 10 mm'ye kadar metastaz <b>IIIA1(ii)</b> en büyük boyutta 10 mm'den fazla metastaz
<b>IIIA2</b>	Pozitif retroperitoneal lenf nodları olan veya olmayan mikroskopik ekstrapelvik (pelvik ağzın üstünde) periton tutulumu
<b>IIB</b>	Retroperitoneal lenf nodlarına metastazlı veya metastaz olmadan en büyük boyutta 2 cm'ye kadar pelvisin dışındaki makroskopik peritoneal metastaz
<b>IIIC</b>	Retroperitoneal lenf nodlarına metastazlı veya metastaz olmadan en büyük boyutta 2 cm'den fazla pelvisin dışındaki makroskopik peritoneal metastaz (her iki organın parankimal tutulumu olmadan tümörün karaciğer ve dalak kapsülüne yayılmasını içerir)
<b>Evre IV: Peritoneal metastazlar hariç uzak metastaz</b>	
<b>IVA</b>	Pozitif sitolojili plevral efüzyon
<b>IVB</b>	Parankim metastazlar ve ekstra abdominal organlara metastazlar (kasık lenf düğümleri ve karın boşluğu dışındaki lenf düğümleri dahil)

### **2.1.3.5. Klinik Değerlendirme**

Over kanseri erken evrede belirli bir semptom vermeyebilir. Bu nedenle tanı konulduğunda hastalık ilerlemiş olur. İlerleyen evrelerde gastrointestinal sistem belirtileri ya da üriner/vajinal kanama, baskıya bağlı yorgunluk, abdominal şişkinlik, hazımsızlık, abdomenin alt kısmında basınç, ağrılık hissi, abdominal ağrı, sırt ağrısı, çabuk doyma ve konstipasyon gibi belirtiler ortaya çıkar. Overlerde büyüme vardır. Özellikle 5 cm ve üzerinde büyüklüğe erişen overler kanser yönünden çok dikkat çekicidir. İleri dönemde, genel düşkünlük hali, batın içi ağrı, asit, intestinal tıkanıklıklar, batının sertleşmesi ve karın çapının büyümesi, solunum sıkıntısı, sık idrara çıkma, menoraji, göğüslerde hassasiyet gibi semptomlar oluşur (68).

Ultrasonda kitlenin sınırları düzensiz, papiller oluşumlar ile solid komponentler mevcut ise ya da çift taraflı tutulum ya da çoklu yoğun irreguler eptalar var ise malignensiden şüphelenilmeli ve abdomen ve pelvis komputerte tomografi ile taranmalıdır. Özellikle retroperitoneal ve paraortik alanındaki lenf nodlarına dikkat edilir (30,35).

### **2.1.3.6. Tedavi**

Kanserin evresi tedavi yöntemini etkilemekte olup; over kanserinin primer tedavisi cerrahidir. Klinik muayene, semptomlar, tümör belirteçleri ve görüntüleme ile over-tuba-periton tümörü olduğu düşünölen hastalarda, preoperatif değerlendirme yapılarak cerrahi planlanır. Tedavide temel prensip bütün tümörün çıkarılmasıdır. Kemoterapi sadece ileri evre over kanserli hastalar (Evre IIIc-IVb) arasında uygulanabilecek bir tedavi yöntemidir ve sıklıkla cerrahiye tolere edemeyeceklerine uygulanır. Radyoterapinin ve hormonal tedavinin kullanımı ise oldukça sınırlıdır. Tümörün çeşidine ve evresine göre 5 yıllık sağ kalım oranları değişir. Over kanseri erken teşhis edildiğinde hastaların %85'i beş yıl ve üzerinde yaşar (80,81).

### **2.1.3.7. Korunma ve Tarama Yöntemleri**

**Primer korunma;** Diyetle meyve ve sebze tüketimini arttırmak, fiziksel aktivite yapmak, kiloyu korumak, sigara kullanımı bırakmak gibi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını içermektedir. Ayrıca over kanserinden korunmada risk faktörlerinden uzak durmak ve oral kontraseptif kullanımı da önerilmektedir. Aynı zamanda BRCA1

ve BRCA2 genlerinde mutasyon taşıyan kadınlarda profilaktik ooferektominin etkili olduğu ifade edilmektedir (31,53,82).

**Sekonder korunma;** Belirli bir tarama programı olmadığı için özellikle riskli grupların belirlenmesini içermektedir. 25-35 yaşlarından başlanarak kadınların yıllık pelvik muayene yaptırmaları ve pelvik muayene ile birlikte serum tümör belirteçlerinin taramada yararlı olabileceği düşünülmektedir (31,34).

**Tersiyer korunma;** Uygun tedavi yönetimi ve rehabilitasyonu içermektedir.

## **2.2. Kanser Tanısı Almış Bireylerin Yaşadığı Sorunlar ve Hemşirelik Girişimleri**

Kanser bireyin sağlığını tehdit eden, hayatında belirsizliklere neden olan ve yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen bir hastalıktır. Bu nedenle kanser tanı ve tedavi sürecinde hastalar bir çok psikolojik, fizyolojik, cinsel, sosyal ve iletişime yönelik sorunlar yaşamaktadır.

En sık yaşanan psikolojik sorun anksiyetedir. Jinekolojik kanser sürecinde kadının yaşadığı anksiyetenin nedenleri; jinekolojik kanser tedavilerinin yan etkilerine bağlı olarak gelişebilen anormal metabolik süreçler (hipoksi, pulmoner emboli, sepsis, deliryum, hipoglisemi, kalp yetmezliği, ağrı), ölüm, bağımlı kalma korkusu, geleceğe yönelik belirsizlik, fertilité sorunları, benlik algısında bozulma, kişilerarası ilişkilerde bozulma, roller/fonksiyonların kaybı ve ekonomik problemlerdir (30,10). Bunun yanı sıra hastalar, tanı aşamasında şok, inanmama, hastalığı yok sayma, isyan etme, tedavi aşamasında da öfke, dış görünüme ilişkin problemler, umutsuzluk ve uykusuzluk gibi psikolojik sorunlar da yaşamaktadır (83).

Kanser tanısı almış bireylerde görülen bu sorunların, psikiyatrik hastalık oluşturması ve hastalık seyrini olumsuz etkilemesi kaçınılmazdır. Bu sebeple, psikolojik sorunların bireylerin hayatını olumsuz etkilemeden, erken evrede sağlık profesyonelleri tarafından fark edilmesi ve uygun girişimlerin yapılması büyük önem taşımaktadır. Kanser tanısı almış bireylerin psikososyal ihtiyaçlarının belirlenmesinde ve karşılanmasında hastayla en çok zaman geçiren hemşirelere büyük görevler düşmektedir (84,85).

Kanser hastalarının yaşadıkları fizyolojik sorunlar, genellikle tedavi için kullanılan yöntemlerin yan etkilerine bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Yapılan

çalışmalarda jinekolojik kanser tanısı almış kadınların ağrı, yorgunluk, uykusuzluk, iştah kaybı, nefes darlığı, bulantı, iştahsızlık, tırnak ve ciltte değişiklik, ağız yarası, ellerde uyuşma gibi fizyolojik semptomlar yaşadıkları bildirilmiştir (86,87).

Bu semptomlar kanserli bireylerin fiziksel ve psikososyal iyilik haline zarar vererek, yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Hastaların yaşadıkları bu semptomlar sadece bireyi değil, onlara bakım veren kişilerinde yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedir (88). Kanser tanısı almış bireylerin yaşam kalitesinin artırılabilmesi için; fiziksel ve psikolojik sorunların sağlık profesyonelleri tarafından birlikte ele alınması gerekmektedir. Hemşireler bu konuda hastalara ve ailelerine destek olmalı ve bu desteğin evde de sürdürülmesini sağlamalıdır (89).

Kanser tanısı almak bireylerin cinsel fonksiyonlarını ve cinsel sağlığını da olumsuz etkilemektedir. Özellikle jinekolojik kanserler kadınlarda üreme fonksiyonlarının kaybı olarak da düşünöldüğünden, kadınlar üzerindeki yarattığı fizyolojik ve psikolojik etkenler nedeniyle cinsel yönden daha çok soruna neden olmaktadır. Jinekolojik kanserlerde uygulanan tedaviler ve yan etkileri kadınların beden imajını ve öz saygısını olumsuz etkilemekte, cinsel istekte, cinsel ilişki sıklığında, lubrikasyonda azalmaya ve cinsel ilişki sırasında ağrıya neden olmaktadır. (10,71,90,91).

Ayrıca kadınlar eşleri tarafından terk edilme ve reddedilme korkusu ya da hastalığı eşine bulaştırma korkusu yaşamaktadır (10). Kadının eşi ise kanserin kendisine bulaşabileceğini ya da eşine zarar vereceğini düşünerek eşinden cinsel açıdan uzaklaşabilir. Kanser tanısı almış bireylerin, cinsellikle ilgili sorunlarının ele alınmasında ve desteklenmesinde hemşirelere önemli görevler düşmektedir. Hasta ile en uzun süre vakit geçiren sağlık profesyonellerinden olan hemşireler, hastalara güven duygusu sağlayarak, etkili iletişim kurarak ve cinsel danışmanlık yaparak; sorunların konuşulmasında ve yönetilmesinde aktif bir şekilde rol almalıdır. Hemşireler kanserli bireylerin yaşayabileceği cinsel sorunların farkında olmalı, eşler arasında iyi bir iletişim kurarak seksüel endişelerini dile getirmelerini sağlamalı ve belirlenen sorunları gidermeye çalışmalıdır (88,93-96).

Günümüzde tanı ve tedavi yöntemlerinin gelişmesi, kanser tanısı almış bireylerin yaşam süresinin uzamasını sağlamıştır. Yaşam süresinin uzaması kanserli bireylerde sosyal sorunları da beraberinde getirmektedir. Hastalar tanı aşamasında

hastalıklarından dolayı etiketlenme ve günlük alışkanlıklarını değiştirmek zorunda olmak gibi sorunlar yaşamaktadır. Tedavi aşamasında ise sorumluluklarını yerine getirememesi, işe dönüşte sorunlar yaşama, başkalarına bağımlı olma, sosyal ilişkilerinin daralması, mesleki yaşamda performans eksilmesi gibi sosyal sorunlar yaşamaktadır. Hemşireler sosyal sorunları belirlemeli ve hasta ve ailesiyle iletişim kurup sorunların çözümünü sağlamalıdır (83,97).

Kanser hastalarının yaşadıkları sorunlardan biri de iletişim eksikliğidir. Kanser gibi önemli yaşam değişikliklerine ve krize yol açan hastalıklarda iletişim önemli bir yer tutmaktadır. Kanser sürecinde iletişim, hem hasta hem de sağlık profesyonelleri için zorlu ve stres vericidir. Hastalar özellikle hastalığının klinik seyri, tedavisi, nüks etme durumları hakkında bilgi sahibi olmak istemektedir (5,35).

Bu süreçte yetersiz iletişim, hasta ve ailelerinin yaşadıkları endişeyi arttırmakta ve hastalıkla baş etme kapasitesini düşürmektedir. Aynı zamanda etkisiz iletişim, bakım ve tedavinin kalitesini düşürmekle beraber, sağlık profesyonellerinin de iş doyumunu azaltmakta ve yaşadıkları stresin artmasına neden olmaktadır (88). Bu nedenle sağlık sonuçlarına olumlu etkisi olduğu kanıtlanan açık ve etkili iletişim konusunda, hemşirelerin eğitilmesi ve bu alanla ilgili cesaretlendirilmesi büyük önem taşımaktadır (98,99).

### **2.3. Kanser Hastalarında Destekleyici Bakım Gereksinimleri**

Kanser ve tedavisi, birçok sorunu beraberinde getirdiğinden hasta ve aileleri için çeşitli destekleyici girişimlerin geliştirilmesine neden olmuştur. Bu destekleyici girişimlerin bütüncül bir yaklaşım içinde, kanser tedavisinin bir parçası olarak kabul edilmesi ve uygulanması son derece önemlidir (100,101).

Aslında destekleyici bakım, kanserin tüm aşamasında (tanı, tedavi, iyileşme, terminal dönem, yas süreci ) hastanın ve ailesinin baş etmesine yardım eden bakımdır ve hastanın yaşam kalitesini yükselten sağlık hizmetlerini içerir (15,16).

Destekleyici bakım denildiğinde genellikle terminal dönemdeki kanser hastalarına verilen bakım ilk olarak akla gelmektedir. Ancak kanser, tanı ve tedavi sürecinde bireylerde fiziksel, psikolojik ve sosyal olarak birçok soruna neden olduğu için; destekleyici bakım kanserin her aşamasında uygulanmaktadır (102).



