



**T.C.**

**ESKİŞEHİR OSMANGAZI ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİMDALI**

**JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ CERRAHİSİ UYGULANAN  
HASTALARDA YAPILANDIRILMIŞ TABURCULUK  
PROGRAMININ HASTA BAKIM SONUÇLARINA ETKİSİ**

**DOKTORA TEZİ**

**İLKAY ÇULHA**

**DANIŞMAN**

**DOÇ. DR. ELİF GÜR SOY  
PROF. DR. HÜLYA BULUT**

**2019**





**T.C.**

**ESKİŞEHİR OSMANGAZI ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİMDALI**

**JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ CERRAHİSİ UYGULANAN  
HASTALARDA YAPILANDIRILMIŞ TABURCULUK  
PROGRAMININ HASTA BAKIM SONUÇLARINA ETKİSİ**

**DOKTORA TEZİ**

**İLKAY ÇULHA**

**DANIŞMAN**

**DOÇ. DR. ELİF GÜRİSOY  
PROF. DR. HÜLYA BULUT**

**2019**

## KABUL VE ONAY SAYFASI

İlkay ÇULHA'nın Doktora Tezi olarak hazırladığı "Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi Uygulanan Hastalarda Yapılandırılmış Taburculuk Programının Hasta Bakım Sonuçlarına Etkisi" başlıklı bu çalışma Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddesi uyarınca değerlendirilerek "KABUL" edilmiştir.

24/07/2019

Üye : Doç. Dr. Elif GÜRSOY (Danışman)



Üye : Prof. Dr. Nebahat ÖZERDOĞAN



Üye : Doç. Dr. Güler BALCI ALPARSLAN



Üye : Prof. Dr. Gülcihan AKKUZU



Üye : Doç. Dr. Sevil GÜLER DEMİR



Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun  
...../...../ tarih ve ...../...../ sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof Dr. Özkan ALATAŞ  
Enstitü Müdürü

# JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ CERRAHİSİ UYGULANAN HASTALARDA YAPILANDIRILMIŞ TABURCULUK PROGRAMININ HASTA BAKIM SONUÇLARINA ETKİSİ

## ÖZET

**Amaç:** Çalışmanın amacı; jinekolojik onkoloji cerrahisi uygulanan hastalarda Roy Uyum Modeli (RUM) doğrultusunda yapılandırılmış taburculuk programının hasta bakım sonuçlarına (yaşam kalitesi, başetme-uyum, benlik saygısı) etkisinin incelenmesidir.

**Gereç ve yöntem:** Çalışma, randomize olmayan kontrol gruplu müdahale araştırması olup, 1 Nisan 2018-30 Nisan 2019 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın verileri 2 aşamada toplanmıştır. Araştırmanın birinci aşamasında; jinekolojik onkoloji cerrahisi uygulanan ve taburculuk sonrası ilk oniki haftalık süre içindeki onbir hastayla görüşmeler gerçekleştirilmiş ve hasta gereksinimleri belirlenmiştir. Görüşmelerden elde edilen verilerin içerik analizi, RUM temel alınarak yapılmış ve alt temalar belirlenmiştir. RUM'un 4 uyum alanı 4 ana tema olarak kabul edilmiştir. Bu aşamada toplanan veriler, alt temalar ve 4 ana tema doğrultusunda eğitim kitapçığı oluşturulmuştur. Araştırmanın ikinci aşamasında taburculuk programı uygulanmıştır. Örneklemi; otuzaltı kontrol, otuzaltı müdahale olmak üzere yetmiş iki hasta oluşturmuştur. Kontrol grubu rutin bakım alırken, müdahale grubu yapılandırılmış taburculuk programına dahil edilmiştir. Taburculuk programı; taburculuk eğitimi ve taburculuk sonrası hasta izlemlerinden oluşmuştur. Birinci aşamada oluşturulan eğitim kitapçığının içeriği, taburculuk eğitiminin içeriğini oluşturmuştur. Veriler; Kanser Hastası Yaşam Kalitesi Ölçeği (FACT-G), Başetme-Uyum Süreci Ölçeği (BUSÖ) ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ) kullanılarak ameliyat öncesi, taburculuk sonrası dokuzuncu ve onüçüncü haftalarda tekrarlı ölçümlerle toplanmıştır.

**Bulgular:** Müdahale grubundaki kadınların taburculuk sonrası onüçüncü haftadaki yaşam kalitesi puan ortalaması ( $48.53 \pm 4.28$ ), kontrol grubunun puan ortalamasından ( $43.33 \pm 4.47$ ) anlamlı düzeyde yüksek belirlenmiştir ( $p < 0.001$ ).

Müdahale grubundaki kadınların taburculuk sonrası onüçüncü haftadaki başetme-uyum puan ortalamaları (105.25±8.19) kontrol grubunun puan ortalamalarından (97.44±6.81) anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p<0.001). Benlik saygısı puan ortalamaları açısından ise gruplar arasında anlamlı farklılık belirlenmemiştir (p<0.05). Hem müdahale hem kontrol grubunda onüçüncü haftada yaşam kalitesi, başetme-uyum ve benlik saygısı puanları arasında ilişki belirlenmemiştir (p>0.05). Taburculuk sonrası onüçüncü haftada ağrı, psikolojik sorunlar, yorgunluk ve uyku sorunları her iki gruptaki kadınlarda en sık saptanan sorunlardır.

**Sonuç:** Jinekolojik onkoloji cerrahisi uygulanan hastalarda RUM doğrultusunda yapılandırılmış taburculuk programının, kadınların genel yaşam kaliteleri ve başetme-uyum düzeylerini arttırdığı, benlik saygıları üzerinde ise anlamlı etki göstermediği belirlenmiştir. Hastaların taburcu olduktan sonra ve adjuvan tedavileri süresince izlemlerinin devam edildiği uzun süreli izlem çalışmalarının yapılması önerilmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Jinekoloji, Hasta taburculuğu, Roy Uyum Modeli, Yaşam kalitesi, Benlik saygısı

# EFFECT OF STRUCTURED DISCHARGE PROGRAM FOR GYNECOLOGIC ONCOLOGIC SURGICAL PATIENTS ON PATIENT CARE OUTCOMES

## SUMMARY

**Objective:** The aim of this study is to investigate the effect of the discharge program structured in line with Roy Adaptation Model (RAM) in patients undergoing gynecologic oncology surgery on patient care outcomes (quality of life, coping-adaptation, self-esteem).

**Material and methods:** The study was a non-randomized interventional study with control group, conducted between April 1, 2018 and April 30, 2019. The data were collected in 2 stages. In the first stage of the study; interviews were conducted with eleven gynecologic oncological surgery patients, during their first twelve-week periods after discharge in order to determine their needs. Content analysis was performed based on RAM and sub-themes were determined. The four adaptation areas of RAM were considered as the main themes. At this stage, the training booklet was created in line with the collected data, sub-themes and themes. In the second stage of the study; the sample consisted of seventy-two patients, thirty-six controls and thirty-six interventions. While the control group received routine care, the intervention group was included in the discharge program. The content of the training booklet forms the content of the discharge training. Data were collected on preoperative period, 9<sup>th</sup> and 13<sup>th</sup> weeks after discharge using Functional Assessment of Cancer Therapy - General (FACT-G), Coping-Adaptation Processing Scale (CAPS) and Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES).

**Result:** The mean quality of life score ( $48.53 \pm 4.28$ ) of women in the intervention group at the 13<sup>th</sup> week after discharge was significantly higher than the mean score of the control group ( $43.33 \pm 4.47$ ) ( $p < 0.001$ ). The mean score of coping-adaptation ( $105.25 \pm 8.19$ ) of the women in the intervention group was significantly higher than the mean score of the control group ( $97.44 \pm 6.81$ ) at the 13<sup>th</sup> week after discharge ( $p < 0.001$ ). There was no significant difference between the groups in terms of self-esteem mean scores ( $p < 0.05$ ). No correlation was found between quality of life,

coping-adaptation and self-esteem scores in both intervention and control groups at 13th week ( $p > 0.05$ ). Pain, psychological problems, fatigue and sleep problems were the most common problems in women in both groups in the 13th week after discharge.

**Conclusion:** This study found that RAM structured discharge program in women undergoing gynecological oncology surgery increased the overall quality of life and coping-adaptation of women, but had no significant effect on self-esteem. It is recommended that long-term follow-up studies should be carried.

**Key words:** Gynecology, Patient discharge, Roy Adaptation Model, Quality of life, Self-esteem



## İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
ÖZET .....	iii
SUMMARY.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vii
TABLO DİZİNİ .....	xii
ŞEKİL DİZİNİ.....	xiv
SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	xv
<b>1- GİRİŞ VE AMAÇ .....</b>	<b>1</b>
1.1-Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2 - Araştırmanın Amacı.....	4
1.3- Araştırmanın Hipotezleri.....	5
<b>2- GENEL BİLGİLER .....</b>	<b>6</b>
2.1-Jinekolojik Kanserler .....	6
2.1.1– Serviks kanseri.....	6
2.1.1.1–Tanım.....	6
2.1.1.2–Epidemiyoloji ve etyoloji.....	6
2.1.1.3–Tarama ve korunma .....	7
2.1.1.4- Belirti ve bulgular .....	8
2.1.1.5-Yayılımı .....	8
2.1.1.6-Tanılama ve muayene bulguları .....	9
2.1.1.7-Tedavi .....	9
2.1.2– Endometrium (uterus korusu) kanseri.....	9
2.1.2.1-Tanım.....	9
2.1.2.2- Epidemiyoloji ve etyoloji.....	9
2.1.2.3- Korunma.....	10
2.1.2.4- Belirti ve bulgular .....	10
2.1.2.5- Yayılımı .....	10
2.1.2.6- Tanılama ve muayene bulguları .....	11
2.1.2.7- Tedavi .....	11
2.1.3- Over kanseri.....	11
2.1.3.1- Tanım.....	11
2.1.3.2- Epidemiyoloji ve etyoloji.....	12

2.1.3.3- Tarama ve korunma .....	12
2.1.3.4- Belirti ve bulgular .....	13
2.1.3.5- Yayılımı .....	13
2.1.3.6- Tanılama ve muayene bulguları .....	13
2.1.3.7- Tedavi .....	13
2.2- Jinekolojik Kanserlerin Tedavi Yöntemleri .....	14
2.2.1-Jinekolojik onkoloji cerrahisinde uygulanan bazı yöntemler .....	14
2.2.1.1-Histerektomi.....	14
2.2.1.2-Bilateral salpingo-ooferektomi (BSO).....	15
2.2.1.3-Pelvik lenfadenektomi (PLND) ve para-aortik lenfadenektomi.....	16
2.2.1.4-Omentektomi.....	16
2.2.2- Kemoterapi (KT) .....	17
2.3-Jinekolojik Onkoloji Cerrahisinde Hemşirelik Girişimleri .....	17
2.4 – Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi ve Yaşam Kalitesi.....	19
2.4.1- Yaşam kalitesi.....	19
2.4.2- Jinekolojik onkoloji cerrahisi uygulanan hastalarda yaşam kalitesi .....	19
2.5 – Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi ve Baş Etme-Uyum.....	23
2.5.1 – Baş etme kavramı ve ilişkili faktörler .....	23
2.5.2 – Uyum kavramı ve ilişkili faktörler .....	23
2.5.3 – Jinekolojik onkoloji cerrahisi uygulanan hastalarda baş etme ve uyum süreci..	25
2.6 – Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi ve Benlik Saygısı .....	28
2.6.1 –Benlik saygısı ve ilişkili faktörler .....	28
2.6.2 –Jinekolojik onkoloji cerrahisi uygulanan hastalarda benlik saygısı.....	29
2.7–Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi ve Taburculuk Programı .....	30
2.7.1–Taburculuk programı .....	30
2.7.2–Taburculuk eğitimi ve taburculuk sonrası hasta takibi .....	32
2.7.3– Jinekolojik onkoloji cerrahisi uygulanan hastalarda taburculuk programı .....	34
2.8–Kavramsal Yapı.....	36
2.8.1- Roy Uyum Modeli (RUM).....	36
2.8.2- Roy Uyum Modeli temel kavramları .....	37
2.8.2.1- İnsan .....	37
2.8.2.2- Çevre.....	37
2.8.2.3- Sağlık.....	38

2.8.2.4- Hemşirelik .....	38
2.8.3 - Modelin uyaranları .....	38
2.8.4- Modelin uyum düzeyleri ve kontrol sistemleri.....	39
2.8.5- Modeldeki uyum alanları.....	40
2.8.6- Modelin hemşirelik uygulamalarında kullanımı .....	42
<b>3- GEREÇ VE YÖNTEM .....</b>	<b>46</b>
3.1 -Araştırmanın Amacı ve Şekli.....	46
3.2- Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman .....	46
3.3- Araştırmanın Yapıldığı Yerin Özellikleri.....	46
3.4- Araştırmanın Evren ve Örnekleme .....	47
3.4.1- Örneklem büyüklüğü .....	48
3.5- Araştırmanın Değişkenleri .....	49
3.6- Veri Toplama Araçları.....	49
3.6.1-Hasta gereksinim belirleme formu (EK-1) .....	49
3.6.2- Hasta tanıtım formu (EK-2) .....	49
3.6.3- Kanser Hastası Yaşam Kalitesi Ölçeği (Functional Assessment of Cancer Therapy-General FACT-G) (EK-3) .....	50
3.6.4- Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği (BUSÖ)(EK-4) .....	51
3.6.5- Rosenberg benlik saygısı ölçeği (RBSÖ)(EK-5) .....	52
3.6.6- Ev ziyareti izlem formu (EK-6).....	53
3.7- Verilerin Toplanması .....	53
3.7.1- Hasta gereksinimlerinin belirlenmesi ve eğitim kitapçığının oluşturulması .....	53
3.7.1.1- Hasta gereksinimlerinin belirlenmesi .....	53
3.7.1.2- Eğitim kitapçığının oluşturulması.....	56
3.7.2- Taburculuk programının uygulanması .....	57
3.7.2.1- Müdahale grubuna ait verilerin toplanması .....	59
3.7.2.2- Taburculuk programı .....	59
3.7.2.2.1- Taburculuk eğitimi .....	60
3.7.2.3- Kontrol grubuna ait verilerin toplanması .....	65
3.8 – Verilerin Değerlendirilmesi .....	66
3.9 – Araştırmanın Etik Yönü.....	67
3.11–Araştırmanın Uygulanması Sırasında Karşılaşılan Güçlükler .....	67
3.12 – Araştırmanın Bütçesi .....	67

<b>4- BULGULAR .....</b>	<b>68</b>
4.1. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması .....	69
4.2. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Bazı Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması .....	71
4.3. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların FACT-G ve FACT-G Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	74
4.4. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların BUSÖ ve BUSÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	81
4.5. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların RBSÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	89
4.6. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Bazı Parametrelere Göre Ameliyat Öncesi ve Onüçüncü Haftaya Ait FACT-G Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	90
4.7- Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Bazı Parametrelere Göre Ameliyat Öncesi ve Onüçüncü Haftaya Ait BUSÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	93
4.8- Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Bazı Parametrelere Göre Ameliyat Öncesi ve Onüçüncü Haftaya Ait RBSÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	96
4.9- Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların FACT-G, BUSÖ ve RBSÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki .....	97
4.10. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınlarda İzlem Dönemlerinde Saptanan Sorunlarının Dağılımının Karşılaştırılması.....	99
<b>5- TARTIŞMA.....</b>	<b>101</b>
5.1 - Müdahale ve Kontrol Grubuna Dahil Olan Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi Uygulanan Hastaların Yaşam Kalitesi Düzeylerinin İncelenmesi .....	101
5.2 - Müdahale ve Kontrol Grubuna Dahil Olan Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi Uygulanan Hastaların Başetme-Uyum Düzeylerinin İncelenmesi .....	106
5.3 - Müdahale ve Kontrol Grubuna Dahil Olan Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi Uygulanan Hastaların Benlik Saygısı Düzeylerinin İncelenmesi .....	109
5.4 - Müdahale ve Kontrol Grubuna Dahil Olan Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi Uygulanan Hastaların Yaşam Kalitesi, Başetme-Uyum ve Benlik Saygıları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi.....	110
5.5 - Müdahale ve Kontrol Grubuna Dahil Olan Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi Uygulanan Hastalara Ait Saptanan Sorunların İncelenmesi.....	111
<b>6- SONUÇ VE ÖNERİLER .....</b>	<b>113</b>
6.1- Sonuçlar.....	113
6.2 - Öneriler .....	115

6.2.1 - Uygulama alanına yönelik öneriler .....	115
6.2.2 - Araştırmacılara yönelik öneriler .....	116
<b>KAYNAKLAR DİZİNİ .....</b>	<b>117</b>
<b>EKLER DİZİNİ .....</b>	<b>146</b>
EK – 1 Hasta Gereksinim Belirleme Formu .....	146
EK – 2 Hasta Tanıtım Formu .....	147
EK – 3 Kanser Hastası Yaşam Kalitesi Ölçeği (FACT-G).....	148
EK – 4 Baş etme ve Uyum Süreci Ölçeği (BUSÖ) .....	149
EK – 5 Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ)'nden Seçilmiş Maddeler .....	151
EK – 6 Ev Ziyareti İzlem Formu.....	152
EK - 7 Eğitim Kitapçığı İçin Görüş Alınan Uzmanlar .....	153
EK – 8 Eğitim Kitapçığı .....	154
EK – 9 Ölçek İzinleri .....	155
EK – 10 Etik Kurul İzni .....	157
EK – 11 Kurum İzni .....	161
EK – 12 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formları .....	162
<b>ÖZGEÇMİŞ .....</b>	<b>165</b>

## TABLO DİZİNİ

<b>Tablo 3.1.</b> FACT-G alt boyut maddeleri ve puanları.....	51
<b>Tablo 3.2.</b> BUSÖ alt boyut maddeleri ve puanları.....	52
<b>Tablo 3.3.</b> Hasta gereksinimlerinin belirlenmesi aşamasında görüşme yapılan kadınların bazı özellikleri.....	54
<b>Tablo 3.4.</b> Taburculuk programı.....	63
<b>Tablo 3.5.</b> Veri toplama formları ve uygulanma zamanları.....	65
<b>Tablo 4.1.</b> Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların bazı sosyo-demografik özelliklerinin karşılaştırılması.....	69
<b>Tablo 4.2.</b> Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların bazı klinik özelliklerinin karşılaştırılması.....	71-72
<b>Tablo 4.3.</b> Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların kadınların FACT-G puan ortalamalarının izlem dönemlerine göre karşılaştırılması.....	74
<b>Tablo 4.4.</b> Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların kadınların FACT-G alt boyut puan ortalamalarının izlem dönemlerine göre karşılaştırılması.....	76
<b>Tablo 4.5.</b> Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların BUSÖ toplam puan ortalamalarının izlem dönemlerine göre karşılaştırılması.....	81
<b>Tablo 4.6.</b> Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların BUSÖ alt boyut puan ortalamalarının izlem dönemlerine göre karşılaştırılması.....	83
<b>Tablo 4.7.</b> Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların RBSÖ puan ortalamalarının izlem dönemlerine göre karşılaştırılması.....	89
<b>Tablo 4.8.</b> Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların ameliyat öncesi ve onüçüncü hafta FACT-G puan ortalamalarının bazı parametrelere göre karşılaştırılması.....	90

<b>Tablo 4.9.</b> Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların ameliyat öncesi ve onüçüncü hafta BUSÖ toplam puan ortalamalarının bazı parametrelere göre karşılaştırılması.....	93
<b>Tablo 4.10.</b> Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların ameliyat öncesi ve onüçüncü hafta RBSÖ toplam puan ortalamalarının bazı parametrelere göre karşılaştırılması.....	96
<b>Tablo 4.11.</b> Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların onüçüncü hafta FACT-G, BUSÖ ve RBSÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki.....	97
<b>Tablo 4.12.</b> Müdahale ve kontrol grubundaki kadınlarda izlem dönemlerinde saptanan bazı sorunların dağılımının karşılaştırılması.....	99

## ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 2.1. Histerektomi ve salpingooferektomi.....	15
Şekil 2.2. Omentum ve pelvik lenf nodları.....	16
Şekil 2.3. Baş etme ve uyum süreci.....	24
Şekil 2.4. Taburculuk programında RUM'un kullanımı.....	45
Şekil 3.1. Jinekolojik onkoloji cerrahisi sonrası hasta gereksinimlerine yönelik ana ve alt temalar .....	56
Şekil 3.2. Taburculuk programının uygulanmasına ait iş akış şeması.....	58
Şekil 3.3. Taburculuk programı süreci.....	60
Şekil 3.4. RUM ve taburculuk programı ilişkisi.....	64
Şekil 4.1. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların farklı izlem dönemlerine göre FACT-G alt boyut puanları.....	80



## **SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ**

**$\bar{X}$** : Ortalama

**S.S** : Standart sapma

**ACS**: American Cancer Society

**BLND**: Bilateral Lenf Nodu Diseksiyonu

**BSO**: Bilateral Salpengo-ooferektomi

**CA-125**: Kanser antijeni 125

**CDC**: Center of Disease Control-Hastalık Kontrol Merkezi

**DSÖ**: Dünya Sağlık Örgütü

**FIGO**: The International Federation of Gynecology and Obstetrics-Uluslararası Jinekoloji ve Obstetri Federasyonu

**FWC**: Foundation for Women Cancer

**HIV**: Human Immunodeficiency Virus

**HPV**: Human Papilloma Virus

**IQR** : Inter Quantile Range, çeyrekler açıklığı

**JCI**: Joint Commission International-Uluslararası Akreditasyon Kuruluşu

**KETEM**: Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi

**KT**: Kemoterapi

**OECD**: Organisation for Economic Co-operation and Development-Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü

**PLND**: Pelvik Lenf Nodu Diseksiyonu

**RUM**: Roy Uyum Modeli

**RT**: Radyoterapi

**TAH**: Total Abdominal Histerektomi

# 1- GİRİŞ VE AMAÇ

## 1.1-Problemin Tanımı ve Önemi

Kanser; fiziksel, psikolojik ve cinsel sağlığı önemli derecede etkileyen kronik hastalıklardan birisidir. GLOBOCAN 2018 verilerine göre dünyada 18.1 milyon yeni kanser vakası ve 9.6 milyon kansere bağlı ölüm gerçekleşmiştir (GLOBOCAN, 2018). Amerikan Kanser Birliği'nin verilerine göre 2018 yılında Amerika'da 1.735.350 kanser vakası ve 110.070 jinekolojik kanser vakası geliştiği iletilmiştir (Siegel, Miller, & Jemal, 2018). Ülkemizde T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nun 2015 yılına ait kanser istatistiklerine göre toplam 167.463 kişiye yeni kanser teşhisi konulmuştur. Jinekolojik kanserler (uterus, serviks, over kanserleri) kadın kanserleri arasında ilk 10 içinde yer almakta ve tüm kadın kanserlerinin yaklaşık %12.0'ını oluşturmaktadır (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2018).

Jinekolojik kanserlerin tedavisinde; cerrahi, kemoterapi (KT), radyoterapi (RT), hormonal tedaviler uygulanmaktadır. Bu tedavi süreçleri kadınları fizyolojik, psikolojik, psikososyal ve cinsel açıdan etkilemektedir (Abbott-Anderson & Kwekkeboom, 2012; Demirtas & Pinar, 2014; Izycki, Wozniak, & Izycka, 2016; Reis, Beji, & Coskun, 2010). Ağrı, bulantı, iştahsızlık, boşaltım ve üriner sistem sorunları (Cowan et al., 2016; Lethaby, 2012; Li, Huang, Zhang, & Li, 2016), derin ven trombozu, pulmoner emboli (Pinar et al., 2016; Wiser, Holcroft, Tulandi, & Abenhaim, 2013), cerrahi alan enfeksiyonu, lenfödem (Pinar et al., 2016), uyku bozuklukları (Açmaz et al., 2014; Kim, 2015) cerrahi sonrası yaşanan bazı fizyolojik sorunlardır. Jinekolojik cerrahi, kadınları fiziksel açıdan etkilediği kadar, cinsel açıdan da olumsuz etkileyebilmektedir (Goktas, Gun, Yildiz, Sakar, & Caglayan, 2015; Reis et al., 2010). Bu durum, üreme organlarının çıkarılmasına ve hormon seviyelerinde azalmaya bağlı gelişmektedir. Overlerin ve uterusun çıkarılması, erken menopoza girilmesi cinsel çekicilikte azalma, kadınlık ve üremede kayıp olarak algılanabilmektedir (Pearce, Thogersen-Ntoumani, Duda, & McKenna, 2014; Terzioğlu & Alan, 2015). Bu nedenle cerrahi sonrası kadınlarda; beden imgesinde

bozulma (Hawighorst-Knapstein et al., 2004; Pearce et al., 2014), benlik saygısında azalma (Gercek, Dal, Dag, & Senveli, 2016) ve cinsel sorunlarda artış (Bilge, Kaydırak, & Aslan, 2016) görülebilmektedir. Sistematik bir derlemede cinsel sorunların beden imgesinde azalmayla birlikte görüldüğü iletilmektedir (Abbott-Anderson & Kwekkeboom, 2012). Jinekolojik kanser tedavilerine bağlı olarak beden imgesi, fiziksel ve benlik saygısındaki değişimler, kadınların hastalığa uyum sürecini zorlaştırmakta ve psikolojik olarak olumsuz etkileyebilmektedir (Sevil & Bulut, 2007). Jinekolojik kanser tedavisi sürecindeki kadınlar sağlıklı popülasyondaki kadınlara göre daha fazla anksiyete ve depresyon belirtileri yaşayabilmektedirler (Boscaglia, Clarke, Jobling, & Quinn, 2005). Hastalığın tekrarlaması korkusu (Akyuz, 2008; Cox et al., 2008; Dahl, Wittrup, Vaeggemose, Petersen, & Blaakaer, 2013; Terzioğlu & Alan, 2015), anksiyete (Aerts et al., 2015; Akyuz, 2008; Cox et al., 2008; Terzioğlu & Alan, 2015), depresyon (Aerts et al., 2015; Cox et al., 2008), hastalıkla başetmede yetersizlik (Levin et al., 2010) yaşanan başlıca psikolojik sorunlar arasındadır. Bunlarla birlikte kadınlar eş, aile ve kişilerarası ilişkilerinde, rol fonksiyon alanında bozulmalar da yaşamaktadırlar (Izycki et al., 2016). Kanser ve tedavi süreci sadece bireyleri değil ailelerini de etkilemektedir (Akyuz, 2008; Wozniak & Izycki, 2014).

Jinekolojik kanserlerin ve tedavi süreçlerinin fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan yarattığı bu sorunlar dolaylı olarak yaşam kalitelerini de etkilemektedir (Akkuzu, 2012; Bae & Park, 2016; Lauszus, Kallfa, E., & Madsen, M. R., 2016; Novackova et al., 2015; Sekse, Dunberger, Olesen, Østerbye, & Seibæk, 2018). Bu nedenle cerrahi uygulanan kadınlara, tedavi sürecine ve gelişebilecek sorunlara yönelik eğitim verilmesi önem taşımaktadır (Dağ, 2014; Gercek et al., 2016; Papadacos et al., 2012). Jinekolojik kanser tanısı sonrası ve adjuvan tedaviler süresince danışmanlığın ve eğitimsel müdahalelerin kadınlar üzerinde olumlu etkileri olmaktadır (Hersch, Juraskova, Price, & Mullan, 2009). Ülkemizde yapılan bir çalışmada; histerektomi uygulanan kadınlara verilen eğitimin, kadınların beden imajı ve benlik saygısı düzeylerinin korumasına destek sağladığı belirlenmiştir (Yaman & Ayaz, 2015). Farklı çalışmalarda jinekolojik onkoloji cerrahisi sonrası

kadınlara yönelik eğitimsel müdahalelerin yer aldığı ev temelli bakım programları kadınların yaşam kalitelerinde artış sağlamıştır (Aktas & Terzioglu, 2015; Li, Huang, Zhang, & Li, 2016). Yurt dışında yapılan çalışmalarda, jinekolojik kanserli kadınlara psikososyal destek, gevşeme yöntemleri, kriz danışmalığı, semptomların ve yan etkilerin yönetimi gibi konuları kapsayan eğitimlerin verilmesinin yaşam kalitelerini olumlu etkilediği iletilmektedir (Chow, Chan, Chan, Choi, & Siu, 2014; Chow, Chan, Choi, & Chan, 2016; Noordegraaf et al., 2012; Powell et al., 2008).

Son yıllarda hastaların erken taburcu edilmesiyle birlikte hastalar iyileşme sürecinin önemli bir kısmını evde geçirmektedir (Ertem, 2010). İyileşme sürecinin tamamlanması beklenmeden taburculuğun gerçekleşmesi ile bakım ihtiyacı, taburculuk sonrası ev ortamına taşınmakta ve hasta ve ailesine bu süreci yönetme görevi düşmektedir. Hasta ve ailesi için taburculuk süreci; hastanedeki taburculuğa hazırlığın başladığı süreç, taburculuk ve taburculuk sonrası başedebilme süreci aşamalarından oluşmaktadır (Weiss et al., 2017). Ailenin bu süreçleri sağlıklı yönetebilmesi için taburculuk programlarının oluşturulması önemlidir. Taburculuk programı; eğitimin planlanması, uygulanması ve taburculuk sonrası izlemlerin koordinasyonunu içermektedir (Özen, 2012). Literatürde taburculuk programına yönelik araştırmalar son yıllarda artmaktadır. Kanserli bireylerle yapılan çalışmalarda, taburculuk programına dahil olan meme kanserli kadınların (Salmani, Imanipour, & Nasrabadi, 2018) ve akciğer kanserli bireylerin ( Korkmaz & Fadiloğlu, 2015) taburculuklarından 6 hafta sonra genel yaşam kalitelerinde artış belirlenmiştir. Devi ve ark. (2015), taburculuk eğitiminin histerektomi sonrası kadınlarda fiziksel ve psikolojik aktivite, beslenme, cinsel aktivite, duygusal stres gibi alanlarda iyileşme ile birlikte komplikasyonların önlenmesinde etkili olduğunu belirlemişlerdir (Devi, Sheoran, & Sarin, 2015).

Literatürde taburculuk (planlama) programlarının hasta merkezli ve yapılandırılmış olması (Ben-Morderchai, Herman, Kerzman, & Irony, 2010; Cajanding, 2017; Frank-Bader, Beltran, & Dojlidko, 2011; Noordegraaf et al., 2012; Rushton, Howarth, Grant, & Astin, 2017), bir teoriye/modele dayanması

önerilmektedir (Ekim & Ocakci, 2016; Korkmaz, 2007; Weiss et al., 2015). Hemşirelik modelleri, bireyi odak nokta olarak ele almakta, hemşirelik girişimlerinin mesleki boyut içinde değerlendirilmesini sağlamaktadır. Ayrıca, sistematize olan hemşirelik bilgi ve uygulamaları hemşirelere rehber olabilmektedir (Vicdan & Karabacak, 2014). Bu modellerden biri de bireyin yaşadığı durum ile baş edebilme mekanizmalarının etkinliğinin değerlendirildiği Roy Uyum Modeli (RUM)'dir. Roy Uyum Modeli (RUM), eğitimsel müdahale araştırmalarının kavramsal yapısında sıklıkla kullanılan bir model olup (Boğa, 2013; Shahed, Vanaki, & Tahmasebi, 2016; Vicdan & Karabacak, 2016), bireyi fizyolojik, psikolojik ve sosyolojik gereksinimler açısından bir bütün olarak ele almaktadır (Vicdan & Karabacak, 2016). Ülkemizde yapılan bir olgu sunumunda histerektomi sonrası bakımda RUM modelinin kullanımına yer verilmiştir (Vicdan & Demirel, 2015). Hindistan'da yürütülen bir çalışmada, serviks kanserli kadınlara RUM doğrultusunda verilen eğitimin genel yaşam kalitelerinde anlamlı artış sağladığı belirlenmiştir (Mathew & Devi, 2016). Farklı bir çalışmada RUM doğrultusunda verilen eğitimin total histerektomi sonrası cinsel fonksiyon ve eş desteği üzerinde olumlu etkisi olduğu belirlenmiştir (Elmoneim, Ghonemy, & Hassan, 2017).

Yirmi yıldan fazla süredir taburculukla ilgili çalışmalar yapılmaktadır fakat, literatürde jinekolojik onkoloji cerrahisi uygulanan hastalara yönelik yapılan çalışmalar değerlendirildiğinde, kavramsal yapı olarak RUM'un kullanıldığı bir taburculuk programına rastlanmamıştır. Jinekolojik onkoloji cerrahisi sonrası bireylerin fizyolojik, psikolojik ve sosyal alanda yaşadıkları sorunlar dikkate alındığında, taburculuk programında RUM'un kullanılması bu bireylerin bütünlük içinde ele alınabilmesi açısından yarar sağlayacağı öngörülmektedir.

## **1.2 - Araştırmanın Amacı**

Araştırma, jinekolojik onkoloji cerrahisi uygulanan hastalarda RUM doğrultusunda yapılandırılmış taburculuk programının hasta bakım sonuçlarına (yaşam kalitesi, başetme-uyum, benlik saygısı) etkisini belirlemek amacıyla planlanmış ve yürütülmüştür. RUM'a göre yapılandırılmış taburculuk programının,

jinekolojik onkoloji cerrahisi sonrası kadınların fonksiyonel yeterliliklerini daha çabuk kazanmalarını sağlayarak fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden uyumlarını hızlandıracağı; yaşam kalitelerini arttıracığı, benlik saygılarına olumlu katkı sağlayacağı öngörülmektedir.

### **1.3- Araştırmanın Hipotezleri**

**H<sub>1</sub>:** Jinekolojik onkoloji cerrahisi uygulanan müdahale grubundaki kadınların ameliyat öncesi yaşam kaliteleri kontrol grubuyla benzerdir.

**H<sub>2</sub>:** Jinekolojik onkoloji cerrahisi uygulanan müdahale grubundaki kadınların ameliyat öncesi baş etme ve uyum düzeyleri kontrol grubuyla benzerdir.

**H<sub>3</sub>:** Jinekolojik onkoloji cerrahisi uygulanan müdahale grubundaki kadınların ameliyat öncesi benlik saygıları kontrol grubuyla benzerdir.

**H<sub>4</sub>:** Jinekolojik onkoloji cerrahisi uygulanan müdahale grubundaki kadınların onüçüncü haftadaki yaşam kaliteleri kontrol grubuna göre yüksektir.

**H<sub>5</sub>:** Jinekolojik onkoloji cerrahisi uygulanan müdahale grubundaki kadınların onüçüncü haftadaki baş etme uyum düzeyleri kontrol grubuna göre yüksektir.

**H<sub>6</sub>:** Jinekolojik onkoloji cerrahisi uygulanan müdahale grubundaki kadınların onüçüncü haftadaki benlik saygıları kontrol grubuna göre yüksektir.

**H<sub>7</sub>:** Jinekolojik onkoloji cerrahisi uygulanan müdahale grubundaki kadınların onüçüncü haftadaki yaşam kaliteleri ameliyat öncesine göre yüksektir.

**H<sub>8</sub>:** Jinekolojik onkoloji cerrahisi uygulanan müdahale grubundaki kadınların onüçüncü haftadaki baş etme ve uyum düzeyleri ameliyat öncesine göre yüksektir.

**H<sub>9</sub>:** Jinekolojik onkoloji cerrahisi uygulanan müdahale grubundaki kadınların onüçüncü haftadaki benlik saygıları ameliyat öncesine göre yüksektir.

## **2- GENEL BİLGİLER**

### **2.1 –Jinekolojik Kanserler**

Jinekolojik kanserler; serviks, yumurtalık, uterus, fallop tüpleri, vajina ve vulva da dahil olmak üzere, kadın üreme organlarında ortaya çıkan anormal hücrelerin kontrolsüz büyümesi ve yayılımı ile tanımlanır (FWC, 2018). Amerikan Kanser Birliği'nin verilerine göre 2018 yılında 1.735.350 kanser vakası ve 110.070 jinekolojik kanser vakası gelişmiş, yaklaşık 32.120 kadın jinekolojik kansere bağlı hayatını kaybetmiştir (FWC, 2018; ACS, 2018a). Ülkemizde kadınlar arasında en sık görülen ilk 10 kanser arasında yer alan jinekolojik kanserler (serviks, endometrium, over kanserleri) tüm kadın kanserlerinin yaklaşık %12.0'ını oluşturmaktadır (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2018). Bu bölümde jinekolojik kanserler arasında en sık görülen serviks, endometrium ve over kanserleri hakkında bilgiler verilecektir.

#### **2.1.1– Serviks kanseri**

##### **2.1.1.1–Tanım**

Serviks kanseri, servikal yüzeyde oluşmaya başlamaktadır. Human Papilloma Virus (HPV) enfeksiyonu, kalıcı lezyonların ilerlemesi ve servikal neoplaziye dönüşmesi sonucu serviks epiteli kalınlaşmakta ve yapısı bozulmaktadır. Lezyonlar daha sonra herhangi bir yönde yayılabilmektedir. Örneğin; endoserviksten başlayıp servikse doğru ilerleyebilmektedir (Şahin, 2015).

##### **2.1.1.2–Epidemiyoloji ve etyoloji**

Serviks kanseri, dünya genelinde kadınları en çok etkileyen dört kanserden biridir. Papsmear ile tanınabilmesinden sonra servikal kansere bağlı ölüm oranları hızla azalmaktadır (Akyüz, 2012). Amerikan Kanser Birliği'nin verilerine göre 2018 yılında 13.240 yeni serviks kanseri vakası ve 4.170 ölüm vakası gerçekleşmiştir (FWC, 2018; ACS, 2018a). Türkiye kanser istatistiklerine göre ise serviks kanseri, kadınlarda en sık görülen ilk on kanser arasında dokuzuncu sıradadır (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2018).

Serviks kanserlerinin çoğunluğu onkojenik HPV tip onaltı ve onsekiz ile ilişkilidir. Serviks kanseri için en büyük risk; düzenli muayene ve papsmear taramasının eksikliğidir. Düşük sosyo-ekonomik durum, siyah ırk, aktif ve pasif sigara içiciliği, yirmi yaş öncesi cinsel ilişkinin başlaması, çok eşli cinsel yaşamın olması ve ilişki sırasında prezervatif kullanılmaması, 3 ve üzeri doğum sayısı, 5 yıldan fazla kombine oral kontraseptif kullanımı, HPV, klamidy gibi cinsel yolla bulaşan hastalıklar, tedavi edilmeyen diğer enfeksiyonlar, immunosüpresyon serviks kanseri riskini arttırmaktadır (Akyüz, 2012; Erol, 2015; Özerdoğan & Gürsoy, 2017).

### ***2.1.1.3-Tarama ve korunma***

Papsmear testi serviks kanserinin erken tanınmasını sağlayan, kolay uygulanabilen, etkin ve ucuz bir yöntemdir. Ülkelerin kendi sağlık politikalarına göre papsmear testi başlangıç yaşı ve tarama aralıkları bulunmaktadır (Numanoğlu, 2010). Ülkemizde Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri'nde (KETEM) uygulanan ulusal tarama programı; 30-65 yaş arasındaki bireylerde beş yılda bir HPV testi veya Pap-smear testi ile taramadır. Hedef popülasyon; otuz-kırk yaş arası kadınlardır. Son iki HPV veya Pap-smear testi negatif olan 65 yaşındaki kadınlarda tarama sonlandırılır (Sağlık Bakanlığı, 2019). Amerikan Kanser Birliği, taramaların yirmibir yaşında ve ilk cinsel ilişki sonrası 3 yıl içinde başlaması ve her yıl yapılması, otuz-altmışbeş yaşları arasında yapılan 3 tarama sonucu normal çıkan kadınların her 2-3 yılda bir tekrarlanmasını, altmış altı yaş ve üzeri kadınlarda son 3 veya normal sonuç elde edildiğinde taramanın sonlandırılmasını önermektedir (ACS, 2018a).

Serviks kanserine karşı diğer korunma yöntemi; serviks kanserlerinin %90'ından sorumlu HPV türlerine karşı etkili olan HPV aşılardır. Amerikan Kanser Derneği bu aşılardan 11-12 yaşındaki kız çocuklarına uygulanmasını önermekle birlikte 2016 tarihinde, Hastalık Kontrol Merkezi (CDC) bu aşılardan yirmi altı yaşına kadar uygulanabileceğini iletmiştir. HPV aşısı gelişen enfeksiyonlara karşı koruyucu olmamakla birlikte tüm HPV türlerine karşı da etkili



değildir (ACS, 2018a). Human papilloma virüs (HPV) aşısı ABD, Kanada, Almanya, Fransa, İsrail gibi ülkelerde rutin aşı takviminde yer almaktadır. Ülkemizde ise kuadrivalan aşı için 2007, bivalan aşı için 2008 yıllarında ruhsat alınmıştır (Eroğlu & Koç, 2014).

Serviks kanserinden bireysel korunma yöntemleri de mevcuttur. Düzenli ve tek eşli cinsel yaşamın sürdürülmesi, cinsel yolla bulaşan hastalıklardan ve genital enfeksiyonlardan korunulması, el yıkama alışkanlığının kazanılması, önden arkaya doğru perine temizliği yapılması, iç çamaşırının sık değiştirilmesi, menstrüasyon sırasında temiz ped kullanılması ve pedin sık değiştirilmesi, hergün duş şeklinde banyo yapma alışkanlığının kazanılması bu yöntemlerin başlıcalarıdır (Akyüz, 2012). Hemşirelerin serviks kanseri risk faktörleri, korunma yollarının, tarama yöntemlerinin, erken tanı ve tedavinin önemini topluma açıklamada, sağlık profesyonellerinin farkındalığını sağlamada önemli rolleri bulunmaktadır (Akyüz, 2012; Özerdoğan & Gürsoy, 2017; Şahin, 2015).

#### ***2.1.1.4- Belirti ve bulgular***

Serviks kanserinin tipik belirtileri; düzensiz ve postkoital kanamalar, kötü kokulu akıntıdır. İleri dönemde bacağına vuran pelvik ağrı, kilo kaybı, anemi, ateş, metastatik belirtiler, rektal kanama, hematüri, idrar yapmada güçlük görülmektedir. Hastanın prognozu; yaş, HIV enfeksiyonu varlığı, trombositosis, anemi, diyabet varlığı, tümörün boyutu, invazyon derinliği, lenf nodu tutulumu gibi faktörlere bağlı olarak değişebilmektedir (Numanoğlu, 2010).

#### ***2.1.1.5-Yayılmı***

Servikal kanser genellikle düzenli bir yayılım izlemektedir. Tümör hücreleri ilk olarak lenfatik damarlara ve lenf nodlarına geçmektedir. Primer tümör, serviks sınırlarını aştığında vajinanın üst kısmı tutulmaktadır. Kan yoluyla sıklıkla akciğer, karaciğer ve kemiği içeren metastazlar gerçekleşmektedir (Akyüz, 2012; Ignatavicius, 2016). Uluslararası Jinekoloji ve Obstetri Federasyonu (FIGO) serviks kanserini 4 evrede gruplandırmıştır. Evre 1'de kanser servikste sınırlıdır ve

yaklaşık %76 sağkalım vardır. Evre 2'de vajenin üçte birlik kısmına yayılmıştır pelvik duvara yayılım yoktur ve %73 sağ kalım mevcuttur. Evre 3'te kanser vajen altına yayılmıştır ve sağkalım yaklaşık %40'tır. Evre 4'te pelvis dışına yayılım vardır ve %9-22 arasında değişen sağkalım oranı mevcuttur (Akyüz, 2012).

#### ***2.1.1.6-Tanımlama ve muayene bulguları***

Serviks kanserinin tanınmasında; papsmear, kolposkopi, biyopsi, sistoskopi gibi yöntemler kullanılmaktadır. Serviks kanserli kadınların çoğunda fizik muayene bulguları normal iken; ilerlemiş hastalığı olanlarda büyümüş supraklaviküler ya da inguinal lenfadenopati, alt ekstremitelerde ödem, asit, azalmış solunum sesleri, metastazlar görülmektedir. Gelişmiş lezyonların araştırılması için ayrıntılı dış genital ve vajinal muayene yapılmaktadır (Numanoğlu, 2010).

#### ***2.1.1.7-Tedavi***

Serviks kanserinin tedavisi hastanın yaşı, genel sağlık düzeyi ve hastalığın evresine göre değişmektedir. Cerrahi (total histerektomi), kemoterapi (KT) ve radyoterapi (RT) uygulanmaktadır. Önceden cerrahi ile tedavi edilen hastalarda, tekrarlama olduğunda ve/veya geçici olarak pelvik RT verilebilmektedir (Akyüz, 2012).

### ***2.1.2- Endometrium (uterus korpusu) kanseri***

#### ***2.1.2.1-Tanım***

Endometrium kanseri, uterusun iç kısmındaki epitel tabakasında gelişmekte, tümör servikse yakın bir yerden başlamakta, pelvik, para-aortik lenf nodları tutulumu arttıkça uterusun diğer kısımlarına yayılmaktadır. Endometriumdaki hiperplazi sitolojik değişikliğin ilk belirtisidir. Adenokarsinomlar (%75-80) endometrial kanserlerin çoğunluğunu oluşturmaktadır (Aslan, 2015).

#### ***2.1.2.2- Epidemiyoloji ve etyoloji***

Endometrium kanseri, Amerika'da en sık görülen jinekolojik kanserdir. Amerikan Kanser Derneği'nin verilerine göre; 2012 verilerine göre dünyada 319.600

uterus kanseriyle birlikte 265.000 ölüm vakası görülmüştür. 2018 yılında ise 63.230 yeni vakayla birlikte 11.350 ölüm vakası geliştiği iletilmektedir.. Gelişmekte olan ülkelerde yeni vaka sayıları gelişmiş ülkelere göre daha fazla olmaktadır (ACS, 2018a). Ülkemizde ise endometrium kanseri kadınlarda en sık görülen dördüncü kanser türüdür (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2018).

Endometrium kanserinin başlıca risk faktörleri; obezite, uzun süre karşılanmamış östrojene maruz kalma, erken menarş-geç menopoz, hiç doğum yapmamış olmak, polikistik over, bozulmuş karbonhidrat ve lipit metabolizması, diyabet, hipertansiyon ve safra kesesi gibi eşlik eden hastalıklar, ileri yaş, sigara kullanımı ve genetikdir (Erol, 2015; Numanoğlu, 2010).