Kanser hastalarının destekleyici bakım gereksinimleri çok boyutludur. Destekleyici bakım gereksinimleri; fiziksel gereksinimler (öz bakım, solunum, beslenme, hareket, günlük yaşam aktiviteleri, uyku, fiziksel rahatlık), tedaviye bağlı yan etkiler ile baş etme (ağrı,yorgunluk, bulantı ve kusma, iştahsızlık, konstipasyon), günlük yaşam aktiviteleri (çocuk bakımı, ev işleri, transport, ekonomik durum), bilgi/iletişim (hastalık, prosedür, tedavi seçenekleri, yan etkiler, kendi için yapabilecekleri, sağlık hizmetleri, iletişim ve güven), psikolojik iyilik (öz-değer, öz-saygı, öz-yeterlilik, beden imajı, baş etme, kişisel kontrol, uyum, yaşam memnuniyeti, anksiyete, depresyon, ölüm), emosyonel (kaygı, korku, üzüntü, öfke, suçluluk, hayal kırıklığı, yas), kognitif (konfüzyon, hafıza, konsantrasyon, karar verme) gereksinimler, sosyal (partnerle ilişki, aile ilişkileri, ait olma, destek kaynakları, iş, okul, hobiler, rollerde değişim, toplumun tepkisi, kültürel özellikler), cinsellik (cinsel ilgi, istek, cinsel ilişki, cinsel aktivite, ağrı, kayganlıkta azalma gibisorunlar, üreme fonksiyonu )ve spiritüel iyiliğe (yaşamın amacı, hastalığın anlamı, öncelikleri, gelecek hakkında belirsizlik, iç huzur ve affetme, ölüm ve sonrası yaşam, inanç sistemi, dini aktiviteler, umut-umutsuzluk) yönelik gereksinimleri içermektedir. Bu gereksinimler belirlenmez ve karşılanmaz ise, karşılanmamış destekleyici bakım gereksinimleri ortaya çıkmaktadır (13,17-19).

Destekleyici bakım gereksinimlerinin karşılanmaması, kanser hastalarının stres yaşamasına neden olmakta ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Destekleyici bakım gereksinimlerinde temel amaç, hayat kalitesinin artırılmasıdır. Kanser tanısı almış bireylerin hastalık nedeniyle yaşadıkları sorunların erken evrede belirlenerek girişimde bulunulması, sağlık profesyonellerinin görevlerinden biridir. Destekleyici bakım, multidisipliner bir çalışma gerektirmektedir. Destekleyici bakım hekim, hemşire, psikolog, sosyal hizmet çalışanı gibi birçok sağlık profesyoneli tarafından uygulanabilmektedir (102). Hemşirelerin, destekleyici bakım gereksinimlerinin belirlenmesinde ve karşılanmasında merkezi bir role sahip olduğu düşünülmektedir. Destekleyici bakım gereksinimlerini ölçen standart ölçüm araçlarının kullanılarak; hemşirelik sürecinin erken evrede uygulanmasının, hastaların yaşam kalitesine, hastalığa uyumuna ve iyileşmesine olumlu etkisi olacağı düşünülmektedir (88,102).

### **3. GEREÇ ve YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Şekli ve Amacı**

Araştırma, jinekolojik kanserli hastaların destekleyici bakım gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla kesitsel tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman**

Araştırma, T.C. Sağlık Bakanlığı Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin kadın doğum polikliniği, jinekolojik onkoloji kliniği ve kemoterapi ünitesinde Ekim 2018- Nisan 2019 tarihleri arasında yürütülmüştür.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini, 01.10.2018-30.04.2019 tarihleri arasında T.C. Sağlık Bakanlığı Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde kadın doğum polikliniğine takip için başvuran, jinekoloji-onkoloji kliniğinde yatan ve kemoterapi ünitesinde tedavi alan jinekolojik kanserli hastalar oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemini; olasılıksız örnekleme yöntemlerinden rastlantısal örnekleme yöntemi ile seçilen, belirtilen hastanenin kadın doğum polikliniğine başvuran, jinekoloji-onkoloji kliniğinde yatan ve kemoterapi ünitesinde tedavi alan, araştırma katılım kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 98 jinekolojik kanserli hasta oluşturmuştur.

Araştırmaya alınma kriterleri şunlardır:

1. 18 yaş ve üzerinde olmak,
2. En az 1 ay önce jinekolojik kanser tanısı almış olmak
3. İletişim güçlüğü ve mental yetersizliği olmamak
4. Türkçe bilmek ve konuşmak

Örneklem büyüklüğü için G-Power programında güç analizi yapılmıştır. Demirkol'un çalışmasında bulunan JDBGBÖ toplam puanı ( $26.49 \pm 19.102$ ) temel alınmıştır (88). Student t testi kullanılarak yapılan güç analizinde, %80 güç ve  $\alpha=0,05$  hata düzeyinde hesaplanan toplam örneklem büyüklüğü 90 olarak bulunmuştur.

Hastaların çalışmadan ayrılmayı isteme, anket formlarını eksik doldurma gibi durumları göz önünde bulundurularak çalışma 98 jinekolojik kanserli hasta ile yapılmıştır.

### **3.4. Verilerin Toplanması**

Veriler, 01.10.2018-30.04.2019 tarihleri arasında belirtilen hastanenin kliniklerinde araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmış, görüşmeler ortalama 20 dakika sürmüştür.

#### **3.4.1. Veri Toplama Araçları**

Verilerin toplanmasında hastaların tanıtıcı ve hastalıklarına ilişkin özelliklerini içeren "*Kişisel Bilgi Formu*", Destekleyici bakım gereksinimlerini belirlemek için "*James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği*" (JDBGBÖ) kullanılmıştır.

##### **3.4.1.1. Kişisel Bilgi Formu (EK-1)**

Araştırmacılar tarafından literatür incelenerek hazırlanan Kişisel Bilgi Formu; hastaların yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, çocuk sahibi olma durumu, aile tipi, hastalığın türü, hastalığın evresi, hastalığın teşhis zamanı, uygulanan tedavi ve bakıma destek olan kişiyi içeren toplam 12 sorudan oluşan bir formdur.

##### **3.4.1.2. James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği (JDBGBÖ) (EK-2)**

James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği (James Supportive Care Screening) kanser hastalığının her evre ve tedavisinde kullanılabilen, kanser tanısı almış bireylerin son hafta içerisinde yaşadıkları distresi ve hangi alanda desteğe ihtiyaç duyulduğunu saptamak amacıyla Wells-Di Gregorio ve arkadaşları (2013) tarafından geliştirilen 48 maddeden oluşturulan bir ölçektir. Ölçek; Duygusal Sorunlar, Manevi/Dini Konularla İlgili Sorunlar, Sağlık Bakımı ile İlgili Sorunlar, Sosyal Sorunlar, Bilişsel Sorunlar ve Fiziksel Belirtiler olmak üzere 6 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek 4'lü likert tipindedir ve distres seviyesi yok (0), hafif (1), orta (2) ve şiddetli (3) şeklinde değerlendirilmektedir. Ek olarak, ölçekte puanlamaya dahil

edilmeyen klinik ortamda ek bilgi sağlamak amacıyla hazırlanmış, Evet/ Hayır şeklinde cevaplanan 7 soru ve en çok distress oluşturan durumun sorgulandığı 1 tane açık uçlu soru bulunmaktadır. Ölçeğin alt boyutları, madde sayıları ve ölçeğin değerlendirilmesi aşağıda verilmiştir (88).

**Çizelge 3.1. JDBGBÖ alt boyutlar**

<b>Alt Boyutlar</b>	<b>Ölçek Maddeleri</b>	<b>Alınabilecek En Düşük -En Yüksek Puan</b>
<b>Duygusal Sorunlar</b>	1,2,3,4,5,6,7,8, 9,10,11,12,13, 14	0-42
<b>Manevi/Dini Konular ile İlgili Sorunlar</b>	15,16,17,18	0-12
<b>Sağlık Bakım ile İlgili Sorunlar</b>	19,20,21,22	0-12
<b>Sosyal Sorunlar</b>	23,24,25,26,27,28	0-18
<b>Bilişsel Sorunlar</b>	29,30,31	0-9
<b>Fiziksel Belirtiler</b>	32,33,34,35,36 ,37,38,39,40,4 1,42,43,44,45, 46,47,48	0-51
<b>Toplam Puan</b>	<b>1-48</b>	<b>0-144</b>

**Alt Boyutlar:**

**1.Duygusal Sorunlar:** “Belirsizlik”, “Korkular”, “Morali Bozuk ya da Bunalımda Olduğunu Hissetme”, “Endişe/Kaygı”, “Günlük Aktivitelere Karşı İlgi Kaybı”, “Fiziksel Yetersizlikle Başa Çıkma”, “Öfke”, “Ağlama”, “Umudunu Kaybetme/ Umutsuzluk”, “Başkalarına Yük Oluyormuş Gibi Hissetme”, “Ölümden Korkma/Ölüyor Olmaktan Korkma”, “Dış Görünüşe/Beden Algısına Dair Endişeler”, “Yakın Zamanda Kayıp/Yas”, “Bunalmış Hissetme” maddelerinden oluşmaktadır. Bu alt boyuttan alınabilecek en az puan 0 en yüksek puan 42’dir.

**2)Manevi/Dini Konular ile İlgili Sorunlar:** “Kişisel Manevi Uygulamalar ile İlgili Endişeler”, “Allah ya da İnanılan Yüce Varlıkla Olan İlişki/Bağ ile İlgili

Endişeler”, “Yaşamın Anlamı/Amacı ile İlgili Endişeler”, “Allah Tarafından Önemseniş Önemsenişmediğı ile İlgili Sorgulamalar” maddelerinden oluşmaktadır. Bu alt boyuttan alınabilecek en az puan 0 en yüksek puan 12’dir.

**3.Sağlık Bakımı ile İlgili Sorunlar:** “Uygun Tedaviye Karar Verme ile İlgili Endişeler” “Sağlık Ekibiyle Olan İletişim Sorunları”, “Uzun Dönem Sağlık Bakımını Planlama ile İlgili Endişeler”, “Şu anki Sağlık Durumu ya da Tedavi Hakkındaki Bilgi Eksikliği” maddelerinden oluşmaktadır. Bu alt boyuttan alınabilecek en az puan 0 en yüksek puan 12’dir.

**4.Sosyal Sorunlar:** “Yaşam Koşulları ile İlgili Endişeler”, “Barınma Sorunları/Konaklama Sorunları”, “Destek Yetersizliği”, “Mali ya da Sigorta İle İlgili Sorunlar”, “Ulaşım Sorunları”, “İlaçları Elde Etme ile İlgili Sorunlar” maddelerinden oluşmaktadır. Bu alt boyuttan alınabilecek en az puan 0 en yüksek puan 18’dir.

**5.Bilişsel Sorunlar:** “Unutkanlık/Hafıza ile İlgili Sorunlar”, “Dikkati Toplamada Zorlanma, “Zihin Bulanıklığı” maddelerinden oluşmaktadır. Bu alt boyuttan alınabilecek en az puan 0 en yüksek puan 9’dur.

**6.Fiziksel Belirtiler:** “Kusma”, “Mide Bulantısı”, “Yorgunluk/Enerji Kaybı”, “İştahsızlık”, “Güçsüzlük”, “Kilo Kaybı”, “Uykulu Hissetme/Sersemlik”, “Sıcak Basması ya da Gece Terlemesi”, “Kramp”, “Ağrı”, “Uyku Sorunları”, “Nefes Darlığı”, “Karıncalanma/Uyuşma”, “İshal”, “Kabızlık”, “Ağız Kuruluğı”, “İnatçı Öksürük” maddelerinden oluşmaktadır. Bu alt boyuttan alınabilecek en az puan 0 en yüksek puan 51’dir (88).

Demirkol (2016) tarafından Türkçe geçerlik güvenirliği yapılan ölçeğın Cronbach alfa katsayısı 0. 918 olarak bulunmuştur (88). Bu çalışmada ölçeğın Cronbach alfa değeri 0.895 olarak tespit edilmiştir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 en yüksek puan 144 ‘tür. Ölçek toplam puanın yükselmesi hastaların daha fazla destekleyici bakım gereksinimlerine ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir.

### **3.5. Verilerin Değerlendirilmesi**

Verilerin kodlanması ve değerlendirilmesi bilgisayar ortamında SPSS 22.0 paket programında yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinin normal dağılıma uygunluğu Shaphirowilk testi ile test edilmiştir. Hastaların sosyo-demografik ve hastalık ile ilgili özelliklerini incelemek amacı ile yüzdeler, aritmetik ortalama, standart sapma testleri

kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren özellikleri bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır. Normal dağılmayan özelliklerin 2 bağımsız grupta karşılaştırılmasında Mann Whitney-U testi, 3 bağımsız grupta karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.  $P < 0.05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

### **3.6. Araştırmanın Etik İlkeleri**

Araştırmaya başlamadan önce, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna sunulmuş ve onay alınmıştır (EK-4). Ayrıca araştırmanın yapıldığı kurumdan yazılı izin alınmıştır (EK-5). Araştırma kapsamındaki hastaların haklarının korunması için araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce araştırmanın amacı hakkında bilgi verilerek gönüllü olanlar çalışmaya alınmıştır. Hastalara istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri belirtilerek “Özerklik” ilkesi, bireysel bilgilerin araştırmacı ile paylaşıldıktan sonra korunacağı söylenerek “Gizlilik ve Gizliliğin Korunması” ilkesine uyulmasına özen gösterilmiştir. Elde edilen bilgilerin ve cevaplayanın kimliğinin gizli tutulacağı belirtilerek “Kimliksizlik ve Güvenlik” ilkesi yerine getirilmiştir.

## 4. BULGULAR

Jinekolojik kanserli hastaların destekleyici bakım gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada aşağıda verilen bulgular elde edilmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların sosyo- demografik özellikleri Çizelge 4.1’de verilmiş olup; hastaların % 58.2’sinin 46-65 yaş arasında olduğu, %72.4’ünün evli olduğu, %29.6’sının lise mezunu olduğu saptanmıştır. Hastaların %91.8’inin çalışmadığı, %63.3’ünün gelirinin giderden az olduğu %79.6’sının çocuk sahibi olduğu ve %80.6’sının ailesi yapısının geniş aile olduğu bulunmuştur (Çizelge 4.1).

Çizelge 4. 1. Jinekolojik Kanserli Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Sosyo- Demografik Özellikler (N=98)	Sayı	Yüzde
<b>Yaş</b>		
45 yaş ve altı	7	7.1
46-65	57	58.2
66 ve üzeri	34	34.7
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	71	72.4
Bekar	27	27.6
<b>Eğitim Durumu</b>		
Okur-yazar değil	24	24.5
Okur-yazar	20	20.4
İlköğretim	25	25.5
Lise	29	29.6
<b>Çalışma Durumu</b>		
Evet	8	8.2
Hayır	90	91.8
<b>Gelir Düzeyi</b>		
Gelir giderden az	62	63.3
Gelir gidere denk	36	36.7
<b>Çocuk sahibi olma</b>		
Evet	78	79.6
Hayır	20	20.4
<b>Aile Tipi</b>		
Çekirdek	19	19.4
Geniş	79	80.6

Araştırma kapsamındaki jinekolojik kanserli hastaların hastalığına ilişkin özellikler Çizelge 4.2’de verilmiş olup; Hastaların %41.8’inin endometrium, %46.9’unun over ve %11.3’ünün serviks kanseri olduğu saptanmıştır. Kanserli hastaların %41.9’unun hastalığının II. evresinde olduğu saptanmıştır. Hastaların %92.9’unun hastalığının teshis zamanının 1-12 aylık bir sürede olduğu, hastaların, %49.0’unun cerrahi+kemoterapi tedavisi uygulandığı ve bakıma destek verenlerin %59.2’sinin çocukları olduğu saptanmıştır (çizelge 4.2).

**Çizelge 4.2. Jinekolojik Kanserli Hastaların Hastalığına İlişkin Bulgularının Dağılımı**

<b>Hastalıkla İlgili Özellikler</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
<b>Hastalığın türü</b>		
Endometrium kanseri	41	41.8
Over kanseri	46	46.9
Serviks kanseri	11	11.3
<b>Hastalığın Evresi</b>		
I.Evre	17	17.3
II.Evre	41	41.9
III.Evre	25	25.5
IV.Evre	15	15.3
<b>Hastalığın Teshis zamanı</b>		
1-12 ay	91	92.9
13-24 ay	2	2.0
25 ay ve üzeri	5	5.1
<b>Uygulanan Tedavi</b>		
Cerrahi	46	46.9
Cerrahi+ Kemoterapi	48	49.0
Cerrahi+Radyoterapi	4	4.1
<b>Bakıma Destek Olanlar</b>		
Çocuk	58	59.2
Kardeş	15	15.3
Akraba	7	7.1
Eş	18	18.4



Jinekolojik kanserli hastaların JDBGBÖ ve alt boyut toplam puan ortalamalarının dağılımı ile ölçekten alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar Çizelge 4.3' de verilmiştir. Jinekolojik kanserli hastaların JDBGBÖ'den en düşük 8, en yüksek 68 puan aldığı ve ölçek toplam puan ortalamasının  $29.72 \pm 15.57$  olduğu bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutları incelendiğinde; Duygusal sorunlar alt boyut puan ortalamasının  $15.72 \pm 10.03$  olduğu; manevi/dini sorunlar alt boyut puan ortalamasının  $0.19 \pm 0.72$  olduğu; sağlık bakımı sorunları alt boyut puan ortalamasının  $0.88 \pm 1.42$  olduğu; sosyal sorunlar alt boyut puan ortalamasının  $1.85 \pm 2.62$  olduğu; bilişsel sorunlar alt boyut puan ortalamasının  $0.72 \pm 1.55$  olduğu, fiziksel belirtilere ait sorunlar alt boyut puan ortalamasının  $10.33 \pm 8.19$  olduğu bulunmuştur (Çizelge 4.3 ).

**Çizelge 4.3.** Jinekolojik Kanserli Hastaların JDBGBÖ ve Alt Boyut toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı

<b>Ölçek Alt Boyutlar</b>	<b>Alnabilecek En Düşük-En Yüksek Puan</b>	<b>Alınan En Düşük- En Yüksek Puan</b>	<b>Ort.±s.s.</b>
<b>Duygusal Sorunlar</b>	0-42	1-36	$15.72 \pm 10.03$
<b>Manevi/Dini Sorunlar</b>	0-12	0-5	$0.19 \pm 0.72$
<b>Sağlık Bakımı Sorunları</b>	0-12	0-6	$0.88 \pm 1.42$
<b>Sosyal Sorunlar</b>	0-18	0-13	$1.85 \pm 2.62$
<b>Bilişsel Sorunlar</b>	0-9	0-9	$0.72 \pm 1.55$
<b>Fiziksel Belirtiler</b>	0-51	0-34	$10.33 \pm 8.19$
<b>Ölçek Toplam Puan</b>	0-144	8-68	$29.72 \pm 15.57$

Jinekolojik kanserli hastaların sosyo-demografik özellikleri ile JDBGBÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; 46-65 yaş arasındaki hastaların JDBGBÖ puan ortalamasının  $31.84 \pm 15.30$  olduğu ve yaş ile ölçek toplam puan arasında

istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ). Evli olanların JDBGBÖ puan ortalamasının  $30.02\pm 15.82$  olduğu ve medeni durum ile ölçek toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ). Lise mezunu olanların JDBGBÖ puan ortalamasının  $32.34\pm 15.51$  olduğu ve eğitim durumu ile ölçek toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ). Çalışmayanların JDBGBÖ puan ortalamasının  $29.94\pm 15.99$  olduğu ve çalışma durumu ile ölçek toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ). Gelir gidere denk olanların JDBGBÖ ortalamasının  $29.97\pm 14.97$  olduğu ve gelir düzeyi ile ölçek toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ). Çocuk sahibi olanların JDBGBÖ ortalamasının  $32.15\pm 16.15$  olduğu ve çocuk sahibi olma durumu ile ölçek toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ). Geniş aile tipinde olanların JDBGBÖ puan ortalaması  $31.36\pm 15.81$  olduğu ve aile tipi ile ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (Çizelge 4.4 ).

**Çizelge 4.4** Jinekolojik Kanserli Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri ile JDBGBÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Sosyo- Demografik Özellikler (N=98)	JDBGBÖ Ort±S.S	Test ve P değeri
<b>Yaş</b>		
45 yaş ve altı	24.71±13.37	<b>KW= 3.500</b> P=0.174
46-65	31.84±15.30	
66 ve üzeri	27.20±16.24	
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	30.02±15.82	<b>MW=-0.314</b> P=0.753
Bekar	28.92±15.17	
<b>Eğitim Durumu</b>		
Okur-yazar değil	30.25±16.93	<b>KW= 0.813</b> P=0.666
Okur-yazar	27.45±12.74	
İlköğretim	28.00±16.75	
Lise	32.34±15.51	
<b>Çalışma Durumu</b>		
Evet	27.25±10.15	<b>MW=-0.078</b> P=0.938
Hayır	29.94±15.99	
<b>Gelir Düzeyi</b>		
Gelir giderden az	29.58±16.03	<b>T=0.066</b> P =0.905
Gelir gidere denk	29.97±14.97	
<b>Çocuk sahibi olma</b>		
Evet	29.10±15.47	<b>MW=-0.825</b> P=0.410
Hayır	32.15±16.15	
<b>Aile Tipi</b>		
Çekirdek	22.89±12.76	<b>MW= - 2.261</b> P=0.024*
Geniş	31.36±15.81	

Jinekolojik kanserli hastaların hastalıklarına ilişkin özellikleri ile JDBGBÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması çizelge 4.5'te verilmiştir. Hastaların hastalıkla İlgili Özellikleri ile JDBGBÖ puan ortalamaları incelendiğinde; over kanseri olanların JDBGBÖ puan ortalamasının  $32.95 \pm 16.14$  olduğu ve hastalığın türü ile ölçek toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p > 0.05$ ). Hastalığı IV. Evre'de olanların JDBGBÖ puan ortalamasının  $43.26 \pm 17.60$  olduğu ve hastalık evresi ile ölçek toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). Teşhis zamanı 13-24 ay olanların JDBGBÖ puan ortalamasının  $59.50 \pm 4.94$  olduğu ve teşhis zamanı ile ölçek puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). Cerrahi tedavi uygulananların hastaların JDBGBÖ puan ortalamasının  $26.58 \pm 14.27$ , Cerrahi+ Kemoterapi tedavisi uygulananların alanların ortalamasının  $32.50 \pm 16.58$  ve Cerrahi+Radyoterapi uygulananların puan ortalamasının  $32.50 \pm 14.05$  olduğu saptanmıştır. Tedavi alma şekli ile JDBGBÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p > 0.05$ ). Kardeşlerinden bakımları için destek alan hastaların JDBGBÖ puan ortalamasının  $36.00 \pm 19.08$  olduğu ve bakıma destek verenler ile ölçek toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p > 0.05$ ).

**Çizelge 4. 5.** Jinekolojik Kanserli Hastaların Hastalıklarına İlişkin Özellikleri ile JDBGÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması

<b>Hastalıkla İlgili Özellikler</b>	<b>JDBGÖ Ort±S.S</b>	<b>Test ve P değeri</b>
<b>Hastalığın türü</b>		
Endometrium kanseri	25.80±13.99	<b>KW= 4.525 P=0.210</b>
Over kanseri	32.95±16.14	
Serviks kanseri	31.70±17.53	
<b>Hastalığın Evresi</b>		
I.Evre	23.41±10.92	<b>KW=16.106 P=0.001*</b>
II.Evre	24.48±10.59	
III.Evre	34.48±17.89	
IV.Evre	43.26±17.60	
<b>Hastalığın Teşhis Zamanı</b>		
1-12 ay	27.93±14.34	<b>KW=12.376 P=0.002*</b>
13-24 ay	59.50±4.94	
24 ay üzeri	50.40±14.15	
<b>Uygulanan Tedavi</b>		
Cerrahi	26.58±14.27	<b>KW=3.159 P=0.206</b>
Cerrahi+ Kemoterapi	32.50±16.58	
Cerrahi+Radyoterapi	32.50±14.05	
<b>Bakıma Destek Olma</b>		
Çocuk	28.58±15.07	<b>KW= 5.398 P=0.145</b>
Kardeş	36.00±19.08	
Akraba	20.14±9.44	
Eş	31.88±14.48	

Jinekolojik kanserli hastaların JDBGBÖ 'de bulunan evet/hayır şeklinde yanıtlanan yedi soruya (ölçek puanlamasına dahil edilmeyen) verdikleri cevapların dağılımı Çizelge 4.6'da verilmiştir. Araştırmaya katılan kadınların %92.9'unun cinsellikle ilgili sorun yaşamadığı, %94.9'unun bu konuda bilgi almak istemediği, %99'unun konuşmada zorluk/yutkunmada zorluk yaşamadığı, %100'ünün bu konuda bilgi almak istemediği, %94.9'unun beslenme/ diyet ile ilgili endişeleri olmadığı ve %95.9'unun bu konuda bilgi almak istemediği, %89.8'inin aile ve arkadaşların nasıl baş edeceklerine dair endişe yaşamadığı, %99'unun bu konuda bilgi almak istemediği, %95.9'unun sigara ya da tütün ürünlerinin kullanımı ile ilgili sorun yaşamadığı, %98'inin bu konuda bilgi almak istemediği, %100'ünün alkol, keyif amaçlı madde kullanımı ya da tedavi için verilen ilaçların kötüye kullanımı ile ilgili sorun yaşamadığı, %100'ünün bu konuda bilgi almak istemediği, %98'inin malulen emekli olmayı belgelemek ile ilgili sorun yaşamadığı, %100'ünün bu konuda bilgi almak istemediği saptanmıştır (çizelge 4.6).