### ***2.1.2.3- Korunma***

Günümüzde endometrium kanseri riski olan kadınlar için duyarlı, rutin ve özel bir tarama testi bulunmamaktadır, fakat endometrium kanseri riskleri ve semptomları hakkında risk gruplarının eğitiminde hemşirenin sorumluluğu bulunmaktadır. Ailesinde endometrium ve meme kanseri olanların yıllık jinekolojik muayenelerini yaptırmaları, uzun süreli ve kontrolsüz östrojenin etkisinden kaçınmaları önemlidir (Akyüz, 2012).

### ***2.1.2.4- Belirti ve bulgular***

Endometrium kanserinde en sık görülen belirtiler; postmenopozal kanama veya menstrüasyon düzensizliği, anemi, sırt ve karın ağrısı, mesane ve barsak sorunlarıdır. Vakaların büyük çoğunluğuna (%67) postmenopozal dönem kanamalarına bağlı erken dönemde tanı konmaktadır (Akyüz, 2012; Ignatavicius, 2016).

### ***2.1.2.5- Yayılımı***

Endometrium kanseri; lenf yoluyla overlere, pelvik, parametrial inguinal ve paraaortik lenf nodlarına; kan yoluyla akciğerler, karaciğer ve kemiğe; seroza yoluyla periton boşluğuna yayılmaktadır (Akyüz, 2012; Ignatavicius, 2016). FIGO, endometrium kanserini 4 evrede gruplandırmıştır. Evre 1'de tümör korpusta,

endometrium ile sınırlıdır ve hastaliksız sağkalım %90'dır. Evre 2'de korpus ve serviks tutulumu mevcuttur ve hastaliksız sağkalım %83'tür. Evre 3'te tümör serozaya, tüplere, vajene, pelvik paraaortik lenf nodlarına yayılmıştır ve %43 hastaliksız sağkalım mevcuttur. Evre 4'te mesane, rektum ve pelvis dışına metastazlar mevcuttur ve sağkalım yoktur (Akyüz, 2012).

#### ***2.1.2.6- Tanılama ve muayene bulguları***

Endometrial dokunun histolojik olarak incelenmesi, biyopsi, histereskopi, sistoskopi gibi yöntemlerle endometrium kanseri tanısı konulmaktadır (Numanoğlu, 2010). Muayene; lenf nodlarının gözlemlenmesi (özellikle supraklavikular ve inguinal lenf nodları), akciğerlerin durumu, abdomende hastalığın bulguları, tam bir pelvik muayene şeklinde olmakta, servikal ya da vajinal enfeksiyon varlığı, akıntının rengi, miktarı, kokusu ve özelliği, servikal polip varlığı değerlendirilmektedir. Metastatik durumlarda lenf nodları ele gelmektedir (Aslan, 2015).

#### ***2.1.2.7- Tedavi***

Endometrium kanserinin tedavi yöntemleri hastalığın evresine bağlı olarak cerrahi, RT, KT, hormonoterapidir. Cerrahi olarak TAH-BSO (total abdominal histerektomi ve bilateral salpengo-ooferektomi), sitoloji, ilerlemiş durumlarda bilateral lenf nodu diseksiyonu (BLND) yapılabilmektedir. Servikal tutulum varsa radikal cerrahi uygulanmaktadır. Cerrahi girişimden sonra adjuvan KT, RT ve uygun görülen durumlarda hormonoterapi yapılmaktadır (Akyüz, 2012).

#### ***2.1.3- Over kanseri***

##### ***2.1.3.1- Tanım***

Overler; germ, epitelyal ve strome hücrelerinden oluşmaktadır. Tümörler bu hücre tiplerinden gelişebilmektedir. Over kanserlerin çoğunluğu (%90-95) epitelyal kanserlerdir ve bu tiplerin içinde seröz kanserler en sık görülen tipleridir (Mete, Uludağ, & Ertuğrul, 2017). Hastaların %30'unda tümör bilateral olup tek overden diğerine geçiş yapmıştır (Akyüz, 2012).

### ***2.1.3.2- Epidemiyoloji ve etyoloji***

Over kanserleri sessiz bir yayılım göstermektedir. Bu nedenle tanı konulduğunda genellikle kanser ileri evrede olup, sağkalım oranları düşüktür. Lokal ve sessiz bir yayılım ile pelvis ve abdominal boşluğa yayılabilmektedir (Akyuz, 2008; Numanoglu, 2010). Epitelyal over kanserleri, malign over tümörlerinin %90-95'ini oluşturmaktadır (Numanoglu, 2010). Tıp alanındaki gelişmelere rağmen birçok kadında hastalık tekrarlayabilmektedir (Akyüz, 2012). Amerikan Kanser Derneği'nin 2012 verilerine göre dünyada 238.700 over kanseri vakası ve 151.900 ölüm vakası gerçekleşmiştir. 2018 yılında ise, 22.240 yeni over kanseri tanısıyla birlikte 14.070 ölüm vakası gerçekleşmiştir (Society, 2018a). Türkiye kanser istatistiklerine göre over kanseri, kadınlarda en sık görülen ilk 10 kanser arasında yedinci sıradadır (Türk Halk Sağlığı Kurumu, 2018).

Over kanseri gelişimi; çoğunlukla üreme organı, çevre ve genetik faktörlerle ilişkilidir. İleri yaş, hayvansal kökenli yağdan zengin beslenmek, sigara ve alkol tüketimi, meme, kolon ve endometrium kanseri öyküsü, birinci derece akrabalarda over ve meme kanseri öyküsünün bulunması, infertilite, nulliparite, anovülasyon, dismenore öyküsü, geç menarş-erken menopoz öyküsü önemli risk faktörleridir (Akyüz, 2012; Numanoglu, 2010).

### ***2.1.3.3- Tarama ve korunma***

Over kanserinden korunma; özellikle aileye ait öyküsü pozitif olanların yıllık pelvik muayene yaptırması ve her ay kendi kendine meme muayenesi yapması ile sağlanır. Kadınların eğitiminde hemşirenin önemli sorumluluğu vardır. Hasta ve ailesinin duygularını sağlıklı bir şekilde ifade etmelerini sağlamak, hasta ve aileyi cesaretlendirmek, bilgi ve beceri gerektiren durumlarda destek sağlamak gerekmektedir (Akyüz, 2012). Over kanseri için koruyucu faktörler; gebelik, emzirme, oral kontraseptif kullanma, tubal ligasyon ve ooferektomidir (Beji, 2015).

#### ***2.1.3.4- Belirti ve bulgular***

Erken evrede belirti vermeyen over kanseri tanı konulduğunda hastalık ilerlemiş olabilmektedir. Abdominal rahatsızlıklar, hazımsızlık, gaz yakınması, kilo kaybı/artışı, iştahsızlık gibi gastrointestinal belirtiler, overlerde büyüme, batın içi ağrı, asit, intestinal tıkanıklıklar, sık idrara çıkma, solunum sıkıntısı, menoraji, göğüslerde hasssiyet over kanserinde sık görülen belirtilerdir (Akyüz, 2012; Numanoglu, 2010).

#### ***2.1.3.5- Yayılımı***

Over kanserinde yayılım, herhangi bir yüzeye ve omentuma, retroperitoneal lenf nodlarına gerçekleşebilmektedir (Akyüz, 2012). FIGO, over kanserini 4 evrede gruplandırmıştır. Evre 1’de; kanser sadece overlerle sınırlıdır ve sağkalım %73’tür. Evre 2’de; kanser overlerin dışına taşmış olup pelvis sınırları içinde büyümektedir ve sağkalım %45’tir. Evre 3’te kanser karın boşluğuna yayılmış olup %21 sağkalım mevcuttur. Evre 4’te ise, kanser overden uzak diğer organlara metastaz yapmıştır ve sağkalım %5’ten daha azdır (Semra & Ertem, 2017).

#### ***2.1.3.6- Tanılama ve muayene bulguları***

Over kanserini tanılamada; pelvik muayene, ultrasonografi ve CA-125 ölçümü en çok kullanılan yöntemlerdir (Ergin, 2015). Pelvik ultrasonografide overlerin büyümesi, kistik ve solid yapılar içermesi, peritoneal sıvıdan alınan sitolojik örnekler tanıda yardımcıdır. Over kanseri olan hastaların çoğunda pelvik ya da abdomino-pelvik bir kitle palpe edilmektedir (Akyüz, 2012; Numanoglu, 2010).

#### ***2.1.3.7- Tedavi***

Over kanserinde tedavi; hastanın yaşına, genel durumuna, tümörün yapısı, evresi ve yayılımına göre planlanmaktadır. Cerrahi, KT, RT, hormonoterapi tedavi seçenekleridir. Cerrahide; TAH, BSO, omentumun kısmen ya da tamamen çıkarılması, lenf nodülü ve diğer dokuların çıkarılması, debulking cerrahi uygulanabilmektedir (Ergin, 2015).

## **2.2- Jinekolojik Kanserlerin Tedavi Yöntemleri**

Jinekolojik kanserlerde cerrahi girişim, kanser olgusunu araştırmak/saptamak, rezek ederek tedavi etmek, daha önce tanısı konulan kanserin nüks edip etmediğini belirlemek ya da semptomları hafifletmek (palyatif) amacıyla uygulanmaktadır. Kanserin evresi ve hastanın durumuna bağlı yapılan cerrahi türü değişebilmektedir (Akyolcu, 2015; Kendrick, Ercolano, & McCorkle, 2011). Genellikle temel tedavi yöntemi cerrahi olup; histerektomi, BSO, lenf nodu diseksiyonu, omentektomi ve etraf dokusunun çıkartılması uygulanan bazı işlemlerdir. Hastalara adjuvan KT ve/veya RT uygulanabilmektedir (McCorkle et al., 2009). Bu kısımda jinekolojik kanserlerin tedavisinde uygulanan bazı cerrahi yöntemleri ve KT'ye yönelik bilgiler verilecektir.

### ***2.2.1-Jinekolojik onkoloji cerrahisinde uygulanan bazı yöntemler***

#### ***2.2.1.1-Histerektomi***

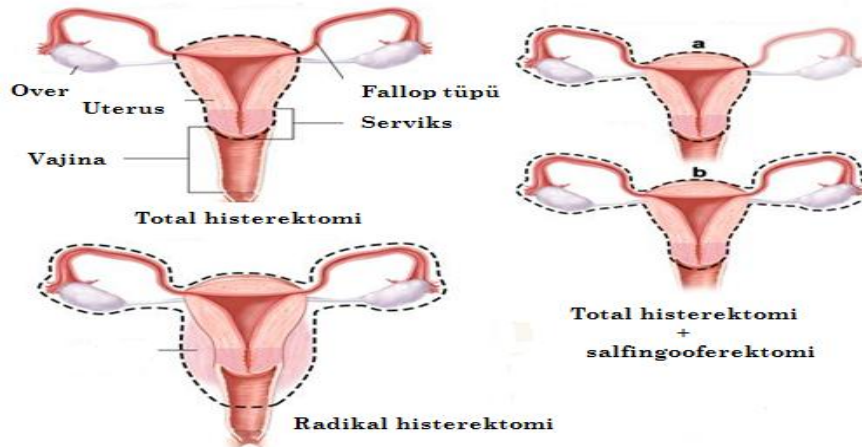
Histerektomi, uterusun cerrahi olarak çıkartılmasıdır. Jinekolojik kanserler, büyük miyomlar, ciddi dismenore ve menorajinin bulunduğu endometriyozis vakaları, ciddi pelvik enfeksiyonlar, uterus prolapsusu ve rüptürü, septik abortus gibi hem benign hem de malign nedenlere bağlı en sık uygulanan majör ameliyatlardan birisidir (Taşkın, 2012). Histerektomi; başlıca laporoskopik, vajinal, abdominal, robotik olmak üzere farklı şekillerde yapılmaktadır.

*Laparoskopik histerektomi;* büyük kesiler yapılmadan birden fazla küçük kesikler yardımıyla karın içerisine girilerek uterusun çıkarılmasıdır (ACS, 2018c). *Vajinal histerektomi;* uterusun vajenden ulaşılarak çıkarılmasıdır. İnkontinans, prolapsus sorunlarının tedavisinde tercih edilmektedir (Bolsoy, 2015; ACS, 2018c). *Abdominal histerektomi;* büyük tümörlerin varlığında, uterusla birlikte tüplerin de alınması gerektiği ve vajinal histerektominin kontraendike olduğu olgularda uygulanmaktadır. Radikal, total ve subtotal olmak üzere üç şekilde yapılmaktadır. *Radikal histerektomi;* uterus, serviks, fallop tüpleri, overlere ek olarak lenf nodlarının diseksiyonunu ve üst vajina ile parametriumların çıkarılması işlemidir.

*Total histerektomi*; sadece uterus ve serviksin (TAH) çıkarılmasıdır. Endikasyon durumuna göre fallop tüpleri ve overlerin de çıkarılması ile “panhisterektomi” veya “total abdominal histerektomi ve bilateral salpingo-oferektomi” (TAH+BSO) adımları alır. *Subtotal histerektomi*; serviksin yerinde bırakılıp sadece uterusun distal kısmının çıkarılmasıdır (Bolsoy, 2015).

### **2.2.1.2-Bilateral salpingo-ooferektomi (BSO)**

Bilateral salpingo-ooferektomi (BSO), her iki taraftaki fallop tüpleri (salpingo) ve yumurtalıkların çıkartılması işlemidir. BSO ile hasta, cerrahi olarak menopoza girmektedir (Numanoğlu, 2010). Doğal menopozda foliküllerin tükenmesi yavaş yavaş gelişir ve vücut bu duruma adapte olabilmektedir. Cerrahiye bağlı menopoza girilmesi durumunda bu süreç ani olarak gerçekleşir. Bu nedenle cerrahi menopozda semptomlar doğal menopoza göre daha şiddetli olabilmektedir (Demirci, 2015). Östrojen ve androjen hormonlarındaki ani düşüşler; üriner sistem enfeksiyonları, duygusal değişkenlik, vajinal kuruluk ve dispareni gibi şikayetlerde artışa neden olmaktadır (Aygin & Pektemek, 2018; Carter, Stabile, Gunn, & Sonoda, 2013). Kadınlarda doğurganlık yeteneğinin ve kadınlık rolünün kaybedilmesi, eş ile iletişiminin bozulacağı ve fiziki gücün kaybedileceği gibi korku ve endişeler görülmektedir (Bolsoy, 2015; Özdemir & Pasinlioğlu, 2009). Bunlar dışında histerektomi ile birlikte BSO'nun yapılması meme ve over kanseri riskini de azaltmaktadır (Lonnee-Hoffmann & Pinas, 2014; Oskay, Beji, Bal, & Yılmaz, 2011).



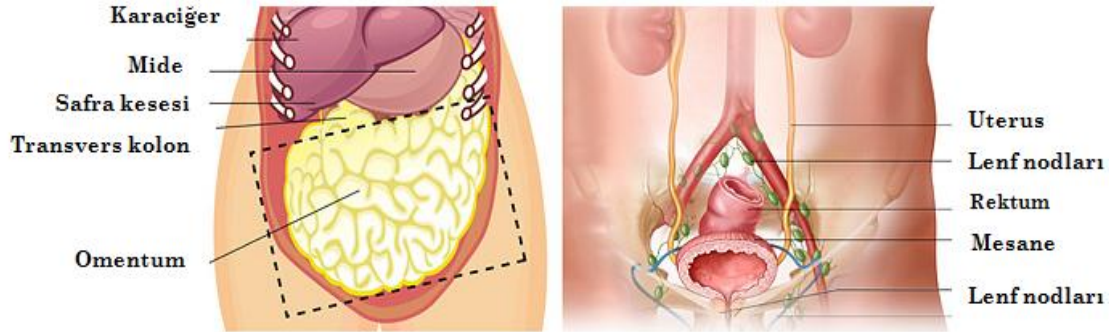
**Şekil 2.1.**Histerektomi ve salpingooferektomi

(<https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/radical-hysterectomy>)



### **2.2.1.3-Pelvik lenfadenektomi (PLND) ve para-aortik lenfadenektomi**

Pelvik lenf nodlarının çıkarılması (PLND), cerrahi evrelemenin önemli adımlarından biridir ve genellikle uterus, over ve serviks kanserli hastalarda yapılır. PLND; kommon iliak arterin orta noktası, sirkumfleks iliak ven, psoas kasının orta kısmı, üreter ve obtuator sinir sınırları içindeki lenf nodlarının tamamının çıkarılmasıdır (Numanoğlu, 2010). Lenf nodlarının çıkartılması bacaklardaki lenf drenajının bozulmasına ve lenfödem adı verilen duruma neden olabilmektedir (ACS, 2018c). Para-aortik lenfadenektomi anatomik sınırları kesin olarak tanımlanmış bir alandaki lenf nodlarının çıkartılması işlemidir. Bu sınırlar inferior mezenterik arter, orta kommon iliak arter, üreter ve aortayı kapsamaktadır. İşlem genellikle açık olarak yapılmaktadır. Cerrahi sonrası süreç genel olarak laparotomi sonrası süreçle benzerdir (Numanoğlu, 2010).



**Şekil 2.2.** Omentum ve pelvik lenf nodları (<https://www.singhealth.com.sg/patient-care/conditions-treatments/ovarian-cancer-surgery/treatment>)

### **2.2.1.4-Omentektomi**

Omentum, karın boşluğundaki periton kıvrımlarıdır. Omentum genellikle tümörün debulkingi ya da kanser evrelemesi amaçlarıyla çıkarılmaktadır. Omentektomi rutin olarak over kanseri ya da belirgin metastazı olmayan uterin papiller seröz karsinomu olan hastaların evrelendirilmesinde de yapılmaktadır. İşlem sonrası genel olarak antibiyotik profilaksisi uygulanmaktadır (Numanoğlu, 2010).

### **2.2.2- Kemoterapi (KT)**

Kemoterapi (KT), kanser hücrelerini öldürmek ya da kontrol altına almak için intravenöz ya da oral yollarla uygulanan ilaç tedavisidir. Tedavi süresi hastalık ve genel duruma göre değişmektedir. KT; tedavi sürecini takip eden dinlenme sürecini içeren kürler şeklinde uygulanmaktadır. Sıklıkla iki çeşit ilaç kombinasyonu uygulanmaktadır. KT ilaçları kanser hücreleri ile birlikte normal sağlıklı hücreleri de öldürerek vücutta yan etkilere neden olmaktadır. Bulantı-kusma, tat alma duyusunda değişiklik, saç dökülmesi, mukozitler, anemi, kanama sorunları, enfeksiyon riski, infertilite gibi yan etkiler ortak en çok görülen yan etkilerdir. Tedaviler bittiğinde, görülen yan etkilerin çoğunluğu bitmektedir (NCCN, 2018; ACS, 2018b).

### **2.3-Jinekolojik Onkoloji Cerrahisinde Hemşirelik Girişimleri**

Hemşirelik bakımının koordinasyonu, hastanın taburculuğu sırasında ya da bakım gereksinimleri değiştiğinde tüm fiziksel ve psikososyal ihtiyaçları gidermek açısından önemlidir. Bu açıdan kapsamlı ve bütüncül hemşirelik bakım yönetimi büyük önem taşımaktadır (Akyüz, 2012). Jinekolojik cerrahilerde bakım rutin cerrahi bakıma benzemektedir. Hasta ve ailesinin hastalık ve tedavi süreci hakkında bilgilendirilmesini sağlamak, kadının fiziksel sorunlarını erken tanılamak ve uygun girişimlerde bulunmak (Akyüz, 2012), düzenli izlemin önemini öğretmek ve riskli davranışların değiştirilmesini sağlamak (Şahin, 2015) ilk aşamada önemlidir.

Hemşirenin *fizyolojik gereksinimlere* yönelik girişimleri; cerrahi sonrasında derin solunum-öksürük egzersizlerinin, yatak içi egzersizlerinin, antiembolik çorap kullanımının öğretilmesi, erken mobilizasyonun sağlanması, hastanın yara bakımına katılımının sağlanması, vital bulguların takip edilmesi, beslenmenin ve hidrasyonun sağlanması, bacaklarda ödem oluşumuna yönelik bilgilendirme, uyku/dinlenme durumunun değerlendirilmesi, derin ven trombozunun değerlendirilmesi (Şahin, 2015), enfeksiyon belirtilerinin gözlenmesi, analjezik tedavisinin yapılması, konstipasyonun önlenmesi şeklinde sıralanabilir (Beji, 2015).

KT alan/alacak hastalar yan etkiler hakkında, kolostomi açılan hastalar da stoma bakımı hakkında bilgilendirilmelidir (Akyüz, 2012).

Hastalar ve aileleri; yorucu, moral bozucu ve pahalı işlemlere, uygulanan tedavi ve yan etkilere dayanabilmesi için “güce” ihtiyaç duymaktadır. Bu gücün (bilgi, fiziksel güç, psikolojik destek gibi) sağlanmasında hemşirelerin önemli sorumlulukları vardır (Şahin, 2015). Tedavi amaçlı BSO uygulanmışsa, bu durumun kadınları fiziksel, psikososyal ve emosyonel olarak etkileyeceği unutulmamalıdır. Kadının değişen yaşam stiline, beden imajına, cinsel yaşamına uyum sağlaması ve baş edebilmesini sağlamak için danışmalık verilmesi, gerektiğinde uzmanlara yönlendirilmesi *benlik algılarının desteklenmesine* yönelik hemşirelik girişimleridir (Beji, 2015).

Hasta yakınlarının tedavi aşamasındaki desteği hastaya yardımcı olmaktadır. Bu nedenle kadınlara tedavi planlarını ailesi, arkadaşları ve iş arkadaşlarıyla paylaşmaları önerilmelidir. Kadının rol fonksiyonlarını sürdürmesi desteklenmelidir. Çamaşır yıkama, yemek yapma, alışveriş, okuldan çocukların alınması gibi önemli/öncelikli işlerin ve sorumlulukları listesinin yapılması, tedaviler sırasında yaşamda değişiklikler olabileceği ve bu durumun zayıflık olarak algılanmaması gerektiği, hastanın kendisiyle ilgili hissettiklerini eşi, ailesi ve arkadaşlarıyla paylaşabileceği, KT süresince yakınlarından yardım isteyebileceği, kanserle yaşamada kanserle uğraşmak yerine zihni ve bedeni stresle baş edebilmeye, stresi yönetmeye ve mümkün olduğunca tedaviye, yaşam kalitesine, aile ve arkadaşlarıyla geçirmeye odaklayabilmesi gibi öneriler hasta ve ailesi için yardımcı olabilecektir (Beji, 2015). Bunlar, kadınların *rol fonksiyon alanlarını* desteklemeye yönelik başlıca hemşirelik girişimleridir.

Cerrahi sonrası taburculuklarında kadınlara *dikkat etmeleri gereken durumlara* yönelik bilgilendirme yapılmalıdır. Kadınlar birkaç hafta ağır kaldırmaktan ve yorucu aktivitelerden uzak durmalı, vajinal duş uygulamamalı, tampon kullanmamalı ve hekim önerisine göre cinsel ilişkiye başlamalıdır (Şahin, 2015). Kilo kaybı, tek taraflı bacak ödemi, pelvik ağrı, kanlı-sulu vajinal akıntı,

idrar yapamama, lenf büyümesi gibi hastalığın tekrarladığını gösteren belirtiler hasta ve ailesine öğretilmelidir ve düzenli olarak kontrole gelmelerinin önemi vurgulanmalıdır (Akyüz, 2012). Kadınlara sağlıklı yaşam tarzı vurgulanmalıdır. Yaşam tarzındaki olumlu değişimler hastalığın algılanması üzerinde etkili olmaktadır (van Broekhoven et al., 2017). İlerleyen hastalığı olan kadınlar için yaşam kalitesi ve bakım kalitesinin mümkün olan en üst düzeye çıkarılması önemlidir (Akyüz, 2012).

## **2.4 – Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi ve Yaşam Kalitesi**

### ***2.4.1- Yaşam kalitesi***

Yaşam kalitesi; hastalık veya tedaviye bağlı yaşamın etkilendiği bir zamanda hastanın tanımladığı iyilik ve memnuniyet derecesidir. Bu nedenle yaşam kalitesi; fiziksel, sosyal, duygusal, fonksiyonel, seksüel ve spiritüel iyilik kavramlarını içeren çok boyutlu bir kavramdır (Karabinis, Koukourikos, & Tsaloglidou, 2015; Muliira, Salas, & O'Brien, 2017). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün yaşam kalitesi tanımı; bireyin amaçları, beklentileri doğrultusunda bağlı olduğu kültürel değerler sistemi içinde kendi konumunu algılamasıdır. Fiziksel, psikosyal, çevresel ve sosyal alanlar sağlığın tanımında da değerlendirildiği için yaşam kalitesinin arttırılmasında bu kriterler dikkate alınmalıdır (Nanjaiiah, Roopadevi, & Khan, 2017). Yaşam kalitesi, hasta bakım sonuçlarının değerlendirilmesinde de önemli bir parametredir. Yaşam kalitesinin tedaviler öncesi ve sonrasında belirlenen aralıklarla ölçülerek uygulanan müdahale ya da izlemlerin etkileri değerlendirilmelidir (Regino et al., 2017).

### ***2.4.2- Jinekolojik onkoloji cerrahisi uygulanan hastalarda yaşam kalitesi***

Kanser tanısı ve sonrası yaşam süresindeki artışlara bağlı olarak iki önemli konu önem kazanmaktadır; birincisi kanserin önlenmesi ve erken tanısı, ikincisi de kanser hastalarının yaşam kalitelerinin arttırılmasıdır (Nanjaiiah et al., 2017). Kanser başarılı bir şekilde tedavi edilmiş ve yaşam süresi uzatılmış bile olsa fiziksel, psikosyal ve ruhsal açıdan yaşam kalitesi en iyi seviyeye getirilmelidir (Chase, Wong, Wenzel, & Monk, 2017). Jinekolojik kanserli kadınların yaşam

kalitelerinin belirlenmesi; daha kapsamlı ve daha kaliteli bir hemşirelik bakımının planlanması ve uygulanmasını da sağlayacaktır (Akkuzu, 2012; Muliira et al., 2017; Wu et al., 2017). Hastalara yönelik uygulanan girişimler sadece yaşam kalitesini arttırmakla kalmayıp, hastanın bağışıklık ve nörohormonal durumunu iyileştirerek hastalık evresi üzerinde de etkili olacaktır (Chase et al., 2017).

Jinekolojik kanserlerin başlıca tedavisi cerrahi, KT, RT, hormonterapi olup, bu süreçler kadınları fizyolojik, psikolojik, psikososyal ve cinsel açıdan etkilemektedir (Abbott-Anderson & Kwekkeboom, 2012; Demirtas & Pinar, 2014; Izycki et al., 2016; Reis et al., 2010). Ağrı, bulantı, iştahsızlık, boşaltım ve üriner sisteme ait sorunlar (Lethaby, 2012; Li et al., 2016), derin ven trombozu, pulmoner emboli (Pinar et al., 2017; Wisser et al., 2013), hastalığın tekrarlanması, cerrahi alan enfeksiyonu, lenfödem (Pinar et al., 2017) hastaların sıklıkla karşılaştığı fizyolojik sorunlardır. Yapılan bir çalışmada, jinekolojik cerrahi sonrası ürolojik ve barsaklara yönelik komplikasyonlar ve lenfödem en çok görülen sorunlar olarak belirlenmiş ve bu sorunlara bağlı olarak kadınların yaşam kaliteleri düşük olarak saptanmıştır (Omichi et al., 2017). Jinekolojik kanserli ve sağlıklı bireylerle yapılan bir çalışmada ise kanserli kadınların fiziksel alt boyuta ait yaşam kaliteleri düşük saptanmıştır (Hsieh, Chen, Hsiao, & Shun, 2014).

Hastalar, insizyon varlığı ve ağrısı nedeniyle günlük aktivitelerden ve toplumsal aktivitelerden uzaklaşabilmektedirler (Çetinkaya, 2017). Akkuzu ve ark. (2014) jinekolojik cerrahi sonrası kadınların günlük ev işleri, merdiven inme-çıkma, normal hızda yürüme, yük taşımada zorlanma gibi bazı günlük aktivitelerde zorlandıklarını belirlemişlerdir (Akkuzu, Talas, & Ortaç, 2014). Cowan ve ark.(2016)'nın çalışmasında; jinekolojik cerrahi sonrası 6 hafta içinde kadınların en çok geri dönüş yaptıkları durumlar; güç gerektiren aktivitelerde zorlanma, konstipasyon, ağrı, bulantı ve yorgunluk olmuştur (Cowan et al., 2016).

Jinekolojik kanserler, kadınların üreme organlarına verdikleri anlam nedeniyle büyük önem taşımaktadır. Üremenin sembolü kabul edilen yumurtalık ve rahmin çıkartılması, ani ve erken menapoza girilmesi kadınlık ve üremede kayıp

olarak algılanabilmektedir (Aktas & Terzioglu, 2015; Pearce et al., 2014). Östrojen ve androjen hormonlarındaki ani düşüşler; üriner sistem enfeksiyonları, duygusal değişkenlik, vajinal kuruluk ve dispareni gibi şikayetlerde artışa neden olmaktadır. Bu durumlar da yaşam kalitesini düşürmektedir (Carter et al., 2013). Yapılan çalışmalarda jinekolojik kanser tanısının ve tedavi sürecinin özellikle cerrahi işlemlerin; kadınların cinsel hayat, beden imgesi, fertilité, kadın rol fonksiyonu üzerinde olumsuz etkilerinin olduğu (Bifulco et al., 2012; Carter et al., 2013; Reis et al., 2010), başedebilme süreçlerinin etkilendiği (Levin et al., 2010) bunlara bağlı yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği (Bae & Park, 2016; Bifulco et al., 2012; Carter et al., 2013; Levin et al., 2010; Novackova et al., 2015; Reis et al., 2010) belirlenmiştir. Bu nedenle jinekolojik kanser tedavisinde danışmanlık ve eğitim verilmesi kadınların yaşam kalitesini arttıracaktır (Bae & Park, 2016).

Jinekolojik kanser ve tedavileri; eş, aile ve kişilerarası ilişkilerde, rol fonksiyon alanlarında olumsuz sonuçlara neden olmakta ve bireyler daha önceki rollerine dönmekte zorlanmaktadır (Izycki et al., 2016). Kadınlar aile, çalışma ve ekonomik hayatlarında sorunlar yaşarken (Cox et al., 2008), kanser ve tedavi süreci aile bireylerini de etkilemektedir (Izycki et al., 2016). Akyüz ve ark. (2008)'nin çalışmalarında kanser tedavisi sırasında kadınlar ve eşlerinin fiziksel ve psikososyal sorunlar yaşadıkları belirlenmiştir. Aynı çalışmada kadınlar, kendi bakımlarında ve daha önce kolaylıkla yaptıkları işlerde başkalarına bağımlı olduklarını, ev içindeki rollerinin ve sorumluluklarının çoğunlukla eşleri, yetişkin çocukları ya da akrabaları arasında paylaşıldığını iletmişlerdir (Akyuz, 2008). Jinekolojik kanserlerin ve tedavi süreçlerinin kadınlarda yarattığı bu sorunlar dolaylı olarak yaşam kalitelerini de etkilemektedir (Akkuzu, 2012). Lauszus ve ark. (2016), jinekolojik cerrahi sonrası 30 günlük süreçte kadınların fiziksel ve rol fonksiyonlarının azaldığını saptamışlardır (Lauszus, Kallfa, & Madsen, 2016).

Hastalara eğitim ve gerekli desteğin sağlanarak yaşam kalitesinin arttırılması sağlık çalışanlarının hasta takiplerinin bir parçası ve önceliği olmalıdır (Reis et al., 2010). Jinekolojik kanser tedavisi sonrasında kadınların ihtiyaç duydukları desteğin

sağlanmaması yüksek anksiyete, depresyon, post-travmatik semptomlarla birlikte düşük yaşam kalitesi (Urbaniec, Collins, Denson, & Whitford, 2011) sorunlarına neden olmaktadır. Kanser tedavisi sırasında sadece fiziksel sorunların yönetimi yeterli olmamaktadır. Fiziksel ve psikolojik sorunlar birarada görülmektedir. Chase (2017), kanser hastalarının yaklaşık %25'inin hastalıkları süresince çözülmeyen fiziksel sorunlarla birlikte psikolojik sorunlar da yaşamakta olduğunu ve bu durumun kadınların yaşam kalitelerini olumsuz etkilediğini belirlemiştir (Chase et al., 2017). Bu nedenle sağlık çalışanları kanser hastalarının fiziksel sorunlarla birlikte; psikososyal ve duygusal ihtiyaçlarının olduğunu, belirsizlik ve tedaviye yönelik durumlarla ilgili sorunlar yaşabileceklerinin farkında olmalıdırlar (Aldaz, Treharne, Knight, Conner, & Perez, 2017). Hasta merkezli bütüncül bakım verilmesi kadınların yaşam kalitelerini arttırdığı gibi normal hayata uyum sağlamalarını kolaylaştırmaktadır (Sandsund et al., 2017). Gerekli desteğin sağlanması bireyde kontrol duygusunu arttırarak yaşam kalitesini olumlu etkilemektedir (Çalışkan, Duran, Karadaş, & Tekir, 2015; Faller et al., 2017; Karabinis, Koukourikos, & Tsaloglidou, 2017; Shanthi & Jeyapal, 2016). Hemşirelerin primer rol aldığı girişimsel müdahalelerin jinekolojik kanser cerrahisi sonrası kadınların fiziksel ve psikolojik boyutları açısından yaşam kalitesine olumlu etkisi olduğu iletilmektedir (McCorkle et al., 2009).

Jinekolojik kanser tedavileri sırasında yaşanan bu etkileri yaşam kalitesinin alt boyutları açısından değerlendirirsek, fiziksel iyi oluş alt boyutunda; yorgunluk, uyku ve dinlenme, menstruel değişiklikler, ağrı, bulantı-kusma gibi durumlar, psikolojik iyi oluş alt boyutunda; anksiyete, depresyon, kanserin tekrarlama korkusu, baş etme, benlik algısı gibi durumlar, sosyal iyi oluş alt boyutunda; aile ilişkileri ve roller, izolasyon, cinsellik ve üreme, çalışma durumu, sosyal destek gibi durumlar, spiritüel iyi oluş alt boyutunda; hastalık algısı, din ve inanç sistemi, hayata verilen anlam gibi durumlar ele alınabilir (Schulman-Green, Ercolano, Dowd, Schwartz, & McCorkle, 2008).

## **2.5 – Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi ve Baş Etme-Uyum**

### **2.5.1 – Baş etme kavramı ve ilişkili faktörler**

Baş etme; bilişsel değerlendirme yoluyla, önemli bir problem ya da stres verici bir olay gibi değişiklikler ile uğraşabilme, çaba gösterme sürecidir. Bu süreç; fizyolojik ve psikolojik uyum sağlamak için mevcut destek ve kaynakların kullanımını içermektedir (Hua, 2018). Baş etme, hastaların ve aile üyelerinin tanı, tedavi ya da uzun süreli yaşam değişimlerine işlevsel olarak uyum sağlama kabiliyetidir. Hasta ve ailelerinin baş etmelerine yardım etme süreci; stratejilere yönelik destek sağlamak, yaşam kalitelerini etkileyecek kayıp ve değişikliklerle başedebilmelerine yardım etmek gibi girişimleri içermektedir (Sivesind & Pairé, 2009). Stresli durumlara kişinin nasıl uyum sağladığını açıklayan Lazarus'a göre baş etme, stresör olarak değerlendirilen iç ve dış uyaranları yönetmek için kullanılan bilişsel ve davranışsal stratejilerin toplamıdır. Stresörlerin öneminin değerlendirilmesi, bireyin kontrol edebilme, değiştirebilme ve duygularını yönetebilme yeteneğinin değerlendirilmesi önemlidir (Yıldırım, 2015).

Literatürde baş etme kavramı; hemşirelik, tıp, psikoloji, eğitim ve mimarlık gibi alanlarda kullanılmakla birlikte bir süreç, bir mekanizma, beceri ya da faaliyet olarak da tanımlanmaktadır. Baş etme kavramı, Roy Uyum Modeli ile ilişkilidir. Bu modelde stres verici olaylarla başedebilmek bir süreçtir ve uyum ile sonuçlanmaktadır (Hua, 2018). Baş etme sürecinde, bireyin kendine dönük algı ve değerlendirmesi, kendine olan inancı, yaşamı anlamlandırması, amaçlar oluşturması, aile ve toplum bağlamında sosyokültürel çevrenin desteği (Mollaoğlu, 2012), bireyin ve ailenin geçmişte yararlandığı başedebilme yetenekleri, sosyal izolasyon gibi durumlar önemlidir (Sivesind & Pairé, 2009).

### **2.5.2 – Uyum kavramı ve ilişkili faktörler**

Baş etmeyle yakın ilişkili olan diğer bir kavram, “uyum” kavramıdır. Uyum; birey ve ailenin stresli durumlarda sağlıklı değişim gösterebilme gücüdür (Sivesind & Pairé, 2009). Roy (2009)'a göre uyum; bilinçli farkındalığı olan ve seçimler



yaparak insan ve çevrenin entegrasyonunu sağlayan insanın, birey ya da grup olarak düşünülüp kabul edildiği bir süreçtir (Londono & McMillan, 2015). Uyum, etkin başedebilme ve uzlaşmayı içeren, iç ve dış uyaranlara ait değişiklikleri kabul edip bunlara uygun tutum ve davranışları gösterebilme gücüne sahip olmayı gerektiren dinamik ve çok boyutlu bir kavramdır (Mollaoğlu, 2012). Kişisel özellikler, aile ve çevreyle iletişim, kendi sağlığına ilgi duyma, yaşam alışkanlıkları, olaylara verilen anlam, sosyal hayat, cinsel hayat bireyin uyum sürecini etkilemektedir (Hallaç & Öz, 2011).

Her bireyin, yaşamındaki farklı sorunlara belirli ölçüde uyum gösterme yeteneği vardır. Durumun ne olduğunu kavraması ve bu durumla nasıl başedebileceğini kararlaştırabilmesi bireyin uyum sağlayabilmesi için önemlidir. Hastalık; fizyolojik, psikolojik ve sosyal boyutlarda yaşamı etkileyen ve beden bütünlüğünü tehdit eden bir durum olduğu için bireyin uyumunu bozmaktadır. Buna bağlı olarak bireyde stres, korku, anksiyete, çaresizlik ve yalnızlık gibi duygular görülebilmektedir (Mollaoğlu, 2012). Baş etme ve uyum süreci arasındaki ilişki şekil 2.3'te verilmiştir.



Şekil 2.3. Baş etme ve uyum süreci (Roy, 2011b)

### ***2.5.3 – Jinekolojik onkoloji cerrahisi uygulanan hastalarda baş etme ve uyum süreci***

Değişen durumlara, zorluklara ve sorunlara uyum sağlanarak etkili baş etme stratejilerinin gerçekleştirildiği süreç, baş etme ve uyum sürecini oluşturmaktadır (Çatal, 2015). Kronik hastalıklarda tedavinin amacı; hastalığa ve tedavi programına uyumun ve işbirliğinin sağlanarak bireyin dengeli ve kaliteli bir yaşama kavuşturulmasıdır, böylece hasta kendi bakım ve tedavi sorumluluğunu alarak yaşamını sürdürebilir (Mollaoğlu, 2012). Kanseri hastalarının fiziksel ve psikolojik sağlıkları için yeterli baş etme becerisi göstermeleri (Hua, 2018) özellikle cerrahi sonrası yaşamlarına yeniden uyum sağlamaları açısından önemlidir (Dağ, 2014). Baş etme süreci, kanser tanısı konulduğunda başlamakta, bireyin hayatında denge sağlandığında sona ermektedir (Chen & Chang, 2012).

Kanser süreciyle baş etme; hastalığa yönelik gereksinimlerin karşılanması ve dış uyaranlara uyum sağlanması amacıyla kişi tarafından ortaya koyulan bilişsel ve davranışsal yöntemleri tanımlar. Ayrıca baş etme; kişinin tehlikeyi ya da isteklerini fark ederek sınırlarını belirlemesi ve kontrol etmeye çalışma çabasıdır. Sağlıklı birey, kanser tanısı aldıktan sonra, yaşamı tehdit eden bir hastalığa sahip olma durumuna uyum sağlama ihtiyacı hisseder. Hastalık algısı ve baş etme biçimi kanser sürecine uyumda önemli faktörlerdir. Hastalar tanı ve tedavi sürecinde yaşamlarının tüm alanlarında karşılaştıkları değişime uyum sağlamaya ve güçlüklerle (duygular, bedensel semptomlar vb.) baş etmeye çabalarlar (Yıldırım, 2015). Hastaların daha önce kullandıkları baş etme yöntemlerinin harekete geçirilmesi ve varolan baş etme becerilerinin iyileştirilmesine ihtiyaçları olabilmektedir. Baş etme mekanizması, problem çözme de sağlamaktadır (Sivesind & Pairé, 2009; Yıldırım, 2015). Bu nedenle bireyin baş etme becerisini kullanabilmesi; problem çözme becerisini de olumlu etkileyecektir. Bu durumda birey hastalığa ve tedavisine daha olumlu anlam yükleyecek ve hayatını yeniden yapılandıracaktır. Birey uyaranla karşılaştığında onu değerlendirip nasıl çözebileceğini sorgulayacak, baş etme mekanizmalarını ve sosyal destek sistemlerini

değerlendirerek bu kriz durumuna pozitif veya negatif uyum gösterecektir (Hallaç & Öz, 2011). Yapılan bir çalışmada, yaşamlarına uyum sağladıklarını belirten kadınların başedebilme yöntemlerine odaklanarak baş etme becerilerini geliştirdikleri belirlenmiştir (Kupcewicz, Olewińska, Pikus, & Józwik, 2017). Bilgi ve sosyal destek arama, tedaviyi kabullenerek süreçte aktif yer alma, problem çözme, hastalığı ve tedaviyi kabullenme, yaşadıklarından olumlu anlam çıkarma, duygularını paylaşma, pozitif tutum sürdürme, sağlıklı beslenme, yaşam biçiminde değişiklikler yapma, egzersiz yapma, dua etme baş etmede kullanılan bazı yöntemlerdir (Chen & Chang, 2012; Yıldırım, 2015). Yaman ve Ayaz (2016)'ın çalışmasında jinekolojik kanserli kadınların baş etme yöntemi olarak; kitap okuma, alışveriş yapma, seyahat etme gibi günlük hayat uğraşlarına odaklandıkları belirlenmiştir (Yaman & Ayaz, 2016).

Kanser tanısını kabullenme, tanı ve tedaviye uyum sağlama, tedavi semptomlarıyla baş edebilmede sosyal desteğin önemi büyüktür (Serçekuş & Vardar, 2017). Yeterli sosyal desteğin sağlanması hastalık tedavi ve rehabilitasyonunu olumlu etkileyerek uyum sürecini etkilediği ve sosyal izolasyonu azaltarak yaşam kalitesini arttırdığı belirtilmektedir (Mollaoğlu, 2012). Algılanan sosyal desteği yüksek olan kanser hastalarının sağlık bakımına oryantasyonlarının daha kolay olduğu psikolojik stresin daha az olduğu, destekleyici aile çevresinin sağlık sonuçlarıyla pozitif ilişkisi olduğu iletilmektedir. Bu süreçte hastanın yardım isteme ve alma motivasyonu ve becerisi, sosyal destek kaynakları ve ulaşılabilirliği değerlendirilmelidir. Sosyal desteği kullanamayan hastalar “kimseyi üzmem istemiyorum” diye ifade etmektedirler. Bu durumda hastanın sosyal destek kaynakları yeterli ise bunların harekete geçirilmesi önemlidir (Yıldırım, 2015). Kanser hastaları kendileri için önemli olan kişilerle duygu ve düşüncelerini paylaşmak isteyebilir, yalnız olmadıklarını hissetmek isteyebilirler (Hallaç & Öz, 2011). Kadınların duygu, düşünce, korku ve endişelerini aileleri ile paylaşmaları çoğu zaman önemlidir, çünkü ailenin de bu konuda endişeleri olabilmektedir; duyguların karşılıklı paylaşımı aile içi güven ve desteği arttırarak iletişimi de güçlendirecektir (UK, 2018). Jinekolojik kanserli kadınlarla yapılan bir çalışmada

kadınların hastalıkları hakkında aile ve arkadaşlarıyla konuşabildiklerinde kanserle daha iyi baş edebildikleri belirlenmiştir (Smith, Chizen, & Agrawal, 2015). Gemalmaz ve Avşar (2015)'in çalışmasında kadınlar, kanser tanısı sonrası aile ilişkilerinin kuvvetlendiğini ve bu durumun hastalığı kabul etmede kendilerine yardımcı olduğunu iletmişlerdir (Gemalmaz & Avşar, 2015). Farklı bir çalışmada ise kanser hastaları, yakınlarının tedavi sürecine dahil olmasını istemedikleri sonucuna ulaşılmıştır (Seibaek, Delmar, & Hounsgaard, 2018).

Kültürümüzde kadının ailenin temel bakım vericisi olarak algılanmasına bağlı kanser tanısı ve tedavileri tüm aile bireylerini etkileyebilmektedir (Körükçü, 2018). Aile bireylerinin sadece kanser hastalığı ile değil birbirlerinin duygu ve uyum süreçleriyle de baş edebilmeleri gerekmektedir (Hagedoorn, Kreicbergs, & Appel, 2011). Yapılan nitel bir çalışmada; kanser tanısı alan bireylerin ailelerinin de fiziksel, psikolojik, ekonomik, cinsel ve spiritüel açıdan bakım ihtiyaçları olduğu saptanmıştır (Teskereci & Kulakaç, 2018). Hastalık süreci aile içinde dengesizlik ve stres yaratır, aile sürecini değiştirebilir, ailenin etkisiz baş etmesine, rol performansta değişime, cinsel sorunlara, sosyal destekte azalmaya neden olabilir. Hasta kişinin bakımıyla ilgili emosyonel ve fiziksel güçlükler yaşanabilir. Aile bu gereksinimleri nasıl karşılayacağını bilemeyebilir, baş etmede yetersiz kalabilir. Ailenin durumu hastayı da etkileyebilir. Bu nedenle aile bireyleri de tedavi programına dahil edilmelidir (Mollaoğlu, 2012). Bu şekilde hasta ve aileyle daha fazla vakit geçiren hemşirenin vereceği destek, hasta birey ve ailesinin güçlenmesinde ve karşılaştıkları sorunlarla baş edebilmesinde önemli rol oynayacaktır (Sercekus, Besen, Gunusen, & Edeer, 2014; Tuncay, 2009).