**Çizelge 4.6.** Jinekolojik Kanserli Hastaların JDBGBÖ 'de Bulunan Evet/Hayır Şeklinde Yanıtlanan Yedi Soruya (Ölçek Puanlamasına Dahil Edilmeyen) Verdikleri Cevapların Dağılımı

Sorun ve Endişeler	Bu Konuda Sorun Yaşama Durumu				Bu Konuda Bilgi Almak İster Misiniz			
	Evet		Hayır		Evet		Hayır	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Cinsellikle ilgili sorun yaşıyor musunuz?	7	7.1	91	92.9	5	5.1	93	94.9
Konuşmada zorluk/yutkunmada zorluk yaşıyor musunuz?	1	1.0	97	99.0	0	0	98	100
Beslenme/ diyet ile ilgili endişeleriniz var mı?	5	5.1	93	94.9	4	4.1	94	95.9
Aile ve arkadaşların nasıl baş edeceklerine dair endişe yaşıyor musunuz?	10	10.2	88	89.8	1	1.0	97	99.0
Sigara ya da tütün ürünlerinin kullanımı ile ilgili sorun yaşıyor musunuz?	4	4.1	94	95.9	2	2.0	96	98.0
Alkol, keyif amaçlı madde kullanımı ya da tedavi için verilen ilaçların kötüye kullanımı ile ilgili sorun yaşıyor musunuz?	0	0	98	100	0	0	98	100
Malulen emekli olmayı belgelemek ile ilgili sorun yaşıyor musunuz?	2	2.0	96	98.0	1	1.0	97	99.0

Jinekolojik kanserli hastalar için en çok duygusal sıkıntı oluşturan durumların dağılımı Çizelge 4.7'de verilmiştir. Hastaların %1'inin maddi sıkıntı, %5.1'inin ölüm korkusu, %14.3'ünün sevdiklerinden ayrılma korkusu olduğu saptanmıştır. Hastaların %79.6'sının hastalığa dair korkusu olmadığı saptanmıştır (Çizelge 4.7).

**Çizelge 4. 7. Jinekolojik Kanserli Hastalar İçin En Çok Duygusal Sıkıntı Oluşturan Durumların Dağılımı**

<b>Şuanda sizin için en çok duygusal sıkıntı oluşturan şey nedir?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Maddi sıkıntı	1	1.0
Ölüm korkusu	5	5.1
Sevdiklerinden ayrılma	14	14.3
Korkusu yok	74.3	79.6





## 5. TARTIŞMA

Jinekolojik kanserli hastaların destekleyici bakım gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmanın bulguları ilgili literatür ile tartışılmıştır.

Çalışmada jinekolojik kanserli hastaların JDBGBÖ'den en düşük 8, en yüksek 68 puan aldığı ve ölçek toplam puan ortalamasının  $29.72 \pm 15.57$  olduğu bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutları incelendiğinde; duygusal sorunlar alt boyut puan ortalamasının  $15.72 \pm 10.03$ , manevi/dini sorunlar alt boyut puan ortalamasının  $0.19 \pm 0.72$ , sağlık bakımı sorunları alt boyut puan ortalamasının  $0.88 \pm 1.42$ , sosyal sorunlar alt boyut puan ortalamasının  $1.85 \pm 2.62$ , bilişsel sorunlar alt boyut puan ortalamasının  $0.72 \pm 1.55$  ve fiziksel belirtilere ait sorunlar alt boyut puan ortalamasının  $10.33 \pm 8.19$  olduğu bulunmuştur (Çizelge 4.3 ). Benzer şekilde Demirkol'un (2016) çeşitli kanser hastalarında yaptığı çalışmada da JDBGBÖ Duygusal Sorunlar alt boyut puan ortalamasının  $9.74 \pm 8.558$ , Manevi/Dini Konular ile İlgili Sorunlar alt boyut puan ortalamasının  $0.60 \pm 1.351$ , Sağlık Bakımı ile İlgili Sorunlar alt boyutu puan ortalamasının  $0.98 \pm 1.703$ , Sosyal Sorunlar alt boyut puan ortalamasının  $1.46 \pm 2.317$ , Bilişsel Sorunlar alt boyut puan ortalamasının  $2.24 \pm 2.395$  ve Fiziksel Belirtiler alt boyut puan ortalamasının  $11.48 \pm 8.402$  olduğu belirlenmiştir. JDBGBÖ'nin toplam puan ortalamasının ise  $26.49 \pm 19.102$  olduğu saptanmıştır (88). JDBGBÖ'den en yüksek 144 puan alınabilmekte ve alınan düşük puan destekleyici bakıma gereksinimin az, yüksek puan ise destekleyici bakım gereksinimin fazla olduğunu göstermektedir. Çalışmada hastaların destekleyici bakım gereksinimlerin az olduğu dolayısıyla gereksinimlerinin büyük oranda karşılandığı belirlenmiştir. Bu sonuç jinekolojik kanserli hastalara bakım veren hemşirelerin hasta merkezli çalıştıklarını ve bütüncül bakımı uyguladıklarını düşündürmektedir.

Çalışmada jinekolojik kanserli hastaların en çok duygusal ve fiziksel sorunlar yaşadığı, bunu sosyal sorunlar, sağlık bakım sorunları, bilişsel sorunlar ve manevi/dini sorunların takip ettiği görülmüştür. Çalışma bulgusuna benzer şekilde literatürde de kanser hastalarının fiziksel, psikososyal ve bilgi gereksiniminin yaygın olduğu görülmektedir. Harrison ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında hastalarının psikososyal, fiziksel, psikolojik, günlük yaşam aktiviteleri ve ekonomik nedenlerden kaynaklı gereksiniminin yerine getiremediği belirlenmiştir (15). Somjai ve Chaipoom (2006)'un

serviks veya over kanserli Budist ve Müslüman kadınların psikososyal gereksinimlerini karşılaştırdığı çalışmada; her iki grubun gereksinimlerinin yüksek olduğu; psikososyal bakım, umut ve daha fazla bilgi en sık bildirilen gereksinimler arasında olduğu saptanmıştır. Ayrıca, Müslüman kadınların kabullenme, anksiyeteyi azaltma, ekonomik destek, ölümle ilgili sorunları tartışma ve gizlilik gereksinimlerinin Budist kadınlardan önemli düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (103). Steele ve Fitch'in çalışmasında (2008) hastaların; psikolojik, spiritual, sosyal, fiziksel, emosyonel, günlük yaşam ve bilgisel gereksinimlerinin olduğu saptanmıştır (23). Sanders ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında fiziksel ve günlük yaşam alanında gereksinimlerin olduğu, bunu psikolojik, sağlık sistemi ve bilgi, hasta bakımı ve destek gereksinimlerinin takip ettiği saptanmıştır (104). Yıldırım ve arkadaşlarının çalışmasında (2013) gereksinimlerin tedavi başladıktan sonra yükseldiği ve en yaygın gereksinimlerinin psikolojik ve bilgi gereksinimleri olduğu bildirilmiştir (6). Lee ve Kwon'un (2018) over, serviks ve endometriyum kanserli hastalarda yaptıkları çalışmada; hastaların en yüksek psikolojik ihtiyaçlarının olduğu, bunu takiben emosyonel, fiziksel ve bilgi ihtiyaçlarının olduğu saptanmıştır (105).

Afiyanti ve arkadaşlarının çalışmasında (2019) jinekolojik kanserli hastaların bilgi, bakım, yaşam kalitesi, varoluşsal ve ilişki gereksinimi olduğu saptanmıştır (18).

Jinekolojik kanserli hastaların sosyo-demografik özellikleri ile JDBGBÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde (Çizelge 4.4.); 46-65 yaş grubundaki hastaların, evli olanların, lise mezunu olanların, çalışmayanların, geliri giderine denk olanların, çocuk sahibi olmayanların ve geniş ailede yaşayanların JDBGBÖ toplam puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmada sadece aile tipi ile JDBGBÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Çalışma bulgularına benzer şekilde; Liao ve arkadaşlarının (2011) akciğer kanserli hastalarda yaptıkları çalışmada; yaş arttıkça destekleyici bakım ihtiyacının arttığı ancak yaş ile karşılanmamış ihtiyaçlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı saptanmıştır (106). Hasegawa ve arkadaşlarının (2016) ileri evre kanser hastalarında yaptıkları çalışmada yaş ile karşılanmamış ihtiyaçlar arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Ayrıca Hasegawa ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında evli olanların daha fazla destekleyici bakıma ihtiyaçlarının olduğu, evlilik ile karşılanmamış ihtiyaçlar arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (107). Lee

ve Kwon (2018) çalışmasında ailesinde 3 ve daha fazla kişi ile birlikte yaşayanların daha fazla destekleyici bakıma ihtiyacının olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (105). Butow ve arkadaşlarının (2013) göçmen kanser hastalarının gereksinimlerini araştırdığı çalışmada; yaş, eğitim seviyesi ve sosyoekonomik durumun hastaların gereksinimlerini etkilemediği saptanmıştır (108).

Jinekolojik kanserli hastaların hastalıklarına ilişkin özellikleri ile JDBGBÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde (Çizelge 4.5); over ve serviks kanseri olanların, hastalığı IV. Evrede olanların, teşhis zamanı 13-24 ay olanların, cerrahi+kemoterapi/cerrahi+radyoterapi uygulananların JDBGBÖ puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmada sadece hastalığın evresi ve teşhis zamanı ile JDBGBÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Çalışma bulgusuna benzer şekilde Lee ve Kwon (2018) çalışmasında over ve serviks kanseri olanların daha fazla karşılanmamış bakım gereksiniminin olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur (103). Butow ve arkadaşlarının (2013) farklı kanserli göçmenlerde yaptıkları çalışmasında da kanser bölgesinin karşılanmamış bakım gereksinimlerini etkilemediği saptanmıştır (108). Au ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında Evre IV olan kanser hastalarının daha fazla destekleyici bakım gereksiniminin olduğu ve kanserin evresi ile bakım gereksinimleri arasında pozitif ilişki olduğu belirlenmiştir (109). Liao ve arkadaşlarının (2011) ile Au ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında da tedavi şekli ile karşılanmamış bakım gereksinimi arasında ilişki olmadığı saptanmıştır (106,109). Çalışmada cerrahiye ilave radyoterapi ve kemoterapi uygulananların bakım gereksinimlerinin daha fazla olmasının nedeni; radyoterapi ve kemoterapi yan etkilerinin fazla olmasına bağlı olarak hastaların gereksinimlerinin artmasından kaynaklanmış olabilir. Zobaida ve arkadaşlarının (2016) meme kanserli hastalarda yaptıkları çalışmada tanı zamanı arttıkça hastaların destekleyici bakım gereksinimlerinin arttığı ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (110). Tanı zamanı arttıkça hastaların daha fazla destekleyici bakıma ihtiyaçlarının olması; hastalığın evresinin ilerlemesine bağlı olarak hastaların daha fazla ve farklı tedavilere maruz kalmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmada bakımları için eş ve kardeşlerinden destek alan hastaların JDBGBÖ puan ortalamasının daha yüksek olduğu ve bakıma destek verenler ile ölçek toplam

puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ). Ülkemizde kadınlar ailenin temel bakım vericisi olarak görüldüğünden tanı süreci tüm aileyi etkilemektedir (89). Çalışmada elde edilen bu sonuç, jinekolojik kanserli hastaların eşlerini ve kardeşlerini daha fazla yormamak ve üzmemek adına yaşadıkları her sorunu onlarla paylaşmamalarından ve güçlü görünmek istemelerinden kaynaklanmış olabilir.

Çalışmada jinekolojik kanserli kadınların tamamına yakınının cinsellikle ilgili sorun yaşamadığı ve bu konuda bilgi almak istemediği saptanmıştır. Çalışma bulgusunun aksine Khan ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında ileri evre kanser hastalarının tamamının cinsel disfonksiyonlarının olduğu (111), Johnsen ve arkadaşlarının (2013) evre 3 ve 4 olan kanser hastalarında yaptıkları çalışmada, hastaların %28'inin cinsellikle ilgili sorun yaşadıkları (112), Bond ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında kanser hastalarında cinsellikle ilgili problemlerin yaygın olduğu saptanmıştır (113). Chapman ve arkadaşlarının (2019) jinekolojik kanserli hastalarda yaptıkları çalışmada, hastaların %89.8'inin cinsellikle ilgili sorunlarının olduğu ve destekleyici bakıma ihtiyaçları olduğu bulunmuştur (114). Voogt E ve ark (2005) çalışmasında ileri evre kanser hastalarının %72'sinin kanser ve cinsellik hakkında bilgi gereksinimlerinin olduğu saptanmıştır (115). Literatürde jinekolojik kanserlerin doğrudan üreme organlarını kapsamasına bağlı olarak, kadınlarda daha fazla cinsel problemlere sebep olduğu vurgulanmaktadır. Özellikle kullanılan tedavi yöntemleri; fizyolojik, psikolojik ve hormonal değişikliklere neden olarak çeşitli cinsel sorunları ortaya çıkarmaktadır. Jinekolojik kanserli kadınlarda tedavilerin yan etkilerine bağlı olarak cinsel istekte azalma, dispareni, vajinal kuruluk ve darlık, orgazm problemleri, üreme yeteneğine ilişkin sorunlar, beden imajında bozulma, erken menopoz, infertilite gibi son derece önemli sorunlar görülebilmektedir (116,117).

Çalışma bulgusunun literatürden farklı olmasının nedeninin, kültürel özellikler olduğu düşünülmektedir. Cinsellik ülkemizde tabu olarak görülmesinden dolayı, jinekolojik kanserli kadınlar bu konuyu konuşmamak için sorunlarının olmadığını ve bilgi almak istemediklerini ifade etmiş olabilir.

Çalışmada jinekolojik kanserli hastalar için en çok duygusal sıkıntı oluşturan durumların %1'inin maddi sıkıntı, %5.1' inin ölüm korkusu, %14.3'ünün sevdiklerinden ayrılma korkusu olduğu saptanmıştır. Hastaların %79.6' sının hastalığa

dair korkusu olmadığı saptanmıştır. Jinekolojik kanser tanısı almak kadınların sosyal ve günlük yaşamını etkilemekte, hayatında belirsizliklere ve değişikliklere neden olmakta dolayısıyla kadının psikolojisini olumsuz etkilemektedir (118). Kanserli hastalarda yürütülen çalışmalarda kadınların hastalık ve tedavi sürecine ilişkin psikolojik olarak sorun yaşadıkları görülmüştür (22,119). Lisy ve arkadaşlarının (2019) Avustralyalı kanser hastalarının gereksinimlerini inceledikleri meta analizde; kanserin tekrarlama korkusu, gelecekle ilgili belirsizlik, eş/arkadaş/aile için endişe gibi psikosozal sorunlarının olduğu belirlenmiştir (120). Simonelli ve Pasipanodya'nın (2014) jinekolojik kanserli kadınlarda yaptıkları çalışmada; kadınların kanserin yayılmasına dair endişeler, tedavinin etkisiz olacağı, gelecekle ilgili belirsizlik, maddi duruma yönelik endişeler ve yakınlarıyla ilgili endişeler yaşadıkları belirlenmiştir (121). Körükcü'nün (2018) çalışmasında da jinekolojik kanser tanısı ile birlikte kadınların içinde bulunduğu bilinmezlik ve belirsizliğin onlarda korku yarattığı, iyileşememe düşüncesi ve ölüm korkusu yaşadıkları belirlenmiştir (89). Çalışmada hastaların duygusal sorun oluşturan nedenleri olmasına rağmen büyük çoğunluğunun hastalıktan korkmadığı da saptanmıştır. Bu sonuç hastalığı kabullenmelerinden ve hastalıkla mücadele etmek istemelerinden kaynaklanmış olabilir.

## 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Jinekolojik kanserli hastaların destekleyici bakım gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Hastaların % 58.2'sinin 46-65 yaş arasında olduğu, %72.4'ünün evli olduğu, %29.6'sının lise mezunu olduğu saptanmıştır.
- Hastaların %91.8'inin çalışmadığı, %63.3' ünün gelirinin giderden az olduğu %79.6'sının çocuk sahibi olduğu ve %80.6'sının ailesi yapısının geniş aile olduğu bulunmuştur.
- Hastaların %46.9'unun over, %41.8'inin endometrium ve %11.3'ünün serviks kanseri olduğu saptanmıştır. Kanserli hastaların %41.8' inin hastalığının II. evresinde olduğu saptanmıştır.
- Hastaların % 92.9'unun hastalığının teşhis zamanın 1-12 ay önce olduğu, hastaların %49.0'unun cerrahi+kemoterapi tedavisi uygulandığı ve bakıma destek verenlerin %59.2'sinin çocukları olduğu saptanmıştır.
- Jinekolojik kanserli hastaların JDBGBÖ toplam puan ortalamasının  $29.72 \pm 15.57$  olduğu ve hastaların destekleyici bakım gereksinimlerinin büyük oranda karşılandığı belirlenmiştir.
- Çalışmada jinekolojik kanserli hastaların en çok duygusal ve fiziksel sorunlar yaşadığı, bunu sosyal sorunlar, sağlık bakım sorunları, bilişsel sorunlar ve manevi/dini sorunların takip ettiği görülmüştür.
- 46-65 yaş grubundaki hastaların, evli olanların, lise mezunu olanların, çalışmayanların, geliri giderine denk olanların, çocuk sahibi olmayanların ve geniş ailede yaşayanların JDBGBÖ toplam puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Hastaların sosyodemografik özelliklerinden sadece aile tipi ile JDBGBÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ( $p < 0,05$ ).
- Over ve serviks kanseri olanların, hastalığı IV. Evrede olanların, teşhis zamanı 13-24 ay önce olanların, cerrahi+ kemoterapi/cerrahi+radyoterapi uygulananların JDBGBÖ toplam puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

- Çalışmada sadece hastalığın evresi ve teşhis zamanı ile JDBGBÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ).
- Kadınların çoğunluğunun cinsellik, konuşmada zorluk/yutkunmada zorluk, beslenme/ diyet ile ilgili, aile ve arkadaşlarının nasıl baş edeceklerine dair, sigara ya da tütün ürünlerinin kullanımı ile ilgili, alkol/keyif amaçlı madde kullanımı ya da tedavi için verilen ilaçların kötüye kullanımı ile ilgili ve malulen emekli olmayı belgelemek ile ilgili sorun yaşamadığı belirlenmiştir. Ayrıca kadınların tamamına yakınının bu konular ile ilgili bilgi almak istemediği saptanmıştır.

**Bu sonuçlar göz önünde bulundurularak;**

- Jinekolojik kanserli hastaların tanı ve tedavi sürecinde destekleyici bakım gereksinimlerinin belirlenmesi,
- Jinekolojik kanserli hastaların sosyodemografik ve hastalıklarına ilişkin özellikleri göz önünde bulundurularak destekleyici bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesi ve uygun bakımın verilmesi,
- Jinekolojik kanserli hastaların destekleyici bakım gereksinimlerinin karşılanmasına yönelik hasta ve ailesine danışmanlık yapılması,
- Daha büyük örneklem grubu ve farklı kanser türleri ile çalışmaların yapılması önerilebilir.

## KAYNAKLAR

1. Sağlık Bakanlığı, Kanserele Savaş Dairesi Başkanlığı 2015 yılı Türkiye kanser istatistikleri 2018  
Erişim:([https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanserdb/istatistik/Turkiye\\_Kanser\\_Istatistikleri](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanserdb/istatistik/Turkiye_Kanser_Istatistikleri)) 2015. Erişim tarihi: 27.07.2019
2. Uluslararası Kansere Araştırma Ajansı (IARC).  
Erişim: (<https://www.uicc.org/news/new-global-cancer-data-globocan>) 2018 . Erişim tarihi:27.07.2019
3. **Uçar T, Bekar M.** Türkiye'de Ve Dünyada Jinekolojik Kanserele. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, **2010**; 13: 55-60.
4. **Şirin A, Kavlak O.** *Kadın Sağlığı*. 1.Baskı, İstanbul: Bedray Yayıncılık Tic. Ltd.Şti., **2008**.
5. **Altınova HH, Duyan V.** Onkolojik sosyal hizmet. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care (TJFMPC)* **2013**; 7(3): 40-5.
6. **Yıldırım KN, Kaçmaz N, Özkan M.** İleri evre kanser hastalarının karşılanmamış gereksinimleri. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, **2013**; 4(3): 153-8.
7. **Oskay ÜY, Beji NK, Bal, MD, Yılmaz SD.** Evaluation of sexual function in patients with Gynecologic cancer and evidence- based nursing interventions. *Sex Disabil.*, 29: 33-41 *Gilbert, Ussher ve Perz*, **2011**;
8. **Bal MD, Yılmaz SD, Beji NK.** Sexual health in patients with gynecological cancer: A qualitative study. *Sex Disabil.*, 31: 83-92 *Cleary ve Hegarty*; **2011**;
9. **Göker A, Güvenal T, Yanıkkerele E, Turhan A ve ark.** Quality of Life Women with Gynaecologic Cancer in Turkey. *Asian Pac J Cancer Prev.*, **2011**; 12(11): 3121-3128.
10. **Terzioğlu F, Alan H.** Jinekolojik Kansere Tedavisi Sırasında Yaşanan Psikolojik Sorunların Kadının Cinsel Yaşamına Etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2015**; 18(2): 140-147
11. **Akkuzu G, Ayhan A.** Sexual Functions fo Turkish Women with Gynaecologic Cancer during the Chemotherapy Process. *Asian Pacific J Cancer Prev.*, **2013**; 14(6): 3561-3564.
12. **Eker A, Aslan E.** Jinekolojik Kansere Hastalarında Psiko-Sosyal Yaklaşım. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi*, **2017**;14 (4): 298-303.
13. **Yıldırım KN, Kaçmaz N, Özkan M.** Yetişkin Kansere Hastalarının Destekleyici Bakım Gereksinimleri ve Verilen Hizmet Arasındaki Boşluk. *DEUHYO ED* **2013**;6 (4), 231-240 .
14. **Maguire R, Papadopoulou C, Kotronoulas G, Simpson MF, Mc Phelim J& Irvine, LA.** Systematic review of supportive care needs of people living with lung cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, **2012**; 13.1-16.
15. **Harrisson JD, Young JM, Price MA, Butow PN, Solomon MJ.** What are the unmet supportive care needs of people with cancer? A systematic review. *Supportive Cancer Care* **2009**; 17(8): 1117-28.
16. **Patterson P, Millar B, Desille N, & Mc Donald F.** The unmet needs of emerging adults with a cancer diagnosis: A qualitative study. *Cancer Nurs.*, **2012**; 35(3), 32-40