Hemşirelerin temel düzeyde hastaya ve ailesine verebileceği destek bakımında; hastalık, tedavi ve sağlık hizmeti hakkında bilgilendirme, hastalık ve tedaviye yönelik duygularla baş edebilmesine yardım, stres yönetimi için nefes egzersizleri, gevşeme egzersizleri ve müzik dinleme gibi işe yarayan yöntemlerin uygulanması, uykunun düzenlenmesi, ağrı yönetimi, anksiyete yönetimi, cinsellik/üretkenlik sorunlarının ele alınması, psikososyal gereksinimlerinin belirlenmesi, terapötik

iletişim, hastanın duygularını tanımlamasına ve ifade etmesine yardım, hastanın düşüncelerini açıklamasına yardım, bilgilendirme, baş etme yöntemlerini ayırt ederek etkin yöntemlerin uygulanması, sosyal destek sistemlerinin harekete geçirilmesi gibi müdahaleler yer almaktadır (Yıldırım, 2015). Yapılan bir çalışmada kadın kanser hastalarına uygulanan psikososyal destek girişimlerinin baş etme becerilerini ve yaşam kalitelerini olumlu etkilediği belirlenmiştir (Powell et al., 2008). Stabile ve ark.(2015)'nin çalışmasında jinekolojik cerrahi sonrası kadınların, cinsel yaşam ve vajinal sorunlara yönelik bilgi gereksinimlerinin olduğu, yeterli bilgilendirme ile başedebilme becerilerinin artabileceği iletilmektedir (Stabile, Gunn, Sonoda, & Carter, 2015).

## **2.6 – Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi ve Benlik Saygısı**

### ***2.6.1 – Benlik saygısı ve ilişkili faktörler***

Benlik saygısı; bireyin kendine güvenip değer vermesini, ne derece değer verdiğini, bedeniyle ilgilenip kabul etmesini ve bedenini beğenmesini ifade eden bir kavramdır (Gümüş & Çam, 2011), yani bireyin kendi değerine yönelik yargısıdır. Rosenberg, benlik saygısını; bireyin kendine yönelik pozitif ya da negatif algısı olarak tanımlamıştır. Maslow'a göre, sadece temel gereksinimler karşılandığı zaman benlik saygısı gerçekleştirilir. Benlik saygısı, bireyin sosyal yaşamı içindeki rollerini yenileyebilme başarısında önemli bir yere sahiptir. Bireyin hedefleri, kendi idealine ulaşma algısı ve sosyal ilişkileri benlik saygısının temellerini oluşturmaktadır. Yaşam boyunca hem iç hem de dış etkenler benlik saygısını etkileyebilmektedir. Örneğin hastalık, benlik saygısı için bir tehdit durumuyken, bireyin hedeflerine ulaşması benlik saygısını arttırabilmektedir (Büyükşahin, 2018). Yüksek benlik saygısı; bireyin kendi sağlığına dikkat etmesini ve sağlıklı yaşam arayışına girmesini sağlamaktadır (Gümüş & Çam, 2011). Sağlıklı yaşam tarzının benimsenmesi bireyin hastalığı algılayışını olumlu etkilemektedir (van Broekhoven et al., 2017). Düşük benlik saygısına sahip birey ise, durumunu gerçekçi bir şekilde algılayamaz ve değişim için harekete geçme yeteneği olumsuz etkilenir (Tözün, 2010).

### ***2.6.2 –Jinekolojik onkoloji cerrahisi uygulanan hastalarda benlik saygısı***

Hastalık ve işlev kaybı, genellikle bireyin hedeflerini değiştirmesine ve hatta hedeflerinden vazgeçmesine neden olmakta ve kişinin kendine bakışını g¼c¼l¼ bir şekilde etkilemektedir. Kanseri, kalp hastalığı, inme, cerrahi gibi ciddi durumlar bireysel hedeflere uyum yapmayı gerektirmekte ve benlik saygısını etkilemektedir. Bazı bireyler benlik saygısındaki değişimlerle daha gerçekiçi ve yeni amaçlar oluşturarak baş edebilirken, bazıları değişikliklerle m¼cadele sırasında benlik saygısında azalma yaşamaktadırlar (Sarıkoc¼ & Demiralp, 2014). Yapılan bir çalışmada jinekolojik kanser tanısı ile başarılı şekilde baş edebilenlerin; duruma uyum sağladıkları, yaşam kaliteleri ve benlik saygılarının arttığı saptanmıştır (Karabinis et al., 2017).

Kadın cinsiyetinin belirleyicisi olan organlar, beden imajı ve benlik saygısının şekillenmesinde önemlidir. Bu organlara yönelik hastalıklar özellikle kanser ve tedavileri, beden imajı ve benlik saygısında azalmalara neden olmaktadır. Yapılan bir çalışmada, over ve meme kanserli kadınların benlik saygısı diğer kanser t¼rlerine sahip kadınlara g¼re daha d¼ř¼k saptanmıştır (Karakaya, 2014). Farklı çalışmalarda da jinekolojik kanser ve tedavilerinin sadece iyi oluşluğu değil kadınlık algısı, (Akkuzu et al., 2018), beden algısı, beden imajı ve benlik saygısını da olumsuz etkilediği (Akkuzu et al., 2018; Li, Chen, Chang, Chou, & Chen, 2015; Pinar, Okdem, Dogan, Buyukgonenc, & Ayhan, 2011) belirlenmiştir. Bireylerin benlik saygılarının y¼kseltilmesinde ise sosyal destek önemlidir. Bireyin inanç, d¼ř¼nce ve doğrularını ifade etmesinin sağlanması, eğitim ve danışmanlık hizmetinin verilmesi, maddi yardım sağlanması, bireye saygı duyulduğunun hissettirilmesi, kendisinin farkedemediği ç¼z¼m yolları hakkında bilgilendirilmesi bazı sosyal destek yöntemlerindedir (Işikhan, 2007). Yapılan bir çalışmada histerektomi ameliyatına giren kadınlara verilen eğitim ile bireylerin benlik imajı ve benlik saygılarını korumaları sağlanmıştır (Yaman & Ayaz, 2015).

## **2.7–Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi ve Taburculuk Programı**

### **2.7.1–Taburculuk programı**

Cerrahi teknikler ve sağlık bakım harcamalarındaki değişimlere bağlı olarak hastalar erken taburcu olmakta ve tedavilerine evlerinde devam edilmektedir (Boughton & Halliday, 2009; Uzun, Ucuzal, & Inan, 2011). Erken taburculuk, düşük maaliyet sağlarken başta hasta olmak üzere bakım veren ailenin bakım yükümlülüğünü de arttırmaktadır (Boughton & Halliday, 2009). Bu nedenle taburculuk programı; bilgilendirme, bakım becerilerini geliştirme, karar verme becerisini teşvik etme, bakım gereksinimlerinin yönetimi gibi girişimleri kapsmalıdır (Weiss et al., 2017). Taburculuk programı; hasta ve ailesine taburculuk eğitimi verilmesi ve sonrasında hastanın takip edilmesi aşamalarını içermektedir (Abad-Corpa et al., 2013; Hamidreza Khankeh, 2011; Reddick & Holland, 2015; Yılmaz & Ozsoy, 2010).

Taburculuk programı; hastane ve eve geçiş sürecini birleştiren bir köprü gibidir. Taburculuk sonrasında birçok hastanın iyileşme periyoduna ihtiyacı vardır ve kendi başlarına iyileşmekte zorlanabilmektedirler. Taburculuk sürecinde hasta kendisi aktif olarak yer almak istemektedir. Bu nedenle hastayı merkeze alan yapılandırılmış taburculuk planlaması ve koordinasyonuna ihtiyaç duyulmaktadır (Frank-Bader et al., 2011; Ulin, Olsson, Wolf, & Ekman, 2016). Hasta merkezli bakımın gerçekleştirilebilmesi için; hasta ve ailenin taburculuk sürecine katılımı sağlanmalıdır (Rushton et al., 2017; Wroblewski, Joswiak, Dunn, Maxson, & Holland, 2014).

Taburculuğun planlaması sürecinde hastaların gereksinimlerine öncelik verilmesi önemlidir (Kang, Gillespie, Tobiano, & Chaboyer, 2018; Yalçın, Arpa, Cengiz, & Doğan, 2015). Miller ve Weiss (2008) çalışmalarında hastaların taburculukları sonrası en çok duygusal destek ihtiyaçlarının olduklarını belirlemişlerdir. Bunun dışında hastaların iyileşme sürecine yönelik daha fazla bilgilenecek istediklerini, yorgunluk ve ağrıyla daha kolay başedebilmeyi istediklerini, gelişebilecek komplikasyonlara, mobilizasyona, günlük yaşam

aktivitelerine ve kişisel hijyene yönelik dikkat etmeleri gerekenleri öğrenmek istediklerini iletmişlerdir (Miller, Piacentine, & Weiss, 2008). Taburculuğa yönelik girişimler hastaların gereksinimleri dikkate alınmadan, genellikle hasta taburcu olurken hızlı ve acele bir şekilde verilmektedir. Oysaki bu süreç; özellikle kronik hastalıkları olan bireylerin ve ailelerinin eğitimlerini, hazırlıklarını ve sürekli bakımları içeren aşamalardan oluşmalıdır (Weber, da Silva Lima, Acosta, & Maques, 2017). Kaya ve ark.(2018)'nin çalışmasında; hastaların taburculuk sonrası gelişebilecek sorunlar ve uymaları gereken durumlara yönelik yeterli bilgilerinin olmadığı ve taburculuğa hazır hissetmedikleri belirlenmiştir (Kaya et al., 2018). Bu durumlar planlı bir taburculuğun gerekliliğini göstermektedir.

Taburculuk programlarının oluşturulması; hastaneden eve geçişte hasta ve ailesinin hazır olmasını, evde yaşayabilecekleri sorunların azalmasını (Boughton & Halliday, 2009), yaşama uyumun artmasını (Huang, Xie, & Wu, 2015; Tseng, Lin, Chen, & Chen, 2016), yaşam kalitesinin artmasını (Rahayu, Hartiti, & Rofi'i, 2016; Salmani et al., 2018), hasta bakım sonuçlarının iyileşmesini, hastaneye tekrarlı yatışların azalmasını, sağlık hizmetinin taburculuk sonrası da devam etmesini sağlamaktadır (Goncalves-Bradley, Lannin, Clemson, Cameron, & Shepperd, 2016). Hollanda'da yapılmış bir çalışmada; taburculuk bakım paketi uygulamasının hasta memnuniyeti ve hastaneye geri yatış oranlarında herhangi bir etkisinin olmadığı saptanmıştır (Verhaegh, Buurman, Veenboer, de Rooij, & Geerlings, 2014). Farklı hasta gruplarında uygulanan yapılandırılmış taburculuk programının hasta bakım sonuçları üzerinde olumlu etkileri olduğu belirlenmiştir (Aarts et al., 2015; Ben-Morderchai et al., 2010; Frank-Bader et al., 2011; Özen, 2012; Sharma, Gopichandran, & Seth, 2018). Bir sistematik derleme ve meta analizde; hemşirelerin aktif rol aldığı planlı taburculuk programının normal bakıma göre kronik hastalığı olan bireylerde yaşam kalitesini arttırdığı, hastaneye geri yatışları ve mortaliteyi azalttığı iletılmektedir (Zhu, Liu, Hu, & Wang, 2015).

Yurt dışında bazı hastanelerde; ekip işbirliğinin olduğu, elektronik ortamda verilerin kaydedildiği, taburculuk sonrası hasta takibinin yer aldığı, aktif olarak



profesyonel taburculuk hizmetinin sağlandığı programlar mevcuttur (Christiansen, Fagerström, & Nilsson, 2017; Preen et al., 2005). Ülkemizde ise henüz bu tür birimler yaygın değildir. Literatür incelendiğinde; taburculuk alanında tanımlayıcı (Çakır & Dal, 2018; Çavuş, 2008; Dağ, 2014; Graham, Gallagher, & Bothe, 2013; Güçlü & Kurşun, 2017; Kaya et al., 2018; Meral Yıldırım & Bayraktar, 2010; Uzun et al., 2011) ve eğitimsel müdahalelerin yer aldığı çalışmalar (Akbari & Celik, 2015; Ben-Morderchai et al., 2010; Cajanding, 2017; Chen et al., 2018; Devi et al., 2015; Khankeh, Rahgozar, & Ranjbar, 2011; Korkmaz, 2007; Polster, 2015; Salmani et al., 2018; Yılmaz & Ozsoy, 2010) mevcuttur. Çalışmalarda çoğunlukla ekonomik parametreler, hastaneye geri yatış oranları ve yaşam kalitesi değerlendirilmiş olup, diğer hasta bakım sonuçlarını değerlendiren çalışmalar sınırlıdır. Ülkemizde; Ekim ve Ocakcı (2016) Transition Teorisi doğrultusunda hazırladıkları taburculuk programının çocuklarda astım yönetimi üzerindeki etkisini araştırmışlardır (Ekim & Ocakci, 2016). Amerika'da ise Swin ve ark. (2017); Bireysel ve Aile Öz-yönetim Modelini kullanarak hemşireler için bir taburculuk programı hazırlamayı amaçlamışlardır (Sawin et al., 2017).

### ***2.7.2-Taburculuk eğitimi ve taburculuk sonrası hasta takibi***

Taburculuk eğitimi, hastaların taburculukları sonrası iyileşmelerini kolaylaştırmak amacıyla sağlık çalışanları (hemşire, doktor) tarafından verilen planlı eğitimidir (Kang et al., 2018). Taburculuk eğitimi ile hastaların kendi bakımlarını yapabilmeleri, bağımsızlıklarını geri kazanabilmeleri, hızlı iyileşmenin sağlanabilmesi, komplikasyonların ve hastaneye beklenmeyen yatışların azalması amaçlanmaktadır (Kang et al., 2018; Polster, 2015).

Taburculuk süreci multidisipliner çalışmayı gerektirse de hemşirelerin; hastaneden eve geçiş sürecinde hasta ve ailesine ihtiyaç duyacakları bilgi ve becerilerin öğretilmesi, taburculuk eğitimi verilmesi (Weiss et al., 2015; Yalçın et al., 2015), kanser hastalarının semptom yönetimi ve yaşam değişikliklerine yönelik kapsamlı bakım sağlama, psikolojik ve sosyal destek sağlama, taburculuk sonrası hasta takibi gibi eğitim ve danışmanlığa yönelik sorumlulukları bulunmaktadır

(Cheng et al., 2018). Fakat literatür incelendiğinde hemşirelerin bu aşamada aktif olarak yer alamadığı görülmektedir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada, cerrahi hastalarının yarısı (%50) taburculuklarında yeterli bilgilendirilmediklerini ifade etmişlerdir (Uzun et al., 2011). Graham ve ark. (2013) çalışmalarında, hemşireler tarafından taburculuk eğitiminin yapılma düzeyinin (%23) düşük olduğunu belirlemişlerdir (Graham et al., 2013). Farklı bir çalışmada ise taburculuk eğitiminde hemşirelerin aktif rol almalarına rağmen ameliyat olan hastaların taburculuk öncesi bilgi gereksinimleri yüksek bulunmuştur (Soyer, Dönmez, & van Giersbergen, 2018). Hastalar genellikle yetersiz planlama ve bilgilendirme, koordinasyon eksikliği ve yetersiz iletişim ile taburcu edilmektedirler (Lin, Cheng, Shih, Chu, & Tjung, 2012). Fazla iş yükü, planlama için yeterli zaman ayrılamaması (Rahayu, Hartiti, & Rofi'i, 2016; Graham et al., 2013; Reddick & Holland, 2015) hasta sirkülasyonundaki artış, plansız yatışlardaki artış, erken taburculuk (Graham et al., 2013; Yıldırım & Bayraktar 2010), personel sayısındaki ve ekip işbirliğindeki yetersizlik (Kang et al., 2018; Yıldırım & Bayraktar, 2010), sağlık politikaları, yetersiz eğitim materyali ve fiziksel ortam, sağlık çalışanlarının farklı eğitim düzeyine sahip olması ve deneyimsiz olması (Yıldırım & Bayraktar, 2010), hasta ve ailesine ait özellikler (Reddick & Holland, 2015) kaliteli taburculuk eğitimi verilmesini engelleyen bazı durumlardır.

Taburculuk öncesi hastalar hangi bilgilere ihtiyaç duyduklarının / duyacaklarının henüz farkında olmamakta (Yalçın et al., 2015) ve birçoğu taburculuk eğitimlerini hatırlamakta zorlanmaktadır (Knier, Stichler, Ferber, & Catterall, 2015). Bu nedenle ameliyat sonrası dikkat etmeleri gereken konuların yer aldığı yazılı materyallerin verilmesini talep etmektedirler (Çakır & Dal, 2018). Taburculuk eğitiminde yazılı eğitim materyallerinin kullanılması sözel bilgilendirmeyi desteklemektedir (Kang et al., 2018). Yazılı eğitim materyalleri tanı ve bakıma yönelik bilgi, tavsiye ve danışmanlık sağlamaktadır (Horstman et al., 2017; Smith et al., 2014). Akreditasyon kuruluşu Joint Commission International (JCI) da hasta ve yakınları için taburculuk eğitiminde yazılı materyallerin kullanımını tavsiye etmektedir (Horstman et al., 2017). Hasta eğitiminde yazılı

materyallerin kullanılması B kanıt düzeyinde kabul edilmektedir (Okumuş, 2016). Sistematik bir derlemede; hasta eğitiminin yapılandırılmış olması, yazılı ve görsel materyallerle desteklenmesi önerilmektedir. Bu tür eğitimler hasta memnuniyetini arttırmakta, anksiyeteyi azaltmakta, bilgiye ulaşmayı kolaylaştırmaktadır (Friedman, Cosby, Boyko, Hatton-Bauer, & Turnbull, 2011). Verilen eğitim ve sağlanan destek, hastalığı kabullenme ve yan etkilerle baş edebilme üzerinde etkili olmaktadır (Muliira et al., 2017).

Taburculuğa yönelik girişimler ve tedavilerden sonra hasta takiplerinin yapılması kanser hastalarının bakım gereksinimlerinin karşılanmasında gerekli görülmektedir (Howell et al., 2012; Lai, Ching, & Wong, 2017). Taburculuk sürecine yönelik yapılan girişimler; eğitimsel müdahaleler ve sonrasında klinik ziyaretleri, ev ziyaretleri ve telefonla izlem ile hasta değerlendirmesinin yapılmasını içermektedir (Branowicki et al., 2017; Young et al., 2017). Taburculuk sonrası hasta takibinin yapılması; gelişebilecek komplikasyonların ve sorunların azalmasını, hastaların yaşam kaliteleri ve (Bryant-Lukosius et al., 2015; McCorkle et al., 2009; McCorkle et al., 2011) bilgi düzeylerinin artmasını sağlayacaktır (Abad-Corpa et al., 2013).

### ***2.7.3- Jinekolojik onkoloji cerrahisi uygulanan hastalarda taburculuk programı***

Jinekolojik onkoloji cerrahisi sonrası hastalar sıklıkla komplike gereksinimlerle evlerine taburcu edilmektedirler (Mazanec, Reichlin, Gittleman, & Daly, 2018; McCorkle et al., 2009; McCorkle et al., 2011). Bu nedenle sağlık çalışanlarının başlıca sorumluluğu; hastaların fiziksel ve psikososyal boyuttaki sorunlarını/gereksinimlerini belirleyerek bunlara yönelik eğitim, destek ve danışmanlık sağlamaktır (Akkuzu et al., 2018; Manne et al., 2017). Literatürde jinekolojik onkoloji cerrahisi sonrası ilk 1 yıl içinde ve tedaviler süresince kadınların; ödem, yorgunluk, ağrı (Aktaş, 2012; Maguire, Kotronoulas, Simpson, & Paterson, 2015), kanama, üriner inkontinans, barsak sorunları (Maguire et al., 2015), yara yeri enfeksiyonu ve ateş (Kendrick et al., 2011), stoma bakımı (NOCC,

2006; Mazanec et al., 2018) gibi fizyolojik sorunlar; korku, desteğe ihtiyaç duyma (Aktaş, 2012), güvensizlik, sosyal izolasyon, kişilerarası ilişkilerde bozulma, depresyon (Maguire et al., 2015) gibi psikososyal ve emosyonel sorunlar; üreme kaybına bağlı beden imajı ve benlik saygısında değişim (Aktaş, 2012) ve cinsellikle ilgili sorunlar yaşadıkları iletilmektedir (Aktas & Terzioğlu, 2015; NOCC, 2006). Yapılan çalışmalarda kadınların taburculuk öncesi bilgi almak istedikleri konular ise; kanser tedavileri ve etkileri (Fletcher, Flight, Chapman, Fennell, & Wilson, 2017; Tsai, Wang, Liang, Tsai, & Tsay, 2017; Uzun et al., 2011), günlük yaşam aktiviteleri, cilt bakımı (Uzun et al., 2011), yaşam kalitesi (Akkuzu et al., 2018; Uzun et al., 2011), ilaç kullanımı, ağrı yönetimi, gelişebilecek komplikasyonlar, destekleyici bakım (Akkuzu et al., 2018), beslenme ve fiziksel aktivite (Fletcher et al., 2017) olarak belirlenmiştir. Piazza ve ark. (2017), onkoloji hastalarının bakım vericilerinin de hastalık ve tedavi süreci hakkında, yan etkiler hakkında ve baş edebilme yöntemleri hakkında bilgilendirilmek istedikleri saptanmıştır (Piazza et al., 2017). Jinekolojik tedaviler sonrası ve süresince verilecek destek, danışmanlık ve bakımın yaşanabilecek bu etkiler üzerinde yoğunlaşması gerektiği iletilmektedir (Chan et al., 2001).

Kanser tedavileri süresince yaşanan sorunların, başta fiziksel ve psikososyal açıdan olumsuz etkileri olmakta, hastaların yaşam kaliteleri ve memnuniyetleri olumsuz etkilenmektedir. Teknoloji ve tıbbi bakımdaki gelişmelere rağmen, kanser hastalarının tedavi ve takiplerine yönelik sorunlar da önemini korumaya devam etmektedir (Tho & Ang, 2016). Jinekolojik kanser hastalarının, özellikle histerektomi sonrası döneme uyumu, kendi başetme mekanizmalarının devreye geçirilebilmesi için iyi bir danışmanlık, kapsamlı ve planlı bir eğitime gereksinimleri vardır (Bolsoy, 2015; Körükcü, 2018). Norveç'te yürütülen bir çalışmada jinekolojik kanserli kadınlar, taburculuk sonrası hasta izlemlerinin yapılmasının kendilerine sosyal destek ve hastalığa yönelik bilgi sağladığını, hastalığın geç dönem etkilerinin belirlenmesinde yararlı olduğunu iletmışlerdir (Fidjeland, Brekke, Stokstad, & Vistad, 2018).

Hemşire liderliğinde yapılan farklı çalışmalarda onkolojik cerrahi sonrası hastaların takip süreleri 4 hafta-2 yıl arasında değişmektedir. Hasta takiplerinde; sadece telefon görüşmeleri, telefon görüşmeleriyle birlikte ev ziyaretleri veya sadece ev ziyaretleri tercih edilmiştir (Chan et al., 2001; Hersch, Juraskova, Price, & Mullan, 2009; Lai et al., 2017).

## **2.8–Kavramsal Yapı**

Hemşirelik; felsefe, kavram, kuram, teorik bilgi ve uygulamaya dayanan profesyonel bir sağlık disiplini. Hemşirelik mesleğinde bilimsel bilginin oluşturulması, geliştirilmesi ve bu bilgilerin uygulamalarda kullanılması gerekmektedir. Bu bilgi, mesleğe özgü kavram ve kuramlarla ifade edilmektedir (Çatal, 2015; Kacaroglu & Gulseven, 2014; Öner, Demirdağ, Akyolcu, & Kanan, 2015). Araştırma ve uygulamaya yönelik kuramların hemşirelik mesleğinde kullanımı, mesleğin gelişimini sağlamakla birlikte otonomisini de arttırmaktadır (Koç, Keskin Kızıltepe, Çınarlı, & Şener, 2017). Günümüzde hemşirelik uygulamalarında modeller sıklıkla kullanılmaktadır. Hemşirelikte model/kullanımı; hemşirelik uygulamalarına odaklanılmasını, uygulamaların bilimsel tabanlı ve sistematik olmasını, amacına ulaşabilmesini ve etkili olmasını sağlamaktadır. Bakımda kullanılan bu modellerden birisi de Roy Uyum Modeli (RUM)'dir (Çatal, 2015; Kacaroglu & Gulseven, 2014; Öner et al., 2015).

### **2.8.1- Roy Uyum Modeli (RUM)**

Araştırmanın kavramsal yapısını Roy Uyum Modeli (RUM) oluşturacaktır. RUM, Sister Callista Roy tarafından 1964-1966 yılları arasında genel sistem kuramı ile Selye'nin adaptasyon kuramından yararlanılarak geliştirilmiştir. Model, hemşirelikte araştırma, eğitim, uygulama alanlarında en geniş şekilde kullanılan ve en çok geliştirilen modellerden birisidir. Modelin ana kavramları “insan”, “çevre”, “sağlık” ve “hemşirelik” tir (Nahcivan & Tekin, 2012).

## **2.8.2- Roy Uyum Modeli temel kavramları**

### **2.8.2.1- İnsan**

Roy'a göre insan, hemşirelik hizmetinin alıcısıdır ve karmaşık bütüncül adaptif sistemdir. İnsan; girdiler, yani uyarılar ve adaptasyon düzeyi; kontrol süreçleri yani baş etme mekanizmaları olarak görev alan düzenleyici ve bilinçli süreçler; efektörler yani dört adaptasyon biçimi ve çıktılar olarak kavramlaştırılmıştır. İnsan biyopsikososyal bir varlıktır. İnsanın anatomik ve fizyolojik özellikleri biyolojik; algılama, öğrenme ve davranma özellikleri psikolojik; aile, toplum ve çalışma grubu üyesi olma özellikleri ise sosyolojik olma özellikleri taşımaktadır (Uzun, 2017).

İnsan veya dahil olduğu grup, çevresel değişimlerle sürekli etkileşim halindedir. Bu nedenle sürekli değişmekte ve sürekli adapte olmaya çalışmaktadır. Çevresindeki değişimlerden etkilenen insan, kendisi ve çevresini de etkilemektedir. Adaptif bir sistem olarak insan, doğumsal ya da sonradan kazanılan bazı mekanizmalar (baş etme süreçleri) kullanarak çevresel uyaranlara dört uyum biçimi ile olumlu ya da olumsuz yanıt verebilmektedir (Uzun, 2017). Roy hasta/insan davranışlarının dört uyum alanı olan "fizyolojik biçim", "ben-kavramı biçimi", "rol-fonksiyonu biçimi" ve "birbirine bağlanma biçimi"nde meydana gelip gelmediklerine göre sınıflandırılabilirliğini belirtmiştir (Nahcivan & Tekin, 2012). Uyumlu yanıtların verilmesi bireyin bütünlüğünün gelişmesini sağlamaktadır. Hemşirelik girişimlerinin amacı da hastanın uyumlu yanıtlar geliştirmesini sağlamaktır (Damar & Bilik, 2014).

### **2.8.2.2- Çevre**

Roy'a göre çevre; insan ya da grupların gelişimleri ve davranışlarını etkileyen koşulları içeren bir ortamdır. Çevre, insanın uyum sağlamasını gerektiren iç ve dış faktörleri içermektedir (Nahcivan & Tekin, 2012). Sağlıklı bir çevre iyileşmenin anahtarıdır. İnsan, yalnızca fiziksel uyaranlara değil psikolojik ve sosyal uyaranlara da tepki vermektedir. Dış uyaranlar gibi görünür olmayan bu uyaranlar bireyi adapte olmaya zorlamaktadır (Uzun, 2017).

### **2.8.2.3- Sağlık**

Sağlık ve sağlıklı olma çevresel değişikliklere olumlu tepki verme becerisidir. Hastalık ve sağlık yaşamın bir parçası olarak birarada bulunmaktadır; birey uygun yanıtlar verirse daha sağlıklı olmaktadır. Hemşirelik bu boyutla ilgilenmektedir. Bireyin baş etme mekanizmalarının etkili olması sağlıklı olmasını da sağlayacaktır (Phillips & Harris, 2014; Uzun, 2017).

### **2.8.2.4- Hemşirelik**

Hemşirelik; birey, aile, grup ve toplumun uyumunu geliştirmek amacıyla insan ve çevre dönüşümünü arttıran ve uyum yetenekleri çoğaltan uygulamalı bir disiplindir. Hemşirelik; insanlara hizmet sunma, sağlıklarını olumlu yönde etkileme yeteneğini arttırmak amacı ile kullanılan bilimsel bilgiden oluşmaktadır. Roy, hemşirelik ve tıp arasındaki farkı da açıklamıştır. Tıp; biyolojik sistemlere ve bireyin hastalığına odaklanır, hemşirelik ise iç ve dış uyaranlara tepki veren bütün bir varlık üzerine odaklanır. Hekimler, hastayı bir süreklilik içinde hastalıktan sağlığa doğru hareket ettirmek amacındadır; hemşireler ise bireylerin ve grupların dört uyum biçiminde uyumunu geliştirmek için hemşirelik sürecini kullanarak, bireyin ve toplumun sağlık ve yaşam kalitesine katkı sağlamayı amaçlamaktadır. Hemşireler, uyumun gerçekleşmesinde anahtar role sahiptir. Roy'a göre hemşireliğin amacı; sistemlere (insana, aileye, gruplara, topluma) girdi (uyaran) sağlayarak (ya da uyaranların etkisini değiştirerek) uyumu arttırmaktır (Uzun, 2017).

Modeldeki çevre, sağlık ve hemşirelik kavramları insanı bütünleyen ve destekleyen özelliğe sahiptir. Bu kavramlardaki özellikler ve değişim insanı doğrudan etkilemektedir. İnsan ile çevre, sağlık ile hemşirelik birbirlerinden ayrı değerlendirilemez (Kacaroğlu & Gülseven, 2014).

### **2.8.3 - Modelin uyaranları**

Roy'a göre, kişinin uyum düzeyini belirleyen üç çeşit uyaran vardır. Bunlar; odak (fokal), etkileyen (kontekstüel) ve olası (rezidüel) uyaranlardır.

Odak (fokal) uyarılar; bireyin ansızın karşılaştığı, tepki-cevap verdiği iç ve dış uyarılardır. Sürekli değişen bir çevreyle birlikte pek çok uyarı odak uyarı olabilir. Cerrahi hastası için hastanın dikkat ve enerjisini üzerinde yoğunlaştırdığı ağrı fokal bir uyarı olabilir (Nahcivan & Tekin, 2012). Jinekolojik kanser ve/veya cerrahi uygulanması bir kadın için odak uyarı olabilir.

Etkileyen (kontekstüel) uyarılar; bir olay ya da durum nedeniyle oluşan koşullara bağlı uyarılardır. Bu uyarılar; odak uyarının etkisini arttırabilir ya da azaltabilir. Örneğin ağrısı olan bir kişi ağrının nedenini bilmiyorsa daha fazla acı duyabilirken benzer şekilde kişinin beklediği ya da geçici bir durum olduğunu bildiği zaman daha iyi tolere edilebilmektedir (Nahcivan & Tekin, 2012). Jinekolojik onkoloji cerrahisi geçiren bir kadın için kalıcı/geçici stoma açılması kontekstüel uyarı olabilir.

Olası (rezidüel) uyarılar; bireyin geçmiş tecrübeleri dolayısıyla sahip olduğu inanç, tutum, davranış ve kişisel tecrübelerine yönelik uyarılardır. Bu uyarılar bireyin davranışlarını ve tedaviye cevabını etkileyebilirken, görülebilir bir etkiye sahip de olmayabilirler (Nahcivan & Tekin, 2012; Pektekin, 2013). Jinekolojik onkoloji cerrahisi geçiren bir kadın için hastalık tanısına ait bilgi düzeyi, anksiyete rezidüel uyarı olabilir.

#### ***2.8.4- Modelin uyum düzeyleri ve kontrol sistemleri***

Birey odak, etkileyen ve olası uyarılara karşı uyum sağlayıcı cevap verebilir ya da cevabı etkisiz kalabilir. Hemşirenin rolü, bireylerin uyumlu davranışlar sergilemesine yardımcı olmaktır. Bireyin verdiği uyumlu cevaplar bireyin bütünlüğünü korumakta ve onun gelişimini sağlamaktadır. Olumsuz ya da etkisiz cevaplar, uyumsuzlukla birlikte hastalığa neden olmaktadır. Bu durumda Roy, iki alt sistemden söz etmektedir. Bunlar; fonksiyonel alt sistem ve efektör alt sistemdir (Pektekin, 2013):

Fonksiyonel alt sistemde, durumla ilgili 2 baş etme mekanizması mevcuttur: 1) Regülatör (düzenleyici) baş etme mekanizması: Burada nöro-endokrin ve kimyasal



yanıtlar oluşmaktadır. 2) Kognatör (bilişsel) baş etme mekanizması: Bu mekanizma hafıza, dikkat, öğrenme, sorun çözme, karar verme ile ilgilidir. Effektör alt sistemde ise bireyin dört uyum biçimi ile uyum şekilleri yer almaktadır (Pektekin, 2013).

### **2.8.5- Modeldeki uyum alanları**

RUM'un temel amacı; sağlık ve hastalık durumlarında dört uyum biçimiyle birey uyumunun sağlanmasıdır. Dört uyum alanı; "fizyolojik uyum, benlik kavramı, rol fonksiyonu, karşılıklı bağlılık"tır (Pektekin, 2013). Fizyolojik uyum; bireyin fiziksel bütünlüğünün yönetimini, benlik kavramı; kişinin kendi duyguları, algıları, görünüşü ve beden imgesine yönelik görüşlerini, değerlerini, inanç sistemi ve ahlaki durumunu, rol fonksiyon; bireyin toplum içindeki yerine bağlı bireysel rollerini gerçekleştirebilme durumunu, karşılıklı bağlılık; bireyin sosyal rollerini ve sosyal bütünlüğünü ifade etmektedir. Hemşirelerin rolü, bu alanlardaki gereksinimlerin karşılanmasında bireylere yardımcı olmaktır (Boğa, 2013).

*Fizyolojik alan;* çevredeki uyaranlara karşı bireyin bedensel olarak verdiği yanıtlardır. Fizyolojik gereksinimler, insanın temel gereksinimlerinden olup bir seri aktivite ile baş etmeyi ve uyumu göstermektedir. Roy, bütünlüğü devam ettirmek için "egzersiz, dinlenme, beslenme, boşaltım, duyuvar, endokrin sistem" gibi temel gereksinimlerin olduğunu saptamıştır (Nahcivan & Tekin, 2012; Pektekin, 2013). Jinekolojik kanseri olan kadının temel fizyolojik gereksinimlerini karşılayabilmesi bu alan içinde ele alınmaktadır. Banyo, beslenme, ilaç kullanımı, cinsel yaşam, barsak ve mesane boşaltımı, cilt bakımı vb. günlük yaşam aktivitelerinin sağlanması, ağrı, yorgunluk, bulantı- kusma, diyare, konstipasyon vb. semptomların kontrolüne yönelik destek sağlanması bu alanı güçlendirmeye yönelik girişimlerdir.

*Benlik kavramı alanı;* bireyin kendine yönelik duygu, düşünce, inanç ve algıların bütünüdür. İnsanın, yaşamın anlamıyla ilgili düşünceleri, psikolojik durumu, inanç ve değer sistemi, kişisel olarak kendisi hakkındaki duygu ve düşünceleri, bu alandaki davranışlarına yön vermektedir. İnsanın kendisini nasıl gördüğü iç algı ve dış algı ile ilgilidir, bu nedenle iç ve dış uyaranlara göre değişim gösterebilmektedir (Uzun, 2017). Bu alandaki uyum sorunları, kişilerin iyileşme

yeteneği ya da sağlığını sürdürebilmek için gerekenleri yapma yeteneği ile karşılaştırılabilir. Roy'a göre ben kavramı, iki alt alana ayrılmıştır. Fiziksel ben; kişinin beden imajı, görünüm ve duyu düzeyidir. Kişisel ben ise; moral-ahlaksal değerler, idealler, davranışlar ve kişisel standartlarının uyumu ile ilişkilidir. Anksiyete, güçsüzlük ve suçluluk duyguları bu bölümdeki zorlukların habercisi olabilmektedir (Nahcivan & Tekin, 2012). Jinekolojik kanseri olan kadının olumlu benlik kavramı geliştirmesi bu alan içinde değerlendirilmektedir. Menopoz semptomlarıyla başedebilme, organ kaybına yönelik ve cinsel destek ve danışmanlık sağlamak bu alanı güçlendirmeye yönelik girişimlerdenir.

*Rol fonksiyon alanı;* toplumda sosyal bütünleşmenin sağlanması için bireyin sahip olduğu rollerdir. Bireyin toplumun beklentilerini karşılamak ve toplum içindeki rolünü yerine getirmek için diğer bireylerle ilişkisine uygun olarak yapması gerektiğini dşndğu davranışları içermektedir. Roy'a göre rol kavramı; "kişinin toplum içindeki pozisyonunu (anne, ocuk, ğrenci vb.) devam ettirebilmesi için toplumun beklediği davranışları göstermesi" dir. Bu rolleri yerine getirememek, yetersiz kalmak uyum sorunu yaşatmaktadır (Nahcivan & Tekin, 2012; Pektekin, 2013). Bu rollere; 40 yaşında üretken kadın (birincil rol), anne, eş, memur (ikincil rol), Kanserle Dans Derneği'ne ye (ncl rol) rnek olarak verilebilir. Jinekolojik kanserli bireyin aile ve iş yaşamında rol değişimi yaşaması, sosyal rollerini yerine getirebilmesi bu alan içinde değerlendirilmektedir.

*Karşılıklı bağlılık alanı;* birey için anlam taşıyan, diğer bireylerle olan ilişkileri ve destek sistemlerini içermektedir. Bağlılık; diğer bireylerle olan ilişkileri için bir gereksinim, kendi bakımı için de destek ve onaylanmak anlamına gelmektedir. Bu süreçte bireyin doyum, sevgi, güven, değer verme ve alma gibi gereksinimleri karşılanmaktadır. Bireylerin bağımsızlık seviyesindeki artış, uyumunu da arttırmaktadır (Nahcivan & Tekin, 2012; Pektekin, 2013). Jinekolojik kanseri olan kadının bağımlılık ve bağımsızlık arasındaki dengeyi sağlayabilmesi, sahip olduğu destek sistemlerin farkına vararak bunlardan yararlanması bu alan içinde ele alınmaktadır. Yaşam şeklinin yeniden düzenlenmesine yönelik destek ve

danışmanlık, stres yönetimi, relaksasyon tekniklerinin öğretilmesi bu alanın güçlenmesine yönelik girişimlerdir.

Modelde; sağlık ve yaşam kalitesinin geliştirilmesi ve onurlu bir şekilde ölüme katkı sağlayabilmek için bireyin ve grupların bahsedilen bu dört uyum biçimi ile uyumunun sağlanması amaçlanmaktadır (Kacaroglu & Gülseven, 2014; Roy, 2011a).

### ***2.8.6- Modelin hemşirelik uygulamalarında kullanımı***

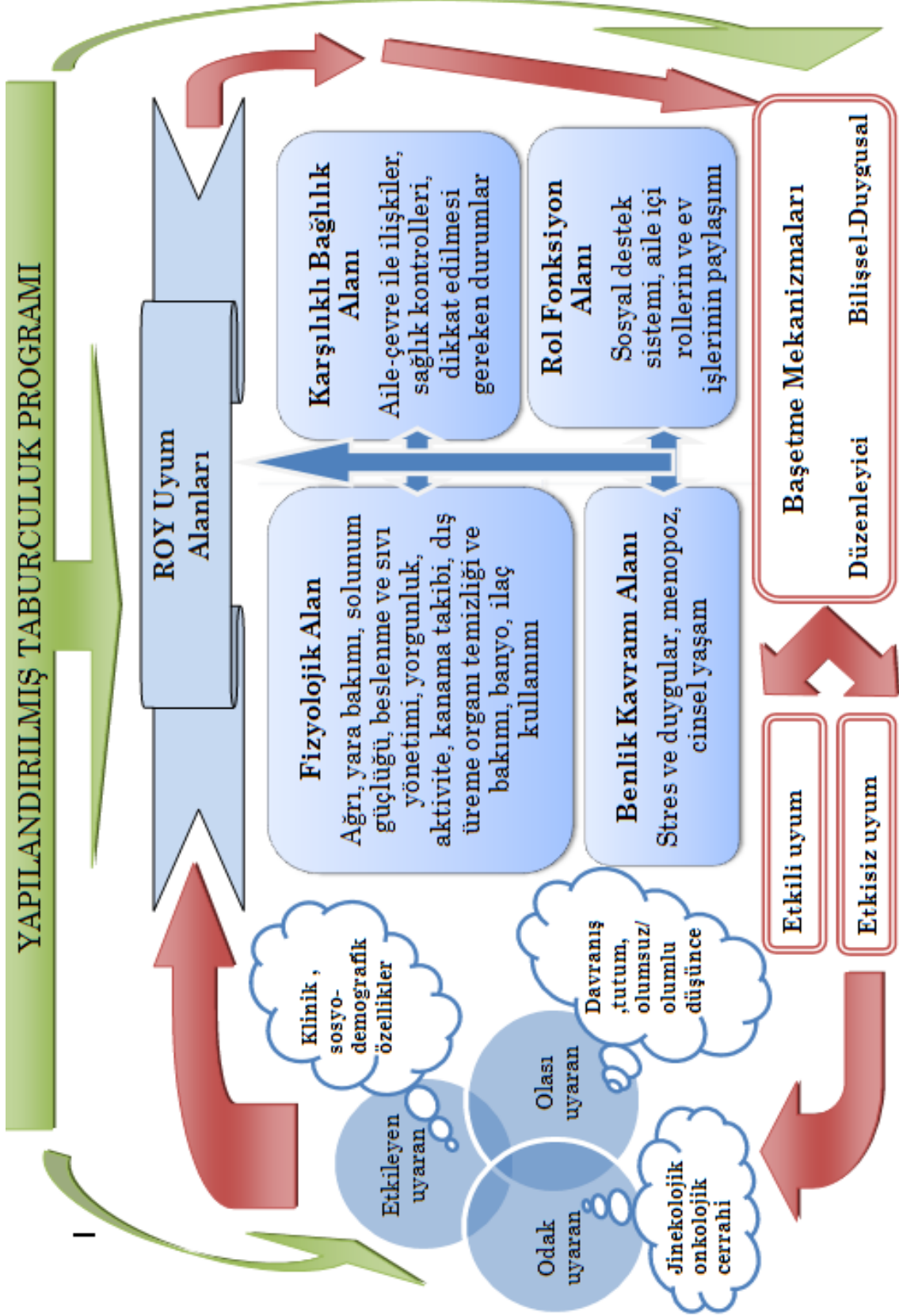
Hastaları biyo-psiko-sosyal uyum yönleri açısından değerlendirebilen RUM, sistematik ve kavramsal bir hemşirelik kuramıdır (Huang et al., 2015; Vicdan & Demirel, 2015). Kanada, Kolombiya, İngiltere, Japonya gibi ülkelerde başta olmak üzere (Ursavas, Karayurt, & Iseri, 2014) yurt dışı ve yurt içi hemşirelik uygulamalarında, araştırmalarında ve eğitimde en çok kullanılan modellerden birisidir. Bir rehber niteliğinde olan bu model, hemşirelik disiplini oluşturmaktadır (Phillips & Harris, 2014). Hemşirelik için ortak bir dil sağlayan model kullanımı, hemşirelerin ve sağlık ekibinin etkin iletişimi sağlayıp geliştirmektedir. RUM, bireyi merkeze yerleştirerek bireyin problemlerine odaklanabilmeyi sağlamakta, hemşirenin rolünü belirgin hale getirmekte ve meslekte profesyonellik duygusunun artmasını sağlamaktadır (Uzun, 2017).

Roy Uyum Modeli, bedensel gereksinimlerle birlikte psikososyal gereksinimlerin de nedenini açıklayan bir sistemdir. Model, hastaların ayaktan tedavi edildiği alanlarda, toplum sağlığı, evde takip ve bakım uygulamalarında ve hastanelerin diğer ünitelerinde kullanılmıştır. Bu model; gereksinimlerin öncelik sıralamasını, amaçların saptanmasını, önlemlerin alınmasını ve hasta gereksinimlerinin tekrar değerlendirilmesini sağlayabilmektedir. Bu şekilde hemşireler, mesleklerinde daha bilimsel bir tavır ortaya koyabilmektedirler. RUM, hemşirelik disiplininin niteliğini, uygulamanın olduğu kadar eğitim ve araştırmanın da yönlendirilmesini sağladığı için, modelin hemşirelik uygulamalarında kullanımı yararlı olarak görülmektedir (Nahcivan & Tekin, 2012).

RUM'un hemşirelik araştırmalarında/uygulamalarında kullanımının iki temel sonucu vardır; (1) araştırmalar modelin geliştirilmesine katkıda bulunmaktadır, (2) araştırma sonuçları hemşireliğe özgü bilgi birikimine katkı sağlamaktadır (Uzun, 2017). Kuram ve modellerin kronik hastalıkların yönetiminde rehber olarak kullanılması; mesleki güçlenme, bakımda farklılığın yaratılması, birey ve ailesine bütüncül bakım verilmesi, yaşam kalitesinin artması, hasta ve sağlık profesyonelleri arasındaki işbirliği ve etkileşimin sağlanması, bakımda kalitenin artması ve maliyetin azalması gibi yararlar sağlamaktadır (Zuhur & Özpancar, 2017). Bu nedenle kronik hastalıkların yönetiminde RUM'un temel alındığı eğitim programlarının hazırlanması önerilmektedir (Goodari, Lakdizaji, Hassankhani, Aghdam, & Khalilzad, 2015).