17. **Howell D, Mayo S, Currie S, Jones G, Boyle M, Hack T, et al.** Psychosocial health care needs assessment of adult cancer patients: a consensus-based guideline. *Support Care Cancer*, **2012**; 20(12), 3343-54
18. **Afiyanti Y, Gayatri D, Besral, Dan Haryani.** Unmet supportive care needs of Indonesian gynecological cancer survivors. *Enferm Clin.* **2019**.
19. **Li Q, Lin Y, Zhou H, Xu Y, Xu Y.** Supportive care needs and associated factors among Chinese cancer survivors: a cross-sectional study. *Support Care Cancer.* **2019**; 27(1):287-295
20. **Sutherland G, Hill D, Morand M, Pruden M, McLachlan SA.** Assessing the unmet supportive care needs of newly diagnosed patients with cancer. *European Journal of Cancer Care*, **2009**; 18 (6), 577-84.
21. **White KJ, Roydhouse JK, D'Abrew NK, Katris P, O'Connor M & Emery L.** Unmet psychological and practical needs of patients with cancer in rural and remote areas of Western Australia. *Rural and Remote Health*, **2011**; 11,1784.
22. **Boyes AW, Girgis A, D'Este C & Zucca AC.** Prevalence and correlates of cancer survivors' supportive care needs 6 months after diagnosis: a population-based cross-sectional study. *BMC Cancer*, **2012**; 12, 150.
23. **Steele R, & Fitch MI.** Supportive care needs of women with gynecologic cancer cancer nursing. *Cancer Nurs*, **2008**; 31(4), 284-291.
24. **Urbaniec OA, Collins K, Denson LA, & Whitford HS.** Gynecological cancer survivors: assessment of psychological distress and unmet supportive care needs. *Journal of Psychosocial Oncology*, **2011**; 29, 534-551.
25. **Peppercorn JM, Smith TJ, Helft PR, Debono DJ, et al.** American society of clinical oncology statement: toward individualized care for patients with advanced cancer. *J Clin Oncol*, **2011**; 29:755-60
26. **Kavradım ST, Özer ZC.** Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry. **2014**;6(2):154-164
27. **Farthmann J, Hanjalic-Beck A, Veit J, Rautenberg B. ve ark.,** The Impact of Chemotherapy for Breast Cancer on Sexual Function and Health-Related Quality of Life. *Support Care Cancer*, **2016**; 24: 2603-2609.
28. **de Boer SM, Nout RA, Jurgenliemk-Schulz IM, Jobsen JJ, ve ark.** Long-Term Impact of Endometrial Cancer Diagnosis and Treatment on Health-Related Quality of Life and Cancer Survivorship: Results From the Randomized PORTEC-2 Trial. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.*, **2015**; 93(4): 797-809
29. **Gölbaşı Z. ve Erenel A.** The Quality of Sexual Life in Women with Gynaecological Cancers. *Arch Gynecol Obstet.*, **2012**; 285(6): 1713-1717.
30. **Taşkın, L.** *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Kitabı*. 11. Baskı, Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık, **2012**.
31. **Eroğlu K. ve Koç G.** Jinekolojik Kanser Kontrolü ve Hemşirelik. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, **2014**; 77-90.
32. **Abraham J, Allegra CJ ve Gulley J.** *Bethesda Klinik Onkoloji El Kitabı*. A. Mayadağlı ve C. Parlak (çev.), İstanbul: Nobel Tıp Kitap evi, **2009**; 227-257.
33. **Ayhan A, Durukan T, Günalp S, Gürkan T, Önderoğlu LS, Yaralı H, Yüce K, ed.** *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*. 2. Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitapevi, **2008**.

34. Bahıtlı B. Jinekolojik Kanser Tanı Ve Tedavisine İlişkin Bazı Özelliklerin Kadınların Cinsel Yaşam Kalitesine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2016.
35. **Coşkun, AM.** *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı*. 1. Baskı, İstanbul: Koç Üniversitesi Yayınları, **2012**.
36. **Hawes SE, Kiviat NB.** Are genital infections and inflammation cofactors in the pathogenesis of invasive cervical cancer? *J Natl Cancer Inst* **2002**; 94:1592.
37. **Castle PE, Wacholder S, Lorincz AT, et al.** A prospective study of high-grade cervical neoplasia risk among human papillomavirus-infected women. *J Natl Cancer Inst* **2002**; 94:1406.
38. International Collaboration of Epidemiological Studies of Cervical Cancer. Comparison of risk factors for invasive squamous cell carcinoma and adenocarcinoma of the cervix: collaborative reanalysis of individual data on 8,097 women with squamous cell carcinoma and 1,374 women with adenocarcinoma from 12 epidemiological studies. *Int J Cancer* **2007**; 120:885.
39. **Munoz N, Franceschi S, Bosetti C, et al.** Role of parity and human papillomavirus in cervical cancer: the IARC multicentric case-control study. *Lancet* **2002**; 359:1093.
40. International Collaboration of Epidemiological Studies of Cervical Cancer. Cervical carcinoma and reproductive factors: collaborative reanalysis of individual data on 16,563 women with cervical carcinoma and 33,542 women without cervical carcinoma from 25 epidemiological studies. *Int J Cancer* **2006**; 119:1108.
41. **Appleby P, Beral V, et al.** International Collaboration of Epidemiological Studies of Cervical Cancer, Cervical cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data for 16,573 women with cervical cancer and 35,509 women without cervical cancer from 24 epidemiological studies. *Lancet* **2007**; 370:1609.
42. **Waggoner SE, Darcy KM, Tian C, Lanciano R.** Smoking behavior in women with locally advanced cervical carcinoma: a Gynecologic Oncology Group study. *Am J Obstet Gynecol*, **2010**; 202:283.e1.
43. **Singh GK, Miller BA, Hankey BF, Edwards BK.** Area Socioeconomic Variations in U.S. Cancer Incidence, 1975-1999. National Cancer Institute; *Bethesda, MD* **2003**.
44. **Gierisch JM, Coeytaux RR, Urrutia RP, et al.** Oral contraceptive use and risk of breast, cervical, colorectal, and endometrial cancers: a systematic review. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.*, **2013**; 22:1931.
45. **Green J, Berrington de Gonzalez A, Sweetland S, et al.** Risk factors for adenocarcinoma and squamous cell carcinoma of the cervix in women aged 20-44 years: the UK National Case-Control Study of Cervical Cancer. *Br J Cancer* **2003**; 89:2078.
46. **Başaran D, Salman MC, Yüce K.** Kolposkopi ve Anormalliklerinde Güncel Yaklaşım. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst-Special Topics*, **2015**; 8(1),
47. **Creasman WT.** *Preinvasive Disease of the Cervix*. In: *Creasman D. ed. Clinical Gynecologic Oncology*. 7th.ed., Medical Portal Med Wedi.ru; **2007**; p. 1-36.
48. **Şahin NH.** *Onkoloji Hemşireliği*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri Tic. Ltd. Şti., **2015**:783-795.
49. **Atasü T, Şahmay S.** *Jinekoloji (Kadın Hastalıkları)*. 2. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, **2001**.
50. Erişim:(<https://www.cancer.org/cancer/cervical-cancer.html>) Erişim tarihi: 28.07.2019

51. **Çiçek N, Akyürek C, Çelik Ç, Haberal A.** *Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*. 3. Baskı, İstanbul: Atlas Tıp kitap Evi, **2012**.
52. **Özsoy MH.** Erken Evre Serviks Kanseri. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, **2013**; 17(1): 1-4.
53. **Güngördük K, Yıldırım G. ed.** *Williams Jinekoloji*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri Tic. Ltd. Şti., **2015**.
54. **Frumovitz M, Goff B, ve Dizon DS.** Invasive Cervical Cancer: Epidemiology, Risk Factors, Clinical Manifestations, and Diagnosis. *Up To Date*, **2015**.
55. **Bhatla N, Aoki D, Nand Sharma D, Sankaranarayanan R.** FIGO CANCER REPORT 2018- Cancer of the cervix uteri. *Int J Gynecol Obstet* **2018**; 143 (Suppl. 2): 22–36
56. **Köse MF, Özgül N.** İnvaziv Serviks Kanseri. In: Çiçek M. N., Mungan M. T. ed. *Klinikte Obstetrik ve Jinekoloji*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri, Öncü Basımevi; **2007**: 725-743
57. Erişim: ([https://www.cdc.gov/cancer/cervical/basic\\_info/symptoms](https://www.cdc.gov/cancer/cervical/basic_info/symptoms).) Erişim tarihi: 28.07.2019
58. Erişim:([https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanserdb/haberler/Rahim\\_Agzi\\_Ca\\_2019/serviks\\_ca\\_farkindalik\\_ay\\_i\\_bilgi\\_notu.pdf](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanserdb/haberler/Rahim_Agzi_Ca_2019/serviks_ca_farkindalik_ay_i_bilgi_notu.pdf)) Erişim tarihi:27.07.2019
59. **Dizdar Ö, Altındağ Ö, Yıldız F.** Erken Evre Orta Riskli Serviks Kanseriinde Cerrahi Sonrası Adjuvan Radyoterapi ve Kemoradyoterapi. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, **2013**; 16(3): 61-65.
60. Straughn JM, Yashar C. Management of early-stage Cervical Cancer. UpToDate, 2015. Erişim:(<http://www.uptodate.com/contents/management-of-early-stage-cervical-cancer>) Erişim Tarihi: 23.01.2016.
61. **Nama V, Angelopoulos G, Murdoch JB. ve Bailey J.** Type II or Type III Radical Hysterectomy Compared to Chemoradiotherapy as a Primary Treatment for Stage IB2 Cervical Cancer (Protocol). *The Cochrane Collaboration*, **2015**; 1.
62. **Rogers L, Siu SSN, Luesley D, Bryant A. ve ark.** Radiotherapy and Chemoradiation after Surgery for Early Cervical Cancer (Review). *Cochrane Database Syst Rev.*, **2012**; 5.
63. Chemoradiotherapy for Cervical Cancer Meta-Analysis Collaboration (CCCMAC). Reducing Uncertainties about the Effects of Chemoradiotherapy for Cervical Cancer: Individual Patient Data Meta-Analysis. *Cochrane Database Syst Rev.*, **2010**; 1.
64. **Yamashita H, Okuma K, Kawana K, Nakagawa S. ve ark.** Comparison Between Conventional Surgery Plus Postoperative Adjuvant Radiotherapy and Concurrent Chemoradiation for FIGO Stage IIB Cervical Carcinoma A Retrospective Study. *Am J Clin Oncol*, **2010**; 33: 583-586.
65. **Kanbur A, Çapık C.** Servikal Kanserden Korunma, Erken Tanı-Tarama Yöntemleri ve Ebe/Hemşirenin Rolü. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, **2011**; 61-72,
66. **Şahin N, Bal M.** Üreme Organ Tümörleri. In: *Beji Kızılkaya N. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri Tic. Ltd. Şti., **2015**:144-159
67. National Cancer Institute. *Endometrial Cancer Treatment (PDQ®)–Patient Version*. Erişim:(<https://www.cancer.gov/types/uterine/patient/endometrial-treatment-pdq#section/all>.) Erişim tarihi:30.11.2018
68. **Şahin NH, Bal, MD.** Üreme organ tümörleri. İçinde N.K. Beji (Ed.), *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları*. (2nd ed). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, **2016**:204-219.

69. **Gonzalez BD, Manne SL, Stapleton J, Myers-Virtue S, Ozga M, Kissane D, ve ark.** Quality of life trajectories after diagnosis of gynecologic cancer: a theoretically based approach. *Support Care Cancer*, **2017**; 25(2), 589-598
70. **Vanderstraeten A, Tuyaerts S, Amant F.** The immune system in the normal endometrium and implications for endometrial cancer development. *Journal of Reproductive Immunology*, **2015**.
71. **Bilge Ç.** Jinekolojik Kanserli Kadınlarda Plisit Modeli Doğrultusunda Yapılan Cinsel Danışmanlığın Etkinliği. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul, **2017**.
72. **Kaya Y.** Jinekolojik Kanserlerde Pet/Ct'nin Etkinliğinin Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul, **2018**.
73. **Berek JS.** *Berek&Novak's Gynecology*. Uterine Cancer. s.l. : Lippincott Williams &Wilkins, **2007**; 33, s. 1343-1402.
74. **Kuşçu E, Erkanlı S.** Endometriyum Prekanseröz ve Kanseröz Lezyonları. In: Çiçek MN, Mungan MT. ed. *Klinikte Obstetrik ve Jinekoloji*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri, Öncü Basımevi, **2007**: 745-755.
75. **Aslan E.** Endometriyum Kanseri. In: Can G. ed. *Onkoloji Hemşireliği*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri Tic. Ltd. Şti., **2015**: 797-806.
76. **Mandel NM.** İç hastalıkları. İçinde Ç. Erol (Ed.), *Onkoloji Jinekolojik Kanserler*. Ankara: Mn Medikal ve Nobel tıp kitabevi, **2008**:415-425.
77. **Cust AE.** Physical activity and gynecologic cancer prevention. *Recent Results in Cancer Research*. **2011**;186:159-185.)
78. American Cancer Society Guidelines for the Early Detection of Cancer. 2013. Erişim:(<http://www.cancer.org/healthy/findcancerearly/cancerscreeningguidelines/american-cancer-society-guidelines-for-theearly-detection-of-cancer>.)Erişim tarihi:28.07.2019
79. Erişim:(<https://www.cancer.gov/news-events/cancer-currents-blog/2017/ovarian-cancer-fallopian-tube-origins>) Erişim tarihi: 27.07.2019
80. Erişim: (<https://www.cancer.gov/types/vaginal/patient/vaginal-treatment-pdq>) Erişim tarihi: 27.07.2019
81. **Querleu D, Planchamp F, Chiva L, Fotopoulou C, Barton D, Cibula D, du Bois A.** European Society of Gynaecological Oncology (ESGO) Guidelines for Ovarian Cancer Surgery. *International Journal of Gynecological Cancer*, **2017**; 27(7), 1534–1542
82. **Carlson KJ.** Screening for Ovarian Cancer. *Up To Date*, **2016**. Erişim:([http://www.uptodate.com/contents/screening-for-ovarian-cancer?source=search\\_result&search=risk+factors+of+ovarian+cancer&selectedTitle=1~150](http://www.uptodate.com/contents/screening-for-ovarian-cancer?source=search_result&search=risk+factors+of+ovarian+cancer&selectedTitle=1~150) ) Erişim Tarihi: 27.04.2016.
83. **Karakartal D.** Kanser Hastalarının Yaşadıkları Psiko-Sosyal Sorunların İncelenmesi. *International Journal of Humanities and Education*. **2018**; 49-62
84. **Kutlu R, Çivi S, Börüban MC, Demir A.** Kanserli Hastalarda depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Selçuk Üniversitesi Tıp Dergisi*, **2011**; 27(3): 149-53.
85. **Güleç G, Büyükkınacı A.** Kanser ve psikiyatrik bozukluklar. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry. **2011**; 3(2): 343-67.

86. **Casey C, Chen LM, Rabow MW.** Symptom management in gynecologic malignancies. *Expert Rev Anticancer Ther*, **2011**; 11, 1077-89.
87. **Nazik E, Arslan S, Nazik H, Narin MA, Karlangic H, Koc Z.** Anxiety and symptom assessment in Turkish gynecologic cancer patients receiving chemotherapy. *Asian Pac J Cancer Prev*. **2012**;13(7):3129-33.
88. **Demirkol H.** Kanser Hastalarında James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir, **2016**.
89. **Körükçü Ö.** Bazı Yaşamsal Geçişler Zordur. Jinekolojik Kanser Tanısı Almak Gibi. *ACU Sağlık Bil Derg.*, **2018**; 9(3):248-2
90. **Aygin D, Akman G.** Jinekolojik Kanser Teşhisi Kadınların Cinselliğini Nasıl Etkiliyor? *Androloji Bülteni*, **2013**; 5: 284-285
91. **Buzlu S, Daştan N.** Psikososyal Sorunlar- Anksiyete. Can G, editör. *Onkoloji Hemşireliğinde Kanıtta Dayalı Bakım*. İstanbul Konsensesu. 1. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; **2010**: 269.
92. **Bilge Ç, Kaydırak MM, Aslan E.** Jinekolojik Kanserinin Cinsel Yaşam Üzerindeki Etkileri. *SdÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi / Cilt 7 Sayı 3 / 2016*;31-38
93. **Pınar G.** Kanser tedavisi alan hastalarda cinsel disfonksiyon ve danışmanlığa ilişkin hemşirelik yaklaşımları. *Gülhane Tıp Dergisi*, **2010**; 52: 241-7.
94. **Manganiello A, Hoga LAK, Reberte LM, Miranda CM, Rocha MCA.** Sexuality and quality of life of breast cancer patients post mastectomy. *European Journal of Oncology Nursing*, **2011**; 15: 167-72.
95. **Çavdar İ.** Meme kanserli hastalarda cinsel sorunlar. *Meme Sağlığı Dergisi*, **2006**; 2(2): 64-6.
96. **Tuğut N, Gölbaşı Z.** Cinselliğin değerlendirilmesi: hemşireler için öneriler ve klinik stratejiler. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, **2014**;11(2),59-64.
97. **Bag B.** Kanser Hastalarında Uzun Dönemde Görülen Psikososyal Sorunlar Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. **2013**;5(1):109-126
98. **Van Weert JC, Bolle S, Van Dulmen S, Jansen J.** Older cancer patients' information and communication needs: What they want is what they get? *Patient Education and Counseling*. **2013**; 92(3): 388-97.
99. **Visser A, Wismans M.** Improving patient education by an in-service communication training for health care providers at a cancer ward: Communication climate, patient satisfaction and the need of lasting implementation. *Patient Education and Counseling*, **2010**; 78(3): 402-8.
100. **Baider L, Peretz T, Hadani PE, Koch U.** Psychological intervention in cancer patients: A randomised study. *General Hospital Psychiatry*, **2001**;23:272-277
101. **Babacan Gümüş A.** Meme Kanseriinde Psikososyal Sorunlar Ve Destekleyici Girişimler. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, *Türkiye Meme Sağlığı Dergisi*, **2006** Cilt: 2 Sayı: 3
102. **Özçelik H, Fadiloğlu Ç, Uyar M, Karabulut B.** *Kanser Hastaları ve Aileleri İçin Palyatif Bakım*. İzmir: Üniversite Opset, **2010**.
103. **Somjai A, Chaipoom A.** Psychosocial needs of women with cancer of the reproductive system: A comparison of buddhist and muslim patients in Thailand. *Ment Health Relig Cult*, **2006**;9, 379–388.

104. **Sanders SL, Bantum EO, Owen JE, Thornton AA, Stanton AL.** Supportive care needs in patients with lung cancer. *Psycho-Oncology*, **2010**;19, 480–489.).
105. **Lee HJ, Kwon IG.** Supportive Care Needs of Patients with Gynecologic Cancer. *Asian Oncol Nurs*, **2018**;18(1):21-29.
106. **Liao YC, Liao WY, Shun SC, et al.** Symptoms, psychological distress, and supportive care needs in lung cancer patients. *Support Care Cancer*, **2011**;19(11):1743–51
107. **Hasegawa T, Goto N, Matsumoto N, et al.** Prevalence of unmet needs and correlated factors in advanced-stage cancer patients receiving rehabilitation. *Support Care Cancer*, **2016**;24(11):4761–7.)
108. **ButowPN, Bell ML, Aldridge LJ, et al.** Unmet needs in immigrant cancer survivors: a cross-sectional population-based study. *Support Care Cancer*, **2013**; 21:250–2520
109. **Au A, Lam W, Tsang J, et al.** Supportive care needs in Hong Kong Chinese women confronting advanced breast cancer. *Psycho-Oncology*, **2013**;22(5):1144–51
110. **Zobaida E, Kumarasamy V, Norlia A, Rizal AM, Radman Al-Dubai SA .** Most prevalent unmet supportive care needs and quality of life of breast cancer patients in a tertiary hospital in Malaysia. *Health and Quality of Life Outcomes*, volume 14, Article number:26, **2016**;1-10
111. **Khan L, Chiang A, Barnes E, et al.** Needs assessment of patients and their caregivers at the rapid response radiotherapy program. *J Pain Manag*, **2012**; 5(2):153–62
112. **Johnsen AT, Petersen MA, Pedersen L, et al.** Do advanced cancer patients in Denmark receive the help they need? A nationally representative survey of the need related to 12 frequent symptoms/problems. *Psycho-Oncology*, **2013**;22(8):1724–30
113. **Bond CB, Jensen PT, Groenvold M, Johnsen AT .** Prevalence and possible predictors of sexual dysfunction and self-reported needs related to the sexual life of advanced cancer patients. *Acta Oncol*, **2019**;58(5):769-775
114. **Chapman CH, Heath G, Fairchild P, Berger MB, Wittmann D, Uppal S, Tolpadi A, Maturen K, Jolly S.** Gynecologic radiation oncology patients report unmet needs regarding sexual healthcommunication with providers. *J Cancer Res Clin Oncol*, **2019**;145(2):495-502.
115. **Voogt E, van Leeuwen AF, Visser AP, et al.** Information needs of patients with incurable cancer. *Support Care Cancer*, **2005**;13(11):943–8
116. **Reis N, Beji NK, Coskun A.** Quality of life and sexual functioning in gynecological cancer patients: Results from quantitative and qualitative data. *European Journal of Oncology Nursing*, **2010**;14: 137-146
117. **White ID, Faithfull S, Allan H.** The re-construction of women’s sexual lives after pelvic radiotherapy: A critique of social constructionist and biomedical perspectives on the study of female sexuality after cancer treatment. *Soc Sci Med*, **2013**;76: 188-196
118. **Gemalmaz A, Avşar G.** Kanser Tanısı ve Sonrası Yaşananlar: Kalitatif Bir Çalışma. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, **2015**;12:93-8.
119. **Sanson-Fisher RW, Girgis A, Boyes A, Boneveski B, Burton L. & Cook P.** The unmet supportive care needs of patients with cancer. *Cancer*, **2000**;88, 225–236.
120. **Lisy K, Langdon L, Piper A, Jefford M.** Identifying the most prevalent unmet needs of cancer survivors in Australia: A systematicreview. *Asia Pac J Clin Oncol*. **2019**

121. **Simonelli LE, Pasipanodya E.** Health Disparities in Unmet Support Needs of Women with Gynecologic Cancer: An Exploratory Study. *Journal of Psychosocial Oncology*, **2014**; 32:6, 727-734.).



## EKLER

### EK -1 Tanıtıcı Bilgi Formu

Sayın Katılımcı, bu araştırma “Jinekolojik Kanserli Hastaların Destekleyici Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi” amacıyla yapılmaktadır. Veriler başka amaçla kullanılmayacak, sonuçlar toplu halde analiz edilecek ve isminiz hiçbir şekilde açıklanmayacaktır. İstemediğiniz takdirde bu araştırmaya katılmak zorunda değilsiniz. Bu bilimsel araştırmaya desteğiniz için teşekkür ederiz.

1. Yaşınız: .....
2. Medeni durumunuz: 1.Evli 2. Bekar
3. Eğitim durumunuz:  
1.Okur-yazardeğil 2.Okur-yazar 3.İlköğretim 4. Lise
4. Çalışma Durumu:  
1.Evet 2.Hayır
5. Gelir Düzeyiniz:  
1.Gelir giderden az 2. Gelir gidere denk 3. Gelir giderden fazla
6. Çocuğunuz var mı? 1.Evet 2. Hayır
7. Aile tipiniz ? 1.Çekirdek aile 2. Geniş aile
8. Hastalığınızın türü:.....
9. Hastalığın evresi:.....
- 10.Hastalığınız ne zaman teşhis edildi? .....
- 11.Uygulanan tedavi şekli?  
1. Cerrahi 2. Cerrahi+Kemoterapi 3. Cerrahi+Radyoterapi
12. Bakımınıza destek olan birisi var mı? Cevabınız evet ise kimin destek olduğunu belirtiniz.  
1.Evet 2. Hayır



## EK-2. James Destekleyici Bakim Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği

Aşağıda yaşayabileceğiniz belirti, sorun ve endişelerin listesi bulunmaktadır. Bugünü de kapsayacak şekilde, geçtiğimiz hafta boyunca sizin için duygusal açıdan sıkıntı oluşturan ya da rahatsız eden sorunların seviyesini işaretleyiniz. Eğer herhangi bir sorun yaşamıyorsanız “Yok” (0) şıkkını işaretleyiniz.