Literatürde, kavramsal yapısı RUM olan, farklı alanlara ait nitel ve nicel araştırmalar bulunmaktadır. Model, cerrahi hastalarında (Damar & Bilik, 2014; Farsi & Azarmi, 2016; Huang et al., 2015; Öner et al., 2015; Ursavas et al., 2014), sezeryan ile doğum yapan kadınlarda (Apay & Pasinlioglu, 2014), kanser dışı kronik hastalıklarda (Çevik & Seher, 2013; Kavuran & Yurttas, 2018; Vicdan & Karabacak, 2016) kanser hastalarında (Çömez, 2016; Farsi & Azarmi, 2016; Sayar & Vural, 2017; Shahed et al., 2016) uyum düzeyi, iyileşme hızı, yaşam kalitesi gibi hasta bakım sonuçlarını belirlemek amacıyla kullanılmıştır. Ülkemizde yapılan bir olgu sunumunda histerektomi sonrası bakımda RUM modelinin kullanımına yer verilmiştir (Vicdan & Demirel, 2015). Hindistan'da yürütülen bir çalışmada; serviks kanserli kadınlara RUM temelli verilen eğitimin yaşam kalitelerini olumlu etkilediği sonucuna ulaşılmıştır (Mathew & Devi, 2016). Farklı bir çalışmada RUM doğrultusunda verilen eğitimin total histerektomi sonrası cinsel fonksiyon ve eş desteği üzerinde olumlu etkisi olduğu belirlenmiştir (Elmoneim et al., 2017). Literatürde jinekolojik onkoloji cerrahisi uygulanan hastalara yönelik yapılan çalışmalar değerlendirildiğinde, kavramsal yapı olarak RUM'un kullanıldığı bir taburculuk programına rastlanmamıştır. Taburculuk programlarının; hasta bakımının devamlılığının sağlanması, hastaların fiziksel, psikolojik ve sosyal bakımını içermesi önerilmektedir (Akbari & Celik, 2015). Jinekolojik onkoloji

cerrahisi sonrası bireylerin fizyolojik, psikolojik ve sosyal alanda yaşadıkları sorunlar dikkate alındığında, taburculuk programında RUM'un kullanılmasının bu bireylerin bütünlük içinde ele alınabilmesi açısından yarar sağlayacağı öngörülmektedir (Şekil 2.4).



Şekil 2.4. Taburculukprogramında RUM'un kullanımı

### **3- GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1 -Araştırmanın Amacı ve Şekli**

Araştırma, jinekolojik onkoloji cerrahisi uygulanan hastalarda RUM doğrultusunda yapılandırılmış taburculuk programının hasta bakım sonuçlarına (yaşam kalitesi, başetme-uyum ve benlik saygısı) etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen randomize olmayan, kontrol gruplu müdahale çalışmasıdır.

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

Araştırma, Eskişehir ilindeki bir üniversite hastanesinin Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde yürütülmüştür. Veriler 1 Nisan 2018-30 Nisan 2019 tarihleri arasında toplanmıştır.

#### **3.3- Araştırmanın Yapıldığı Yerin Özellikleri**

Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, hastanenin dördüncü katında yer almakta ve kırk beş yatak kapasitesi ile hizmet vermektedir. Klinikte onüç hemşire 08:00-20:00, 20:00-08:00 vardiyalar şeklinde çalışmaktadır. Klinik, 2 bölüme ayrılmaktadır. Birinci bölümde obstetri ve jinekoloji hastaları, ikinci bölümde jinekolojik cerrahi/onkolojik cerrahi uygulanan hastalar hizmet almaktadır. İkinci bölümde 5 yataklı bir KT odası bulunmakta, hastaların adjuvan KT uygulamaları için bu oda kullanılmaktadır. Araştırmamız kliniğin ikinci bölümünde yürütülmüştür.

Hastalara klinikte verilen rutin bakım şu şekildedir: Hastaların kliniğe yatışı cerrahiden ~2-3 gün öncesinde gerçekleştirilmektedir. Cerrahi sonrası hastalar ~1 gün yoğun bakımda takip edilmekte, sonraki gün kontrendike durum yoksa kliniğe nakledilmektedir. Klinikte hemşireler tarafından gerçekleştirilen tedavi işlemleri ile birlikte hasta ihtiyacına uygun bakım hizmeti verilmektedir. Hastalar genellikle cerrahiden sonraki ~5-6. günlerde taburcu olmaktadır. Taburculukla ilgili bilgilendirme klinik asistan hekimler tarafından yapılmakta, hemşireler tarafından yapılandırılmış taburculuk eğitimi verilmemektedir. Taburcu olacak hastalara;

gelişebilecek bazı komplikasyonlar (yara yeri açılması, ateş, ani gelişen kanamalar gibi), dikkat etmeleri gereken durumlarla birlikte acil durumlarda hastaneye başvurmaları gerektiği, kontrol muayene tarihleri gibi konulardaki bilgiler verilmektedir. Taburculuktan 2 hafta sonra (15 gün sonra) hastalara, adjuvan KT tedavi süreçleri hakkında bilgi vermek amacıyla poliklinik randevusu verilmektedir. Hastaların adjuvan KT tedavileri genellikle taburculukları sonrası sekizinci haftada başlamaktadır. Tedaviler yirmibir günde bir yapılmakta ve 1 hafta da hastanın dinlenmesine izin verilmektedir. Taburculuk sonrası hemşireler tarafından planlı hasta izlemleri yapılmamaktadır.

### **3.4- Araştırmanın Evren ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini; Eskişehir'deki bir üniversite hastanesinin Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde malign nedenlere bağlı (over, serviks ve endometrium kanseri) total abdominal histerektomi+bilateral salpingo-ooferektomi (TAH+BSO) ve radikal histerektomi geçiren ve adjuvan KT uygulanan 1.,2. ve 3. evre kanser hastaları oluşturmuştur. Çalışma yapacağımız kurumda son bir yılın hasta verileri dikkate alındığında 1., 2. ve 3. evre kanser hastaları çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların durumlarının kritik olması ve tedavilerinin uzun süreli/ağır olması, müdahalemize yönelik uyumlarının takip edilmesinde kısıtlamalara ve zorluklara neden olabileceği düşünüldüğü için; 4. evre kanser hastaları çalışmaya dahil edilmemiştir. Kontrol ve müdahale grubunun sosyo-demografik ve klinik özellikler açısından homejen olmasına dikkat edilmiştir. Araştırma sadece tek kurumda yürütülmüş olup çalışılan bölgeyle sınırlıdır. Sonuçlar topluma genellenemez. *Hastaların çalışmaya dahil edilme kriterleri;*

- ✓ İlk kez jinekolojik onkoloji cerrahisi ve adjuvan KT uygulanan, 1.,2. ve 3. evre kanser hastası olması,
- ✓ Uzak organlara metastazın olmaması,
- ✓ Kırk-altmış beş yaş arasında iletişime ve işbirliğine açık olması (hastanedeki hasta popülasyonun yaş aralığı dikkate alınmıştır),



- ✓ Psikiyatrik tanısının olmaması,
- ✓ Görme, işitme, konuşma gibi iletişim güçlüğü yaratacak duyuşal problemlerin olmaması,
- ✓ Günlük yaşam aktivitelerini sınırlayan, tedaviyle kontrol altına alınamayan kronik hastalığının olmaması,
- ✓ Eskişehir il sınırları içerisinde ikamet etmesi,
- ✓ Türkçe konuşması ve araştırmaya katılmaya gönüllü olmasıdır.

*Hastaların dışlanma kriterleri;*

- ✓ Hastanın çalışmadan ayrılma isteğinin olması ve tedavi planının değışmesidir.

### **3.4.1- Örneklem büyüklüğü**

Araştırmanın örneklem büyüklüğü güç analizine göre belirlenmiştir. Gpower 3.1 paket programı kullanılarak yapılan güç analizi sonucu  $\beta=90\%$  güç,  $\alpha=0.05$  hata payı ile altmış örnek sayısı yeterli bulunmuştur (Tekbaş, 2014). Yaşanacak veri kayıpları düşünülerek örneklem büyüklüğü %10 arttırılarak; otuz altı müdahale ve otuz altı kontrol grubu olmak üzere yetmiş iki hastaya ulaşılması planlanmıştır. Hastaların klinikte yatış süreleri 5-6 gün arasında değışmektedir (yaklaşık 1 hafta). Her iki grup arasındaki klinik etkileşim (aynı odada bulunma, işlemi öğrenme vb.) ve etik açıdan uygunluk dikkate alınarak 1 haftalık süre içinde kliniğe yatışı yapılan hastalar müdahale grubuna, diğeri 1 hafta içinde kliniğe yatışı yapılan hastalar kontrol grubuna dahil edilmiştir. Hasta yatışları hakkında bilgilenecek için; klinik sorumlu hemşiresiyle görüşülmüş ve ameliyat listeleri takip edilmiştir.

Örneklemin belirlenmesinde randomizasyon yapılamamıştır fakat, araştırma tamamlandıktan sonra hastaların geliş sırası/kliniğe yatış sırasının rastgele olma durumu değıerlendirilmiştir.

**H<sub>0</sub>:** Hastaların geliş sırası/kliniğe yatış sırası rastgeledir.

**H<sub>1</sub>:** Hastaların geliş sırası/kliniğe yatış sırası rastgele değıildir.”

SPSS paket programı kullanılarak yapılan RUN testi sonucuna göre p değıeri 0.154'tür. Bu durumda **H<sub>0</sub>** hipotezi kabul edilmiştir; örnekleme dahil edilen hastaların geliş/ kliniğe yatış sırası rastgeledir.

### **3.5- Araştırmanın Değişkenleri**

Araştırmanın bağımsız değişkeni; RUM doğrultusunda uygulanan taburculuk programı (taburculuk eğitimi ve hasta izlemleri), bağımlı değişkenleri ise; yaşam kalitesi, benlik saygısı ve baş etme-uyum düzeyleridir.

### **3.6- Veri Toplama Araçları**

Araştırmanın verileri; hasta gereksinim belirleme formu, hasta tanıtım formu ve ev ziyareti izlem formu ile hasta bakım sonuçları ise Kanser Hastası Yaşam Kalitesi Ölçeği (FACT-G), Baş etme ve Uyum Süreci Ölçeği (BUSÖ), Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ) kullanılarak toplanmıştır.

#### ***3.6.1-Hasta gereksinim belirleme formu (EK-1)***

Form, jinekolojik onkolojik cerrahi hastalarının taburculuk sonrası ve en az oniki haftalık süre içinde, özellikle taburculuk sonrası gereksinimlerini ve yaşadıkları problemleri belirlemek amacıyla, ilgili literatür incelenmesi ve RUM kavramları dikkate alınarak hazırlanmıştır. Formda, kadınların taburculukları sonrası yaşadıkları fiziksel, duygusal, rol-fonksiyonel, sosyal alanlarda yaşadıkları sorunları/gereksinimleri sorgulayan 4 açık uçlu soru bulunmaktadır (EK-1).

#### ***3.6.2- Hasta tanıtım formu (EK-2)***

Form, konu ile ilgili literatür incelenerek oluşturulmuştur. (Akkuzu et al., 2018; Akyuz, 2008; Bae & Park, 2016; Bifulco et al., 2012; Chow et al., 2014). Formda hastaların sosyo-demografik özelliklerine (yaş, eğitim durumu, medeni hali, çalışma durumu, çocuk sayısı, gelir durumu, aile tipi vb.), klinik özelliklerine ait (hastalık tanısı, evresi, kronik hastalık varlığı, menopoz öyküsü, jinekolojik hastalık öyküsü vb.) sorular yer almıştır (EK-2).

Jinekolojik onkoloji cerrahisi sonrası hastaların uyum sürecini etkileyebilecek “odak” ve “etkileyen” uyaranlar bu form ile değerlendirilmiştir. Çalışmada odak uyaran; jinekolojik onkoloji cerrahisi ve jinekolojik kanser tanısı, etkileyen uyaran ise hastanın sosyo-demografik (yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu

vb.) ve klinik (hastalık tanısı, evresi, kronik hastalık varlığı, menopoz öyküsü, jinekolojik hastalık öyküsü vb.) özellikleri olarak ele alınmıştır.

### ***3.6.3- Kanser Hastası Yaşam Kalitesi Ölçeği (Functional Assessment of Cancer Therapy-General FACT-G) (EK-3)***

Kanser Hastası Yaşam Kalitesi Ölçeği (FACT-G), David Cella tarafından 1987 yılında geliştirilmiştir. Türkçe geçerlik-güvenirlik çalışması ise 2002 yılında Mustafa Çetiner tarafından yapılmıştır. Ölçeğin puanlanmasına yönelik ölçek ve alt boyut madde sayısı, madde numaraları ve alınabilecek en düşük-en yüksek puanlar Tablo 3.1'de belirtilmiştir (Tablo 3.1) (Tekbaş, 2014). Ölçeğin her bir sorusu 0-4 arasında puanlanmaktadır (hiç=0, çok az=1, biraz=2, oldukça=3, çok fazla= 4). Negatif anlam taşıyan sorular (1,2,3,4,5,6,14,16,17,18,19) için ters puanlama yapılmaktadır. Alt grup puanlarının toplamı, toplam FACT-G puanını verir. Alınabilecek puan aralığı 0-108 olup, yüksek puan yaşam kalitesinin daha iyi olduğunu gösterir (Barnaś, Skreř-Magierło, Skreř, & Bidziński, 2012; Manne et al., 2015).

FACT-G ölçeğinin *fiziksel iyilik alt boyutunda* hastadan fiziksel semptomların yaşamlarını nasıl etkilediği, hastanın ne kadar rahatsız olduğunu değerlendirmesi beklenir. *Sosyal iyilik alt boyutu* ile hastanın arkadaşlarından, ailesinden ve partnerinden aldığı destek belirlenir. *Duygusal iyilik alt boyutu* hastanın hastalıkla ilgili duygu ve endişelerini ortaya koyar. *Fonksiyonel iyilik alt boyutu* hastanın çalışma, hayattan zevk alma gibi toplumsal hayattaki işlev görme yeteneğini belirler ve hastanın hastalığı kabullenip normal yaşama devam etmeye yönelik durumunu değerlendirir (Chase et el., 2017). Ölçeğin cronbach alpha güvenilirlik katsayısı 0.89'dur. Bizim araştırmamızda ölçeğin cronbach alpha güvenilirlik katsayısı 0.89, alt ölçekler için 0.68-0.77 arasında bulunmuştur. Ölçekte bulunan alt boyutlar ile RUM alt boyutları ve uyum süreci benzer içeriklere sahiptir (EK-3).

**Tablo 3.1.** FACT-G alt boyut maddeleri ve puanları

Alt boyutlar	Madde sayısı	Madde numaraları	En düşük ve en yüksek değerler
Fiziksel iyilik	7	1,2,3,4,5,6,7	0-28
Sosyal iyilik	7	8,9,10,11,12,13,14	0-28
Duygusal iyilik	6	15,16,17,18,19,20	0-24
Fonksiyonel iyilik	7	21,22,23,24,26,27	0-28
<b>Toplam</b>	<b>26</b>		<b>0-108</b>

### **3.6.4- Baş etme ve Uyum Süreci Ölçeği (BUSÖ)(EK-4)**

Callista Roy (2004) tarafından geliştirilen Baş etme ve Uyum Ölçeği (BUSÖ) (Coping and Adaptation Processing Scale-CAPS), kritik ve zor durumlarda bireylerin baş etme ve uyum stratejilerinin tanımlanmasına yönelik bir ölçektir. RUM ve Roy'un Kognitif Süreç Hemşirelik Modeli ölçeğin teorik olarak temelini oluşturmaktadır (Barone, Roy, & Frederickson, 2008). Ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması Çatal (2015) tarafından yapılmış olup, ölçek kırkyedi madde ve 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek maddeleri 1 ile 4 arasında (1=hiçbir zaman, 2=arada sırada, 3=sıklıkla, 4=her zaman) likert tipi değerlendirilmektedir. Ölçeğin puanlanmasına yönelik ölçek ve alt boyut madde sayısı, madde numaraları ve alınabilecek en düşük-en yüksek puanlar Tablo 3.2'de belirtilmiştir. Ölçekten ve alt boyutlarından alınan puanlar yükseldikçe etkili baş etme yöntemlerinin kullanıldığı kabul edilmektedir. *Fiziksel ve karara bağlama alt boyutunun tüm maddeleri ters puanlanmaktadır.* Ölçeğin cronbach alpha güvenilirlik katsayısı 0.82, alt boyutlar için 0.65-0.77 arasındadır (Çatal, 2015). Bizim çalışmamızda ölçeğin cronbach alpha güvenilirlik katsayısı 0.91, alt boyutlar için 0.74-0.85 arasında saptanmıştır. Ölçek daha önce; nörolojik defisitli yetişkinlere, gününbirlik cerrahi hastalarına, iskemik kalp hastalarına ve koroner arter bypass cerrahi geçirmiş hastalara uygulanmıştır (EK-4).

**Tablo 3.2.** BUSÖ alt boyut maddeleri ve puanları

Alt boyutlar	Madde sayısı	Madde numaraları	En düşük ve en yüksek değerler
Çözüm bulma ve odaklanma	10	2,4,7,10,16,19,26,34,42,46	4-40
Fiziksel ve karara bağlama	14	5,8,13,15,20,23,24,29,33,35,39,43,45,47	14-56
Dikkat süreci	9	1,11,17,18,25,27,31,40,44	9-36
Sistematize etme süreci	6	3,12,14,22,30,41	6-24
Öğrenme ve ilişki kurma	8	6,9,21,28,32,36,37,38	8-32
<b>Toplam</b>	<b>47</b>		<b>47-188</b>

### **3.6.5- Rosenberg benlik saygısı ölçeği (RBSÖ)(EK-5)**

Moris Rosenberg (1965) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması Çuhadaroğlu (1986) tarafından yapılmıştır. Ölçek, çoktan seçmeli sorulardan yapılmış 4'lü likert tipte olup, alt kategoride toplam altmış üç soru ve oniki alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekteki her alt boyut birbirinden bağımsız kullanılabilir. Ölçekteki ilk 10 madde benlik saygısını ölçmeyi amaçlayan benlik saygısı alt boyutuna ait olup, çalışmanın amacı doğrultusunda sadece bu alt boyut kullanılacaktır. Sorular Guttman değerlendirme yöntemiyle puanlanmaktadır. Her soruda puan alınacak yanıtlar ölçekte "\*" işareti ile gösterilmiştir. Puanlama şöyledir:

- ✓ 1., 2. ve 3. sorular , 4. ve 5. sorular, 9. ve 10. sorular birlikte değerlendirilmektedir.
- ✓ İlk üç sorudan herhangi ikisinden puan alındığında (2/3) bu kümeden bir puan alınır.
- ✓ 4. ve 5. sorudan herhangi birinde puan alan şıklardan biri işaretlendiğinde yine bu kümeden de bir puan alınır.
- ✓ 9. ve 10. sorular , 4. ve 5. sorular gibi değerlendirilir.

✓ 6., 7. ve 8. soruların herbirinde ise kendi başlarına puan alınır.

Benlik saygısı alt boyutundan alınacak puan aralığı 0-6 arasında olup, *bireylerin aldığı puan arttıkça benlik saygısı düşmektedir*. 0-1 arası puan; yüksek benlik saygısı, 2-4 arası puan; orta benlik saygısı ve 5-6 arası puan; düşük benlik saygısı olarak kabul edilmektedir. Ölçeğin cronbach alpha güvenilirlik katsayısı 0.77'dir (Çuhadaroğlu, 1986). Bizim araştırmamızda ise 0.93 olarak bulunmuştur (EK-5). RBSÖ, RUM temelli çalışmalarda sıklıkla kullanılan bir ölçektir (Barone et al., 2008).

### **3.6.6- Ev ziyareti izlem formu (EK-6)**

Ev ziyaretleri sırasında kullanılan bu form; dokuzuncu ve onüçüncü haftalarda kadınların yaşadıkları sorunları/semptomları belirlemek amacıyla ilgili literatür doğrultusunda hazırlanmıştır (Akkuzu, 2012; Akkuzu et al., 2014; Aktaş, 2012; Dağ, 2014; Ertem, 2010) Form; görüşme tarihi, hastaların kendilerine verilen kitapçığı okuma durumu, görüşmede saptanan sorunlar, varsa yapılan/önerilen uygulamalar, değerlendirme/sonuç gibi başlıkları içermektedir (EK-6).

## **3.7- Verilerin Toplanması**

Araştırmanın verileri 2 aşamada toplanmıştır;

1- Hasta gereksinimlerinin belirlenmesi ve eğitim kitapçığının oluşturulması

2- Taburculuk programının uygulanması

Her 2 aşamada kavramsal yapı olarak RUM temel alınmıştır.

### **3.7.1- Hasta gereksinimlerinin belirlenmesi ve eğitim kitapçığının oluşturulması**

#### **3.7.1.1- Hasta gereksinimlerinin belirlenmesi**

Bu aşama; jinekolojik onkoloji cerrahisi uygulanan hastaların taburculukları sonrası süreçte yaşadıkları sorunları ve gereksinimleri belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Veriler, hasta gereksinim belirleme formu (EK-1) kullanılarak

toplanmıştır. Jinekolojik onkoloji cerrahisi uygulanan ve taburculuk sonrası oniki haftalık süreç içindeki onbir hastayla görüşmeler gerçekleştirilmiştir.

Görüşmeler poliklinik muayenesi sonrası/tedavi öncesi, fakülte öğretim üyeleri için tahsis edilen odada gerçekleştirilmiştir. Görüşme öncesi kadın hastalar çalışma hakkında bilgilendirilerek onamları alınmıştır. Görüşmelere ait verilerin daha sonra yazıya dökümü için ses kaydı alınacağı, gizliliğin korunacağı ve istedikleri zaman görüşmenin sonlandırılabilceği iletilmiştir. Toplam onbir kadın hasta ile görüşülmüştür. Dört kadın hasta ses kayıt onayı vermemiştir. Bu görüşmeler direkt yazıya dökülmüştür. Görüşme süreleri yirmi-otuz dakika arasında değişmiştir. Görüşmelerden elde edilen verilerin, kavramların tekrar edilmeye başlanmasıyla birlikte (doyum noktasına ulaşılması) görüşmeler sonlandırılmıştır (n=11 hasta). Görüşmeler sırasında araştırmacı tarafından notlar alınmıştır. Hasta görüşmelerinde RUM doğrultusunda hazırlanan yarı yapılandırılmış görüşme formu ve SONY ICD-TX650 marka ses kayıt cihazı kullanılmıştır. Kadınların bazı sosyo-demografik özellikleri Tablo 3.3.'te verilmiştir. Görüşme yapılan kadınlar, niceliksel aşamanın örnekleme dahil edilmemiştir.

**Tablo 3.3.** Hasta gereksinimlerinin belirlenmesi aşamasında görüşme yapılan kadınların bazı özellikleri

Hasta No	
1	51 yaş, lise mezunu, evli, ev hanımı, diyabet+hipertansiyon, over kanseri
2	49 yaş, ortaokul mezunu, evli, ev hanımı, hipotiroidi, endometrium kanseri
3	45 yaş, ortaokul mezunu, evli, çalışıyor, serviks kanseri
4	60 yaş, ilkokul mezunu, evli, ev hanımı, hipertansiyon+hipotiroidi, endometrium kanseri
5	65 yaş, ortaokul mezunu, bekar, ev hanımı, diyabet+hipertansiyon, over kanseri
6	59 yaş, üniversite mezunu, evli, emekli, serviks kanseri
7	63 yaş, lise mezunu, bekar, emekli, geçirilmiş serebrovasküler olay+hipertansiyon, endometrium kanseri
8	56 yaş, lise mezunu, evli, emekli, hipertansiyon, endometrium kanseri
9	52 yaş, lise mezunu, bekar, çalışıyor, hipotiroidi, over kanseri
10	47 yaş, lise mezunu, evli, çalışıyor, endometrium kanseri
11	59 yaş, lise mezunu, evli, ev hanımı, hipertansiyon, over kanseri

Roy Uyum Modeli'nin 4 uyum alanı çalışmamızda 4 ana tema olarak kabul edilmiştir. Görüşmelerden elde edilen verilerin yazıya dökümü sonrası RUM temel alınarak içerik analizi yapılmış ve alt temalar belirlenmiştir (Şekil 3.1).

Gereksinimlere göre RUM uyum grubunda;

1. Fizyolojik uyum alanı ile ilgili alt temalar; “ağrı, yara bakımı, solunum güçlüğü, beslenme ve sıvı yönetimi, yorgunluk, aktivite, kanama takibi, dış üreme organı temizliği ve bakımı, banyo, ilaç kullanımı”,
2. Benlik kavramı alanı ile ilgili alt temalar; “stres ve duygular, menopoz, cinsel yaşam”,
3. Rol fonksiyonu uyum alanı ile ilgili alt temalar; “sosyal destek sistemi, aile içi rollerin ve ev işlerinin paylaşımı”,
4. Karşılıklı bağıllık uyum alanı ile ilgili alt temalar; “aile-çevre ile ilişkiler, sağlık kontrolleri, dikkat edilmesi gereken durumlar” olarak belirlenmiştir.

RUM'un 4 uyum alanı olan ana temalar (belirlenen alt temalar dikkate alınarak), hastaların anlayacağı şekilde tekrar adlandırılmıştır (Şekil 3.1). Bu aşamada toplanan veriler (belirlenen hasta gereksinimleri, alt temalar ve temalar) doğrultusunda eğitim kitapçığı oluşturulmuştur.



Fizyolojik Alan (Fiziksel Gereksinimler)	• Ağrı, yara bakımı, solunum güçlüğü, beslenme ve sıvı yönetimi, yorgunluk, aktivite, kanama takibi, dış üreme organı temizliği ve bakımı, banyo, ilaç kullanımı
Benlik Kavramı Alan (Benliğin Algılanışı)	• Stres ve duygular, menopoz, cinsel yaşam
Rol Fonksiyon Alan (Bireysel Roller ve Sosyal Destek)	• Sosyal destek sistemi, aile içi rollerin ve ev işlerinin paylaşımı
Karşılıklı Bağlılık Alanı (Kişilerarası İlişkiler ve Sağlık Davranışları)	• Aile-çevre ile ilişkiler, sağlık kontrolleri, dikkat edilmesi gereken durumlar

**Şekil 3.1** Jinekolojik onkoloji cerrahisi sonrası hasta gereksinimlerine yönelik ana ve alt temalar

### 3.7.1.2- Eğitim kitapçığının oluşturulması

Eğitim kitapçığı; hasta görüşmelerinden elde edilen alt temalar, görüşmelerden elde edilen hasta bilgi gereksinimleri ve ilgili literatür doğrultusunda RUM'a göre hazırlanmıştır. Kitapçık; RUM'un 4 uyum alanı doğrultusunda hastaların evde yaşamlarına uyum sağlayabilmesi için gereken bilgi ve girişimleri içermektedir. Niteliksel aşamada belirlenen ana temalar kitapçığın dört ana bölüm başlıklarını, alt temalar da alt başlıkları oluşturmuştur (Şekil 3.1).

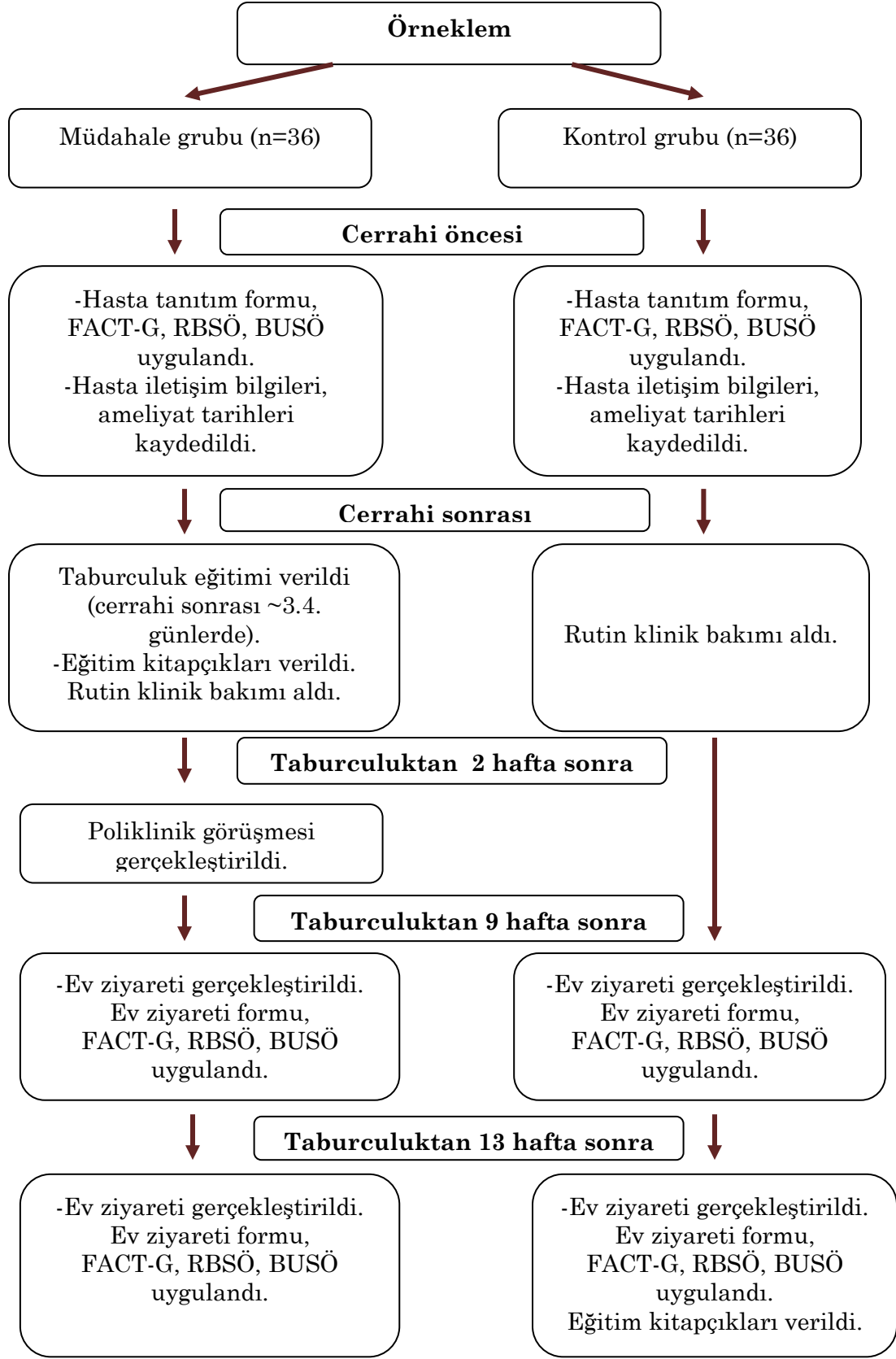
"Jinekolojik Ameliyatlar Sonrası Yaşama Uyum" isimli kitapçık oluşturulduktan sonra içerik geçerliğinin sağlanması amacıyla 9 uzmanın görüşüne sunulmuştur (EK-7). Görüşler için 10 sorudan oluşan uzman görüş formu hazırlanmıştır. Her bir sorunun 1-3 (1=uygun değil, 2=uygun ama düzeltilmeli, 3=çok uygun) arasında puanlanarak uzmanlar tarafından değerlendirilmesi, varsa ek önerilerin belirtilmesi istenmiştir. Dokuz uzmanın verdikleri puanlar kendall iyi uyuşum katsayısı (Kendall W) ile hesaplanmış olup (Şencan, 2005; Şimşek, 2013), uzman görüşleri istatistiksel olarak uyumlu bulunmuştur ( $W=0,538$ ;  $p=0.025$ ). Bir uzman görüş formu gelmediği için analize dahil edilmemiş fakat görüş ve önerileri

kitapçık içeriğine eklenmiştir. Öneriler doğrultusunda kitapçığa son hali verilmiştir. Kitapçığın kapak ve içindekiler sayfaları EK- 8'de paylaşılmıştır (EK- 8).

Eğitim kitapçığının içeriği, müdahale grubuna verilecek taburculuk eğitiminin temelini oluşturmuş, kitapçık tüm araştırma süresince kullanılmıştır. Oluşturulan eğitim kitapçığının aynı zamanda klinik kullanımda hastalara rehber olması amaçlanmıştır.

### ***3.7.2- Taburculuk programının uygulanması***

Bu aşamada; örneklem dahil edilme kriterlerine uyan hastalar müdahale ve kontrol grubuna dahil edilmiştir. İlk 1 haftalık süre içinde kliniğe yatışı yapılan ve cerrahi uygulanan hastalar müdahale grubuna, diğer 1 hafta içinde kliniğe yatışı yapılan ve cerrahi uygulanan hastalar kontrol grubuna dahil edilmiştir. Hastalara çalışma hakkında bilgi verilmiş, sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Bu aşamaya ait verilerin toplanmasına yönelik iş akış şeması Şekil 3.2'de verilmiştir (Şekil 3.2).



**Şekil 3.2** Taburculuk programının uygulanmasına ait iş akış şeması

### **3.7.2.1- Müdahale grubuna ait verilerin toplanması**

-Müdahale grubu rutin klinik bakımını almış ve araştırma dahilinde RUM'a göre yapılandırılmış taburculuk programına dahil edilmiştir. Hastalar ile 6 görüşme gerçekleştirilmiştir;

-İlk görüşme kontrol grubuna benzer şekilde klinikte cerrahi öncesinde gerçekleştirilmiş, Hasta Tanıtım Formu ve FACT-G, RBSÖ ve BUSÖ uygulanmıştır. Hastaların iletişim bilgileri ve ameliyat tarihleri kaydedilmiştir.

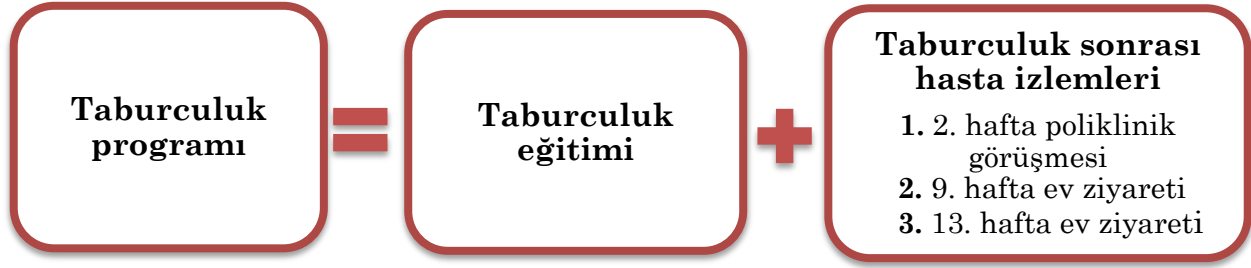
-İkinci ve üçüncü görüşmeler taburculuk öncesinde (~3.,4.günler) yapılmıştır. Bu görüşmelerde gruba taburculuk eğitimi verilmiştir. Eğitimde, jinekolojik onkoloji cerrahisi sonrası kadınların yaşadıkları sorunların ve bilgi gereksinimlerinin tüm uyum alanlarını etkilediği düşüncesi ile her uyum alanına yönelik gereksinimler belirlenerek hazırlanan eğitim kitapçığı kullanılmıştır. Gevşeme, solunum ve yatak içi egzersizleri uygulamalı olarak anlatılmıştır. Eğitimler, otuz-kırkbeş dakika arasında sürmüştür. Eğitim kitapçığı ve araştırmacının iletişim bilgisi kadınlarla paylaşılmıştır.

-Dördüncü görüşme telefon ile iletişim kurulan kadınlarla taburculuktan 2 hafta sonra poliklinik kontrolü tarihinde gerçekleştirilmiş, taburculuk sonrası gereksinimleri ve yaşadıkları sorunlar görüşülmüştür.

-Beşinci görüşme taburculuktan 9 hafta sonra, altıncı görüşme onüç hafta sonra ev ziyaretleri şeklinde gerçekleştirilmiştir. Ev ziyaretlerinde FACT-G, RBSÖ VE BUSÖ hastalara tekrar uygulanmış ve Ev Ziyareti İzlem Formu doldurulmuştur.

### **3.7.2.2- Taburculuk programı**

Araştırmada müdahale grubu RUM doğrultusunda hazırlanan taburculuk programına dahil edilmiştir. Taburculuk programı süreci; taburculuk eğitimi verilmesi ve taburculuk sonrası hasta takiplerinin gerçekleştirilmesi aşamalarından oluşmaktadır. Taburculuk sonrası hasta takipleri; 1 poliklinik görüşmesi ve 2 ev ziyareti şeklinde gerçekleştirilmiştir (Şekil 3.3).



Şekil 3.3 Taburculuk programı süreci

### ***3.7.2.2.1- Taburculuk eğitimi***

Taburculuk eğitimi, hasta gereksinimlerine yönelik hazırlanan eğitim kitapçığının içeriği doğrultusunda verilmiştir. Literatürde taburculuk eğitiminin hasta öğrenim gereksinimlerine yönelik hazırlanması ve eğitimler sırasında yazılı materyallerden yararlanılması önerilmiştir. (Çatal, 2015; Horstman et al., 2017; Kang et al., 2018; Naik et al., 2017).

Taburculuk eğitimi hasta odasında yüzyüze gerçekleştirilmiştir. Eğitimler her hastaya özgü saatlerde, cerrahi sonrası ~3.-4. günlerde gerçekleştirilmiştir. Düz anlatım, soru-cevap ve geri bildirim yöntemleri kullanılmıştır.

### ***3.7.2.2.2- Taburculuk sonrası hastanede ve evde hasta izlemi***

Taburculukları sırasında verilen bilgileri ve önerileri gerçek hayatta uygulayabilmelerine yardımcı olmak için onkolojik cerrahi hastalarına taburculukları süresince danışmanlık sağlanarak takip edilmeleri önerilmektedir (de Leeuw, Prins, Merckx, Marres, & van Achterberg, 2011; McCorkle et al., 2011; Sekse et al., 2018).

Taburculuk programının değerlendirilmesi; poliklinik ziyaretleri, ev ziyaretleri, telefon görüşmeleri ve bilgisayar ağı aracılığıyla sağlanabilmektedir (Çelebi, 2015). Bir meta analiz çalışmasında, taburculuk sonrası hasta takiplerinde çoğunlukla ev ziyaretlerinin (%60) tercih edildiği ve en az 2 ziyaret gerçekleştirildiği iletilmektedir (Branowicki et al., 2017). Bu literatür bilgisi doğrultusunda; araştırmamızda hasta takipleri; 1 poliklinik görüşmesi ve 2 ev ziyareti şeklinde planlanmış ve gerçekleştirilmiştir. Ev ziyaretlerinde izlem formları doldurulmuştur.

Poliklinik görüşmelerinin planlanmasında; hasta muayene tarihleri takip edilmiş ve telefonla iletişim kurulmuştur. Ev ziyaretlerinin planlanmasında; hastaların adjuvan tedavileri takip edilmiş ve telefonla görüşülerek uygun tarih ve saatler belirlenmiştir. Örneklem grubundaki kadınlara ev ziyaretlerinin gerçekleştirilmesi sırasında güvenlik açısından bazı önlemler alınmıştır (Ergün, 2011);

- Ziyaret yapılacak yer ve ulaşım hakkında önceden yeterli bilgi sahibi olunmuş, adrese ait farklı ulaşım yolları önceden belirlenmiştir.

- Kuruma ve polise ait telefon numaraları mobil telefona kaydedilmiştir.

- Ziyaretle ilgili planlama hakkında, ev ziyaretleri öncesi ve sonrası tez danışmanına bilgi verilmiştir. Danışmana (Doç. Dr. Elif GÜR SOY) ziyaret saati, ziyaret edilen adres ve ziyaret süresi hakkında mobil telefon üzerinden (whatsapp aracılığıyla) bilgi verilmiştir. Araştırmacıyla aynı kurumda ve aynı odada çalışan araştırma görevlisine (Dr. Araş. Gör. Berrak MIZRAK) de benzer şekilde bilgi verilmiştir.

- Ziyaretlerde kurum kimliği bulundurulmuş, önlük giyilmiştir.

- Ziyaretler 09:00-18:00 saatleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Araştırmamızda; hasta takip zamanlarının belirlenmesinde 2 durum göz önünde bulundurulmuştur;

**(1) Literatürde taburculuk sonrası hasta takiplerinin yapıldığı araştırmalar değerlendirilmiştir.** Literatürde; eğitimsel müdahalelerin hasta bakım sonuçları üzerindeki etkileri taburculuktan sonraki ilk 12 haftada değerlendirilmiştir (Chen et al., 2018; Mistiaen, Francke, & Poot, 2007; Okrainec et al., 2017). RUM kullanılarak yapılan müdahale araştırmalarında taburculuk sonrası hastaların takip süreleri 8-12 hafta arasındadır (Boğa, 2013; Çatal, 2015; Ekim & Ocakci, 2016; Farsi & Azarmi, 2016; Goodari et al., 2015; Kavuran & Yurttas, 2018; Shahed et al., 2016; Vicdan & Karabacak, 2016). Psikoeğitimsel bir müdahale çalışmasında jinekolojik onkoloji hastaları 10 hafta süreyle (Körner, Roberts, Steele, Brosseau, & Rosberger, 2018), tanımlayıcı çalışmalarda ise 12 hafta süresince takip edilmişlerdir (Ben-Arye et al., 2015; Keim-Malpass et al., 2017).

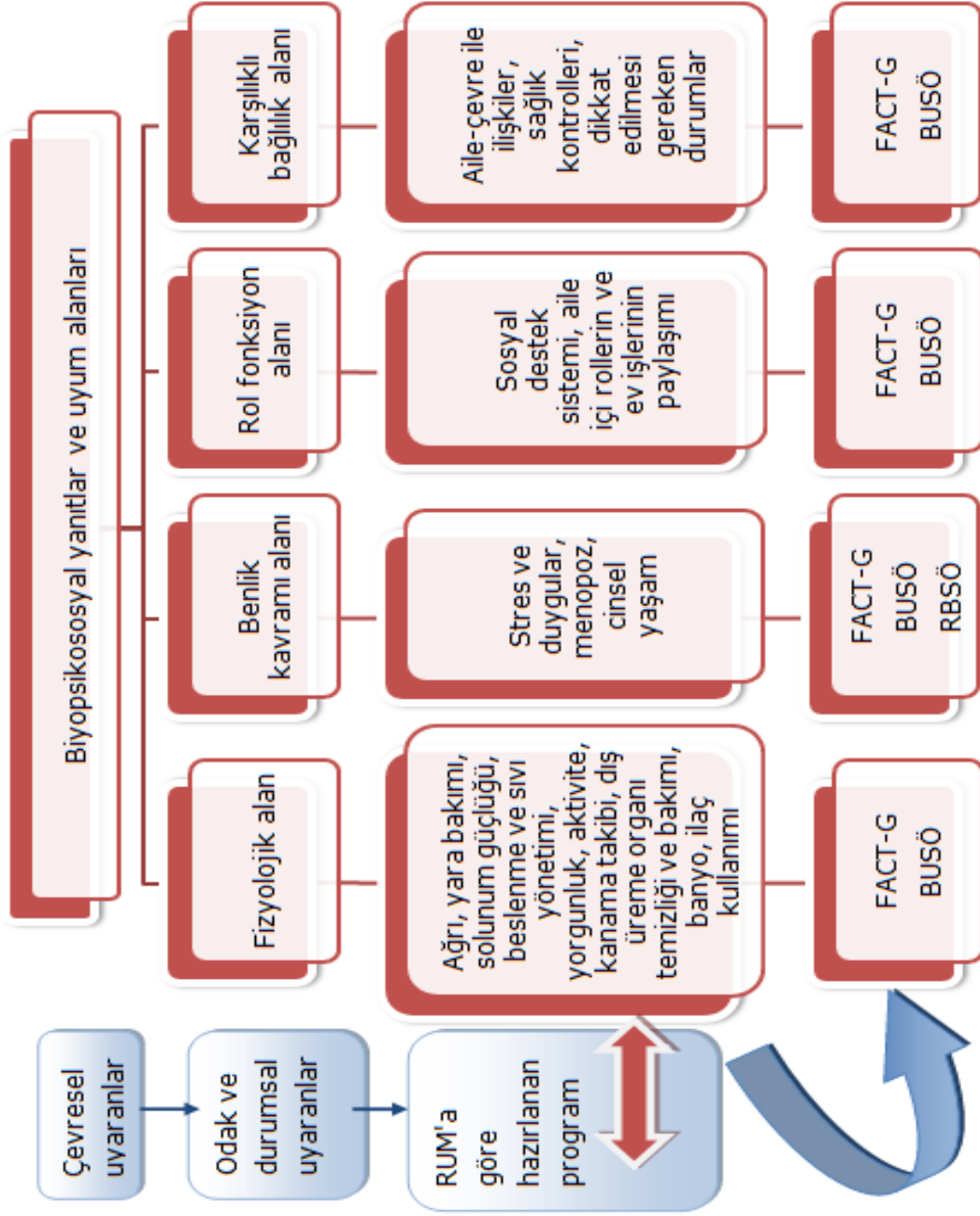
(2) Çalışmanın yapıldığı kurumda hastaların adjuvan KT tedavileri genellikle taburculukları sonrası sekizinci haftada başlamakta, 2. kür onikinci haftaya denk gelmektedir. KT ve yan etkileri nedeniyle hastaların fiziksel, psikolojik açılardan etkileneceği, iletişim sorunları yaşanabileceği, bu durumun çalışma sonuçlarını etkileyeceği gözönünde bulundurulmuş, kurumun Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı öğretim üyesi Dr. Ömer Tarık YALÇIN'ın önerisiyle ev ziyaretlerinin birer hafta sonra yani dokuzuncu ve onüçüncü haftalarda olması planlanmıştır.

Taburculuk eğitimi ve hasta takiplerinden oluşan taburculuk programına ait özellikler Tablo 3.4'te verilmiştir. Programın RUM ile ilişkisi ise Şekil 3.4'te yer almaktadır.