	<b>Distres Seviyesi (Yaşanan Duygusal Sıkıntı Seviyesi)</b>			
	<b>Yok</b>	<b>Az</b>	<b>Orta</b>	<b>Şiddetli</b>
<b>Duygusal Sorunlar</b>				
Belirsizlik	0	1	2	3
Korkular	0	1	2	3
Morali bozuk ya da bunalımda hissetme	0	1	2	3
Endişe/Kaygı	0	1	2	3
Günlük aktivitelere karşı ilgi kaybı	0	1	2	3
Fiziksel yetersizlikle başa çıkma	0	1	2	3
Öfke	0	1	2	3
Ağlama	0	1	2	3
Umudunu kaybetme/Umutsuzluk	0	1	2	3
Başkalarına yük oluyormuş gibi hissetme	0	1	2	3
Ölümden korkma/Ölüyor olmaktan korkma	0	1	2	3
Dış görünüşe/Beden algısına dair endişeler	0	1	2	3
Yakında zamanda kayıp/Yas	0	1	2	3
Bunalmış hissetme	0	1	2	3
<b>Manevi/Dini Konular ile İlgili Sorunlar</b>	<b>Yok</b>	<b>Az</b>	<b>Orta</b>	<b>Şiddetli</b>
Kişisel manevi uygulamalar ile ilgili endişeler	0	1	2	3
Allah ya da inanılan Yüce Varlıkla olan ilişki/bağ ile ilgili endişeler	0	1	2	3
Yaşamın anlamı/amacı ile ilgili endişeler	0	1	2	3
Allah tarafından önemsenip/önemsenmediği ile ilgili sorgulamalar	0	1	2	3

<b>Sağlık Bakımı ile İlgili Sorunlar</b>	<b>Yok</b>	<b>Az</b>	<b>Orta</b>	<b>Şiddetli</b>
Uygun tedaviye karar verme ile ilgili endişeler	0	1	2	3
Sağlık ekibiyle olan iletişim sorunları	0	1	2	3
Uzun dönem sağlık bakımını planlama ile ilgili endişeler	0	1	2	3
Şuan ki sağlık durumu ya da tedavi hakkındaki bilgi eksikliği	0	1	2	3
<b>Sosyal Sorunlar</b>	<b>Yok</b>	<b>Az</b>	<b>Orta</b>	<b>Şiddetli</b>
Yaşam koşulları ile ilgili endişeler	0	1	2	3
Barınma/Konaklama sorunları	0	1	2	3
Destek yetersizliği	0	1	2	3
Mali ya da sigorta ile ilgili sorunlar	0	1	2	3
Ulaşım sorunları	0	1	2	3
İlaçları elde etme ile ilgili sorunlar	0	1	2	3
<b>Bilişsel Sorunlar</b>	<b>Yok</b>	<b>Az</b>	<b>Orta</b>	<b>Şiddetli</b>
Unutkanlık/Hafıza ile ilgili sorunlar	0	1	2	3
Dikkati toplamada zorlanma	0	1	2	3
Zihin bulanıklığı	0	1	2	3
<b>Fiziksel Belirtiler</b>	<b>Yok</b>	<b>Az</b>	<b>Orta</b>	<b>Şiddetli</b>
Kusma	0	1	2	3
Mide bulantısı	0	1	2	3
Yorgunluk/Enerji kaybı	0	1	2	3
İştahsızlık	0	1	2	3
Güçsüzlük	0	1	2	3
Kilo kaybı	0	1	2	3
Uykulu hissetme/Sersemlik	0	1	2	3
Sıcak basması/Gece Terlemesi	0	1	2	3
Kramp	0	1	2	3
Ağrı	0	1	2	3
Uyku sorunları	0	1	2	3
Nefes darlığı	0	1	2	3

Karncalanma/Uyuşma	0	1	2	3
İshal	0	1	2	3
Kabızlık	0	1	2	3
Ağız kuruluğu	0	1	2	3
İnatçı öksürük	0	1	2	3

Aşağıdaki endişe ya da problemlerden herhangi birini yaşıyor musunuz?			Bu Konu Hakkında Bilgi Almak İster Misiniz?	
Cinsellik ile İlgili Sorunlar	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Konuşmada Zorluk/ Yutkunmada Zorluk	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Beslenme/ Diyet ile İlgili Endişeler	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Aile ve Arkadaşların Nasıl Baş Edeceklerine Dair Endişeler	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Sigara ya da Tütün Ürünlerinin Kullanımı ile İlgili Sorunlar	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Alkol, Keyif Amaçlı Madde Kullanımı ya da Tedavi İçin Verilen İlaçların Kötüye Kullanımı ile İlgili Sorunlar	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Malulen Emekli Olmayı Belgelemek ile İlgili Sorunlar	Evet	Hayır	Evet	Hayır

**Şuanda sizin için en çok duygusal sıkıntı oluşturan şey nedir?**



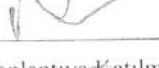
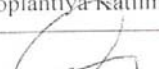
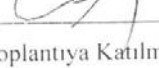

--

### EK-3. Etik Kurul Onayı

#### T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Sayısı	Tarih
80	31 Ağustos 2018

KARAR NO 8- Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı'nda, Doç. Dr. Evşen Nazik yönetiminde, Ebru Kaya Var tarafından yürütülmesi öngörülen, "Jinekolojik Kanserli Hastaların Destekleyici Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi" başlıklı yüksek lisans tez projesi araştırma etiği yönünden değerlendirildi. Toplantıya katılan üyelerin oybirliğiyle uygun olduğuna karar verildi.

BAŞKAN	Prof Dr Selim Kadioğlu Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	
ÜYELER	Prof Dr Davut Alptekin Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı	
	Prof Dr Dinçer Yıldızdaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	
	Prof Dr Gülşah Seydaoğlu Biyostatistik Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Prof Dr Gürhan Sakman Genel Cerrahi Anabilim Dalı	
	Prof Dr Murat Gündüz Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Doç Dr Ezgi Özyılmaz Saraç Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	
	Av. Zehra Bulut Hukukçu Üye	Toplantıya Katılmadı
	Dr Neşe Kayrın Kurum Dışı Üye	

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası, Balcalı 01330 Adana  
Telefon: 0322 338 60 60 dahili 3465, Faks: 0322 338 67 22

## EK-4. Araştırmanın Yürütüldüğü Kurumun Resmi İzin Yazısı



T.C.  
ADANA VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 60247264-044  
Konu : Bilimsel Çalışmalar Komisyon  
Toplantısı Karar Tutanağı

### DAĞITIM YERLERİNE

Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Sağlıkın Geliştirilmesi Birimine yapılan bilimsel çalışma başvuruları " Sağlık Tesislerinde Klinik Araştırma, Girişimsel Olmayan Klinik Araştırma ile Bilimsel Araştırma ve Proje Çalışmaları Ön İzin Değerlendirme Komisyonu" tarafından 31.10.2018 tarihli toplantıda değerlendirilmiştir. Alınan karar ekte sunulmuştur. Bilimsel çalışma yapmak isteyen çalışmacılara gerekli kolaylığın gösterilmesi hususunu:

Arz/rica ederim.

e-izmalıdır.  
Dt. Süleyman DİLEK  
Müdür a.  
Sağlık Hizmetleri Başkanı

Ek: 1- Bilimsel Çalışmalar Komisyon Toplantısı Karar Tutanağı 31.10.2018  
2- Bilimsel Araştırmalar Ön İzin Değerlendirme Komisyon Kararı

Dağıtım:  
Adana Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı  
Adana Şehir Eğitim Ve Araştırma Hastanesi  
Adana Seyhan Devlet Hastanesi  
Adana Yüreğir Devlet Hastanesi

Yeni Baraj Mah. Hacı Ömer Sab. Cad. Eski Numune Hastanesi  
Faks No:03223228330  
e-Posta:hayriye.guvel@saglik.gov.tr Int.Adresi: adana.dh11@saglik.gov.tr

Bilgi için:Hayriye GÜVEL  
Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:0322 321 57 52' den 1049

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden f24e6492-8851-49ee-98cd-560d2d60ac0e kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

**Gebelere Yönelik Evde Sağlık Hizmeti Sunulması"** başlıklı bilimsel çalışmayı Adana Halk Sağlığı Hizmetleri Müdürlüğü'nde yapmak istemesi ile ilgili Girişimsel Olmayan Klinik Araştırma başvuru talebi incelenmiş olup, çalışma sonuçlarının Müdürlüğümüze sunulması koşulu ile oy birliği ile...uygun...gösterilmiştir.

**Karar:4** Yara Ostomi İnkontinans Hemşireler Derneği tarafından ülkemizin on iki bölgesinde **"Basınç Yaralanmalarının Prevalansı,önlenebilirliği ve iyileştirilmesi;Türkiye'de Çok Merkezli Bir Çalışma"** başlıklı bilimsel çalışmasını Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapmak istemesi ile ilgili Girişimsel Olmayan Klinik Araştırma başvuru talebi incelenmiş olup, çalışma sonuçlarının Müdürlüğümüze sunulması koşulu ile oy birliği ile...uygun...gösterilmiştir.

**Karar:5** Hastanemiz Aile Hekimliği biriminde görevli Dr.Mehmet Cenk Belibağlı'nın **"Obezite Merkezine Başvuran Bireylerin Problem Çözme Becerilerinin Değerlendirilmesi"** başlıklı bilimsel çalışmasını Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapmak istemesi ile ilgili Girişimsel Olmayan Klinik Araştırma başvuru talebi incelenmiş olup, çalışma sonuçlarının Müdürlüğümüze sunulması koşulu ile oy birliği ile...uygun...gösterilmiştir.

**Karar:6** Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü yüksek lisans öğrencisi Ebru VAR'ın **"Jinekolojik Kanserli Hastaların Destekleyici Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi"** başlıklı klinik araştırma çalışmasını Adana Şehir E.A. Hastanesinde yapmak istemesi ile ilgili Girişimsel Olmayan Klinik Araştırma başvuru talebi incelenmiş olup, çalışma sonuçlarının Müdürlüğümüze sunulması koşulu ile oy birliği ile...uygun...gösterilmiştir.

**Karar:7** Selçuk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi İşletme Bölümü Yüksek Lisans öğrencisi Soulmaz SANATI' nin **"Örgüt Kültürünün Algılanan Kurumsal İtibar Üzerine Etkisi: Sağlık Sektöründe Bir Araştırma "** başlıklı bilimsel çalışmasını Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde, Adana Yüreğir Devlet Hastanesinde,Adana Seyhan Devlet Hastanesi'nde yapmak istemesi ile ilgili Girişimsel Olmayan Klinik Araştırma başvuru talebi incelenmiş olup, çalışma sonuçlarının Müdürlüğümüze sunulması koşulu ile oy birliği ile...uygun...gösterilmiştir.

**Karar:8** Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi Cindy Silveiria Thomas PORTO'nun **"Türkiye'deki Ameliyathane Hemşirelerinin Robotik Cerrahi Deneyimlerinin ve Bireysel Yenilikçilik Özelliklerinin incelenmesi"** başlıklı bilimsel çalışmasını Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapmak istemesi ile ilgili Girişimsel Olmayan Klinik Araştırma başvuru talebi incelenmiş olup, çalışma sonuçlarının Müdürlüğümüze sunulması koşulu ile oy birliği ile...uygun...gösterilmiştir.

## EK-5. Ölçek Kullanma İzni Yazışması



hacer.demirkol@ege.edu.tr

13.06.2019 Per 13:42

Siz ve

Sayın Ebru VAR,

James Destekleyici Bakım gereksinimlerini Belirleme Ölçeğini kullanabilirsiniz. Çalışmalarınızda başarılar dilerim.

Sevgiler,

**Kimden:** "Ebru VAR" <ebruvar01@hotmail.com>

**Kime:** "hacer demirkol" <hacer.demirkol@ege.edu.tr>

**Gönderilenler:** 13 Haziran Perşembe 2019 15:36:11

**Konu:** Ölçek izni hakkında

Sayın Hacer Hocam, ben Ebru KAYA VAR Çukurova Üniversitesinde yüksek lisans yapıyorum. İzinim olursa James Destekleyici Bakım gereksinimlerini Belirleme Ölçeğini kullanmak istiyorum. Emeginize sağlık. Teşekkürler.

Saygılarımla.

EGE ÜNİVERSİTESİ

Bu elektronik posta ve onunla iletilen bütün dosyalar sadece göndericisi tarafından alması amaçlanan yetkili gerçek ya da tüzel kişinin kullanımı içindir. Eğer söz konusu yetkili alıcı değilseniz bu elektronik postanın içeriğini açıklamamanız, kopyalamamanız, yönlendirmeniz ve kullanmanız kesinlikle yasaktır ve bu elektronik postayı derhal silmeniz gerekmektedir.

EGE ÜNİVERSİTESİ bu mesajın içerdiği bilgilerin doğruluğu veya eksiksiz olduğu konusunda herhangi bir garanti vermemektedir. Bu nedenle bu bilgilerin ne şekilde olursa olsun içeriğinden, iletilmesinden, alınmasından ve saklanmasından sorumlu değildir.

Bu mesajdaki görüşler yalnızca gönderen kişiye aittir ve EGE ÜNİVERSİTESİ'nin görüşlerini yansıtmayabilir.

This e-mail and any attachments may contain confidential and privileged information. If you are not the intended recipient, please notify the sender immediately by return e-mail, delete this e-mail and destroy any copies. Any dissemination or use of this information by a person other than the intended recipient is unauthorized and may be illegal.

## ÖZGEÇMİŞ

Ebru KAYA VAR Osmaniye’ de doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini memleketi olan Osmaniye’de tamamladı. 2000 yılında Muğla Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümünü kazandı.

Lisans eğitimini 2005 yılında tamamladı. 2007 yılında Adana’ya bağlı Prof. Dr. Nusret Karasu Göğüs Hastalıkları Hastanesine Hemşire olarak atandı. 2011-2017 yılları arasında Adana Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde çalıştı. 2017’de Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesine resen atandı. 2017 yılında Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı’nda yüksek lisans eğitimine başladı.

Halen Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Verimlilik ve Kalite Yönetim Birimi’nde çalışmaktadır.