**Tablo 3.4. Taburculuk programı**

Görüşmeler		Süre	İçerik	Etki edilmesi planlanan RUM alt boyutu	Ölçüm Araçları
1. görüşme	Ameliyat öncesi	10-15 dk	-Tanışma -Veri toplama formlarının uygulanması		FACT-G BUSÖ RBSÖ
Taburculuk eğitimi	2. görüşme	Ameliyat sonrası	30-45 dk	-Ağrı, yara bakımı, solunum güclüğü, beslenme ve sıvı yönetimi, yorgunluk, aktivite, kanama takibi, dış üreme organı temizliği ve bakımı, banyo, ilaç kullanımı hakkında bilgilendirme*	-Fizyolojik Alan
	3. görüşme	Ameliyat sonrası	30-45 dk	-Stres ve duygular, menopoz, cinsel yaşam, sosyal destek sistemi, aile içi rollerin ve ev işlerinin paylaşımı, aile-çevre ile ilişkiler, sağlık kontrolleri, taburculuk sonrası dikkat edilmesi gereken durumlar hakkında bilgilendirme*	-Benlik Kavramı Alanı -Rol Fonksiyon Alanı -Karşılıklı Bağlılık Alanı
	<b>Taburculuk</b>				
Hasta takipleri	4. görüşme	2 hafta sonra	10-15 dk	-Taburculuk sonrası yaşanan sorunların görüşülmesi	
	Poliklinik				
	5. görüşme	9 hafta sonra	20-25 dk	-Yaşanan sorunların görüşülmesi -Ölçeklerin uygulanması -Geri bildirim alınması	FACT-G BUSÖ RBSÖ
6. görüşme	13 hafta sonra	20-25 dk	-Yaşanan sorunların görüşülmesi -Ölçeklerin uygulanması -Genel değerlendirme	FACT-G BUSÖ RBSÖ	
* Eğitim kitapçığında yer alan başlıklardır.					





Şekil 3.4. RUM ve taburculuk programı ilişkisi

### 3.7.2.3- Kontrol grubuna ait verilerin toplanması

Kontrol grubu kliniğin rutin bakımını almıştır. Kontrol grubu ile 3 görüşme gerçekleştirilmiştir;

-İlk görüşme klinikte cerrahi öncesinde gerçekleştirilmiştir. Hastaların çalışmayla ilgili yazılı ve sözlü onamları alınmış, hasta tanıtım formu, FACT-G, RBSÖ, BUSÖ uygulanmıştır. Hastaların ameliyat tarihleri ve iletişim bilgileri kaydedilmiştir. Araştırmacının iletişim bilgisi de hastalarla paylaşılmıştır.

-İkinci görüşme taburculuktan dokuz hafta sonra, üçüncü görüşme taburculuktan onüç hafta sonra ev ziyaretleri şeklinde gerçekleştirilmiştir. Ev ziyaretlerinde FACT-G, RBSÖ VE BUSÖ hastalara tekrar uygulanmış, ev ziyareti izlem formu doldurulmuştur. Son görüşmede hastalara eğitim kitapçıkları verilmiştir.

Kontrol ve müdahale grubuna uygulanan veri toplama formları ve formların uygulanma zamanlarına ait tablo Tablo 3.5'te verilmiştir.

**Tablo 3.5** Veri toplama formları ve uygulanma zamanları

	<b>Ameliyat öncesi</b>	<b>9. hafta</b>	<b>13.hafta</b>
<b>Veri toplama formları</b>			
Hasta tanıtım formu	<b>x</b>	-	-
FACT-G Yaşam kalitesi ölçeği	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>
BUSÖ Başetme ve uyum süreci ölçeği	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>
RBSÖ Benlik saygısı ölçeği	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>
Ev ziyareti izlem formu	-	<b>x</b>	<b>x</b>

### 3.8 – Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmaya ait istatistiksel analizler SPSS (IBM SPSS Statistics 24) paket programı kullanılarak yapılmıştır.

- ✓ Müdahale ve kontrol gruplarının tanımlayıcı özellikleri için; iki nitel değişkenin birbiriyle ilişkilerinin incelenmesinde beklenen değer düzeylerine göre “ $\chi^2$ -çapraz tabloları” kullanılmıştır
- ✓ Normal dağılıma uygun ölçüm değerleri için parametrik yöntemler kullanılmıştır. Parametrik yöntemlere uygun şekilde, iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Independent Sample-t” test (t-tablo değeri), bağımsız üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “ANOVA” test (F-tablo değeri) yöntemi, üç veya daha fazla bağımlı grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Repeated Measures” test (F-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.
- ✓ Normal dağılıma uygun olmayan ölçüm değerleri için parametrik olmayan yöntemler kullanılmıştır. Parametrik olmayan yöntemlere uygun şekilde, iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri), bağımsız üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Kruskal-Wallis H” testi ( $\chi^2$ -tablo değeri), üç veya daha fazla bağımlı grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Friedman” test ( $\chi^2$ -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.
- ✓ Ölçeklerin ve alt boyutlarının güvenilirlikleri Cronbach alpha katsayısı ile değerlendirilmiştir.
- ✓  $p < 0.05$  değeri anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir.

### **3.9 – Araştırmanın Etik Yönü**

Çalışmada kullanılan ölçekler için ölçek sahiplerinden mail yoluyla yazılı izinler alınmıştır (EK-9). Çalışmanın yapılabilmesi için Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (80558721/G-297-31.10.2017) (EK-10) ve Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık, Eğitim ve Uygulama Hastanesi'nden onay alınmıştır (21.11.2017/ 31568761-804.01-E.40519) (EK-11). Çalışmaya katılan kadınların sözlü ve yazılı onamları alınmıştır (EK-12).

Müdahale ve kontrol grubundaki kadınlara araştırmacının telefon numarası verilmiştir ve ev ziyaretlerinden önce kadınlara telefon ile ulaşılarak ziyaretler için uygun oldukları saatler belirlenerek ziyaretler gerçekleştirilmiştir.

Araştırmada, kontrol grubuna eğitim verilmemiş fakat etik sorun oluşturmaması açısından soruları kısa cevaplarla açıklanmış ve gerekli durumlarda hekimlere yönlendirilmiştir. Onüçüncü hafta izlemleri tamamlandıktan sonra kadınlara eğitim kitapçıkları verilerek istedikleri konularda bilgilendirme yapılmıştır. Araştırma boyunca müdahale ve kontrol grubundaki kadınlar birbirinden etkilenmemiştir.

### **3.11–Araştırmanın Uygulanması Sırasında Karşılaşılan Güçlükler**

✓ Çalışmanın yürütüldüğü kurumda, taburculuk sonrası hemşireler tarafından uygulanan rutin izlem protokolleri bulunmadığı için araştırmacının bireysel çabaları ile hasta görüşmeleri gerçekleştirilmiştir. Buna bağlı olarak çalışmaya katılmak istemeyen, iletişim numara ve adreslerini paylaşmak istemeyen hastalar olmuştur.

### **3.12 – Araştırmanın Bütçesi**

Araştırmanın 1 yıllık bütçesi; Vehbi Koç Vakfı SANERC tarafından karşılanmıştır (Proje no: V2018.1.21/2018).

## 4- BULGULAR

Araştırmadan elde edilen bulgular;

1. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların bazı sosyo-demografik özelliklerinin karşılaştırılması
2. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların bazı klinik özelliklerinin karşılaştırılması
3. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların FACT-G ve FACT-G alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması
4. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların BUSÖ ve BUSÖ alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması
5. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların RBSÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması
6. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların bazı parametrelere göre ameliyat öncesi ve onüçüncü haftaya ait FACT-G puan ortalamalarının karşılaştırılması
7. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların bazı parametrelere göre ameliyat öncesi ve onüçüncü haftaya ait BUSÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması
8. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların bazı parametrelere göre ameliyat öncesi ve onüçüncü haftaya ait RBSÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması
9. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların onüçüncü hafta FACT-G, BUSÖ ve RBSÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki
10. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınlarda izlem dönemlerinde saptanan sorunların karşılaştırılması başlıkları altında incelenmiştir.

## 4.1. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

**Tablo 4.1.** Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların bazı sosyo-demografik özelliklerinin karşılaştırılması

Değişkenler	Müdahale grubu (n=36)		Kontrol grubu (n=36)		Analiz Olasılık*
	n	%	n	%	
<b>Yaş sınıfları</b>					
55 ve altı	16	44.4	20	55.6	$\chi^2=0.500$
55 üzeri	20	55.6	16	44.4	$p=0.480$
<b>Medeni durum</b>					
Evli	30	83.3	33	91.7	$\chi^2=0.508$
Bekar	6	16.7	3	8.3	$p=0.476$
<b>Eğitim düzeyi</b>					
İlkokul ve ortaokul	28	77.8	31	86.1	$\chi^2=0.375$
Lise ve üzeri	8	22.2	5	13.9	$p=0.540$
<b>Çalışma durumu</b>					
Çalışıyor	8	22.2	5	13.9	$\chi^2=0.375$
Çalışmıyor	28	77.8	31	86.1	$p=0.540$
<b>Gelir düzeyi</b>					
Gelir giderden az	2	5.6	3	8.3	$\chi^2=0.000$
Gelir gidere eşit	34	94.4	33	91.7	$p=1.000$
<b>Aile tipi</b>					
Çekirdek aile	19	52.8	17	47.2	$\chi^2=0.056$
Geniş aile	17	47.2	19	52.8	$p=0.814$
<b>Gebelik sayısı</b>					
0	2	5.6	1	2.8	-
1	4	11.1	5	13.9	
2	18	50.0	16	44.4	
3 ve üstü	12	33.3	14	38.9	
<b>Yaşayan çocuk sayısı</b>					
0	2	5.6	1	2.8	-
1	5	13.9	7	19.4	
2	21	58.3	17	47.2	
3 ve üstü	8	22.3	11	30.5	

\* $\chi^2$ -çapraz tabloları kullanılmıştır.

Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların sosyo-demografik özellikleri Tablo 4.1'de verilmiştir. Müdahale grubundaki kadınların yaş ortalaması  $55.47 \pm 5.02$  yıl olup, yarısından fazlası (%55.6) ellibeş yaş üzeri gruptadır. Kadınların çoğunluğu (%83.3) evli, %77.8'i ilköğretim ve altı eğitim düzeyindedir. Bu gruptaki kadınların %77.8'i herhangi bir işte çalışmamakta olup, büyük çoğunluğu (%94.4) gelirinin giderine eşit olduğunu iletmiştir. Kadınların %52.8'si çekirdek aileye sahiptir, yarısının (%50.0) 2 gebelik öyküsü, yarısından fazlasının (%58.3) yaşayan 2 çocuğu vardır.

Kontrol grubundaki kadınların yaş ortalaması  $54.72 \pm 4.86$  yıl olup, yarısından fazlası (%55.6) ellibeş ve altı yaş grubuna dahildir. Kadınların büyük çoğunluğu (%91.7) evli, %86.1'i ilköğretim ve altı eğitim düzeyindedir. Bu gruptaki kadınların %86.1'i herhangi bir işte çalışmamakta olup büyük çoğunluğu (%91.7) gelirinin giderine eşit olduğunu iletmiştir. Kadınların %52.8'i geniş aileye sahip, yarısına yakınının 2 gebelik öyküsü (%44.4) ve 2 yaşayan çocuğu (%47.2) vardır. İki gruptaki kadınların incelenen sosyo-demografik özellikleri birbirine benzerdir (her biri için  $p > 0.05$ ).

## 4.2. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Bazı Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması

**Tablo 4.2.** Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların bazı klinik özelliklerinin karşılaştırılması

Değişkenler	Müdahale grubu (n=36)		Kontrol grubu (n=36)		Analiz Olasılık*
	n	%	n	%	
<b>Kanser tipi</b>					
Over	12	33.3	14	38.9	$\chi^2=0.502$ p=0.778
Endometrium	19	52.8	16	44.4	
Serviks	5	13.9	6	16.7	
<b>Kanser evresi</b>					
Evre 2	19	54.8	15	41.7	$\chi^2=0.988$ p=0.610
Evre 3	17	47.2	21	58.3	
<b>Hastaneye başvurma nedeni**</b>					
Karın ağrısı	23	15.1	25	15.1	-
Post-menopozal kanama	33	21.8	36	21.7	
Ara kanama	28	18.4	23	13.9	
Bulantı/kusma	11	7.2	20	12.0	
Kilo kaybı	9	5.9	15	9.0	
Akıntı	31	20.4	32	19.3	
<b>Üreme sistemine ait hastalık öyküsü</b>					
Yok	17	47.2	14	38.9	$\chi^2=0.227$ p=0.634
Var	19	52.8	22	61.1	
<b>Düzenli jinekolojik muayene olma durumu</b>					
Hayır	25	69.4	28	77.8	$\chi^2=0.286$ p=0.593
Evet	11	30.6	8	22.2	
<b>Ailede kanser öyküsü</b>					
Yok	25	69.4	21	58.3	$\chi^2=0.542$ p=0.462
Var	11	30.6	15	41.7	
<b>Ailedeki kanser hastası birey**</b>					
Anne	3	25.0	2	12.4	-
Baba	3	25.0	4	25.0	
Hala	1	8.3	1	8.3	
Kardeş	4	33.4	-	-	
Teyze	1	8.3	8	50.0	
Amca	-	-	1	8.3	
<b>Ailedeki kanser tipi**</b>					
Akciğer kanseri	2	16.6	2	14.3	-
Meme kanseri	4	33.3	5	35.7	
Jinekolojik kanser (Endometrium, serviks, over)	3	25.0	4	28.5	
Kolon kanseri	3	25.0	-	-	
Prostat kanseri	-	-	3	21.4	

\*  $\chi^2$ -çapraz tabloları kullanılmıştır. \*\*Birden fazla cevap verilmiştir.



**Tablo 4.2.** Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların bazı klinik özelliklerinin karşılaştırılması (devam ediyor)

Değişkenler	Müdahale grubu (n=36)		Kontrol grubu (n=36)		Analiz Olasılık*
	n	%	n	%	
<b>Menopoza girme durumu</b>					
Yok	4	11.1	5	13.9	$\chi^2=0.000$ p=1.000
Var	32	88.9	31	86.1	
<b>Kronik hastalık</b>					
Yok	7	19.4	6	16.7	$\chi^2=0.000$ p=1.000
Var	29	80.6	30	83.3	
<b>Kronik hastalık tipi**</b>					
Endokrin sisteme ait (DM, hipotiroid)	26	48.14	23	44.23	-
Kardiyovasküler sisteme ait (HT, KAH, vasküler)	27	50.00	26	50.00	
Solunum sistemine ait (KOAH)	1	1.85	3	5.76	
<b>Sürekli ilaç kullanma durumu</b>					
Yok	4	11.1	6	16.7	$\chi^2=0.116$ p=0.733
Var	32	88.9	30	83.3	

\*  $\chi^2$ -çapraz tabloları kullanılmıştır. \*\*Birden fazla cevap verilmiştir.

Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların bazı klinik özellikleri tablo 4.2'de verilmiştir. Müdahale grubundaki kadınlar en çok (%21.8) post-menopozal kanamaya bağlı hastaneye başvurmuş olup, yarısından fazlası endometrium kanseri tanısı almış (%52.8) ve yarıya yakını (%47.2) 3. evrededir. Gruptaki kadınların %52.8'inin üreme sistemine ait hastalık öyküsünün olduğu, yarısından fazlasının (%69.4) düzenli jinekolojik muayeneye gitmediği, %30.6'sının ailesinde kanser öyküsü olduğu saptanmıştır. Gruptaki kadınların %33.4'ünün kardeşi kanser tanısı almış, ailedeki kanser tipi çoğunlukla (%33.3) meme kanseridir. Kadınların çoğunluğu (%88.9) doğal menopoza girmiştir. Gruptaki kadınların çoğunluğunun (%80.6) kronik hastalık öyküsü olup, en çok (%50.0) kardiyovasküler sistemi ilgilendiren hastalıkları vardır. Sürekli ilaç kullanan kadınların oranı ise %88.9'dur.

Kontrol grubunda yer alan kadınlar en çok (%21.7) postmenopozal kanamaya bağlı hastaneye başvurmuş olup, yarıya yakını (%44.4) endometrium kanseri tanısı almış ve yarısından fazlası (%58.3) 3. evrededir. Gruptaki kadınların %61.1'inin üreme sistemine ait hastalık öyküsünün olduğu, çoğunluğunun (%77.8) düzenli jinekolojik muayeneye gitmediği, %41.7'sinin ailesinde kanser öyküsü olduğu saptanmıştır. Bunlardan %50.0'ının teyzesi kanser tanısı almış olup, kanser tipi en çok (%35.7) meme kanseridir. Kadınların çoğunluğu (%86.1) doğal menopoza girmiştir. Gruptaki kadınların çoğunluğunda (%83.3) kronik hastalık öyküsü olup, en çok kardiyovasküler sisteme ait (%50.0) hastalıklar mevcuttur. Sürekli ilaç kullanan kadınların oranı ise; %83.3'tür. İki gruptaki kadınların incelenen klinik özellikleri birbirine benzerdir (herbiri için  $p>0.05$ ).

### 4.3. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların FACT-G ve FACT-G Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

**Tablo 4.3.** Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların FACT-G puan ortalamalarının izlem dönemlerine göre karşılaştırılması

FACT-G toplam	Müdahale grubu (n=36)	Kontrol grubu (n=36)	İstatistiksel analiz*
	$\bar{X} \pm S.S.$	$\bar{X} \pm S.S.$	
Ameliyat öncesi <sup>(1)</sup>	45.22±5.18	45.86±5.33	t=-0.516 p=0.608
9.hafta <sup>(2)</sup>	45.81±4.74	44.01±4.54	t=1.728 p=0.088
13.hafta <sup>(3)</sup>	48.53±4.28	43.33±4.47	t=5.035 <b>p&lt;0.001</b>
<b>İstatistiksel analiz**</b>	<b>F=9.770, p&lt;0.001</b> [1,2-3]	<b>F=46.100, p&lt;0.001</b> [1-2,3] [2-3]	

\* Independent Sample-t test (t-tablo değeri) kullanılmıştır. \*\*Repeated Measures test (F-tablo değeri) kullanılmıştır.

Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların ameliyat öncesi, taburculuk sonrası dokuzuncu ve onüçüncü haftalarda FACT-G ölçeğinden aldıkları toplam yaşam kalitesi puan ortalamalarının karşılaştırması Tablo 4.3'te verilmiştir. Müdahale grubundaki kadınların farklı izlem dönemlerinde aldıkları toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (F=9.770; p<0.001). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; ameliyat öncesi (45.22±5.18) ve dokuzuncu hafta puanları (45.81±4.74) ile onüçüncü hafta puanları (48.53±4.28) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir. Kadınların onüçüncü haftadaki genel yaşam kalitesi puanları diğer izlem dönemlerindeki yaşam kalitesi puanlarından anlamlı olarak yüksektir. *H<sub>7</sub> hipotezi kabul edilmiştir.*

Kontrol grubundaki kadınların farklı izlem dönemlerinde aldıkları toplam yaşam kalitesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (F=46.100; p<0.001). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; ameliyat öncesi yaşam kalitesi puanı (45.86±5.33) ile diğer izlem dönemlerine ait yaşam

kaliteleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir. Gruptaki kadınların ameliyat öncesi toplam yaşam kalitesi puanları, diğer iki izlem dönemine ait yaşam kalitelerinden daha yüksektir. Aynı şekilde, gruptaki kadınların taburculuktan dokuz hafta sonraki yaşam kalitesi puanları ( $44.01 \pm 4.54$ ) ile onüç hafta sonraki yaşam kalitesi puanları ( $43.33 \pm 4.47$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Diğer bir deyişle, kontrol grubundaki kadınların taburculukları sonrası onüçüncü haftaya ait toplam yaşam kalitesi puanları, önceki izlem dönemlerindeki yaşam kalitesi puanlarından anlamlı olarak düşüktür.

Müdahale grubundaki kadınların ameliyat öncesi yaşam kalitesi ( $45.22 \pm 5.18$ ), kontrol grubundaki kadınların yaşam kalitesi puanları ( $45.86 \pm 5.33$ ) ile benzerdir ( $p=0.608$ ). *H<sub>1</sub> hipotezi kabul edilmiştir.* Müdahale grubundaki kadınların onüçüncü haftadaki toplam yaşam kalitesi puanları ( $48.53 \pm 4.28$ ) kontrol grubunun toplam yaşam kalitesi puanlarına ( $43.33 \pm 4.47$ ) göre daha yüksek belirlenmiş olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ( $t=5.035$ ;  $p<0.001$ ). *H<sub>4</sub> hipotezi kabul edilmiştir.*

**Tablo 4.4.** Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların FACT-G alt boyut puan ortalamalarının izlem dönemlerine göre karşılaştırılması

FACT-G alt boyutları		Ameliyat öncesi <sup>(1)</sup> $\bar{X} \pm S. S.$	9.hafta <sup>(2)</sup> $\bar{X} \pm S. S.$	13. hafta <sup>(3)</sup> $\bar{X} \pm S. S.$	<i>İstatistiksel analiz*</i>
Fiziksel iyilik	Müdahale grubu	13,39±3,10	14,24±2,57	11,06±2,07	$\chi^2=30,018$ <b>p&lt;0,001</b> [1-2,3] [2-3]
	Kontrol grubu	13,17±2,81	12,00±2,16	11,97±2,25	$\chi^2=55,538$ <b>p&lt;0,001</b> [1-2,3]
	<i>İstatistiksel analiz**</i>	t=0,318 p=0,751	Z=-2,982 <b>p=0,003</b>	Z=-1,434 p=0,152	
Sosyal iyilik	Müdahale grubu	10.75±2.26	13.67±1.69	13.67±1.69	$\chi^2=30.018$ <b>p&lt;0.001</b> [1-2,3]
	Kontrol grubu	10.97±2.37	10.50±2.12	10.50±2.12	$\chi^2=32.000$ <b>p&lt;0.001</b> [1-2,3]
	<i>İstatistiksel analiz**</i>	Z=-0.302 p=0.763	Z=-5.697 <b>p&lt;0.001</b>	Z=-5.697 <b>p&lt;0.001</b>	
Duygusal iyilik	Müdahale grubu	7.47±1.80	7.47±1.80	10.28±2.44	$\chi^2=56.000$ <b>p&lt;0.001</b> [1,2-3]
	Kontrol grubu	6.69±1.74	7.39±1.63	7.31±1.53	$\chi^2=27.000$ <b>p&lt;0.001</b> [1-2,3] [2-3]
	<i>İstatistiksel analiz**</i>	Z=-0.202 p=0.840	Z=-0.432 p=0.666	Z=-5.116 <b>p&lt;0.001</b>	
Fonksiyonel iyilik	Müdahale grubu	13.61±2.68	13.61±2.68	13.53±1.42	$\chi^2=0.000$ p=1.000
	Kontrol grubu	14.03±2.21	14.03±2.21	13.75±1.97	F=13.462 <b>p=0.001</b> [1,2-3]
	<i>İstatistiksel analiz**</i>	t=-0.720 p=0.474	t=-0.720 p=0.474	Z=-0.578 p=0.563	

\* İzlem dönemleri arasında karşılaştırma yapılmıştır. \*\*Müdahale ve kontrol grubu arasında karşılaştırma yapılmıştır.

Tablo 4.4'te müdahale ve kontrol grubundaki kadınların FACT-G alt boyutlarına ait puan ortalamalarının izlem dönemlerine göre karşılaştırılması verilmiştir. Alt boyutlar; fiziksel iyilik, sosyal iyilik, duygusal iyilik ve fonksiyonel iyiliktir.

Müdahale grubundaki kadınların farklı izlem zamanlarına ait *fiziksel iyilik alt boyut* puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ( $\chi^2=30.018$ ;  $p<0.001$ ). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; ameliyat öncesi ile dokuzuncu hafta ve onüçüncü hafta puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Kontrol grubundaki kadınların farklı izlem dönemlerine ait fiziksel iyilik alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ( $\chi^2=55.538$ ;  $p<0.001$ ). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; ameliyat öncesi ile dokuzuncu hafta ve onüçüncü hafta puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir.

Araştırmada, müdahale ve kontrol grubundaki kadınların sadece dokuzuncu haftadaki fiziksel iyilik alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ( $Z=-2.982$ ;  $p=0.003$ ). Müdahale grubunun dokuzuncu hafta fiziksel iyilik alt boyut puanları ( $14,24\pm 2,57$ ), kontrol grubunun dokuzuncu hafta fiziksel iyilik alt boyut puanlarından ( $12,00\pm 2,16$ ) anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Müdahale grubundaki kadınların farklı izlem dönemlerinde belirlenen *sosyal iyilik alt boyut* puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ( $\chi^2=30.018$ ;  $p<0.001$ ). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; ameliyat öncesi ile dokuzuncu hafta ve onüçüncü hafta puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Ameliyat öncesi sosyal iyilik alt boyut puanları ( $10.75\pm 2.26$ ), dokuzuncu ( $13.67\pm 1.69$ ) ve onüçüncü hafta ( $13.67\pm 1.69$ ) puanlarından anlamlı düzeyde daha düşüktür. Kontrol grubundaki kadınların farklı izlem dönemlerine ait sosyal iyilik alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ( $\chi^2=32.000$ ;  $p<0.001$ ). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; ameliyat öncesi ( $10.97\pm 2.37$ ) ile dokuzuncu ( $10.50\pm 2.12$ ) ve onüçüncü ( $10.50\pm 2.12$ ) hafta puanları arasında anlamlı farklılık

tespit edilmiştir; Ameliyat öncesi puanları, dokuzuncu ve onüçüncü hafta puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Müdahale grubunun dokuzuncu hafta sosyal iyilik puanları, kontrol grubuna göre daha yüksek olup; puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ( $Z=-5.697$ ;  $p<0.001$ ). Benzer şekilde; müdahale grubunun taburculuk sonrası onüçüncü hafta sosyal iyilik alt boyut puanları, kontrol grubuna göre daha yüksek olup; puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ( $Z=-5.697$ ;  $p<0.001$ ).

Müdahale grubundaki kadınların, *duygusal iyilik alt boyut* puanları arasında izlem dönemlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ( $\chi^2=56.000$ ;  $p<0.001$ ). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; ameliyat öncesi ( $7.47\pm 1.80$ ) ve dokuzuncu hafta ( $7.47\pm 1.80$ ) ile onüçüncü hafta puanları ( $10.28\pm 2.44$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir; kadınların ameliyat öncesi ve dokuzuncu hafta duygusal iyilik alt boyut puanları, onüçüncü hafta puanlarından anlamlı düzeyde daha düşüktür.

Kontrol grubundaki kadınların duygusal iyilik puanları arasında izlem dönemlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ( $\chi^2=27.000$ ;  $p<0.001$ ). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; ameliyat öncesi ile dokuzuncu hafta ve onüçüncü hafta puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Kadınların ameliyat öncesi duygusal iyilik alt boyut puanları; dokuzuncu ve onüçüncü hafta puanlarına göre anlamlı düzeyde daha düşüktür. Diğer istatistiksel anlamlı farklılık ise; dokuzuncu hafta ile onüçüncü hafta duygusal iyilik alt boyut puanları arasında tespit edilmiştir. Kadınların dokuzuncu hafta duygusal iyilik alt boyut puanları, onüçüncü hafta puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir. Araştırmada, kontrol grubundaki kadınların ameliyat öncesi duygu ve endişelerinin, taburculukları sonrası dokuzuncu ve onüçüncü haftalara göre anlamlı düzeyde daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

Müdahale grubundaki kadınların onüçüncü hafta duygusal iyilik alt boyut puanları, kontrol grubundaki kadınların onüçüncü hafta duygusal iyilik alt boyut

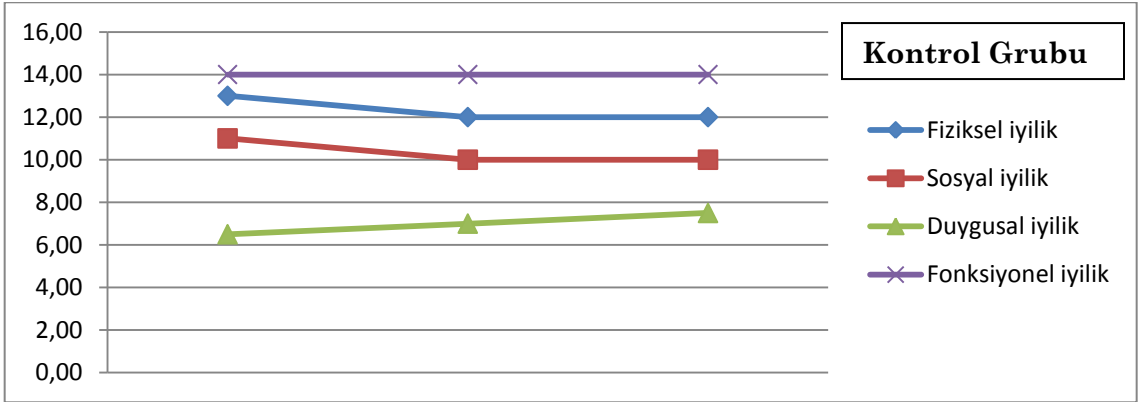
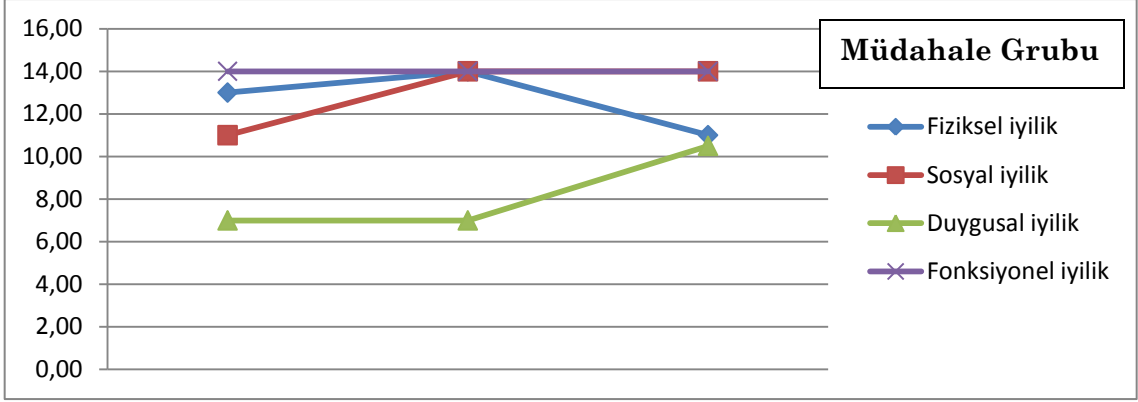
puanlarından daha yüksek olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ( $Z=-5.116$ ;  $p<0.001$ ). Kontrol grubundaki kadınların onüçüncü haftada hastalıklarıyla ilgili duygu ve endişeleri, müdahale grubundan anlamlı olarak daha fazladır.

Kontrol grubundaki hastaların fonksiyonel iyilik puanları arasında izlem dönemlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ( $F=13.462$ ;  $p=0.001$ ). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; ameliyat öncesi ve dokuzuncu hafta ile onüçüncü hafta puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir; kadınların onüçüncü hafta fonksiyonel iyilik alt boyut puanları ( $13.75\pm 1.97$ ) ameliyat öncesi ( $14.03\pm 2.21$ ) ve dokuzuncu hafta fonksiyonel iyilik alt boyut puanlarından ( $14.03\pm 2.21$ ) anlamlı düzeyde daha düşüktür.

Kontrol grubundaki kadınların onüçüncü hafta fonksiyonel iyilik puanları müdahale grubuna göre daha yüksek olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $Z=-0.578$ ;  $p=0.563$ ).

Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların farklı izlem dönemlerine göre FACT-G alt boyut puanları Şekil 4.1'de verilmiştir.





**Şekil 4.1.** Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların farklı izlem dönemlerine göre FACT-G alt boyut puanları

#### 4.4. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların BUSÖ ve BUSÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

**Tablo 4.5.** Müdahale ve kontrol grubunun BUSÖ toplam puanlarının izlem dönemlerine göre karşılaştırılması

BUSÖ toplam	Müdahale grubu (n=36)		Kontrol grubu (n=36)		İstatistiksel analiz*
	$\bar{X} \pm S.S.$	Median [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Median [IQR]	
Ameliyat öncesi <sup>(1)</sup>	93.53±7.18	92.0 [10.0]	90.89±5.16	92.0 [7.3]	t=1.789 p=0.078
9.hafta <sup>(2)</sup>	100.78±7.33	99.0 [7.0]	95.14±5.17	95.5 [6.0]	Z=-3.515 <b>p&lt;0.001</b>
13.hafta <sup>(3)</sup>	105.25±8.19	103.0 [10.0]	97.44±6.81	97.0 [7.0]	Z=-4.264 <b>p&lt;0.001</b>
<b>İstatistiksel analiz**</b>	$\chi^2=71.042$ , <b>p&lt;0.001</b> [1-2,3] [2-3]		F=42.989, <b>p&lt;0.001</b> [1-2,3] [2-3]		

\*Independent Sample-t test (t-tablo değeri) ve Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri) kullanılmıştır.  
\*\* Repeated Measures test (F-tablo değeri) ve Friedman test ( $\chi^2$ -tablo değeri) kullanılmıştır.

Tablo 4.5'de müdahale ve kontrol grubunun BUSÖ'den aldıkları toplam puanlarının izlem dönemlerine göre karşılaştırılması verilmiştir. Müdahale grubundaki kadınların BUSÖ toplam puanları arasında izlem dönemlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ( $\chi^2=71.042$ ;  $p<0.001$ ). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda, ameliyat öncesi ile dokuzuncu hafta ve onüçüncü hafta puanları arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir; kadınların dokuzuncu hafta (100.78±7.33) ve onüçüncü hafta (105.25±8.19) BUSÖ toplam puanları, ameliyat öncesi puanlarından (93.53±7.18) anlamlı düzeyde daha yüksektir.  $H_8$  hipotezi kabul edilmiştir. Diğer istatistiksel anlamlı farklılık; dokuzuncu hafta ile onüçüncü hafta puanları arasında tespit edilmiştir; onüçüncü hafta puanları dokuzuncu hafta puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Kontrol grubundaki kadınların BUSÖ toplam puanları açısından süreçlere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (F=42.989;  $p<0.001$ ). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; ameliyat öncesi ile dokuzuncu hafta ve onüçüncü hafta puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Kadınların dokuzuncu hafta (95.14±5.17) ve onüçüncü hafta (97.44±6.81) BUSÖ toplam puanları, ameliyat öncesi puanlarından (90.89±5.16) anlamlı düzeyde

daha yüksektir. Diğer istatistiksel anlamlı farklılık dokuzuncu hafta ile onüçüncü hafta puanları arasında tespit edilmiştir; kadınların onüçüncü hafta BUSÖ toplam puanları (97.44±6.81), dokuzuncu hafta puanlarından (95.14±5.17) anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Ameliyat öncesi dönemde müdahale ve kontrol grubundaki kadınların BUSÖ toplam puanları arasında anlamlı farklılık belirlenmemiştir ( $p=0.078$ ). *H<sub>2</sub> hipotezi kabul edilmiştir.* Müdahale grubundaki kadınların dokuzuncu hafta BUSÖ toplam puanları (100.78±7.33), kontrol grubundaki kadınların dokuzuncu hafta BUSÖ toplam puanlarından (95.14±5.17) daha yüksek belirlenmiş olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ( $Z=-3.515$ ;  $p<0.001$ ). Müdahale grubundaki kadınların onüçüncü hafta BUSÖ toplam puanları (105.25±8.19), kontrol grubundaki kadınların puanlarından (97.44±6.81) daha yüksek olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ( $Z=-4.264$ ;  $p<0.001$ ). *H<sub>5</sub> hipotezi kabul edilmiştir.*

**Tablo 4.6.** Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların BUSÖ alt boyut puan ortalamalarının izlem dönemlerine göre karşılaştırılması

BUSÖ alt boyutları		Ameliyat öncesi <sup>(1)</sup> $\bar{X} \pm S.S.$	9.hafta <sup>(2)</sup> $\bar{X} \pm S.S.$	13. hafta <sup>(3)</sup> $\bar{X} \pm S.S.$	İstatistiksel analiz*
Çözüm bulma ve odaklanma	Müdahale grubu	22.72±1.67	23.44±2.13	25.61±2.52	$\chi^2=48.373$ <b>p&lt;0.001</b> [1-2,3] [2-3]
	Kontrol grubu	21.89±1.45	21.89±1.39	23.03±2.20	$\chi^2=18.594$ <b>p&lt;0.001</b> [1,2-3]
	İstatistiksel analiz**	Z=-1.852 p=0.064	Z=-3.631 <b>p&lt;0.001</b>	Z=-4.246 <b>p&lt;0.001</b>	
Fiziksel ve karara bağlama	Müdahale grubu	27.94±3.59	30.39±3.38	31.56±3.56	F=28.988 <b>p&lt;0.001</b> [1-2,3] [2-3]
	Kontrol grubu	28.17±2.77	29.86±2.94	30.39±2.88	$\chi^2=54.827$ <b>p&lt;0.001</b> [1-2,3] [2-3]
	İstatistiksel analiz**	t=-0.294 p=0.769	t=0.707 p=0.482	Z=-1.234 p=0.217	
Dikkat süreci	Müdahale grubu	14.92±1.61	15.53±1.58	15.42±1.61	$\chi^2=30.200$ <b>p&lt;0.001</b> [1-2,3]
	Kontrol grubu	15.06±1.49	15.61±1.50	15.39±1.59	F=16.861 <b>p&lt;0.001</b> [1-2]
	İstatistiksel analiz**	t=-0.910 p=0.366	t=-0.230 p=0.819	Z=-0.149 p=0.881	
Sistematize etme süreci	Müdahale grubu	12.14±1.31	13.47±1.86	14.14±1.87	$\chi^2=54.077$ <b>p&lt;0.001</b> [1-2,3] [2-3]
	Kontrol grubu	10.83±1.18	11.33±1.20	11.81±1.43	$\chi^2=36.521$ <b>p&lt;0.001</b> [1-2,3] [2-3]
	İstatistiksel analiz**	Z=-4.076 <b>p&lt;0.001</b>	Z=-4.878 <b>p&lt;0.001</b>	Z=-4.940 <b>p&lt;0.001</b>	
Öğrenme ve ilişki kurma	Müdahale grubu	16.86±2.09	17.94±1.91	18.53±1.98	$\chi^2=48.021$ <b>p&lt;0.001</b> [1-2,3] [2-3]
	Kontrol grubu	15.64±1.31	16.44±1.40	16.83±1.58	$\chi^2=40.923$ <b>p&lt;0.001</b> [1-2,3] [2-3]
	İstatistiksel analiz**	Z=-2.578 <b>p=0.010</b>	Z=-3.459 <b>p=0.001</b>	Z=-3.689 <b>p&lt;0.001</b>	

\*Repeated Measures test (F-tablo değeri) ve Friedman test ( $\chi^2$ -tablo değeri) kullanılmıştır.

\*\*Independent Sample-t test (t-tablo değeri) ve Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri) kullanılmıştır.

Müdahale ve kontrol grubunun BUSÖ alt boyutlarına ait puan ortalamalarının farklı izlem dönemlerine göre karşılaştırılması Tablo 4.6'da verilmiştir. BUSÖ alt boyutları; *çözüm bulma ve odaklanma, fiziksel ve karara bağlama, dikkat süreci, sistematize etme süreci, öğrenme ve ilişki kurmadır.*

Müdahale grubundaki kadınların *çözüm bulma ve odaklanma* puanları arasında farklı izlem dönemlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ( $\chi^2=48.373$ ;  $p<0.001$ ). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; ameliyat öncesi ile dokuzuncu ve onüçüncü hafta puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Kadınların dokuzuncu hafta ( $23.44\pm 2.13$ ) ve onüçüncü hafta ( $25.61\pm 2.52$ ) *çözüm bulma ve odaklanma* puanları, ameliyat öncesi puanlarından ( $22.72\pm 1.67$ ) anlamlı düzeyde daha yüksektir. Diğer istatistiksel anlamlı farklılık; dokuzuncu hafta ile onüçüncü hafta puanları arasında tespit edilmiştir; kadınların onüçüncü hafta *çözüm bulma ve odaklanma* puanları ( $25.61\pm 2.52$ ), dokuzuncu hafta puanlarından ( $23.44\pm 2.13$ ) anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Kontrol grubundaki hastaların *çözüm bulma ve odaklanma* puanları arasında süreçlere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ( $\chi^2=18.594$ ;  $p<0.001$ ). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; ameliyat öncesi ve dokuzuncu hafta ile onüçüncü hafta puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Kadınların onüçüncü hafta *çözüm bulma ve odaklanma* alt boyut puanları ( $23.03\pm 2.20$ ), ameliyat öncesi ( $21.89\pm 1.45$ ) ve dokuzuncu hafta puanlarından ( $21.89\pm 1.39$ ) anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Müdahale grubundaki kadınların dokuzuncu hafta *çözüm bulma ve odaklanma* puanları ( $23.44\pm 2.13$ ) kontrol grubundaki kadınlara ( $21.89\pm 1.39$ ) göre daha yüksek belirlenmiş olup, puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $Z=-3.631$ ;  $p<0.001$ ). Müdahale grubundaki kadınların onüçüncü hafta *çözüm bulma ve odaklanma* puanları ( $25.61\pm 2.52$ ) kontrol grubundaki kadınlara göre ( $23.03\pm 2.20$ ) daha yüksek belirlenmiş olup, puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $Z=-4.246$ ;  $p<0.001$ ).

Müdahale grubundaki kadınların fiziksel ve karara bağlama puanları arasında izlem dönemlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ( $F=28.988$ ;  $p<0.001$ ). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; ameliyat öncesi ile dokuzuncu ve onüçüncü hafta puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Kadınların dokuzuncu ( $30.39\pm 3.38$ ) ve onüçüncü hafta puanları ( $31.56\pm 3.56$ ), ameliyat öncesi puanlarından ( $27.94\pm 3.59$ ) anlamlı düzeyde daha yüksektir. Diğer istatistiksel anlamlı farklılık, dokuzuncu hafta ile onüçüncü hafta fiziksel ve karara bağlama alt boyut puanları arasında tespit edilmiştir; kadınların onüçüncü hafta fiziksel ve karara bağlama alt boyut puanları ( $31.56\pm 3.56$ ), dokuzuncu hafta puanlarından ( $30.39\pm 3.38$ ) anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Kontrol grubundaki kadınların fiziksel ve karara bağlama puanları arasında süreçlere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir ( $\chi^2=54.827$ ;  $p<0.001$ ). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; ameliyat öncesi ile dokuzuncu ve onüçüncü hafta puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Kadınların dokuzuncu hafta ( $29.86\pm 2.94$ ) ve onüçüncü hafta fiziksel ve karara bağlama alt boyut puanları ( $30.39\pm 2.88$ ), ameliyat öncesi puanlarından ( $28.17\pm 2.77$ ) anlamlı düzeyde daha yüksektir. Diğer istatistiksel anlamlı farklılık dokuzuncu hafta ile onüçüncü hafta fiziksel ve karara bağlama alt boyut puanları arasında tespit edilmiştir; kadınların onüçüncü hafta puanları ( $30.39\pm 2.88$ ) dokuzuncu hafta puanlarından ( $29.86\pm 2.94$ ) anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Müdahale grubunun dokuzuncu ve onüçüncü haftalardaki fiziksel ve karara bağlama alt boyut puanları (sırasıyla  $30.39\pm 3.38$ ;  $31.56\pm 3.56$ ) kontrol grubunun dokuzuncu ve onüçüncü haftalardaki puanlarından (sırasıyla  $29.86\pm 2.94$ ;  $30.39\pm 2.88$ ) daha yüksektir fakat puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

Müdahale grubundaki kadınların dikkat süreci alt boyut puanları arasında farklı izlem dönemlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ( $\chi^2=30.200$ ;  $p<0.001$ ). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; ameliyat öncesi ile

dokuzuncu ve onüçüncü hafta puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Kadınların dokuzuncu ve onüçüncü hafta puanları (sırasıyla  $15.53 \pm 1.58$ ,  $15.42 \pm 1.61$ ) ameliyat öncesi puanlarından ( $14.92 \pm 1.61$ ) anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Kontrol grubundaki kadınların dikkat süreci alt boyut puanları arasında izlem dönemlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ( $F=16.861$ ;  $p<0.001$ ). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; ameliyat öncesi ile dokuzuncu hafta puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Kadınların dokuzuncu hafta dikkat süreci alt boyut puanları ( $15.61 \pm 1.50$ ) ameliyat öncesi puanlarından ( $15.06 \pm 1.49$ ) anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Müdahale grubundaki kadınların onüçüncü haftadaki dikkat süreci alt boyut puanları ( $15.42 \pm 1.61$ ) kontrol grubundaki kadınların onüçüncü haftadaki dikkat süreci alt boyut puanlarından ( $15.39 \pm 1.59$ ) daha yüksek belirlenmiş olup, aralarında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ( $Z=-0.149$ ,  $p=0.881$ ).

Müdahale grubundaki hastaların sistematize etme süreci alt boyut puanları arasında izlem dönemlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ( $\chi^2=54.077$ ;  $p<0.001$ ). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; ameliyat öncesi ile dokuzuncu hafta ve onüçüncü hafta puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Kadınların dokuzuncu hafta ve onüçüncü hafta puanları (sırasıyla;  $13.47 \pm 1.86$ ,  $14.14 \pm 1.87$ ) ameliyat öncesi puanlarından ( $12.14 \pm 1.31$ ) anlamlı düzeyde daha yüksektir. Diğer istatistiksel anlamlı farklılık, dokuzuncu hafta ile onüçüncü hafta puanları arasında tespit edilmiştir. Kadınların onüçüncü hafta sistematize etme süreci alt boyut puanları ( $14.14 \pm 1.87$ ) dokuzuncu hafta puanlarından ( $13.47 \pm 1.86$ ) anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Kontrol grubundaki hastaların sistematize etme süreci puanları arasında izlem dönemlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $\chi^2=36.521$ ;  $p<0.001$ ). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; ameliyat öncesi ile dokuzuncu ve onüçüncü haftalardaki puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Kadınların dokuzuncu ve onüçüncü hafta puanları

(sırasıyla; 11.33±1.20, 11.81±1.43) ameliyat öncesi puanlarından (10.83±1.18) anlamlı düzeyde daha yüksektir. Benzer şekilde; kadınların dokuzuncu hafta ile onüçüncü hafta sistematize etme süreci alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Kadınların onüçüncü hafta puanları (11.81±1.43) dokuzuncu hafta puanlarından (11.33±1.20) anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Müdahale grubundaki kadınların onüçüncü haftadaki sistematize etme süreci alt boyut puanları (14.14±1.87), kontrol grubundaki kadınların onüçüncü haftadaki sistematize etme süreci alt boyut puanlarından (11.81±1.43) daha yüksek belirlenmiş olup, puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ( $Z=-4.940$ ;  $p<0.001$ ).

Müdahale grubundaki kadınların öğrenme ve ilişki kurma puanları arasında izlem dönemlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ( $\chi^2=48.021$ ;  $p<0.001$ ). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; ameliyat öncesi ile dokuzuncu ve onüçüncü hafta puanları arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Kadınların dokuzuncu hafta ve onüçüncü hafta puanları (sırasıyla 17.94±1.91, 18.53±1.98), ameliyat öncesi puanlarından (16.86±2.09) anlamlı düzeyde daha yüksektir. Benzer şekilde kadınların dokuzuncu hafta ile onüçüncü hafta puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir; kadınların onüçüncü hafta puanları (18.53±1.98), dokuzuncu hafta puanlarından (17.94±1.91) anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Kontrol grubundaki kadınların öğrenme ve ilişki kurma alt boyut puanları arasında izlem dönemlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir ( $\chi^2=40.923$ ;  $p<0.001$ ). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; ameliyat öncesi ile dokuzuncu hafta ve onüçüncü hafta puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Kadınların dokuzuncu hafta ve onüçüncü hafta puanları (16.44±1.40, 16.83±1.58) sırasıyla ameliyat öncesi puanlarından (15.64±1.31) anlamlı düzeyde daha yüksektir. Benzer şekilde, kadınların dokuzuncu hafta ile onüçüncü hafta puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit



edilmiştir. Kadınların onüçüncü hafta puanları (16.83±1.58) dokuzuncu hafta puanlarından (16.44±1.40) anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Müdahale grubundaki kadınların onüçüncü haftaya ait öğrenme ve ilişki kurma alt boyut puanları (18.53±1.98) kontrol grubundaki kadınların onüçüncü haftaya ait öğrenme ve ilişki kurma alt boyut puanlarından (16.83±1.58) daha yüksek olup, puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $Z=-3.689$ ;  $p<0.001$ ).

## 4.5. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların RBSÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

**Tablo 4.7.** Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların RBSÖ puan ortalamalarının izlem dönemlerine göre karşılaştırılması

RBSÖ Toplam	Müdahale grubu (n=36)		Kontrol grubu (n=36)		İstatistiksel analiz*
	$\bar{X} \pm S.S.$	Median [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Median [IQR]	
Ameliyat öncesi	3.75±0.73	3.8 [1.0]	3.83±0.84	3.8 [1.0]	Z=0.291 p=0.771
9.hafta	3.75±0.73	3.8 [1.0]	3.91±0.87	4.0 [2.0]	Z=-1.410 p=0.159
13.hafta	3.75±0.69	3.8 [1.0]	3.91±0.87	4.0 [2.0]	Z=1.423 p=0.155
<b>İstatistiksel analiz**</b>	$\chi^2=0.000, p=1.000$		$\chi^2=3.600, p=0.165$		

\*Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri) kullanılmıştır. \*\*Friedman test ( $\chi^2$ -tablo değeri) kullanılmıştır.

Tablo 4.7'de müdahale ve kontrol grubundaki kadınların RBSÖ'den aldıkları benlik saygısı puanlarının ameliyat öncesi, taburculuk sonrası dokuzuncu ve onüçüncü haftalara göre karşılaştırması verilmiştir. Müdahale grubundaki kadınların benlik saygısı puanları arasında izlem dönemlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $\chi^2=0.000$ ;  $p=1.000$ ). *H<sub>9</sub> hipotezi reddedilmiştir.* Benzer şekilde kontrol grubundaki kadınların benlik saygısı puanları arasında izlem dönemlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $\chi^2=3.600$ ;  $p=0.165$ ).

Ameliyat öncesi dönemde, müdahale ve kontrol grubundaki kadınların benlik saygısı puanları arasında farklılık saptanmamıştır ( $p=0.771$ ). *H<sub>3</sub> hipotezi kabul edilmiştir.* Kontrol grubunun ameliyat öncesi, dokuzuncu ve onüçüncü hafta puanları müdahale grubunun puanlarına göre daha yüksek saptanmıştır fakat gruplar arasında farklı izlem dönemlerine göre benlik saygısı puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmemiştir (sırasıyla Z=0.291,  $p=0.771$ ; Z=-1.410,  $p=0.159$ ; Z=1.423,  $p=0.155$ ). *H<sub>6</sub> hipotezi reddedilmiştir.* Her iki gruptaki kadınlar, farklı izlem dönemlerinde orta düzey benlik saygısına sahiptir.

#### 4.6. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Bazı Parametrelere Göre Ameliyat Öncesi ve Onüçüncü Haftaya Ait FACT-G Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

**Tablo 4.8.** Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların bazı özelliklere göre FACT-G puan ortalamaları ve izlem dönemlerine göre karşılaştırılması

	Ameliyat öncesi				İstatistiksel analiz*	13.hafta				İstatistiksel analiz*
	Müdahale grubu		Kontrol grubu			Müdahale grubu		Kontrol grubu		
	$\bar{X} \pm S.S$	Median [IQR]	$\bar{X} \pm S.S$	Median [IQR]		$\bar{X} \pm S.S$	Median [IQR]	$\bar{X} \pm S.S$	Median [IQR]	
<b>Yaş sınıfları</b>										
55 ve altı	46.5±4.28	46.5[3.8]	48.15±4.69	48.0[4.0]	Z=-1.336 p=0.182	49.38±2.92	50.0 [5.0]	45.40±3.65	44.5 [2.8]	Z=-3.219 p=0.001
55 üzeri	44.20±5.69	44.5[7.5]	43.29±4.90	45.0[7.0]	Z=-1.439 p=0.646	47.85±5.09	47.5 [7.8]	40.75±4.12	40.5 [6.8]	t=4.514 p<0.001
<b>İstatistiksel analiz*</b>	t=1.339 p=0.189		t=3.038 p=0.005			t=1.064 p=0.295		Z=-3.158 p=0.002		
<b>Eğitim düzeyi</b>										
İlköğretim ve altı	45.71±5.50	46.0[5.75]	45.51±5.51	46.0[7.0]	t=0.138 p=0.891	49.07±4.21	49.5 [5.0]	43.10±4.66	44.0 [6.0]	t=5.150 p<0.001
Lise ve üzeri	43.50±5.58	44.5[6.2]	48.00±3.67	46.0[6.0]	Z=-2.182 p=0.052	46.62±4.24	46.5 [5.5]	44.80±3.03	44.0 [4.0]	Z=-1.189 p=0.234
<b>İstatistiksel analiz*</b>	t=1.069 p=0.293		t=-0.966 p=0.341			t=1.448 p=0.157		t=-0.786 p=0.437		
<b>Kanser tipi</b>										
Over	46.33±4.73	47.5[6.0]	46.07±5.01	46.5[7.2]	Z=-0.155 p=0.877	48.42±3.40	49.5 [6.8]	43.64±4.09	44.0 [3.8]	t=3.205 p=0.004
Endometrium	43.84±5.45	44.0[6.0]	44.25±4.95	45.0[7.5]	Z=-0.482 p=0.630	48.42±5.06	49.0 [7.0]	41.88±4.50	42.5 [4.3]	t=4.009 p<0.001
Serviks	47.80±4.20	47.0[6.0]	49.66±5.81	48.0[7.0]	Z=-0.827 p=0.408	49.20±3.56	50.0 [7.0]	46.50±4.09	46.0 [5.3]	t=1.154 p=0.278
<b>İstatistiksel analiz**</b>	$\chi^2=4.536$ p=0.104		$\chi^2=4.004$ p=0.135			F=0.068 p=0.935		F=2.608 p=0.089		
<b>Kanser evresi</b>										
Evre 2	44.10±4.89	45.0[5.0]	44.93±4.75	45.0[6.0]	t=0.496 p=0.624	47.73±4.49	48.0[4.0]	42.60±4.42	43.0[5.0]	t=3.333 p=0.002
Evre 3	46.47±5.33	47.0[6.0]	46.52±5.72	47.0[5.8]	t=-0.029 p=0.977	49.41±3.96	50.0[5.5]	43.85±4.54	44.0[5.0]	t=3.962 p<0.001
<b>İstatistiksel analiz*</b>	t=-1.386 p=0.175		t=-0.880 p=0.385			Z=-0.892 p=0.372		Z=-0.921 p=0.357		

\*Independent Sample-t test (t-tablo değeri) ve Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri) kullanılmıştır. \*\*Anova test (F- tablo değeri) ve Kruskal-Wallis H testi( $\chi^2$  tablo değeri) kullanılmıştır.

Tablo 4.8'de müdahale ve kontrol grubundaki kadınların ameliyat öncesi ve onüçüncü hafta yaşam kalitesi puanlarının bazı parametrelere göre karşılaştırılması verilmiştir.

Ameliyat öncesi dönemde, sadece kontrol grubunda ellibeş yaş ve üzerindeki bireylerin yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık belirlenmiştir ( $t=3.038, p=0.005$ ). Diğer parametrelere göre her iki gruptaki bireylerin ameliyat öncesi döneme ait yaşam kalitesi toplam puan ortalamaları arasında farklılık belirlenmemiştir ( $p>0.05$  her biri için).

Yaş sınıflarına göre yaşam kalitesi toplam puanları karşılaştırıldığında; müdahale grubunda elli beş yaş ve altında olan hastaların onüçüncü hafta yaşam kalitesi puanları ( $49.38\pm 2.92$ ), kontrol grubuna ( $45.40\pm 3.65$ ) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek belirlenmiştir ( $Z=-3.219; p=0.001$ ). Müdahale grubunda elli beş yaş üzeri olan hastaların onüçüncü haftadaki yaşam kalitesi toplam puanları ( $47.85\pm 5.09$ ), kontrol grubuna ( $40.75\pm 4.12$ ) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır ( $t=4.514; p<0.001$ ).

Eğitim düzeylerine göre müdahale ve kontrol grubundaki kadınların yaşam kalitesi toplam puanları karşılaştırıldığında; müdahale grubunda ilköğretim ve altı eğitim düzeyinde olan kadınların onüçüncü hafta yaşam kalitesi toplam puanları ( $49.07\pm 4.21$ ), kontrol grubuna ( $43.10\pm 4.66$ ) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek tespit edilmiştir ( $t=5.150; p<0.001$ ).

Over, endometrium ve serviks kanseri tanısı alan müdahale ve kontrol grubundaki kadınların onüçüncü haftadaki yaşam kalitesi toplam puanları karşılaştırılmıştır. Müdahale grubunda over kanseri olan hastaların onüçüncü hafta yaşam kalitesi toplam puanları ( $48.42\pm 3.40$ ), kontrol grubundaki over kanserli kadınlara ( $43.64\pm 4.09$ ) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olarak belirlenmiştir ( $t=3.205; p=0.004$ ). Benzer şekilde müdahale grubunda endometrium kanseri olan hastaların onüçüncü hafta yaşam kalitesi toplam puanları ( $48.42\pm 5.06$ ), kontrol grubundaki endometrium kanseri olan kadınlara göre

(41.88±4.50) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır (t=4.009; p<0.001).

Farklı evrelerde kanser tanısı alan müdahale ve kontrol grubundaki kadınların onüçüncü haftadaki yaşam kalitesi toplam puanları karşılaştırılmıştır. Müdahale grubunda evre 2 kanser tanısındaki kadınların onüçüncü haftaya ait yaşam kalitesi puanları (47.73±4.49), kontrol grubuna (42.60±4.42) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek belirlenmiştir (t=3.333; p=0.002). Benzer şekilde evre 3 kanser tanısındaki kadınların onüçüncü haftaya ait yaşam kalitesi puanları (49.41±3.96), kontrol grubuna (43.85±4.54) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek belirlenmiştir (t=3.962; p<0.001).

#### 4.7- Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Bazı Parametrelere Göre Ameliyat Öncesi ve Onüçüncü Haftaya Ait BUSÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

**Tablo 4.9.** Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların bazı özelliklerine göre BUSÖ puan ortalamaları ve izlem dönemlerine göre karşılaştırılması

	Ameliyat öncesi					13.hafta				
	Müdahale grubu		Kontrol grubu		İstatistiksel analiz*	Müdahale grubu		Kontrol grubu		İstatistiksel analiz*
	$\bar{X} \pm S.S$	Median [IQR]	$\bar{X} \pm S.S$	Median [IQR]		$\bar{X} \pm S.S$	Median [IQR]	$\bar{X} \pm S.S$	Median [IQR]	
<b>Yaş sınıfları</b>										
55 ve altı	94.75±8.94	94.5[13.7]	90.47±5.71	92.0[7.0]	t=1.712 p=0.096	108.00±10.31	107.0 [12.8]	99.10±7.35	98.0 [6.8]	t=3.021 p=0.005
55 üzeri	92.55±5.45	92.0[7.8]	91.35±4.59	92.0[7.0]	t=0.714 p=0.480	103.05±5.31	102.0 [7.3]	95.38±5.61	95.5 [8.3]	t=4.205 p<0.001
<b>İstatistiksel analiz*</b>	t=0.911 p=0.369		t=-0.508 p=0.617			t=1.744 p=0.096		t=1.672 p=0.104		
<b>Eğitim düzeyi</b>										
İlköğretim ve altı	93.17±7.93	92.0[10.2]	91.09±5.15	92.0[6.0]	Z=-0.541 p=0.586	105.36±9.07	103.0 [13.5]	97.61±7.01	97.0 [7.0]	Z=-3.581 P<0.001
Lise ve üzeri	94.75±3.65	94.0[6.5]	89.60±5.63	93.0[10.5]	t=2.017 p=0.069	104.88±4.26	103.5 [6.5]	96.40±5.94	97.0 [11.5]	t=3.011 p=0.012
<b>İstatistiksel analiz*</b>	Z=-0.639 p=0.523		Z=-0.445 p=0.656			Z=-0.381 p=0.703		t=0.365 p=0.717		
<b>Kanser tipi</b>										
Over	94.91±6.78	95.5[6.0]	92.00±6.21	92.5[9.0]	t=1.143 p=0.264	107.33±8.51	104.0 [12.8]	99.21±5.62	98.5 [4.5]	t=2.820 p=0.011
Endometrium	93.68±7.73	92.0[10.0]	89.43±3.61	89.5[6.8]	Z=2.543 p=0.111	104.58±8.19	103.0 [9.0]	94.06±4.78	94.5 [7.5]	Z=-4.231 p<0.001
Serviks	89.60±5.54	89.0[8.5]	92.16±5.91	92.5[7.5]	t=-0.737 p=0.480	102.80±7.98	102.0 [14.0]	102.33±10.01	100.0 [61.5]	t=0.084 p=0.935
<b>İstatistiksel analiz**</b>	$\chi^2=2.742$ p=0.254		$\chi^2=2.856$ p=0.240			$\chi^2=0.731$ p=0.694		F=1.047 p=0.362		
<b>Kanser evresi</b>										
Evre 2	92.78±7.05	92.0[7.0]	90.53±4.85	90.0[7.0]	t=1.055 p=0.299	104.36±8.53	103.0 [8.0]	95.60±5.94	95.0 [10.0]	t=3.377 p=0.002
Evre 3	94.35±7.44	93.0[11.0]	91.14±5.47	92.0[7.0]	t=1.530 p=0.135	106.23±7.92	104.0 [12.0]	98.76±7.21	98.0 [5.5]	t=3.039 p=0.004
<b>İstatistiksel analiz*</b>	Z=0.512 p=0.474		Z=0.266 p=0.606			Z=-0.651 p=0.515		Z=-1.625 p=0.104		

\*Independent Sample-t test (t-tablo değeri) ve Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri) kullanılmıştır. \*\*Anova test (F- tablo değeri) ve Kruskal-Wallis H testi( $\chi^2$  tablo değeri) kullanılmıştır.

Tablo 4.9'da müdahale ve kontrol grubundaki kadınların ameliyat öncesi ve onüçüncü hafta baş etme-uyum puan ortalamaları ve bazı parametrelere göre karşılaştırılmasına yer verilmiştir.

Ameliyat öncesi dönemde, hem müdahale hem de kontrol grubunun farklı izlem dönemdeki bazı parametrelere göre baş etme ve uyum puan ortalamaları arasında farklılık belirlenmemiştir ( $p>0.05$  her biri için).

Müdahale grubunda elli beş yaş ve altında olan kadınların onüçüncü haftadaki baş etme ve uyum toplam puanları ( $108.00\pm 10.31$ ) kontrol grubuna göre ( $99.10\pm 7.35$ ) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek belirlenmiştir ( $t=3.021$ ;  $p=0.005$ ). Elli beş yaş üzeri sınıfta müdahale grubundaki kadınların onüçüncü hafta baş etme ve uyum toplam puanları ( $103.05\pm 5.31$ ) kontrol grubuna göre ( $95.38\pm 5.61$ ) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır ( $t=4.205$ ;  $p<0.001$ ).

Farklı eğitim düzeylerine göre müdahale ve kontrol grubundaki kadınların onüçüncü haftadaki baş etme ve uyum toplam puanları karşılaştırıldığında; müdahale grubunda her iki eğitim düzeyinde yer alan kadınların baş etme ve uyum toplam puanları kontrol grubunun puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır (sırasıyla  $Z=-3.581$ ,  $p<0.001$ ;  $t=3.011$ ,  $p=0.012$ ).

Farklı jinekolojik kanser tanısına göre baş etme ve uyum toplam puanları karşılaştırıldığında; müdahale grubunda over kanseri olan hastaların onüçüncü hafta baş etme ve uyum toplam puanları ( $107.33\pm 8.51$ ), kontrol grubuna göre ( $99.21\pm 5.62$ ) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ( $t=2.820$ ;  $p=0.011$ ), müdahale grubunda endometrium kanseri olan hastaların onüçüncü hafta baş etme ve uyum toplam puanları ( $104.58\pm 8.19$ ) kontrol grubuna göre ( $94.06\pm 4.78$ ) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ( $Z=-4.231$ ;  $p<0.001$ ) belirlenmiştir.

Farklı evrelerde kanser tanısı alan müdahale ve kontrol grubundaki kadınların onüçüncü haftadaki baş etme -uyum puanları karşılaştırılmıştır. Müdahale grubunda evre 2 kanser tanısındaki kadınların onüçüncü haftaya ait baş

etme-uyum puanları ( $104.36 \pm 8.53$ ), kontrol grubuna ( $95.60 \pm 5.94$ ) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek belirlenmiştir ( $t=3.377$ ;  $p=0.002$ ). Benzer şekilde evre 3 kanser tanısındaki kadınların onüçüncü haftaya ait baş etme-uyum puanları ( $106.23 \pm 7.92$ ), kontrol grubuna ( $106.23 \pm 7.92$ ) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek belirlenmiştir ( $t=3.039$ ;  $p=0.004$ ).



#### 4.8- Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Bazı Parametrelere Göre Ameliyat Öncesi ve Onüçüncü Haftaya Ait RBSÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

**Tablo 4.10.** Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların bazı özelliklerine göre RBSÖ puan ortalamaları ve izlem dönemlerine göre karşılaştırılması

	Ameliyat öncesi					13.hafta				
	Müdahale grubu		Kontrol grubu		İstatistiksel analiz*	Müdahale grubu		Kontrol grubu		İstatistiksel analiz*
	$\bar{X} \pm S.S$	Median [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Median [IQR]		$\bar{X} \pm S.S.$	Median [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Median [IQR]	
<b>Yaş sınıfları</b>										
55 ve altı	3.87±0.80	4.0[1.8]	3.89±0.87	4.0[1.0]	Z=0.035 p=0.972	3.62±1.07	3.5[1.0]	4.05±0.91	4.0[2.0]	Z=-1.283 p=0.199
55 üzeri	3.65±0.67	4.0[1.0]	3.76±0.83	4.0[1.5]	Z=0.315 p=0.753	3.55±0.82	4.0[1.0]	3.76±0.83	4.0[1.5]	Z=0.570 p=0.569
<b>İstatistiksel analiz*</b>	Z=-0.828 p=0.408		Z=-0.424 p=0.672			Z=0.017 p=0.987		Z=-0.941 p=0.347		
<b>Eğitim düzeyi</b>										
İlköğretim ve altı	3.64±0.62	4.0[1.0]	3.80±0.87	4.0[1.0]	Z=0.495 p=0.620	3.53±0.88	3.5[1.0]	3.87±0.88	4.0[2.0]	Z=-1.233 p=0.218
Lise ve üzeri	4.12±0.99	4.5[2.0]	4.00±0.70	4.0[1.0]	Z=0.310 p=0.756	3.75±1.16	4.0[1.0]	4.20±0.83	4.0[1.5]	Z=-0.931 p=0.352
<b>İstatistiksel analiz*</b>	Z=-1.361 p=0.174		Z=0.661 p=0.509			Z=-0.423 p=0.672		Z=-0.873 p=0.383		
<b>Kanser tipi</b>										
Over	3.83±0.71	4.0[1.0]	4.07±1.07	4.0[2.0]	Z=0.489 p=0.625	3.75±1.13	3.5[1.8]	4.14±1.02	4.0[2.0]	Z=-0.942 p=0.346
Endometrium	3.63±0.68	4.0[1.0]	3.75±0.68	4.0[1.0]	Z=0.547 p=0.584	3.52±0.90	4.0[1.0]	3.81±0.75	4.0[1.0]	Z=-0.799 p=0.425
Serviks	4.00±1.00	4.0[2.0]	3.50±0.54	3.5[1.0]	Z=0.886 p=0.375	3.40±0.54	3.0[1.0]	3.66±0.81	3.50[1.2]	Z=-0.512 p=0.609
<b>İstatistiksel analiz**</b>	$\chi^2=1.037$ p=0.596		$\chi^2=1.418$ p=0.492			$\chi^2=0.345$ p=0.842		$\chi^2=1.288$ p=0.525		
<b>Kanser evresi</b>										
Evre 2	3.84±0.76	4.0[1.0]	3.73±0.70	4.0[1.0]	Z=0.394 p=0.693	3.52±0.96	4.0[1.0]	3.80±0.77	4.0[1.0]	Z=-0.770 p=0.441
Evre 3	3.64±0.70	4.0[1.0]	3.90±0.94	4.0[2.0]	Z=0.742 p=0.458	3.64±0.93	4.0[1.0]	4.00±0.94	4.0[2.0]	Z=-1.119 p=0.263
<b>İstatistiksel analiz*</b>	Z=0.597 p=0.440		Z=0.156 p=0.693			Z=0.041 p=0.840		Z=0.315 p=0.574		

\* Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri) kullanılmıştır. \*\*Kruskal-Wallis H testi( $\chi^2$  tablo değeri) kullanılmıştır.

Müdahale ve kontrol grubunun ameliyat öncesi ve onüçüncü hafta benlik saygısı puanlarının bazı parametrelere göre karşılaştırılması Tablo 4.10'da verilmiştir. Ameliyat öncesi dönemde her iki grupta yer alan kadınların bazı parametrelere göre farklı izlem dönemlerine ait benlik saygısı puanları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$  her biri için). Benzer şekilde onüçüncü haftada her iki grupta yer alan kadınların bazı parametrelere göre farklı izlem dönemlerine ait benlik saygısı puanları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$  her biri için).

#### 4.9- Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların FACT-G, BUSÖ ve RBSÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

**Tablo 4.11.** Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların onüçüncü hafta FACT-G, BUSÖ ve RBSÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki

	Müdahale grubu (n=36)			Kontrol grubu (n=36)		
	FACT-G	BUSÖ	RBSÖ	FACT-G	BUSÖ	RBSÖ
<b>FACT-G</b>	-	0.096	-0.202	-	0.201	-0.193
Fiziksel iyilik	-	<b>0.654*</b>	0.034	-	0.022	0.241
Fonksiyonel iyilik	-	0.063	0.002	-	-0.006	0.131
Sosyal iyilik	-	<b>0.412**</b>	-0.150	-	0.264	-0.036
Duygusal iyilik	-	0.230	0.238	-	0.234	-0.070
<b>BUSÖ</b>	0.096	-	0.068	0.201	-	-0.123
Çözüm bulma ve odaklanma	0.135	-	-0.083	0.222	-	0.026
Fiziksel ve karara bağlama	-0.043	-	-0.083	0.055	-	-0.178
Dikkat süreci	0.261	-	0.190	<b>0.378**</b>	-	0.103
Sistematize etme süreci	0.132	-	0.306	0.155	-	0.025
Öğrenme ve ilişki kurma	-0.067	-	0.016	0.018	-	-0.280
<b>RBSÖ</b>	-0.202	0.068	-	-0.193	-0.123	-

\*  $p<0.01$  \*\* $p<0.05$

Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların onüçüncü haftadaki FACT-G, BUSÖ ve RBSÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkiye ait veriler Tablo 4.11'de verilmiştir. Her iki grupta FACT-G, BUSÖ ve RBSÖ puan ortalamaları arasında ilişki olmadığı/çok zayıf ilişki belirlenmiştir. Müdahale grubunda; alt boyutlar açısından kavramlar arasındaki ilişkiler değerlendirildiğinde; fiziksel iyilik alt boyut ile BUSÖ arasında anlamlı düzeyde pozitif yönde güçlü ilişki ( $p<0.01$ ), sosyal iyilik alt boyut ile BUSÖ arasında anlamlı düzeyde pozitif yönde orta şiddette ilişki saptanmıştır ( $p<0.05$ ).

#### 4.10. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınlarda İzlem Dönemlerinde Saptanan Sorunlarının Karşılaştırılması

**Tablo 4.12.** Müdahale ve kontrol grubundaki kadınlarda izlem dönemlerinde saptanan bazı sorunların karşılaştırılması

Saptanan bazı sorunlar	9. hafta					13.hafta				
	Müdahale grubu		Kontrol grubu		İstatistiksel analiz p*	Müdahale grubu		Kontrol grubu		İstatistiksel analiz p*
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Ağrı	36	100.0	36	100.0	-	36	100.0	36	100.0	-
Ateş	6	16.7	8	22.2	0.766	4	11.1	4	11.1	1.000
Yorgunluk	36	100.0	36	100.0	-	33	91.7	34	94.4	1.000
Bulantı-kusma	17	47.2	20	55.6	0.637	11	30.6	18	50.0	0.149
İştahsızlık	19	52.8	27	75.0	0.086	16	44.4	24	66.7	0.096
Mobilizasyon sorunları	5	13.9	9	25.0	0.372	1	2.8	7	19.4	0.055
Uyku sorunları	30	83.3	29	80.6	1.000	28	77.8	29	80.6	1.000
Eliminasyon sorunları	3	8.3	3	8.3	1.000	1	2.8	3	8.3	0.614
Boşaltım sorunları	14	38.9	19	52.8	0.344	12	33.3	20	55.6	0.096
Gaz sorunları	19	52.8	17	47.2	0.814	9	25.0	11	30.6	0.793
Beslenme sorunları	30	83.3	32	88.9	0.733	25	69.1	31	86.1	0.155
Beden hijyeni	2	5.6	4	11.1	0.670	1	2.8	3	8.3	0.614
GYA'ya yönelik sorunlar	14	38.9	10	27.8	0.453	9	25.0	8	22.2	1.000
Psikolojik sorunlar	36	100.0	36	100.0	-	36	100.0	36	100.0	-
Kanama sorunları	5	13.9	5	13.9	1.000	1	2.8	2	5.6	1.000
Cinsel sorunlar	17	47.2	17	47.2	1.000	17	47.2	17	47.2	1.000
Yara yeri sorunları	5	100.0	5	100.0	1.000	-	-	-	-	-
Mukozit	-	-	-	-	-	2	5.6	4	11.2	0.674
Enfeksiyon	3	8.3	3	8.3	1.000	1	2.8	3	8.3	0.614
Menopozal sorunlar	4	11.1	5	13.9	1.000	2	5.6	5	13.9	0.429
Solunumsal sorunlar	5	13.9	8	22.2	0.540	5	13.9	8	22.2	0.541
Ödem	12	33.3	11	30.6	1.000	6	16.7	9	25.0	0.563
Kilo sorunları	8	22.2	9	25.0	1.000	8	22.2	9	25.0	1.000
Cilt sorunları	7	19.4	6	16.7	1.000	5	13.9	6	16.7	1.000

\*  $\chi^2$ -çapraz tabloları kullanılmıştır.

Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların dokuzuncu ve onüçüncü haftalardaki ev ziyaretlerinde saptanan bazı sorunlarının dağılımı tablo 4.12'de verilmiştir. Müdahale grubundaki kadınlarda taburculuk sonrası onüçüncü haftada en çok saptanan sorunlar sırasıyla ağrı (%100.0), psikolojik sorunlar (%100.0), yorgunluk (%91.7), uyku sorunları (%77.8), beslenme (%69.1) ve cinsel sorunlardır (%47.2). Kontrol grubundaki kadınlarda onüçüncü haftada saptanan sorunlar ise; ağrı (%100.0), psikolojik sorunlar (%100.0), yorgunluk (%94.4), uyku sorunları (%80.6), beslenme sorunları (%86.1), cinsel sorunlar (%47.2) ve iştahsızlıktır (%66.7). İki grupta saptanan sorunlar açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır (herbir sorun için  $p>0.05$ ). Tabloda yer almamakla birlikte; müdahale grubundaki kadınların eğitim kitapçığını okuma/kitapçıktan yararlanma durumları değerlendirilmiştir; dokuzuncu haftada kadınların 28'i (%77.8)'i verilen kitapçığı okuduğu/kitapçıktan yararlandığını iletmiştir.

## 5- TARTIŞMA

Bu bölümde, RUM doğrultusunda yapılandırılmış taburculuk programına dahil olan müdahale grubu ve rutin bakım alan kontrol grubu arasında hasta bakım sonuçlarının (yaşam kalitesi, baş etme-uyum ve benlik saygısı) karşılaştırılması sonucu elde edilen bulgular;

1- Müdahale ve kontrol grubuna dahil olan jinekolojik onkoloji cerrahisi uygulanan hastaların yaşam kalitesi düzeylerinin incelenmesi,

2- Müdahale ve kontrol grubuna dahil olan jinekolojik onkoloji cerrahisi uygulanan hastaların baş-etme ve uyum düzeylerinin incelenmesi,

3- Müdahale ve kontrol grubuna dahil olan jinekolojik onkoloji cerrahisi uygulanan hastaların benlik saygılarının incelenmesi başlıklıkları altında tartışılacaktır.

4- Müdahale ve kontrol grubuna dahil olan jinekolojik onkoloji cerrahisi uygulanan hastaların yaşam kalitesi, baş etme-uyum ve benlik saygıları arasındaki ilişkilerin incelenmesi

5- Müdahale ve kontrol grubuna dahil olan jinekolojik onkoloji cerrahisi uygulanan hastalara ait saptanan sorunların incelenmesi

### 5.1 - Müdahale ve Kontrol Grubuna Dahil Olan Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi Uygulanan Hastaların Yaşam Kalitesi Düzeylerinin İncelenmesi

Yaşam kalitesi; fiziksel iyi oluş, duyuşsal iyi oluş, sosyal iyi oluş ve fonksiyonel iyi oluş gibi farklı boyutları da içeren, kanser tanı ve tedavileri sürecinde en çok etkilenen kavramlardan birisidir (Pearman, 2003). Çalışmamızda, müdahale ve kontrol grubundaki kadınların tüm izlem dönemlerine ait yaşam kaliteleri düşük belirlenmiştir (Tablo 4.3). Destekleyici bakım, gevşeme yöntemleri, kriz danışmalığı,

semptomların ve yan etkilerin yönetimi gibi konuları kapsayan eğitimlerin jinekolojik kanserli kadınların yaşam kalitelerini olumlu etkilediği iletilmektedir (Hersch et al., 2009).

Taburculuk eğitimi çalışmalarında da yaşam kalitesi sık değerlendirilen bir parametredir (Zhu et al., 2015). Bu nedenle, jinekolojik onkoloji cerrahisi uygulanan hastalar için RUM doğrultusunda hazırlanan yapılandırılmış taburculuk programı ile alt boyutlarla birlikte genel yaşam kalitesinin iyileştirilmesi amaçlanmıştır. Araştırmamızda müdahale grubundaki hastaların izlem dönemleri boyunca yaşam kalitelerinde anlamlı düzeyde artma, kontrol grubunda ise anlamlı düzeyde azalma belirlenmiştir (Tablo 4.3). Bu durum; kanser tedavileri süresince kadınların yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği, yapılandırılmış taburculuk programının ise yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkisinin olduğunu göstermektedir. Mathew ve Devi (2016)'nin çalışmalarında; RUM doğrultusunda eğitim verilen servikal kanserli kadınların genel yaşam kalitelerinde anlamlı artış saptanmıştır (Mathew & Devi, 2016). Taburculuk programına dahil olan meme kanserli kadınların (Salmani et al., 2018) ve akciğer kanserli bireylerin (Korkmaz & Fadıloğlu, 2015) taburculuklarında 6 hafta sonra genel yaşam kalitelerinde artış tespit edilmiştir. Çalışmamıza benzer şekilde, jinekolojik onkoloji cerrahisi uygulanan kadınlara yönelik eğitimsel müdahalelerin yer aldığı çalışmalarda müdahale grubundaki kadınların kontrol grubundaki kadınlara göre daha yüksek yaşam kalitesine sahip oldukları belirlenmiştir (Aktas & Terzioglu, 2015). Literatürde; yapılandırılmış ve teorik temellere dayanmış eğitimsel hemşirelik müdahalelerinin yaşam kalitesi gibi hasta bakım sonuçları üzerinde olumlu etkisi olduğu (Chow et al., 2014; McCorkle et al., 2009; Raphaelis, Koblede, Mayer, & Senn, 2017), planlı taburculuk eğitiminin farklı kronik hastalığı olan bireylerin yaşam kalitelerini olumlu etkilediği iletilmektedir (Abad-Corpa et al., 2013; Mazloum, Heidari-Gorji, Bidgoli-Gholkhatmi, & Agayei, 2016; Salmani et al., 2018; Zhu et al., 2015). Bu veriler, çalışma sonucunu da desteklemektedir. Çalışma sonuçlarından farklı olarak; hemşire önderliğinde gerçekleştirilen eğitimsel müdahale çalışmalarının jinekolojik onkoloji cerrahisi sonrasında hastaların genel yaşam kaliteleri üzerinde anlamlı

etkisi olmadığını belirleyen çalışmalar da mevcuttur (Cheng et al., 2018; Chow et al., 2014; McCorkle et al., 2009).

Jinekolojik kanserli hastalar yaşam kalitesini etkileyen; fiziksel, psikolojik ve sosyal alanlarda problemler yaşayabilmektedirler (Akkuzu et al., 2014). Araştırmada; tedavileri devam eden kontrol grubundaki kadınların ilerleyen izlem dönemleri boyunca yaşam kalitelerinde anlamlı düşüş saptanmıştır (Tablo 4.3). Bu durum tahmin edilen bir sonuçtur; jinekolojik kanser tanısı ve tedavileri bireylerin yaşam kalitelerini olumsuz etkilemiştir. Bu sonuç, jinekolojik onkoloji hastalarının tanı ve tedavileri süresince yaşam kalitesinin arttırılarak hastaların güçlendirilmesini sağlayan girişimlerin gerekliliğini göstermektedir. Çalışma sonucuna benzer şekilde; Tekbaş (2014)'ın çalışmasında; kanser tedavileri devam eden kadınların yaşam kaliteleri, cerrahi öncesi yaşam kalitelerinden daha düşük belirlenmiştir (Tekbaş, 2014). Cerrahi sonrası tedavileri devam eden kadınların yaşam kalitelerini düşük (Reis et al., 2010), orta (Akkuzu, 2012) ve yüksek düzeyde saptayan çalışmalar da mevcuttur (Le, Leis, & Fung, 2004; Wilailak et al., 2011).

Yaşam kalitesi alt boyutları açısından değerlendirildiğinde; müdahale grubundaki kadınların izlem dönemleri boyunca sosyal iyilik ve duygusal iyilik alt boyuta ait yaşam kalitelerinde artma; fiziksel ve fonksiyonel iyilik alt boyutlarına ait yaşam kalitelerinde azalma belirlenmiştir (Tablo 4.4). Kontrol grubundaki kadınlarda da benzer şekilde fiziksel ve fonksiyonel alt boyuta ait yaşam kalitelerinde belirgin olmasa da azalma vardır. Her iki grup değerlendirildiğinde; yoğun kanser tedavilerinin kadınları en çok fiziksel ve fonksiyonel olarak etkilediği görülmektedir. Kadınlar fiziksel semptomlar yaşamışlar, hayattan zevk alma gibi toplumsal hayattaki işlev görme yetenekleri ve hastalığı kabullenip normal yaşama devam etmeye yönelik algıları olumsuz etkilenmiştir. Yapılandırılmış taburculuk programı; kadınların arkadaşlarından, ailelerinden ve/veya partnerlerinden aldıkları sosyal destek algılarını arttırarak, kadınların hastalıklarına yönelik duygu-endişelerinin azalmasına yardımcı olmuş fakat, fiziksel ve fonksiyonel alanlara etki etmede yetersiz kalmıştır. Literatürde, tedaviler süresince jinekolojik



kanserli kadınların yaşam kalitesi alt boyutlarından; fiziksel alan (Akkuzu, 2012; Aktas & Terzioglu, 2015; von Gruenigen, Frasure, Jenison, Hopkins, & Gil, 2006; Zayyan, Akpa, Dawotola, Oguntayo, & Kolawole, 2018) sosyal alan (Ayana, Negash, Yusuf, Tigeneh, & Haile, 2018; Barnas et al., 2012; Pinar, Algier, Çolak, & Ayhan, 2008), fonksiyonel alan (Doll, Barber, Bensen, Snavely, & Gehrig, 2016; Zayyan et al., 2018), duygusal alan (Goker, Guvenal, Yanikkerem, Turhan, & Koyuncu, 2011; Pinar et al., 2008), psikolojik alan (Aktas & Terzioglu, 2015) alt boyutlarının olumsuz etkilendiğini belirleyen çalışmalar da mevcuttur. Sonuçlar; kronik bir hastalık olarak kabul edilen kanserin kadınların yaşamlarını her alanda etkileyebileceğini göstermektedir. Literatürde; taburculuk programının kanser hastalarının yaşam kalitesi ve alt boyutlarına etkisini değerlendiren çalışmalar ise sınırlıdır. İran'da yürütülen bir çalışmada; meme kanserli kadınlara uygulanan planlı taburculuk programının kadınların duygusal ve sosyal alt boyutlara ait yaşam kalitelerini arttırdığı belirlenmiş olup, çalışma sonucuna benzerdir (Salmani et al., 2018). Çalışma sonucundan farklı olarak; eğitim destekli hemşirelik girişimlerinin jinekolojik kanserli kadınların fiziksel alt boyuta ait yaşam kalitelerini arttırdığını ileten çalışmalar da mevcuttur (McCorkle et al., 2009; Salmani et al., 2018). Kanser hastalarına ihtiyaçları olan eğitimin verilerek yaşam kalitelerinin artması sağlanabilmektedir. Fakat, eğitimlerin yaşam kalitesi üzerinde anlamlı etkisi olmadığını saptayan çalışmalar da literatürde yer almaktadır (Cheng et al., 2018; Chow et al., 2014). Bu durum; hastalık, tedavi süreçleri ve eğitim içeriğindeki farklılıklardan kaynaklanabilir. Ayrıca bu durumu etkileyebilecek diğer koşulların araştırılması da önemlidir.

Onkoloji hastalarında yaşam kalitesini etkileyen durumların belirlenmesi gerekli müdahalelerin planlanması açısından önem taşımaktadır (Joly et al., 2014). Hem müdahale hem de kontrol grubunda artan yaşla birlikte yaşam kalitesinin de olumsuz etkilendiği belirlenmiştir (Tablo 4.8). İleri yaşla birlikte yaşanan fizyolojik, psikolojik, sosyal gerilemeler yaşam kalitesini de olumsuz etkileyebilmektedir. Kanser gibi kronik bir hastalığın ise ileri yaştaki bireyleri daha fazla etkileyeceği beklenen bir sonuçtur. Literatürde farklı çalışma sonuçları mevcuttur. Tekbaş

(2014), Bae ve Park (2016) çalışmamıza benzer şekilde artan yaşla birlikte kadınların yaşam kalitelerinin azaldığını iletirken; yaş azaldıkça yaşam kalitesinin de azaldığını belirleyen çalışmalar da mevcuttur (Bifulco et al., 2012; Gil, Gibbons, Jenison, Hopkins, & von Gruenigen, 2007; Goker et al., 2011; Tuncay, 2014).

Araştırmada, müdahale grubunda ilköğretim ve altı eğitim düzeyindeki kadınların genel yaşam kalitesi kontrol grubundaki kadınlarla ameliyat öncesi dönemde benzerken, onüçüncü haftada ise kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 4.8). Bu sonuca göre düşük eğitim düzeyine sahip kadınların taburculuk programından daha çok yarar gördüğü söylenebilir. Goker ve ark. (2011), düşük eğitim düzeyine sahip jinekolojik kanserli kadınların genel yaşam kalitesi düzeyini diğer eğitim düzeylerindeki kadınların yaşam kalitesinden daha yüksek belirlemiş olup, çalışma sonucuna benzerdir. Çalışma sonucundan farklı olarak Ayana ve ark.(2018), düşük eğitim düzeyine sahip kadınların yaşam kalitelerinin daha düşük olduğunu belirlemişlerdir (Ayana et al., 2018).

Taburculuktan onüç hafta sonra hem müdahale hem de kontrol grubunda farklı kanser türüne sahip kadınların genel yaşam kaliteleri birbirine benzerdir. Müdahale grubundaki over, endometrium ve serviks kanseri tanılı kadınların yaşam kaliteleri, kontrol grubundaki kadınlardan daha yüksektir (Tablo 4.8). Yapılandırılmış taburculuk programının her üç kanser tanısına sahip kadınların gereksinimlerini karşıladığı ve yaşam kalitelerini olumlu etkilediği söylenebilir.

Çalışmada hem müdahale hem de kontrol grubunun kendi içlerinde farklı kanser evrelerine sahip kadınların yaşam kaliteleri birbirine benzerdir, fakat müdahale grubundaki evre 2 ve evre 3 jinekolojik kanser tanılı kadınların yaşam kaliteleri, kontrol grubundaki kadınlardan daha yüksek belirlenmiştir (Tablo 4.8). Yapılandırılmış taburculuk programının bu açıdan kadınların yaşam kaliteleri üzerinde olumlu etkisi olmuştur. Ülkemizde ve yurt dışında yapılan araştırmalarda adjuvan tedavileri devam eden farklı evre jinekolojik kanserli kadınların yaşam kalitelerinde farklılık saptanmamış olup, çalışma sonucumuzu desteklemektedir (Kobayashi et al., 2009; Lutgendorf et al., 2002; Osann et al., 2014; Reis et al., 2010).

Literatürde kanser evresi arttıkça yaşam kalitesinin arttığını gösteren çalışmalarla birlikte (Goker et al., 2011; Tekbaş, 2014) tam tersi düşük kanser evresindeki kadınların daha yüksek yaşam kalitesine sahip olduğunu saptayan çalışmalar da mevcuttur (Wu et al., 2017).

## **5.2 - Müdahale ve Kontrol Grubuna Dahil Olan Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi Uygulanan Hastaların Başetme-Uyum Düzeylerinin İncelenmesi**

Kanser tanısı ile yaşayan birey sayısının artmasıyla birlikte kanser, uyum yapılması gereken kronik hastalık olarak kabul edilmektedir (Hoffman, Lent, & Raque-Bogdan, 2013). Kadınlar cerrahiden sonraki ilk ayda, diğer aylara göre daha fazla stres yaşamakta ve bu dönemde destek ihtiyaçları daha fazla olmaktadır. Kadınlara sağlanacak en iyi destek eğitimsel müdahaleler ile baş etme becerilerini arttırmaktır (Eker & Aslan, 2017; Kupcewicz, Olewińska, Pikus, & Józwick, 2018; Lauver, Connolly-Nelson, & Vang, 2007; Smith et al., 2015; Yaman & Ayaz, 2016).

Araştırmada RUM doğrultusunda yapılandırılmış taburculuk programı ile kadınların başetme-uyum düzeylerinin artması amaçlanmıştır. Araştırma sonuçları değerlendirildiğinde; hem müdahale hem de kontrol grubundaki kadınların düşük başetme-uyum düzeyine sahip oldukları görülmektedir. Her iki grubun başetme ve uyum puanları taburculuktan sonraki süreçte artış göstermiştir, fakat müdahale grubundaki kadınların içinde buldukları sürece daha iyi uyum sağlayarak etkili baş etme yöntemlerini, kontrol grubuna göre daha fazla kullandığı sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 4.5). Bu sonuç, yapılandırılmış taburculuk programının bireylerin başetme-uyum düzeylerini arttırmada etkili olduğunu göstermektedir. Literatürde bu alanda yapılmış çalışmaya rastlanmamıştır fakat eğitim desteği sağlayan müdahale çalışmaları mevcuttur. Baş etme stratejilerine yönelik uygulanan girişimlerin jinekolojik onkolojik cerrahi hastalarının uyumlarını da arttırabileceği iletilmektedir (Zadeh, Radfar, & Tabrizi, 2018). Popa-Velea ve ark.(2017)'nın çalışmalarında müdahale grubunun başetme düzeyi müdahale grubundan daha yüksek saptanmış olup, araştırma sonucunu desteklemektedir

(Popa-Velea, Diaconescu, Jidveian Popescu, & Trușescu, 2017). Powell ve ark. (2008); psikolojik ve sosyal açıdan hastayı desteklemeye yönelik verilen eğitimlerin jinekolojik onkoloji cerrahi sonrası kadınların bu süreçle başedebilme becerilerini arttırdığı sonucuna ulaşmışlardır (Powell et al., 2008). Niteliksel bir çalışmada; sosyal destek sağlamanın jinekolojik onkoloji tedavileri süresince kadınların etkili başetme becerisi kazanmalarında etkisi olacağı iletilmektedir (Yaman & Ayaz, 2016). Manne ve ark. (2017), ilk defa jinekolojik kanser tanısı alan kadınlara başetme, iletişime yönelik eğitimsel müdahaleler uygulamışlar ve ilk 6 ay içinde kontrol grubuna göre daha fazla başetme becerileri geliştirdikleri belirlenmiştir (Manne et al., 2017). Ülkemizde yapılan bir çalışmada; RUM doğrultusunda verilen eğitimin meme kanserli kadınların taburculuk sonrası uyum sağlamasında etkili olduğu belirlenmiştir (Özcan, 2013).

Hem müdahale hem de kontrol grubunda artan yaşla birlikte başetme-uyum düzeylerinin anlamlı olmasa da azaldığı belirlenmiştir (Tablo 4.9). Yaş arttıkça birçok fonksiyonda gerilemeler yaşanmakta ve bu gerilemeler beraberinde uyum sorunlarını getirmektedir. Müdahale grubunda her iki yaş sınıfindaki kadınların başetme-uyum düzeyleri kontrol grubundaki kadınlardan daha yüksektir. Taburculuk programı yaşa bağlı yaşanabilecek sorunları önleyerek, her iki yaş grubundaki kadınların etkili başetme-uyum becerisi kazanmalarını sağlamıştır.

Her iki çalışma grubu değerlendirildiğinde; farklı eğitim düzeyindeki kadınların başetme-uyum düzeyleri birbirine benzerdir (Tablo 4.9). Taburculuk programına dahil olan müdahale grubunda her iki eğitim düzeyinde yer alan kadınların onüçüncü haftadaki başetme ve uyum düzeyleri beklendiği gibi kontrol grubundaki kadınlardan anlamlı düzeyde yüksektir. Bu sonuçlar; kanser gibi kronik ve yoğun tedavi süreci gerektiren hastalıklara karşı başetme-uyum becerisi geliştirmek için bilgisel destek alınması gerekliliğini göstermektedir.

Farklı kanser tanısına sahip kadınların başetme-uyum düzeyleri benzerdir (Tablo 4.9). Jinekolojik kanser tedavileri sürecinin benzer olması, kadınların benzer sorunlarla başetmelerini ve uyum sağlamalarını gerektirmektedir. Müdahale

grubundaki over ve endometrium kanserli kadınların başetme-uyum düzeylerinin kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olması taburculuk programının bu kadınlarda etkili başetme-uyum becerisi kazandırdığını göstermektedir.

Farklı kanser evresine sahip müdahale grubundaki kadınlarda onüçüncü haftada başetme-uyum düzeyleri kontrol grubuna göre daha yüksektir (Tablo 4.9). Bu durum beklenen bir sonuçtur; taburculuk programının farklı evrelerdeki kadınların yeni başetme-uyum becerileri kazanmalarına yardım sağlamıştır. İki farklı evredeki kadınların başetme-uyum düzeylerinin benzer olması; kanser evrelerinin birbirine yakın olmasına bağlı olarak benzer problemler ve benzer şiddette problemler yaşadıklarına bağlanabilir.

Taburcuktan sonraki süreçte başetme-uyum alt boyutları açısından gruplar karşılaştırıldığında; hem müdahale grubunda hem de kontrol grubunda çözüm bulma ve odaklanma, sistematize etme süreci, fiziksel karar bağlama, öğrenme ve ilişki kurma alt boyut puanları izlem dönemlerine göre artış göstermiş fakat, müdahale grubunun bu başetme-uyum yöntemlerini kontrol grubuna göre daha fazla kullandıkları belirlenmiştir (Tablo 4.6). Yapılandırılmış taburculuk programı bireylerde farklı boyutlarda başetme-uyum becerisi kazandırmıştır. Literatürde jinekolojik onkoloji cerrahisi uygulanan hastalarda başetme-uyum düzeyini BUSÖ kullanarak belirleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Jinekolojik onkoloji hastalarının başetmelerini farklı ölçüm araçlarıyla değerlendiren çalışma sonuçları incelenmiştir. Tuncay (2014)'ın çalışmasında over kanserli kadınların problem çözme odaklı başetme yöntemlerini daha çok kullandıkları belirlenmiştir (Tuncay, 2014). İran'da yapılan bir çalışmada ise, kanserli bireylerin en az problem çözme odaklı başetme yöntemini kullandıkları, duygusal odaklı baş etme yöntemini ise en fazla kullandıkları belirlenmiştir (Ahadi, Delavar, & Rostami, 2014).

### **5.3 - Müdahale ve Kontrol Grubuna Dahil Olan Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi Uygulanan Hastaların Benlik Saygısı Düzeylerinin İncelenmesi**

Kadın üreme organları, kadınlık algısı üzerinde etkilidir (Yaman & Ayaz, 2016). Üreme organlarına ait tanı ve tedaviler kadınları majör olarak psikolojik ve fiziksel açılardan etkilemekte; kadınların beden imajı ve benlik saygılarında bozulmalar yaşanabilmektedir. Bu nedenle kadınlara verilen eğitimlerin beden imajı ve benlik saygılarını korumaya yönelik olması önerilmektedir (Pinar et al., 2011). Araştırmada; müdahale ve kontrol grubundaki kadınların taburculuk öncesi ve taburculuktan onüç hafta sonraki benlik saygısı düzeyleri birbirlerine benzer olup, her iki gruptaki kadınlar orta düzey benlik saygısına sahiptirler (Tablo 4.7). Taburculuk programı, müdahale grubunun benlik saygısı puanları ve düzeyinde anlamlı bir değişiklik yaratmamıştır. Kadınların çoğunluğunun cerrahi öncesi menopoza girmiş olduğu gözönüne alındığında; üreme yeteneklerinin azalmış olduğunu kabullenmeye bağlı, bu süreçte yaşananları majör kayıp olarak algılamadıkları söylenebilir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada, histerektomi uygulanan kadınlara verilen eğitimin kadınların benlik saygısı puanları üzerinde anlamlı etkisi olmadığı belirlenmiş olup, sonuç çalışma sonucumuza benzerdir, fakat çalışmamızdan farklı olarak kontrol grubunun benlik saygısı düzeyinde anlamlı düşüşler saptanmıştır (Yaman & Ayaz, 2015).

Çalışmada her iki gruptaki kadınlar tüm izlem dönemlerinde orta düzey benlik saygısına sahiptirler. Ülkemizde ve Amerika'da yapılan iki ayrı çalışmada, histerektomi sonrası kadınlarda orta düzeyde benlik saygısı saptanmış olup çalışma sonucumuza benzerdir (Cohen et al., 2011; Pinar et al., 2011). Farklı bir çalışmada kadınların benlik saygısı düzeyleri çalışma sonucumuzdan yüksek belirlenmiş olup, 1 yıllık izlem süresince kadınların benlik saygısı düzeylerinde anlamlı değişim gerçekleşmemiştir (Cohen, Linenberger, Wehry, & Welz, 2011). Farklı çalışmalar, tedavileri devam eden jinekolojik kanserli kadınların beden imajında değişiklikler ve psikolojik sorunlarla birlikte benlik saygılarında azalmalar saptamışlardır

(Juraskova et al., 2003; Üstündağ et al., 2017). Norton ve ark.(2005), over kanserli bireylerin cerrahi sonrası üçüncü aydaki benlik saygısı düzeylerinin cerrahi öncesine göre önemli düzeyde azaldığını belirlemişlerdir (Norton et al., 2005).

#### **5.4 - Müdahale ve Kontrol Grubuna Dahil Olan Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi Uygulanan Hastaların Yaşam Kalitesi, Başetme-Uyum ve Benlik Saygıları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi**

Benlik saygısı, psikososyal uyum (Londono & McMillan, 2015), başetme stratejileri (Butow et al., 2013; Londono & McMillan, 2015; Price et al., 2013) yaşam kalitesinin belirleyicileridir. Literatür incelendiğinde; jinekolojik onkoloji cerrahisi sonrası ve adjuvan tedaviler süresince kadınların yaşam kalitesi ve belirleyicisi olan bu kavramlar arasındaki ilişkiyi inceleyen çok sayıda çalışma mevcuttur. Araştırmamızda taburculuk sonrası onüçüncü haftada, müdahale ve kontrol grubundaki kadınların yaşam kalitesi, benlik saygısı ve başetme-uyum düzeyleri arasında ilişki olmadığı/çok zayıf ilişki belirlenmiştir (Tablo 4.11). Araştırma sonuçlarımızdan farklı olarak, bu kavramlar arasında anlamlı ilişkiler olduğunu ileten çalışmalar vardır. Kanser sürecine uyum sağlayan (Chow, So, Choi, & Chan, 2018; Osann et al., 2014) ve baş etme becerileri yüksek olan (Ahlberg, Ekman, Wallgren, & Gaston-Johansson, 2004; Canada et al., 2006; Evcili & Bekar, 2013; Lutgendorf et al., 2002; Osann et al., 2014; Popa-Velea et al., 2017; Smith et al., 2015) hastaların yaşam kalitelerinin olumlu etkilendiği, daha az fiziksel sorunlar yaşadıkları (Karabinis et al., 2015) belirlenmiştir. Farklı bir çalışmada ise; aktif başetme becerisine sahip kadınların yaşam kaliteleri beklendiği şekilde yüksek saptanmamıştır (Costanzo, Lutgendorf, Rothrock, & Anderson, 2006).

Araştırmada, alt boyutlar açısından kavramlar arasındaki ilişkiler incelenmiştir; müdahale grubundaki kadınların fiziksel ve sosyal alanlara ait yaşam kaliteleri ile başetme-uyum arasında pozitif yönde ilişki belirlenmiştir (Tablo 4.11). Çalışmamıza benzer şekilde Canada ve ark. (2006), aktif başetme stratejileri

geliştiren kadınların sosyal alana ait yaşam kalitelerinin de yüksek olduğunu belirlemiştir (Canada et al., 2006). Yeterli sosyal desteğin sağlanmasının (Smith, Chizen, & Agrawal, 2015) ve yüksek sosyal destek algısının (Yılmaz, Bal, Beji, & Arvas, 2015) jinekolojik kanserli kadınların başetme becerilerini arttırdığını belirleyen çalışmalar, bizim sonucumuzu desteklemektedir. Sonuçlarımızdan farklı olarak aktif başetme stratejileri geliştiren jinekolojik kanserli kadınların fonksiyonel (Lutgendorf et al., 2002) ve duygusal (Lutgendorf et al., 2002; Manne et al., 2017) alanlara ait yaşam kalitelerinin yüksek olduğunu ileten literatür sonuçları da mevcuttur.

Benlik saygısı güçlü bir başetme kaynağı olabilmekte, düşük benlik saygısı çevredeki uyaranlarla-stresörlerle başedebilmeyi etkileyebilmektedir (Juth, Smyth, & Santuzzi, 2008). Yurt dışında; benlik saygısı yüksek jinekolojik kanserli kadınların genel yaşam kalitelerinin yüksek olduğunu (Bartoces et al., 2009; Kobayashi et al., 2009; Li et al., 2015) ileten çalışmalar bunu desteklemektedir. Araştırmada ise bu sonuçlardan farklı olarak; benlik saygısı ve başetme-uyum düzeyleri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (Tablo 4.11).

## **5.5 - Müdahale ve Kontrol Grubuna Dahil Olan Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi Uygulanan Hastalara Ait Saptanan Sorunların İncelenmesi**

Jinekolojik kanserli kadınlar tedaviler süresince; fiziksel, ruhsal ve psikososyal açılardan sorunlar yaşamaktadırlar (Sekse et al., 2018). Bu nedenle onkolojik cerrahi sonrası tedavilere yönelik yaşanan semptomların belirlenerek kadınlara gerekli eğitimlerin verilmesi önerilmektedir (Liu, Ercolano, Siefert, & McCorkle, 2010). Sistematik bir meta analizde; taburculuk sonrası yaşanan problemlere yönelik eğitimsel girişimlerin hastaların fiziksel, sosyal ve duygusal açılardan olumlu etkisi olabileceği iletilmektedir (Mistiaen et al., 2007). Çalışmamızda taburculuk sonrası onüçüncü haftada; ağrı, psikolojik sorunlar, yorgunluk ve uyku sorunları her iki gruptaki kadınlarda en çok yaşanan problemlerdendir (Tablo 4.12). Müdahale grubunda yaşanan bazı sorunlar anlamlı olmasa da kontrol grubuna göre



daha az saptanmıştır fakat, taburculuk programı, kadınların yaşadıkları bu semptomları/sorunları daha iyi yönetebilmesinde yetersiz kalmıştır. Sonuçlar, kadınların fiziksel alan ve fonksiyonel alan yaşam kalitelerinin düşük saptanmasıyla da paraleldir. Sonuçlarımızdan farklı olarak; Aktaş ve Terzioğlu (2015), çalışmalarında oniki haftalık süre sonunda hem müdahale hem de kontrol grubu hastaların yaşadıkları fiziksel problemlerde azalma belirlemişlerdir (Aktas & Terzioğlu, 2015). Benzer şekilde; Korkmaz ve Fadiloğlu (2015), müdahale grubunda yaşanan semptomlarda kontrol grubuna göre daha anlamlı azalma belirlemişlerdir (Korkmaz & Fadiloğlu, 2015). Tanımlayıcı bir çalışmada; jinekolojik kanserli kadınların cerrahiden yirmi dört hafta sonrası yaşadıkları sorunlarda, daha önceki haftalara göre anlamlı olmasa da azalma saptanmıştır (Liu et al., 2010).

Çalışmada taburculuk sonrası onüçüncü haftada her iki gruptaki kadınlarda en çok yaşanan problemler; ağrı, psikolojik sorunlar, yorgunluk ve uyku sorunları olarak sıralanabilir. Farklı çalışmalarda ağrı, yorgunluk (Akkuzu, 2012; Akkuzu et al., 2014; Ayana et al., 2018; Goker et al., 2011; Liu et al., 2010; Sekse, Hufthammer, & Vika, 2015; Wu et al., 2017), uykusuzluk (Akkuzu, 2012; Goker et al., 2011; Liu et al., 2010), iştahsızlık (Akkuzu, 2012; Liu et al., 2010; Wu et al., 2017), depresif semptomlar (Wu et al., 2017), barsak sorunları (Liu et al., 2010), bulantı-kusma (Akkuzu et al., 2014) jinekolojik kanser tedavileri süresince kadınların en çok yaşadıkları sorunlardan olup, veriler çalışma sonucumuzu desteklemektedir.

Sonuç olarak; RUM doğrultusunda yapılandırılmış taburculuk programının, müdahale grubundaki kadınların jinekolojik onkoloji tedavileri süresince yaşam kalitelerinin iyileşmesine ve başetme-uyum becerilerinin gelişmesine yardımcı olduğu, fakat benlik saygıları üzerinde anlamlı etkisi olmadığı belirlenmiştir. Taburculuk programına dahil olan müdahale grubundaki kadınlarda, tedaviler süresince yaşanan sorunlar açısından ise beklenen azalmalar görülmemiştir.

## 6- SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1- Sonuçlar

Bu araştırma, jinekolojik onkoloji cerrahisi uygulanan hastalarda RUM'a göre yapılandırılmış taburculuk programının hasta bakım sonuçlarına etkisini belirlemek amacıyla planlanmış ve yürütülmüştür. Elde edilen sonuçlar şu şekilde özetlenebilir:

- ✓ RUM'a göre yapılandırılmış taburculuk programına dahil olan müdahale grubundaki kadınların onüçüncü hafta yaşam kalitesi puan ortalamaları kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksektir ( $p<0.001$ ).
- ✓ Kontrol grubundaki kadınların onüçüncü hafta yaşam kalitesi puan ortalamaları önceki izlem dönemlerinden anlamlı olarak düşük ( $p<0.001$ ); müdahale grubundaki kadınların onüçüncü hafta yaşam kalitesi puan ortalamaları ise önceki izlem dönemlerinden anlamlı olarak yüksektir ( $p<0.001$ ).
- ✓ RUM'a göre yapılandırılmış taburculuk programına dahil olan müdahale grubundaki kadınların onüçüncü hafta sosyal ve duygusal alt boyuta ait yaşam kalitesi puan ortalamaları kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksektir ( $p<0.001$  herbiri için). Onüçüncü haftada, müdahale ve kontrol gruplarının diğer alt boyutlara ait yaşam kalitesi puan ortalamaları ise benzerdir ( $p>0.05$  herbiri için).
- ✓ RUM'a göre yapılandırılmış taburculuk programına dahil olan müdahale grubundaki kadınların onüçüncü hafta başetme-uyum puan ortalaması, kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksektir ( $p<0.001$ ).
- ✓ RUM'a göre yapılandırılmış taburculuk programına dahil olan müdahale grubundaki kadınların onüçüncü hafta çözüm bulma-odaklanma, sistematize etme süreci ve öğrenme-ilişki kurma alt boyutlara ait puan ortalamaları kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksektir ( $p<0.001$  herbiri için). Onüçüncü haftada, müdahale ve kontrol gruplarının diğer alt boyutlara ait başetme-uyum puan ortalamaları ise benzerdir ( $p>0.05$  herbiri için).

- ✓ RUM'a göre yapılandırılmış taburculuk programına dahil olan müdahale grubundaki kadınların onüçüncü hafta benlik saygısı puan ortalaması kontrol grubunun puan ortalaması ile benzerdir ( $p>0.05$ ). Her iki gruptaki kadınlar, farklı izlem dönemlerinde orta düzey benlik saygısına sahiptirler.
- ✓ Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların onüçüncü hafta yaşam kalitesi puan ortalamalarının bazı parametrelere göre karşılaştırılması yapılmıştır. Müdahale grubunda ellibeş yaş ve altında olan kadınların yaşam kalitesi puan ortalamaları kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksektir ( $p=0.001$ ). Müdahale grubunda ilköğretim ve altı eğitim düzeyindeki kadınların onüçüncü hafta yaşam kalitesi puan ortalamaları kontrol grubundan anlamlı düzeyde daha yüksektir ( $p<0.000$ ). Ailesinde kanser öyküsü olan müdahale grubundaki kadınların yaşam kalitesi puan ortalaması ise, kontrol grubundaki kadınlardan anlamlı düzeyde daha yüksektir ( $p=0.004$ ).
- ✓ Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların onüçüncü hafta başetme-uyum puan ortalamalarının bazı parametrelere göre karşılaştırılması yapılmıştır. Müdahale grubunda ellibeş yaş ve altında olan kadınların başetme-uyum puan ortalamaları kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksektir ( $p=0.005$ ). Müdahale grubunda ilköğretim ve altı eğitim düzeyindeki kadınların başetme-uyum puan ortalamaları kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksektir ( $p<0.001$ ). Ailesinde kanser öyküsü olan müdahale grubundaki kadınların başetme-uyum puan ortalamaları kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksektir ( $p=0.006$ ).
- ✓ Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların onüçüncü hafta benlik saygısı puanlarının bazı parametrelere göre karşılaştırılması yapılmıştır. Müdahale grubunda ellibeş yaş üzerinde olan kadınların benlik saygısı puan ortalamaları, kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde düşüktür ( $p=0.008$ ). Müdahale grubunda ilköğretim ve altı eğitim düzeyindeki kadınların benlik saygısı puan ortalamaları kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde düşüktür ( $p=0.008$ ). Ailede kanser

öyküsü olan müdahale grubundaki kadınların benlik saygısı puan ortalamaları kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde düşüktür ( $p=0.041$ ).

- ✓ Dokuzuncu ve onüçüncü haftalarda her iki gruptaki kadınların yaşadıkları sorunlar belirlenmiştir. Bu sorunların müdahale grubundaki kadınlarda görülme oranları kontrol grubuyla benzerdir (herbir sorun için  $p>0.05$ ).
- ✓ Her iki grupta onüçüncü haftada; yaşam kalitesi, başetme-uyum ve benlik saygısı puan ortalamaları arasında ilişki olmadığı/çok zayıf ilişki belirlenmiştir ( $r=0.0-0.2$ ).

## 6.2 - Öneriler

Araştırma sonuçlarına göre uygulama alanına ve araştırmacılara yönelik öneriler verilmiştir.

### 6.2.1 - Uygulama alanına yönelik öneriler

- ✓ Jinekolojik onkoloji hastaları için taburculuk programlarının (taburculuk eğitimi verilmesi ve taburculuk sonrası izlemlerin yapılması) oluşturulması ve RUM'un rehber olarak kullanılması,
- ✓ Hasta gereksinimlerine yönelik taburculuk eğitimi verilmesi,
- ✓ Taburcu olan hastaların adjuvan tedaviler süresince belirli zamanlarda izlemlerinin yapılması, varsa yaşanan sorunların/problemlerin ve eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi, uygun girişimlerin planlanması, uygulanması veya gerekli birimlere yönlendirmelerin yapılması,
- ✓ Taburculuk eğitiminin desteklenmesi için; eğitim kitapçığı, broşür gibi materyallerin kullanılması, hastaların bu kaynakları okumaları ve bu kaynaklardan yararlanmalarının sağlanması önerilmektedir.

### ***6.2.2 - Araştırmacılara yönelik öneriler***

- ✓ Jinekolojik onkoloji cerrahisi uygulanan kadınlara yönelik taburculuk programlarının yaygınlaştırılması,
- ✓ Uygulanan taburculuk programlarının farklı hasta bakım sonuçlarına etkisini inceleyen çalışmaların yapılması,
- ✓ Nitel çalışmalar yapılarak taburculuk programlarının içeriğinin desteklenmesi, güncelleştirilmesi ve iyileştirilmesi,
- ✓ Hastaların taburcu olduktan sonra ve adjuvan tedavileri süresince izlemlerinin devam edildiğı uzun süreli izlem çalışmalarının yapılması önerilmektedir.

## KAYNAKLAR DİZİNİ

- Aarts, J. W., Nieboer, T. E., Johnson, N., Tavender, E., Garry, R., Mol, B. W., & Kluivers, K. B. (2015). Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. *Cochrane Database Syst Rev*(8), CD003677. doi:10.1002/14651858.CD003677.pub5
- Abad-Corpa, E., Royo-Morales, T., Iniesta-Sánchez, J., Carrillo-Alcaraz, A., Rodríguez-Mondejar, J. J., Saez-Soto, Á. R., & Vivo-Molina, M. C. (2013). Evaluation of the effectiveness of hospital discharge planning and follow-up in the primary care of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *J Clin Nurs*, 22(5-6), 669-680.
- Abbott-Anderson, K., & Kwekkeboom, K. L. (2012). A systematic review of sexual concerns reported by gynecological cancer survivors. *Gynecol Oncol*, 124(3), 477-489. doi:10.1016/j.ygyno.2011.11.030
- ACS. (2018a). Cancer-facts-and-figures-2018. Retrieved from:<https://www.cancer.org>
- ACS. (2018b). Chemotherapy. Retrieved from:  
<https://www.cancer.org/treatment/treatments-and-side-effects/treatment-types/chemotherapy.html>
- ACS. (2018c). Surgery for cervical cancer. Retrieved from:  
<https://www.cancer.org/cancer/cervical-cancer/treating/surgery.html>
- Açmaz, G., Albayrak, E., Aksoy, H., Başer, M., Soyak, M., Zararsız, G., & Müderris, İ. İ. (2014). Cerrahi menopozlu hastaların depresyon anksiyete ve uyku kalitesi sıklığı açısından araştırılması. *Bozok Tıp Dergisi*, 4(1), 22-28.
- Aerts, L., Enzlin, P., Verhaeghe, J., Poppe, W., Vergote, I., & Amant, F. (2015). Sexual functioning in women after surgical treatment for endometrial cancer: a prospective controlled study. *J Sex Med*, 12(1), 198-209. doi:10.1111/jsm.12764
- Ahadi, H., Delavar, A., & Rostami, A. M. (2014). Comparing coping styles in cancer patients and healthy subjects. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 116, 3467-3470.
- Ahlberg, K., Ekman, T., Wallgren, A., & Gaston-Johansson, F. (2004). Fatigue, psychological distress, coping and quality of life in patients with uterine cancer. *J Adv Nurs*, 45(2), 205-213.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Akbari, M., & Celik, S. S. (2015). The effects of discharge training and counseling on post-discharge problems in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 20(4), 442.
- Akkuzu, G. (2012). Quality of life of women undergoing chemotherapy for a gynaecological oncological disease in Turkey. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 13(4), 1277-1280. doi:10.7314/apjcp.2012.13.4.1277
- Akkuzu, G., Kurt, G., Guvenc, G., Kok, G., Simsek, S., Dogrusoy, S., & Ayhan, A. (2018). Learning needs of gynecologic cancer survivors. *J Cancer Educ*, 33(3), 544-550. doi:10.1007/s13187-016-1118-y
- Akkuzu, G., Talas, S. M., & Ortaç, F. (2014). Functional status in Turkish women with gynecological cancer. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 15(5), 2045-2049. doi:10.7314/apjcp.2014.15.5.2045
- Aktas, D., & Terzioglu, F. (2015). Effect of home care service on the quality of life in patients with gynecological cancer. *Asian Pac J Cancer Prev*, 16(9), 4089-4094.
- Aktaş, D. (2012). Jinekolojik kanserli hastalarda evde bakım hizmetinin yaşam kalitesine etkisi, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara
- Akyolcu, N. (2015). *Onkoloji hastasında cerrahi tedavi ve bakım*. In G. Can (Ed.), *Onkoloji hemşireliği* (pp. 126). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Akyuz, A., Guvenc, G., Ustunsoz, A., Kaya T. (2008). Living with gynecologic cancer: experience of women and their partners. *Journal of Nursing Scholarship*, 40(3), 241-247.
- Akyüz, N. Ş. (2012). *Üreme organlarının iyi ve kötü huylu oluşumları*. In A. M. Coşkun (Ed.), *Kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireliği el kitabı* (pp. 521-530). İstanbul: Koç Üniversitesi Yayınları.
- Aldaz, B. E., Treharne, G. J., Knight, R. G., Conner, T. S., & Perez, D. (2017). Oncology healthcare professionals' perspectives on the psychosocial support needs of cancer patients during oncology treatment. *Journal of health psychology*, 22(10), 1332-1344.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Apay, S. E., & Pasinlioglu, T. (2014). Using Roy's model to evaluate the care given to postpartum women following caesarean delivery. *Open Journal of Nursing*, 04(11), 784-796. doi:10.4236/ojn.2014.411084
- Aslan, E. (2015). *Endometrium kanseri*, In G. Can (Ed.), *Onkoloji hemşireliği* (pp. 800-806). İstanbul: Nobel tıp Kitabevleri.
- Ayana, B. A., Negash, S., Yusuf, L., Tigeneh, W., & Haile, D. (2018). Health related quality of life of gynaecologic cancer patients attending at Tikur Anbesa Specialized Hospital (TASH), Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Women's Health*, 18(1), 7. doi:10.1186/s12905-017-0507-7
- Aygin, D., & Pektemek, M. (2018). Cerrahi menopoza giren genç kadınlarda cinsellik nasıl etkileniyor? *Androloji Bülteni*. doi:10.24898/tandro.2018.83097
- Bae, H., & Park, H. (2016). Sexual function, depression, and quality of life in patients with cervical cancer. *Support Care Cancer*, 24(3), 1277-1283. doi:10.1007/s00520-015-2918-z
- Barnaś, E., Skręć-Magierło, J., Skręć, A., & Bidziński, M. (2012). The quality of life of women treated for cervical cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 16(1), 59-63.
- Barone, S. H., Roy, C. L., & Frederickson, K. C. (2008). Instruments used in Roy adaptation model-based research: Review, critique, and future directions. *Nurs Sci Q*, 21(4), 353-362.
- Bartoces, M. G., Severson, R. K., Rusin, B. A., Schwartz, K. L., Ruterbusch, J. J., & Neale, A. V. (2009). Quality of life and self-esteem of long-term survivors of invasive and noninvasive cervical cancer. *Journal of Women's Health*, 18(5), 655-661.
- Beji, K. N. (2015). *Over kanseri*. In G. Can (Ed.), *Onkoloji hemşireliği* (pp. 807-838). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Ben-Arye, E., Samuels, N., Schiff, E., Raz, O. G., Sharabi, I. S., & Lavie, O. (2015). Quality-of-life outcomes in patients with gynecologic cancer referred to integrative oncology treatment during chemotherapy. *Supportive Care in Cancer*, 23(12), 3411-3419.



## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Ben-Morderchai, B., Herman, A., Kerzman, H., & Irony, A. (2010). Structured discharge education improves early outcome in orthopedic patients. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 14(2), 66-74. doi:10.1016/j.joon.2009.02.001
- Bifulco, G., De Rosa, N., Tornesello, M. L., Piccoli, R., Bertrando, A., Lavitola, G., . . . Nappi, C. (2012). Quality of life, lifestyle behavior and employment experience: a comparison between young and midlife survivors of gynecology early stage cancers. *Gynecol Oncol*, 124(3), 444-451. doi:10.1016/j.ygyno.2011.11.033
- Bilge, Ç., Kaydırak, M. M., & Aslan, E. (2016). Jinekolojik kanserin cinsel yaşam üzerindeki etkileri. *SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(3), 31-38.
- Boğa, M. N. (2013). Cerrahi menopozdaki kadınlara roy adaptasyon modeline göre evde verilen eğitimin semptom kontrolü depresyon sosyal destek ve yaşam kalitesine etkisi, Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum
- Bolsoy, N. (2015). *Histerektomi*. In B. K. Saydam (Ed.), *Olgularla jinekolojik hastalarda bakım* (pp. 234-237). Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitabevleri.
- Boscaglia, N., Clarke, D., M., Jobling, T., W., & Quinn, M., A. (2005). The contribution of spirituality and spiritual coping to anxiety and depression in women with a recent diagnosis of gynecological cancer. *International Journal of Gynecologic Cancer*, 15(5), 755-761.
- Boughton, M., & Halliday, L. (2009). Home alone: Patient and carer uncertainty surrounding discharge with continuing clinical care needs. *Contemporary Nurse*, 33(1), 30-40.
- Branowicki, P. M., Vessey, J. A., Graham, D. A., McCabe, M. A., Clapp, A. L., Blaine, K., . . . Kline, N. E. (2017). Meta-analysis of clinical trials that evaluate the effectiveness of hospital-initiated postdischarge interventions on hospital readmission. *Journal for Healthcare Quality*, 39(6), 354-366.
- Bryant-Lukosius, D., Carter, N., Reid, K., Donald, F., Martin-Misener, R., Kilpatrick, K., . . . Charbonneau-Smith, R. (2015). The clinical effectiveness and cost-effectiveness of clinical nurse specialist-led hospital to home transitional care: A systematic review. *J Eval Clin Pract*, 21(5), 763-781.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Butow, P., Price, M., Bell, M., Fardell, J., Aldridge, L., McGowan, N., . . . Webb, P. (2013). quality of life, distress and coping in women with ovarian cancer: A population based, longitudinal study: n-1. *Psycho-oncology*, 22, 44.
- Büyüksahin, Ç., Gülşen (2018). The roles of attachment styles, anxiety, and communication skills in the prediction of self esteem in university students. *Journal of Educational Sciences & Psychology*, 8(1).
- Cajanding, R. J. (2017). Effects of a structured discharge planning program on perceived functional status, cardiac self-efficacy, patient satisfaction, and unexpected hospital revisits among filipino cardiac patients: a randomized controlled study. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 32(1), 67-77.
- Canada, A. L., Parker, P. A., de Moor, J. S., Basen-Engquist, K., Ramondetta, L. M., & Cohen, L. (2006). Active coping mediates the association between religion/spirituality and quality of life in ovarian cancer. *Gynecologic Oncology*, 101(1), 102-107.
- Carter, J., Stabile, C., Gunn, A., & Sonoda, Y. (2013). The physical consequences of gynecologic cancer surgery and their impact on sexual, emotional, and quality of life issues. *J Sex Med*, 10 Suppl 1, 21-34. doi:10.1111/jsm.12002
- Chan, Y., Ngan, H. Y., Li, B. Y., Yip, A. M., Ng, T., Lee, P. W., . . . Wong, L. (2001). A longitudinal study on quality of life after gynecologic cancer treatment. *Gynecologic oncology*, 83(1), 10-19.
- Chase, M. D., Wong, S. F., Wenzel, B. L., & Monk, J. B. (2017). *Palliative care and quality of life*. In W. T. C. Philip J. DiSaia, Robert S Mannel, D. Scott McMeekin, David G Mutch (Ed.), *Clinical gynecologic oncology (9 ed.)*. Philadelphia: Elsevier.
- Chen, L., Chen, Y., Chen, X., Shen, X., Wang, Q., & Sun, C. (2018). Longitudinal study of effectiveness of a patient-centered self-management empowerment intervention during predischage planning on stroke survivors. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 15(3), 197-205.
- Chen, P. Y., & Chang, H.-C. (2012). The coping process of patients with cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 16(1), 10-16.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Cheng, X., Wei, S., Zhang, H., Xue, S., Wang, W., & Zhang, K. (2018). Nurse-led interventions on quality of life for patients with cancer: A meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*, *97*(34), e12037-e12037. doi:10.1097/MD.00000000000012037
- Chow, K. M., Chan, C. W., Chan, J. C., Choi, K. K., & Siu, K. Y. (2014). A feasibility study of a psychoeducational intervention program for gynecological cancer patients. *Eur J Oncol Nurs*, *18*(4), 385-392. doi:10.1016/j.ejon.2014.03.011
- Chow, K. M., Chan, J. C., Choi, K. K., & Chan, C. W. (2016). A review of psychoeducational interventions to improve sexual functioning, quality of life, and psychological outcomes in gynecological cancer patients. *Cancer Nurs*, *39*(1), 20-31. doi:10.1097/NCC.0000000000000234
- Chow, K. M., So, W. K. W., Choi, K. C., & Chan, C. W. H. (2018). Sexual function, psychosocial adjustment to illness, and quality of life among Chinese gynaecological cancer survivors. *Psychooncology*, *27*(4), 1257-1263. doi:doi:10.1002/pon.4663
- Christiansen, L., Fagerström, C., & Nilsson, L. (2017). Nurses' use and perception of an information and communication technology system for improving coordination during hospital discharges: A survey in Swedish primary healthcare. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, *35*(7), 358-363.
- Cohen, S. M., Hollingsworth, A. O., Rubin, M., Graff, B. M., Thomas, J. S., Welz, H. K., & Wehry, L. E. (2011). Psychosocial adaptation during recovery from hysterectomy. *WebmedCentral Obstetrics and Gynaecology* 2011;2(3):WMC001660 doi: 10.9754/journal.wmc.2011.001660
- Cohen SM, Linenberger HK, Wehry LE, Welz HK. Recovery after hysterectomy: A year-long look . *WebmedCentral Obstetrics and Gynaecology* 2011;2(3):WMC001761 [http://www.webmedcentral.com/article\\_view/1761](http://www.webmedcentral.com/article_view/1761)
- Costanzo, E. S., Lutgendorf, S. K., Rothrock, N. E., & Anderson, B. (2006). Coping and quality of life among women extensively treated for gynecologic cancer. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, *15*(2), 132-142.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Cowan, R. A., Suidan, R. S., Andikyan, V., Rezk, Y. A., Einstein, M. H., Chang, K., . . . Chi, D. S. (2016). Electronic patient-reported outcomes from home in patients recovering from major gynecologic cancer surgery: A prospective study measuring symptoms and health-related quality of life. *Gynecol Oncol*, *143*(2), 362-366. doi:10.1016/j.ygyno.2016.08.335
- Cox, A., Bull, E., Cockle-Hearne, J., Knibb, W., Potter, C., & Faithfull, S. (2008). Nurse led telephone follow up in ovarian cancer: a psychosocial perspective. *Eur J Oncol Nurs*, *12*(5), 412-417. doi:10.1016/j.ejon.2008.06.002
- Çakır, Z. H. K., & Dal, Y. Ü. (2018). Laparoskopik kolesistektomi uygulanan hastaların taburculuk öncesi bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, *10*(2), 115-121.
- Çalışkan, T., Duran, S., Karadaş, A., & Tekir, Ö. (2015). Kanser hastalarının yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeylerinin değerlendirilmesi. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, *17*(1).
- Çatal, E. (2015). Koroner arter baypas greftli hastalarda hemşirelik girişimlerinin öğrenim gereksiniminin karşılanması, iyileşme algısı, başetme-uyum ve yaşam kalitesine etkisi, Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir
- Çavuş, D. (2008). Kanser hastalarının hemşireler tarafından verilen taburculuk eğitimine ilişkin değerlendirmelerinin belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir
- Çelebi, C. (2015). Günübirlik cerrahi hastalarının taburculuk aşamasındaki bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul
- Çetinkaya, F., Aşiret, G.D. (2017). Dahili ve cerrahi kliniklerindeki hastaların öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, *10*(2).
- Çevik, A. R., & Seher, E. (2013). Roy's adaptation model-guided education for adaptation to chronic obstructive pulmonary disease. *J Adv Nurs*, *69*(5), 1063-1075. doi:doi:10.1111/j.1365-2648.2012.06093.x
- Çömez, S. (2016). Meme kanseri olan kadınlar ve eşleri için oluşturulan web tabanlı eğitimin yaşam kalitesi ve eş uyumuna etkisi, Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İzmir

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Çuhadaroğlu, F. (1986). Adölesanlarda benlik saygısı, Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara
- Dağ, H., Dönmez, S., Güleç, D., Öztürk, R., Eminov, A., Saruhan, A., ve ark. (2014). Jinekolojik operasyon geçiren kadınların taburculuk öncesi öğrenim gereksinimleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 30(1), 49-55.
- Dahl, L., Wittrup, I., Vaeggemose, U., Petersen, L. K., & Blaakaer, J. (2013). Life after gynecologic cancer: a review of patients quality of life, needs, and preferences in regard to follow-up. *Int J Gynecol Cancer*, 23(2), 227-234. doi:10.1097/IGC.0b013e31827f37b0
- Damar, H. T., & Bilik, Ö. (2014). Roy uyum modeli'ne temellendirilmiş total diz protezi ameliyatına hazırlık programı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 7(4), 321-329.
- de Leeuw, J., Prins, J. B., Merckx, M. A., Marres, H. A., & van Achterberg, T. (2011). Discharge advice in cancer patients: posttreatment patients' report. *Cancer Nurs*, 34(1), 58-66.
- Demirci, H. (2015). *Menopoz*. In B. K. saydam (Ed.), *Olgularla jinekolojik hastalıklarda bakım*. Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitabevleri.
- Demirtas, B., & Pinar, G. (2014). Determination of sexual problems of turkish patients receiving gynecologic cancer treatment: A cross-sectional study. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 15(16), 6657-6663. doi:10.7314/apjcp.2014.15.16.6657
- Devi, K., Sheoran, P., & Sarin, J. (2015). Effect of structured discharge teaching after hysterectomy. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 1384-1395. doi:10.18203/2320-1770.ijrcog20150716
- Doll, K. M., Barber, E. L., Bensen, J. T., Snavely, A. C., & Gehrig, P. A. (2016). The health-related quality of life journey of gynecologic oncology surgical patients: Implications for the incorporation of patient-reported outcomes into surgical quality metrics. *Gynecologic oncology*, 141(2), 329-335.
- Eker, A., & Aslan, E. (2017). Jinekolojik Kanser Hastalarında Psiko-sosyal Yaklaşım. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi (HEAD)*, 14(4), 298-303.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Ekim, A., & Ocakci, A. F. (2016). Efficacy of a transition theory-based discharge planning program for childhood asthma management. *International Journal of Nursing Knowledge, 27*(2), 70-78.
- Elmoneim, E. F. A., Ghonemy, G. E., & Hassan, N. I. (2017). Effect of roy adaptation model on sexual function and spousal support among women after total hysterectomy. *IOSR Journal of Nursing and Health Science, 6*(2), 130-140. doi:10.9790/1959-060205130140
- Ergin, A. (2015). *Pelvik kitle-over CA*. In B. K. Saydam (Ed.), *Olgularla jinekolojik hastalıklarda bakım* (pp. 92-99). Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitabevleri.
- Ergün, A. (2011). *Taburculuk planlaması ve evde bakım*. In F. E. A. Ayfer Karadakovan (Ed.), *Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım* (2 ed., pp. 25-33). Adana: Nobel Kitabevi.
- Eroğlu, K., & Koç, G. (2014). Jinekolojik kanser kontrolü ve hemşirelik. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 1*(2).
- Erol, Ö. (2015). *Kanserden korunma*. In G. Can (Ed.), *Onkoloji hemşireliği* (pp. 37-38). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Ertem, G. (2010). Jinekolojik kanserlerde evde bakım. *Türk Onkoloji Dergisi, 25*(3), 124-132.
- Evcili, F., & Bekar, M. (2013). Jinekolojik kanser tanısı almanın psikososyal boyutu ve hemşirelik yaklaşımları. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi, 1*, 21-28.
- Faller, H., Brähler, E., Härter, M., Keller, M., Schulz, H., Wegscheider, K., . . . Richard, M. (2017). Unmet needs for information and psychosocial support in relation to quality of life and emotional distress: A comparison between gynecological and breast cancer patients. *Patient Educ Couns, 100*(10), 1934-1942.
- Farsi, Z., & Azarmi, S. (2016). Effect of roy's adaptation model-guided education on coping strategies of the veterans with lower extremities amputation: a double-blind randomized controlled clinical trial. *International journal of community based nursing and midwifery, 4*(2), 127.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Fidjeland, H. L., Brekke, M., Stokstad, T., & Vistad, I. (2018). Gynecological cancer patients' attitudes toward follow-up care after cancer treatment: Do preferences reflect patients' experience? A cross-sectional questionnaire study. *Acta Obstet Gynecol Scand*, *97*(11), 1325-1331.
- Fletcher, C., Flight, I., Chapman, J., Fennell, K., & Wilson, C. (2017). The information needs of adult cancer survivors across the cancer continuum: a scoping review. *Patient Educ Couns*, *100*(3), 383-410.
- Frank-Bader, M., Beltran, K., & Dojlidko, D. (2011). Improving transplant discharge education using a structured teaching approach. *Progress in Transplantation*, *21*(4), 332-339.
- Friedman, A. J., Cosby, R., Boyko, S., Hatton-Bauer, J., & Turnbull, G. (2011). Effective teaching strategies and methods of delivery for patient education: a systematic review and practice guideline recommendations. *Journal of Cancer Education*, *26*(1), 12-21.
- FWC .(2018). About gynecologic cancers. Retrieved from <http://www.foundationforwomenscancer.org/about-gynecologic-cancers/>
- Gemalmaz, A., & Avşar, G. (2015). Cancer diagnosis and after experiences: A qualitative study. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. doi:10.5222/head.2015.093
- Gercek, E., Dal, N. A., Dag, H., & Senveli, S. (2016). The information requirements and self-perceptions of Turkish women undergoing hysterectomy. *Pak J Med Sci*, *32*(1), 165-170. doi:10.12669/pjms.321.7962
- Gil, K. M., Gibbons, H. E., Jenison, E. L., Hopkins, M. P., & von Gruenigen, V. E. (2007). Baseline characteristics influencing quality of life in women undergoing gynecologic oncology surgery. *Health Qual Life Outcomes*, *5*, 25. doi:10.1186/1477-7525-5-25
- Globocan. (2018). Cancer Data. Retrieved from <https://www.uicc.org/new-global-cancer-data-globocan-2018>
- Goker, A., Guvenal, T., Yanikkerem, E., Turhan, A., & Koyuncu, F. (2011). Quality of life in women with gynecologic cancer in Turkey. *Asian Pac J Cancer Prev*, *12*(11), 3121-3128.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Goktas, S. B., Gun, I., Yildiz, T., Sakar, M. N., & Caglayan, S. (2015). The effect of total hysterectomy on sexual function and depression. *Pak J Med Sci*, 31(3), 700-705. doi:10.12669/pjms.313.7368
- Goncalves-Bradley, D. C., Lannin, N. A., Clemson, L. M., Cameron, I. D., & Shepperd, S. (2016). Discharge planning from hospital. *Cochrane Database Syst Rev*(1), CD000313. doi:10.1002/14651858.CD000313.pub5
- Goodari, M. K., Lakdizaji, S., Hassankhani, H., Aghdam, A. M., & Khalilzad, P. (2015). Effect of training program based on Roy's adaptation model on quality of life of patients with heart failure: A randomized clinical trial. *Nursing Practice Today*, 1(4), 183-191.
- Graham, J., Gallagher, R., & Bothe, J. (2013). Nurses' discharge planning and risk assessment: behaviours, understanding and barriers. *J Clin Nurs*, 22(15-16), 2338-2346. doi:10.1111/jocn.12179
- Güçlü, A., & Kurşun, Ş. (2017). Genel cerrahi hastalarının taburculuk eğitim gereksinimleri. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 20(2), 107-113.
- Gümüş, B., Aysun, & Çam, O. (2011). Kadınların serviks kanseri için erken tanı tutumları ile benlik saygısı, beden algısı ve umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişkiler. *Nobel Medicus*, 7(3), 46-52.
- Hagedoorn, M., Kreicbergs, U., & Appel, C. (2011). Coping with cancer: The perspective of patients' relatives. *Acta Oncol*, 50(2), 205-211.
- Hallaç, S., & Öz, F. (2011). Genital kanser tanı sürecinde varoluşsal kaygı existential anxiety in diagnostic process of genital cancer. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(4), 595-610. doi:10.5455/cap.20110326
- Hawighorst-Knapstein, S., Fusshoeller, C., Franz, C., Trautmann, K., Schmidt, M., Pilch, H., . . . Vaupel, P. (2004). The impact of treatment for genital cancer on quality of life and body image--results of a prospective longitudinal 10-year study. *Gynecol Oncol*, 94(2), 398-403. doi:10.1016/j.ygyno.2004.04.025
- Hersch, J., Juraskova, I., Price, M., & Mullan, B. (2009). Psychosocial interventions and quality of life in gynaecological cancer patients: a systematic review. *Psychooncology*, 18(8), 795-810. doi:10.1002/pon.1443



## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Hoffman, M. A., Lent, R. W., & Raque-Bogdan, T. L. (2013). A social cognitive perspective on coping with cancer: Theory, research, and intervention. *The counseling psychologist, 41*(2), 240-267.
- Horstman, M. J., Mills, W. L., Herman, L. I., Cai, C., Shelton, G., Qdaisat, T., . . . Naik, A. D. (2017). Patient experience with discharge instructions in postdischarge recovery: a qualitative study. *BMJ open, 7*(2), e014842. doi:10.1136/bmjopen-2016-014842
- Howell, D., Hack, T., Oliver, T., Chulak, T., Mayo, S., Aubin, M., . . . Green, E. (2012). Models of care for post-treatment follow-up of adult cancer survivors: a systematic review and quality appraisal of the evidence. *Journal of Cancer Survivorship, 6*(4), 359-371.
- Hsieh, C. C., Chen, C. A., Hsiao, F. H., & Shun, S. C. (2014). The correlations of sexual activity, sleep problems, emotional distress, attachment styles with quality of life: comparison between gynaecological cancer survivors and noncancer women. *J Clin Nurs, 23*(7-8), 985-994. doi:10.1111/jocn.12232
- Hua, Y. (2018). Coping: a concept analysis in the cancer context. *TMR Integrative Nursing, 2*(1), 27-33.
- Huang, S., Xie, X., & Wu, S. (2015). Applying roy adaptation model (ram) in assessing health of patient with post-operative coronary artery bypass graft (CABG) surgery. *Hougner Protocols In Biomedical Sciences, 1*(2), 10-18.
- Ignatavicius, D. D. (2016). *Gynecologic cancers. In M. L. W. Donna D. Ignatavicius, Meg Blair, Cherie Rebar, Chris Winkelman (Ed.), Medical surgical nursing (8 ed., pp. 4244-4263). Canada: Elsevier.*
- Işıkhan, V. (2007). Kanser ve sosyal destek. *Toplum ve Hizmet, 18*(1), 15-29.
- Izycki, D., Wozniak, K., & Izycka, N. (2016). Consequences of gynecological cancer in patients and their partners from the sexual and psychological perspective. *Prz Menopauzalny, 15*(2), 112-116. doi:10.5114/pm.2016.61194
- Joly, F., McAlpine, J., Nout, R., Åvall-Lundqvist, E., Shash, E., & Friedlander, M. (2014). Quality of life and patient-reported outcomes in endometrial cancer clinical trials: a call for action! *International Journal of Gynecologic Cancer, 24*(9), 1693-1699.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Juraskova, I., Butow, P., Robertson, R., Sharpe, L., McLeod, C., & Hacker, N. (2003). Post-treatment sexual adjustment following cervical and endometrial cancer: a qualitative insight. *Psychooncology*, *12*(3), 267-279. doi:doi:10.1002/pon.639
- Juth, V., Smyth, J. M., & Santuzzi, A. M. (2008). How do you feel? Self-esteem predicts affect, stress, social interaction, and symptom severity during daily life in patients with chronic illness. *Journal of health psychology*, *13*(7), 884-894.
- Kacaroğlu, V. A., & Gölseven, K. B. (2014). Hemşirelik modellerinden: Roy adaptasyon modeli. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, *5*(4), 255-259.
- Kang, E., Gillespie, B. M., Tobiano, G., & Chaboyer, W. (2018). Discharge education delivered to general surgical patients in their management of recovery post discharge—a systematic mixed studies review: Authors. *International journal of nursing studies*, *87*, 1-13.
- Karabinis, G., Koukourikos, K., & Tsaloglidou, A. (2015). Psychological support and quality of life in patients with gynecological cancer. *International Journal of Research in Medical Sciences*, 2992-2997. doi:10.18203/2320-6012.ijrms20150948
- Karakaya, B. (2014). Meme, tiroid, kolorektal ve over kanseri nedeni ile cerrahi uygulanmış kadın hastalarda depresyon, anksiyete ve benlik saygısının değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Konya.
- Kavuran, E., & Yurttas, A. (2018). Effects of education based on roy adaptation model on diabetes care profile of patients with type 2 diabetes mellitus. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, *20*(4). doi:0.5812/ircmj.64635.
- Kaya, S., Güven, G. S., Teleş, M., Aydan, S., Korcu, C., & Ahmet, K. (2018). Taburculuğa hazır olmanın boyutları: belirleyicileri, hasta sonuçları ve hastane harcamaları ile ilişkisi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, *21*(2), 305-334.
- Keim-Malpass, J., Mihalko, S. L., Russell, G., Case, D., Miller, B., & Avis, N. E. (2017). Problems experienced by ovarian cancer survivors during treatment. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, *46*(4), 544-554.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Kendrick, M., Ercolano, E., & McCorkle, R. (2011). Interventions to prevent postoperative complications in women with ovarian cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing, 15*(2), 195.
- Khankeh, H., Rahgozar, M., & Ranjbar, M. (2011). The effects of nursing discharge plan (post-discharge education and follow-up) on self-care ability in patients with chronic schizophrenia hospitalized in Razi psychiatric Center. *Iranian journal of nursing and midwifery research, 16*(2), 162-168.
- Kim, K. H. (2015). *Comparative analyses of pain, depressed mood and sleep disturbance symptoms in women before and after hysterectomy*. In Approaches to Hysterectomy: InTech. doi: 10.5772/60424. Retrieved from: <https://www.intechopen.com/books/approaches-to-hysterectomy/comparative-analyses-of-pain-depressed-mood-and-sleep-disturbance-symptoms-in-women-before-and-after>
- Knier, S., Stichler, J. F., Ferber, L., & Catterall, K. (2015). Patients' perceptions of the quality of discharge teaching and readiness for discharge. *Rehabilitation Nursing, 40*(1), 30-39.
- Kobayashi, M., Ohno, T., Noguchi, W., Matsuda, A., Matsushima, E., Kato, S., & Tsujii, H. (2009). Psychological distress and quality of life in cervical cancer survivors after radiotherapy: do treatment modalities, disease stage, and self-esteem influence outcomes? *International Journal of Gynecological Cancer, 19*(7), 1264-1268.
- Koç, Z., Keskin Kızıltepe, S., Çınarlı, T., & Şener, A. (2017). Hemşirelik uygulamalarında, araştırmalarında, yönetiminde ve eğitiminde kuramların kullanımı. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi (HEAD), 14*(1), 62-72.
- Korkmaz, M. (2007). Akciğer kanseri olan hastalara uygulanan taburculuk planlamasının semptom kontrolü ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi, Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir
- Korkmaz, M., & Fadiloğlu, Ç., Z. (2015). Are we helpless in lung cancer? Discharge program for symptom control: An experimental case-control study. *International Journal of Caring Sciences, 8*(1), 86.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Körner, A., Roberts, N., Steele, R. J., Brosseau, D. C., & Rosberger, Z. (2018). A randomized controlled trial assessing the efficacy of a self-administered psycho-educational intervention for patients with cancer. *Patient Educ Couns.* 102(4), 735-741.
- Körükcü, Ö. (2018). Bazı yaşamsal geçişler zordur. Jinekolojik kanser tanısı almak gibi... *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(3), 248-254. doi:10.31067/0.2018.22
- Kupcewicz, E., Olewińska, J., Pikus, H., & Józwick, M. (2017). Mental adaptation to cancer in women with gynaecological cancer. *Journal of Pre-Clinical and Clinical Research*, 11(2), 120-126.
- Kupcewicz, E., Olewińska, J., Pikus, H., & Józwick, M. (2018). Coping with stress by women diagnosed with gynecologic cancer. *Journal of Pre-Clinical and Clinical Research*, 12(1), 16-21. doi:10.26444/jpccr/85643
- Lai, X. B., Ching, S. S. Y., & Wong, F. K. Y. (2017). Nurse-led cancer care: a scope review of the past years (2003-2016). *International Journal of Nursing Sciences*, 4(2), 184-195.
- Lauszus, F. F., Kallfa, E., & Madsen, M. R. (2016). Fatigue and physical function after hysterectomy measured by SF-36, ergometer, and dynamometer. *Arch Gynecol Obstet*, 294(1), 95-101. doi:10.1007/s00404-015-3999-0
- Lauver, D. R., Connolly-Nelson, K., & Vang, P. (2007). Stressors and coping strategies among female cancer survivors after treatments. *Cancer Nurs*, 30(2), 101-111.
- Le, T., Leis, A., Pahwa, P., Wright, K., Ali, K., Reeder, B., , & Fung, M. F. K. (2004). Quality of life evaluations in patients with ovarian cancer during chemotherapy treatment. *Gynecologic oncology*, 92(3), 839-844.
- Lethaby, A., Mukhopadhyay, A., Naik, R. (2012). Total versus subtotal hysterectomy for benign gynaecological conditions. *Cochrane Database Syst Rev*(4), CD004993. doi:10.1002/14651858.CD004993.pub3
- Levin, A. O., Carpenter, K. M., Fowler, J. M., Brothers, B. M., Andersen, B. L., & Maxwell, G. L. (2010). Sexual morbidity associated with poorer psychological adjustment among gynecological cancer survivors. *Int J Gynecol Cancer*, 20(3), 461-470. doi:10.1111/IGC.0b013e3181d24ce0

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Li, C.C., Chen, M.L., Chang, T.C., Chou, H.H., & Chen, M.Y. (2015). Social support buffers the effect of self-esteem on quality of life of early-stage cervical cancer survivors in Taiwan. *European Journal of Oncology Nursing, 19*(5), 486-494.
- Li, J., Huang, J., Zhang, J., & Li, Y. (2016). A home-based, nurse-led health program for postoperative patients with early-stage cervical cancer: A randomized controlled trial. *Eur J Oncol Nurs, 21*, 174-180. doi:10.1016/j.ejon.2015.09.009
- Lin, C.J., Cheng, S.J., Shih, S.C., Chu, C.H., & Tjung, J.J. (2012). Discharge planning. *International Journal of Gerontology, 6*(4), 237-240. doi:10.1016/j.ijge.2012.05.001
- Liu, S., Ercolano, E., Siefert, M. L., & McCorkle, R. (2010). Patterns of symptoms in women after gynecologic surgery. *Oncol Nurs Forum.37*(2), E133-E140
- Londono, Y., & McMillan, D. E. (2015). Psychosocial adaptation: an evolutionary concept analysis exploring a common multidisciplinary language. *J Adv Nurs, 71*(11), 2504-2519.
- Lonnee-Hoffmann, R., & Pinas, I. (2014). Effects of hysterectomy on sexual function. *Curr Sex Health Rep, 6*(4), 244-251. doi:10.1007/s11930-014-0029-3
- Lutgendorf, S. K., Anderson, B., Ullrich, P., Johnsen, E. L., Buller, R. E., Sood, A. K., . . . Ritchie, J. (2002). Quality of life and mood in women with gynecologic cancer: a one year prospective study. *Cancer, 94*(1), 131-140.
- Maguire, R., Kotronoulas, G., Simpson, M., & Paterson, C. (2015). A systematic review of the supportive care needs of women living with and beyond cervical cancer. *Gynecol Oncol, 136*(3), 478-490. doi:10.1016/j.ygyno.2014.10.030
- Manne, S. L., Myers-Virtue, S., Kashy, D., Ozga, M., Kissane, D., Heckman, C., . . . Rosenblum, N. (2015). Resilience, positive coping, and quality of life among women newly diagnosed with gynecological cancers. *Cancer Nurs, 38*(5), 375-382. doi:10.1097/NCC.0000000000000215
- Manne, S. L., Virtue, S. M., Ozga, M., Kashy, D., Heckman, C., Kissane, D., . . . Rodriquez, L. (2017). A comparison of two psychological interventions for newly-diagnosed gynecological cancer patients. *Gynecol Oncol, 144*(2), 354-362. doi:10.1016/j.ygyno.2016.11.025

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Mathew, R., & Devi, S. (2016). Improve quality of life of patients with cervical cancer: an application of Roy's adaptation model. *International Journal of Recent Scientific Research*, 7(5), 11265-11270.
- Mazanec, S. R., Reichlin, D., Gittleman, H., & Daly, B. J. (2018). Perceived needs, preparedness, and emotional distress of male caregivers of postsurgical women with gynecologic cancer. *Oncol Nurs Forum*, 45(2), 197-205.
- Mazloun, S. R., Heidari-Gorji, M. A., Bidgoli-Gholkhatmi, M., & Agayei, N. (2016). Effectiveness of discharge-planning on physical quality of life of patients with ischemic heart disease. *International Journal of Applied and Basic Medical Research*, 6(2), 129.
- McCorkle, R., Dowd, M., Ercolano, E., Schulman-Green, D., Williams, A. L., Siefert, M. L., . . . Schwartz, P. (2009). Effects of a nursing intervention on quality of life outcomes in post-surgical women with gynecological cancers. *Psychooncology*, 18(1), 62-70. doi:10.1002/pon.1365
- McCorkle, R., Ercolano, E., Lazenby, M., Schulman-Green, D., Schilling, L. S., Lorig, K., & Wagner, E. H. (2011). Self-management: Enabling and empowering patients living with cancer as a chronic illness. *CA Cancer J Clin*, 61(1), 50-62. doi:10.3322/caac.20093
- Mete, S., Uludağ, E., & Ertuğrul, M. (2017). Over kanserli hastanın hemşirelik bakımında kavram haritası kullanımı. *Türkiye Klinikleri Journal of Obstetric-Women's Health and Diseases Nursing-Special Topics*, 3(1), 56-60.
- Miller, F.J., Piacentine, L. B., Weiss, M. (2008). Coping difficulties after hospitalization. *Clin Nurs Res*, 17(4), 278-296.
- Mistiaen, P., Francke, A. L., & Poot, E. (2007). Interventions aimed at reducing problems in adult patients discharged from hospital to home: a systematic meta-review. *BMC Health Serv Res*, 7(1), 47. doi:10.1186/1472-6963-7-47
- Mollaoğlu, M. (2012). *Kronik hastalıklarda uyum süreci. In Z. Durna (Ed.), Kronik hastalıklarda bakım*. Istanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Muliira, R. S., Salas, A. S., & O'Brien, B. (2017). Quality of life among female cancer survivors in Africa: An integrative literature review. *Asia-Pacific journal of oncology nursing*, 4(1), 6.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Nahcivan, Ö. N., & Tekin, N. (2012). *Adaptasyon kuramı*. In P. Velioğlu (Ed.), *Hemşirelikte kavram ve kuramlar* (pp. 364-387). İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.
- Naik, A. D., Horstman, M. J., Li, L. T., Paasche-Orlow, M. K., Campbell, B., Mills, W. L., . . . Berger, D. H. (2017). User-centered design of discharge warnings tool for colorectal surgery patients. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 24(5), 975-980.
- Nanjaiah, R., Roopadevi, V., & Khan, M. A. (2017). Quality of life in gynaecologic cancer subjects attending a tertiary care centre. *International Journal Of Community Medicine And Public Health*, 4(5), 1644-1651.
- NCCN (2018). NCCN Guidelines. Retrieved from <https://www.nccn.org/patients/>
- NOCC. (2006). Over Cancer Quality of Life Issues. In. USA. Retrieved from: [http://ovarian.org/storage/documents/NOCC Quality of Life Issues.pdf](http://ovarian.org/storage/documents/NOCC_Quality_of_Life_Issues.pdf)
- Noordegraaf, V. A., Huirne, A. F. J., Pittens, A. C., van Mechelen, W., Broerse, E. W. J., Brölmann, A. M. H., & Anema, R. J. (2012). eHealth program to empower patients in returning to normal activities and work after gynecological surgery: intervention mapping as a useful method for development. *Journal of medical Internet research*, 14(5).
- Norton, T. R., Manne, S. L., Rubin, S., Hernandez, E., Carlson, J., Bergman, C., & Rosenblum, N. (2005). Ovarian cancer patients' psychological distress: The role of physical impairment, perceived unsupportive family and friend behaviors, perceived control, and self-esteem. *Health Psychology*, 24(2), 143-152. doi:10.1037/0278-6133.24.2.143
- Novackova, M., Halaska, J. M., Robova, H., Mala, I., Pluta, M., Chmel, R., & Rob, L. (2015). A prospective study in the evaluation of quality of life after vulvar cancer surgery. *International Journal of Gynecological Cancer*, 25(1), 166-173.
- Numanoğlu, C. (2010). *Jinekolojik maligniteler için yapılan ameliyatlar*. In G. Y. Yavuz Ceylan, Halil Aslan, Ahmet Gül, Ali Gedikbaşı (Ed.), *Williams jinekoloji* (pp. 646-1084). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Okrainec, K., Lau, D., Abrams, H. B., Hahn-Goldberg, S., Brahmbhatt, R., Huynh, T., . . . Bell, C. M. (2017). Impact of patient-centered discharge tools: A systematic review. *J Hosp Med*, 12(2), 110-117.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Okumuş, H., Çiçek, Ö , Tokat, M. A. (2016). Jinekolojik onkoloji hemşireliğinde güncel durum. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 2(2), 1-12.
- Omichi, C., Nakamura, K., Haraga, J., Ida, N., Saijo, M., Nishida, T., . . . Masuyama, H. (2017). The influence of adverse effects on quality of life of survivors of gynecologic cancer. *International Journal of Gynecological Cancer*, 27(9), 2014-2019.
- Osann, K., Hsieh, S., Nelson, E. L., Monk, B. J., Chase, D., Cella, D., & Wenzel, L. (2014). Factors associated with poor quality of life among cervical cancer survivors: implications for clinical care and clinical trials. *Gynecologic oncology*, 135(2), 266-272.
- Oskay, Ü. Y., Beji, N. K., Bal, M. D., & Yılmaz, S. D. (2011). Evaluation of sexual function in patients with gynecologic cancer and evidence-based nursing interventions. *Sexuality and Disability*, 29(1), 33-41.
- Öner, H., Demirdağ, H., Akyolcu, N., & Kanan, N. (2015). Karaciğer transplantasyonu planlanan bir hastanın hemşirelik bakımında Roy'un adaptasyon modelinin kullanımı. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 23(3), 231-242.
- Özcan, S. Z. (2013). Meme kanseri hastalarında roy uyum modeline göre yapılandırılmış eğitimin hastalığa uyuma etkisinin incelenmesi, Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir
- Özdemir, F., & Pasinlioğlu, T. (2009). Histerektomi operasyonu geçiren kadınların histerektomi hakkında görüşlerinin belirlenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 1, 30-37.
- Özen, B. (2012). Planlı taburculuk programının koroner arter bypass ameliyatı olan hastalarda komplikasyonları ve hastaneye geri dönüşleri azaltmaya etkisi, Doktora tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erciyes
- Özerdoğan, N., & Gürsoy, E. (2017). Serviks kanserinde korunma ve hemşirelik. *Türkiye Klinikleri Journal of Obstetric-Women's Health and Diseases Nursing-Special Topics*, 3(1), 40-49.
- Papadacos, J., Bussière-Côté, S., Abdelmutti, N., Catton, P., Friedman, A. J., Massey, C., . . . Ferguson, S. E. (2012). Informational needs of gynecologic cancer survivors. *Gynecologic oncology*, 124(3), 452-457.



## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Pearce, G., Thogersen-Ntoumani, C., Duda, J. L., & McKenna, J. (2014). Changing bodies: experiences of women who have undergone a surgically induced menopause. *Qual Health Res*, 24(6), 738-748. doi:10.1177/1049732314529664
- Pearman, T. (2003). Quality of life and psychosocial adjustment in gynecologic cancer survivors. *Health Qual Life Outcomes*, 1(1), 33.
- Pektekin, Ç. (2013). *Sister Callista Roy ve adaptasyon kuramı. In Hemşirelik felsefesi kuramlar-bakım modelleri ve politik yaklaşımlar (pp. 111-118). İstanbul: İstanbul tıp Kitabevi.*
- Phillips, K. D., & Harris, R. (2014). *Adaptation model. In M. R. Alligood (Ed.), Nursing theorists and their work (8 ed., pp. 303-331). United States of America: Elsevier.*
- Piazza, M. F., Galletta, M., Portoghese, I., Pilia, I., Ionta, M. T., Contu, P., . . . Campagna, M. (2017). Meeting psychosocial and health information needs to ensure quality of cancer care in outpatients. *European Journal of Oncology Nursing*, 29, 98-105.
- Pinar, G., Akalin, A., Erbaba, H., Acar, G. B., Avsar, F., & Pinar, T. (2017). The frequency of unplanned rehospitalization and associated factors in gynecology patients: A retrospective study. *International Journal of Gynecological Cancer*, 27(1), 183-188.
- Pinar, G., Algier, L., Çolak, M., & Ayhan, A. (2008). Jinekolojik kanserli hastalarda yaşam kalitesi. *International Journal of Hematology & Oncology/UHOD: Uluslararası Hematoloji Onkoloji Dergisi*, 18(3).
- Pinar, G., Kaplan, S., Akalin, A., Abay, H., Ayhan, A., & Ayhan, Y. (2016). Evaluation of sexual dysfunction and affecting factors in turkish women with gynecological cancer. *Sexuality and Disability*, 34(1), 49-62. doi:10.1007/s11195-015-9411-y
- Pinar, G., Okdem, S., Dogan, N., Buyukgonenc, L., & Ayhan, A. (2011). The effects of hysterectomy on body image, self-esteem, and marital adjustment in turkish women with gynecologic cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 16(3), E99-E104.
- Polster, D. (2015). Preventing readmissions with discharge education. *Nursing management*, 46(10), 30-37.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Popa-Velea, O., Diaconescu, L., Jidveian Popescu, M., & Truțescu, C. (2017). Resilience and active coping style: Effects on the self-reported quality of life in cancer patients. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 52(2), 124-136.
- Powell, C. B., Kneier, A., Chen, L.-m., Rubin, M., Kronewetter, C., & Levine, E. (2008). A randomized study of the effectiveness of a brief psychosocial intervention for women attending a gynecologic cancer clinic. *Gynecologic oncology*, 111(1), 137-143.
- Preen, D. B., Bailey, B. E., Wright, A., Kendall, P., Phillips, M., Hung, J., . . . Williams, E. (2005). Effects of a multidisciplinary, post-discharge continuance of care intervention on quality of life, discharge satisfaction, and hospital length of stay: a randomized controlled trial. *International Journal for Quality in Health Care*, 17(1), 43-51.
- Price, M., Bell, M., Sommeijer, D., Friedlander, M., Stockler, M., Webb, P., . . . Investigators, L. S. (2013). Physical symptoms, coping styles and quality of life in recurrent ovarian cancer: a prospective population-based study over the last year of life. *Gynecologic oncology*, 130(1), 162-168.
- Rahayu, C. D., Hartiti, T., & Rofi'i, M. (2016). A Review of the quality improvement in discharge planning through coaching in nursing. *Nurse Media Journal of Nursing*, 6(1), 19-29.
- Raphaelis, S., Kobleder, A., Mayer, H., & Senn, B. (2017). Effectiveness, structure, and content of nurse counseling in gynecologic oncology: a systematic review. *BMC Nurs*, 16, 43. doi:10.1186/s12912-017-0237-z
- Reddick, B., & Holland, C. (2015). Reinforcing discharge education and planning. *Nursing management*, 46(5), 10-14.
- Regino, P. A., Elias, T. C., Silveira, C. F., de Araújo Pereira, G., Pissetti, C. W., & da Silva, S. R. (2017). Quality of life of patients with breast and gynecological cancer faced with anticancer chemotherapy. *International Archives of Medicine*, 10.
- Reis, N., Beji, N. K., & Coskun, A. (2010). Quality of life and sexual functioning in gynecological cancer patients: results from quantitative and qualitative data. *Eur J Oncol Nurs*, 14(2), 137-146. doi:10.1016/j.ejon.2009.09.004

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Roy, C. (2011a). Extending the Roy adaptation model to meet changing global needs. *Nurs Sci Q*, 24(4), 345-351.
- Roy, C. (2011b). Research based on the Roy adaptation model: Last 25 years. *Nurs Sci Q*, 24(4), 312-320.
- Rushton, M., Howarth, M., Grant, M. J., & Astin, F. (2017). Person-centred discharge education following coronary artery bypass graft: A critical review. *J Clin Nurs*, 26(23-24), 5206-5215.
- Sağlık Bakanlığı (2019). Serviks kanseri tarama programı ulusal standartları. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari/listesi/483-serviks-kanseri-tarama-program%C4%B1-ulusal-standartlar%C4%B1.html>
- Salmani, S., Imanipour, M., & Nasrabadi, A. N. (2018). The implementation of a discharge planning to improve quality of life in breast cancer patients: A quasi-experimental study. *Archives of Breast Cancer*, 163-167.
- Sandsund, C., Towers, R., Thomas, K., Tigue, R., Lalji, A., Fernandes, A., . . . Shaw, C. (2017). Holistic needs assessment and care plans for women with gynaecological cancer: do they improve cancer-specific health-related quality of life? A randomised controlled trial using mixed methods. *BMJ supportive & palliative care*. 1-14. doi: 10.1136/bmjspcare-2016-001207
- Sarıkoç, G., & Demiralp M. (2014). *Hastalığa psikososyal yanıt*. In M. D. Fatma Öz (Ed.), *Psikososyal hemşirelik genel hasta bakımı için* (pp. 7-9). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.
- Sawin, K. J., Weiss, M. E., Johnson, N., Gralton, K., Malin, S., Klingbeil, C., . . . Schiffman, R. F. (2017). Development of a self-management theory-guided discharge intervention for parents of hospitalized children. *Journal of Nursing Scholarship*, 49(2), 202-213. doi:doi:10.1111/jnu.12284
- Sayar, S., & Vural, F. (2017). Rektum kanseri nedeni ile kolostomi açılan olgunun roy uyum modeline göre hemşirelik bakımı. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 9(1), 91-98. doi:10.5336/nurses.2016-53008
- Schulman-Green, D., Ercolano, E., Dowd, M., Schwartz, P., & McCorkle, R. (2008). Quality of life among women after surgery for ovarian cancer. *Palliat Support Care*, 6(3), 239-247. doi:10.1017/S1478951508000497

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Seibaek, L., Delmar, C., & Hounsgaard, L. (2018). Sustaining hope and life courage in patients undergoing ovarian cancer surgery - the impact of care. *Eur J Cancer Care (Engl)*, 27(1). doi:10.1111/ecc.12562
- Sekse, R. J., Hufthammer, K. O., & Vika, M. E. (2015). Fatigue and quality of life in women treated for various types of gynaecological cancers: a cross-sectional study. *J Clin Nurs*, 24(3-4), 546-555. doi:10.1111/jocn.12647
- Sekse, R. J., Dunberger, G., Olesen, M. L., Østerbye, M., & Seibæk, L. (2018). Lived experiences and quality of life after gynaecological cancer—an integrative review. *J Clin Nurs*. 28(9-10), 1393-1421.
- Semra, E., & Ertem, G. (2017). Sitoredüktif cerrahi ile birlikte hipertermik intraperitoneal kemoterapi uygulanan over kanseri hastaya yaklaşım: Olgu sunumu. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(2), 139-145.
- Sercekus, P., Besen, D. B., Gunusen, N. P., & Edeer, A. D. (2014). Experiences of family caregivers of cancer patients receiving chemotherapy. *Asian Pac J Cancer Prev*, 15(12), 5063-5069.
- Serçekuş, P., & Vardar, O. (2017). Jinekolojik kanserin aile üzerine etkisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Obstetric-Women's Health and Diseases Nursing-Special Topics*, 3(1), 70-74.
- Sevil, Ü., & Bulut, S. (2007). Histerektomi ve benlik saygısı. *Dirim*, 82(2), 350-356.
- Shahed, S., Vanaki, Z., & Tahmasebi, M. (2016). Effect of an educational-supportive program based on roy adaptation model on marital satisfaction in mastectomy patients receiving chemotherapy. *Evidence Based Care*, 6(1), 71-78.
- Shanthi, P., & Jeyapal, M. (2016). Assess the level of coping, family support and quality of life of women who had undergone hysterectomy in selected hospitals at Madurai. *Asian Journal of Nursing Education and Research*, 6(3), 347.
- Sharma, A., Gopichandran, L., & Seth, S. (2018). A randomized controlled trial to assess the effectiveness of structured discharge counseling on heart failure outcomes. *Journal of the Practice of Cardiovascular Sciences*, 4(2), 102.
- Siegel, R. L., Miller, K. D., & Jemal, A. (2018). Cancer statistics, 2018. *CA Cancer J Clin*, 68(1), 7-30. doi:doi:10.3322/caac.21442

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Sivesind, D. M., & Pairé, S. (2009). *Coping with cancer: patient and family issues*. In C. C. Burke (Ed.), *Psychosocial dimensions of oncology nursing care* (pp. 1-28). USA: Oncology Nursing Society.
- Smith, F., Carlsson, E., Kokkinakis, D., Forsberg, M., Kodeda, K., Sawatzky, R., . . . Öhlén, J. (2014). Readability, suitability and comprehensibility in patient education materials for Swedish patients with colorectal cancer undergoing elective surgery: A mixed method design. *Patient Educ Couns*, 94(2), 202-209.
- Smith, S. N., Chizen, D., & Agrawal, A. (2015). Coping with cancer: examining the supports available to women with gynecologic cancer at Saskatoon cancer center. *International Journal of Gynecological Cancer*, 25(1), 174-179.
- Soyer, Ö., Dönmez, C. Y., & van Giersbergen, Y. M. (2018). Ameliyat olan hastaların öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 11(3), 200-208.
- Stabile, C., Gunn, A., Sonoda, Y., & Carter, J. (2015). Emotional and sexual concerns in women undergoing pelvic surgery and associated treatment for gynecologic cancer. *Transl Androl Urol*, 4(2), 169.
- Şahin, V. H. (2015). *Serviks kanseri*. In G. Can (Ed.), *Onkoloji hemşireliği* (pp. 783-792). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
- Şencan, H. (2005). *Güvenirlilik*. In *Sosyal ve davranış bilimlerinde güvenilirlik ve geçerlilik analizleri* (pp. 268-269). Ankara: Seçkin Yayıncılık
- Şimşek, A. B. (2013). Primer beyin tümörlü hastalarda roy uyum modeli ile uyumlu ve uyumsuz davranışların incelenmesi, eğitimin semptom ve baş etmeye etkisi, Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir
- Taşkın, L. (2012). *Jinekolojide tanı ve tedavi yöntemleri*. In A. M. Coşkun (Ed.), *Kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireliği el kitabı* (pp. 403-415). İstanbul: Koç Üniversitesi Yayınları
- Tekbaş, S. (2014). Jinekolojik kanser hastalarında yaşam kalitesi ve tedavi-bakımın etkileri, Doktora Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Terzioğlu, F., & Alan, H. (2015). Jinekolojik kanser tedavisi sırasında yaşanan psikolojik sorunların kadının cinsel yaşamına etkisi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 18(2).
- Teskereci, G., & Kulakaç, O. (2018). Life experiences of caregivers of women with gynaecological cancer: a mixed-methods systematic review. *Eur J Cancer Care (Engl)*, 27(1), e12456.
- Tho, P. C., & Ang, E. (2016). The effectiveness of patient navigation programs for adult cancer patients undergoing treatment: a systematic review. *JBIR database of systematic reviews and implementation reports*, 14(2), 295-321.
- Tözün, M. (2010). Benlik saygısı. *Actual Medicine*, 18(07), 52-57.
- Tsai, L.-Y., Wang, K.-L., Liang, S.-Y., Tsai, J.-M., & Tsay, S.-L. (2017). The lived experience of gynecologic cancer survivors in Taiwan. *Journal of nursing research*, 25(6), 447-454.
- Tseng, J. H., Lin, H. S., Chen, S. M., & Chen, C. H. (2016). A comparison study between two discharge planning tools. *Appl Nurs Res*, 32, 52-60. doi:10.1016/j.apnr.2016.04.007
- Tuncay, T. (2009). Genç kanser hastalarının hastalık anlatılarının güçlendirme yaklaşımı temelinde analizi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 20(2), 69-87.
- Tuncay, T. (2014). Coping and quality of life in Turkish women living with ovarian cancer. *Asian Pac J Cancer Prev*, 15(9), 4005-4012.
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (2018). T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Kanser İstatistikleri. Erişim adresi: [https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Turkiye\\_Kanser\\_Istatistikleri\\_2015.pdf](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2015.pdf)
- UK. (2018). Coping with cancer. Retrieved from <https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/coping>
- Ulin, K., Olsson, L.-E., Wolf, A., & Ekman, I. (2016). Person-centred care—An approach that improves the discharge process. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 15(3), e19-e26.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Urbaniec, O. A., Collins, K., Denson, L. A., & Whitford, H. S. (2011). Gynecological cancer survivors: assessment of psychological distress and unmet supportive care needs. *J Psychosoc Oncol*, 29(5), 534-551. doi:10.1080/07347332.2011.599829
- Ursavas, F. E., Karayurt, O., & Iseri, O. (2014). Nursing approach based on roy adaptation model in a patient undergoing breast conserving surgery for breast cancer. *J Breast Health*, 10(3), 134-140. doi:10.5152/tjbh.2014.1910
- Uzun, O., Ucuzal, M., & Inan, G. (2011). Post-discharge learning needs of general surgery patients. *Pakistan Journal of Medical Science*, 27(3), 634-637.
- Uzun, Ş. (2017). *Sister Callista Roy: Adaptasyon modeli. In N. Ç. Ayişe Karadağ, Zehra Göçmen Baykara (Ed.), Hemşirelik teorileri ve modelleri. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.*
- Üstündağ, M. F., Özcan, H., Yazla, E., Kıvrak, Y., Aydın, E. F., & Yılmaz, M. (2017). Jinekolojik kanserli hastalarda anksiyete ve depresyon semptomları, benlik saygısı ve beden algısı: Kesitsel bir çalışma. *Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi*, 7(3), 214-219.
- van Broekhoven, M. E., de Rooij, B. H., Pijnenborg, J. M., Vos, M. C., Boll, D., Kruitwagen, R. F., . . . Ezendam, N. P. (2017). Illness perceptions and changes in lifestyle following a gynecological cancer diagnosis: A longitudinal analysis. *Gynecologic oncology*, 145(2), 310-318.
- Verhaegh, K., Buurman, B., Veenboer, G., de Rooij, S., & Geerlings, S. (2014). The implementation of a comprehensive discharge bundle to improve the discharge process: a quasi-experimental study. *Neth J Med*, 72(6), 318-325.
- Vicdan, K. A., & Karabacak, B. G. (2016). Effect of treatment education based on the Roy Adaptation Model on adjustment of hemodialysis patients. *Clinical Nurse Specialist*, 30(4), E1-E13.
- Vicdan, K. A., & Demirel, T. (2015). Histerektomi sonrası hemşirelik bakımında roy adaptasyon modelinin kullanımı. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi*, 2, 1-10. doi:10.17367/JACSD.2015211006
- Vicdan, K. A., & Karabacak, B. G. (2014). Roy adaptasyon modelinin hemodiyaliz hasta eğitiminde kullanımı. *International Journal of Human Sciences./ Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 11(2), 209-220. doi:10.14687/ijhs.v11i2.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- von Gruenigen, V. E., Frasure, H. E., Jenison, E. L., Hopkins, M. P., & Gil, K. M. (2006). Longitudinal assessment of quality of life and lifestyle in newly diagnosed ovarian cancer patients: the roles of surgery and chemotherapy. *Gynecologic oncology*, *103*(1), 120-126.
- Weber, F. A. L., da Silva Lima, D. A. M., Acosta, M. A., & Maques, Q. G. (2017). Care transition from hospital to home: Integrative review. *Cogitare Enfermagem*, *22*(3).
- Weiss, M. E., Bobay, K. L., Bahr, S. J., Costa, L., Hughes, R. G., & Holland, D. E. (2015). A model for hospital discharge preparation: From case management to care transition. *J Nurs Adm*, *45*(12), 606-614. doi:10.1097/NNA.0000000000000273
- Weiss, M. E., Sawin, K. J., Gralton, K., Johnson, N., Klingbeil, C., Lerret, S., . . . Schiffman, R. (2017). Discharge teaching, readiness for discharge, and post-discharge outcomes in parents of hospitalized children. *J Pediatr Nurs*, *34*, 58-64. doi:10.1016/j.pedn.2016.12.021
- Wilailak, S., Lertkhachonsuk, A.-a., Lohacharoenvanich, N., Luengsukcharoen, S. C., Jirajaras, M., Likitanasombat, P., & Sirilertrakul, S. (2011). Quality of life in gynecologic cancer survivors compared to healthy check-up women. *Journal of gynecologic oncology*, *22*(2), 103-109.
- Wiser, A., Holcroft, C. A., Tulandi, T., & Abenhaim, H. A. (2013). Abdominal versus laparoscopic hysterectomies for benign diseases: evaluation of morbidity and mortality among 465,798 cases. *Gynecological Surgery*, *10*(2), 117-122. doi:10.1007/s10397-013-0781-9
- Wozniak, K., & Izycki, D. (2014). Cancer: a family at risk. *Prz Menopauzalny*, *13*(4), 253-261. doi:10.5114/pm.2014.45002
- Wroblewski, D. M. S., Joswiak, M. E., Dunn, D. F., Maxson, P. M., & Holland, D. E. (2014). Discharge planning rounds to the bedside: A patient-and family-centered approach. *Medsurg Nursing*, *23*(2), 111.
- Wu, S. F., Tong, H. Y., Kan, Y. Y., Su, S. H., Lee, M. C., Kao, C. C., & Lin, Y. H. (2017). The exploration of health-related quality of life. *Clin Nurs Res*, *26*(1), 114-131. doi:10.1177/1054773815600665



## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Yalçın, S., Arpa, Y., Cengiz, A., & Doğan, S. (2015). Comparison of the nursing discharge education given by the nurse with patient education needs. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. doi:10.5222/head.2015.204
- Yaman, Ş., & Ayaz, S. (2015). The effect of education given before surgery on self-esteem and body image in women undergoing hysterectomy. *Turk J Obstet Gynecol*, 12(4), 211-214. doi:10.4274/tjod.95770
- Yaman, Ş., & Ayaz, S. (2016). Psychological problems experienced by women with gynecological cancer and how they cope with it: a phenomenological study in Turkey. *Health & social work*, 41(3), 173-181.
- Yıldırım, M., & Bayraktar, N. (2010). Cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin taburculuk planlaması sürecindeki rolleri ve bunu etkileyen faktörler. *Türkiye Klinikleri*, 2(2), 73-81.
- Yıldırım, N. K. (2015). *Psikososyal bakımda onkoloji hemşiresi*. In G. Can (Ed.), *Onkoloji hemşireliği* (pp. 1043-1053). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri
- Yılmaz, M. C., & Ozsoy, S. A. (2010). Effectiveness of a discharge-planning program and home visits for meeting the physical care needs of children with cancer. *Supportive Care in Cancer*, 18(2), 243.
- Yılmaz, S. D., Bal, M. D., Beji, N. K., & Arvas, M. (2015). Ways of coping with stress and perceived social support in gynecologic cancer patients. *Cancer Nurs*, 38(2), E57-E62.
- Young, E., Stickrath, C., McNulty, M., Calderon, A. J., Chapman, E., Gonzalo, J. D., . . . Sweigart, J. R. (2017). Residents' exposure to educational experiences in facilitating hospital discharges. *Journal of graduate medical education*, 9(2), 184-189.
- Zadeh, S. E., Radfar, M., & Tabrizi, F. M. (2018). Evaluating the effect of group therapy based on coping strategies in mental adjustment of women with gynecologic cancer. *Journal of Research in Medical and Dental Science*, 6(2), 311-316.
- Zayyan, M. S., Akpa, M., Dawotola, D. A., Oguntayo, A. O., & Kolawole, A. O. (2018). Quality of life in patients with advanced cervical cancer in Nigeria. *Sahel Medical Journal*, 21(2), 61.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Zhu, Q. M., Liu, J., Hu, H. Y., & Wang, S. (2015). Effectiveness of nurse-led early discharge planning programmes for hospital inpatients with chronic disease or rehabilitation needs: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Nurs*, 24(19-20), 2993-3005. doi:10.1111/jocn.12895
- Zuhur, Ş., & Özpancar, N. (2017). Türkiye'de kronik hastalık yönetiminde hemşirelik modellerinin kullanımı: sistematik derleme. *Turkish Journal of Research & Development in Nursing*, 19(2).

## EKLER DİZİNİ

### EK – 1 Hasta Gereksinim Belirleme Formu

Yaş: Eğitim durumu: Medeni durum:

Tanı: Kronik hastalıklar:

1-Ameliyatınız sonrasında yaşadığınız fiziksel sorunlar nelerdi, ameliyatınız sonrasında evinize giderken aşağıdaki konularda sorularınız var mı/var mıydı? (Banyo yapma, ameliyat yarasının bakımı, ağrı, beslenmede ve sıvı tüketiminde dikkat edilmesi gerekenler, evde gelişebilecek sorunlar, aktivite, ilaç kullanımı, cinsel yaşam, kanama gibi)

2-Kendinizi ameliyat sonrası duygusal olarak nasıl hissettiniz?/hissediyorsunuz?

Stres	0	1	2	3	4	5
Kaygı	0	1	2	3	4	5
Korku	0	1	2	3	4	5

Ameliyat sizin için ne ifade ediyor?

3-Ameliyat sonrasında günlük işlerinizle ilgili ne tür sorunlar yaşadınız?, Ameliyat sonrasında hangi konularda destek alma ihtiyacınız oldu?

4-Ameliyat sonrasında sosyal ilişkilerinizde ve aile içi ilişkilerinizde ne tür değişiklikler oldu?

## EK – 2 Hasta Tanıtım Formu

Vaka no:

Görüşme tarihi:

1. Yaş:.....
2. Medeni durum: Evli( ) Bekar( )
3. Eğitim durumu: İlköğretim ve altı( ) Lise ve üzeri( )
4. Çalışma durumu: Çalışıyor( ) Çalışmıyor( )
5. Gelir düzeyi: Gelir giderden az( ) Gelir gidere eşit( )  
Gelir giderden fazla( )
6. Aile tipi: Çekirdek aile( ) Geniş aile( )
7. Gebelik sayısı:..... Yaşayan çocuk sayısı: .....
8. Hastalık tanısı-Kanser tipi: Over CA( ) Endometrium CA( ) Serviks CA( )
9. Hastalık evresi: Evre I( ) Evre II( ) Evre III( )
10. Yapılan ameliyat tipi:.....
11. Tanı öncesi hastaneye başvurma nedeni:Ağrı ( ) Kanama( )  
Bulantı-Kusma( ) Kilo kaybı( ) Akıntı( )  
Diğer( ).....
12. Üreme sistemine ait hastalıklar: Yok ( ) Var( ).....
13. Düzenli jinekolojik muayene olma durumu: Evet( ) Hayır( )
14. Pap-smear yaptırma durumu: Evet( )..... Hayır( )
15. Soygeçmişte jinekolojik kanser öyküsü: Yok ( )  
Var( )Kim..... Kanser tipi.....
16. Menopoza girme durumu: Evet( ) Hayır( )
17. Kronik hastalık: Yok ( ) Var( ).....
18. Sürekli kullanılan ilaç: Yok ( ) Var( ).....

### EK – 3 Kanser Hastası Yaşam Kalitesi Ölçeği (FACT-G)

Lütfen son 7 gününüzü göz önünde bulundurarak, uygun olan yanıtı işaretleyin.

<b>Bedeni Durum</b>	<b>Hiç</b>	<b>Çokaz</b>	<b>Biraz</b>	<b>Oldukça</b>	<b>Çokfazla</b>
1. Enerjim düşük					
2. Bulantım var					
3. Bedensel durumum yüzünden ailemin ihtiyaçlarını karşılamakta güçlük çekiyorum					
4. Ağrım var					
5. Tedavinin yan etkileri beni rahatsız ediyor					
6. Kendimi hasta hissediyorum.					
7. Yatakta kalmaya mecbur kalıyorum					
<b>Sosyal Yaşam-Aile Durumu</b>					
8. Kendimi arkadaşlarıma yakın hissediyorum					
9. Ailemden manevi destek görüyorum					
10. Arkadaşlarımdan destek görüyorum					
11. Ailem hastalığımı kabullendi					
12. Ailemle hastalığım konusundaki iletişimden memnunum					
13. Kendimi hayat arkadaşım(veya başlıca desteğim olan kimseye) yakın hissediyorum					
14. Cinsel hayatım tatmin edici ( <i>Bu soruyu şu anki cinsel ilişki durumunuzu gözönüne almadan yanıtlayınız. Eğer bu soruya cevap vermemeyi tercih ederseniz yandaki kutuyu işaretleyip bir sonraki soruya geçiniz.</i> ) □					
<b>Duygusal Durum</b>					
15. Kendimi üzgün hissediyorum					
16. Hastalığımla başa çıkma yöntemimden memnunum					
17. Hastalığımla olan mücadelede ümidimi kaybediyorum.					
18. Kendimi sınırlı hissediyorum					
19. Ölmekten korkuyorum					
20. Durumumun daha kötüye gitmesinden endişeleniyorum					
<b>Faaliyet Durumu</b>					
21. Çalışabiliyorum(ev işi dahil)					
22. İşim (ev işi dahil) beni tatmin ediyor					
23. Hayattan zevk alabiliyorum					
24. Hastalığımı kabullendim					
25. İyi uyuyorum					
26. Eğlenmek için yaptığım şeylerden zevk alıyorum					
27. Şu anda hayatımın kalitesinden memnunum					

## EK – 4 Baş etme ve Uyum Süreci Ölçeği (BUSÖ)

Açıklama: İnsanlar bazen hayatlarında çok zor olaylar ya da kriz durumları yaşarlar. Aşağıda insanların bu durumlarda verdikleri tepkilerin yer aldığı liste var. Herbir madde için size uygun olanı işaretleyiniz.

<b>“Bir kriz durumu ya da çok zor bir olay yaşadığımda; Ben.....”</b>	<b>Hiçbir zaman</b>	<b>Arada sırada</b>	<b>Sıklıkla</b>	<b>Her zaman</b>
1. Bir kriz durumunda bile, birçok talimatı aynı anda sürdürebilirim.				
2. Yeni soruna genellikle yeni bir çözüm getirebilirim.				
3. Sorunun ne olduğunu tanımlar ve sorunu bütünüyle görmeye çalışırım.				
4. Seçeneklerimi arttırmak için mümkün olduğunca daha fazla bilgi toplarım.				
5. Sıkıntılı olduğumda yapmam gerekenleri bitirmede zorluk çekerim.				
6. Geçmişte işe yarayan çözümleri hatırlamaya çalışırım.				
7. Genellikle her türlü şeyi benim için en yararlı olacak şekilde yapmaya çalışırım.				
8. Beni rahatsız eden şeyin dışında başka bir şey düşünemem.				
9. Sorunu elimden gelen en iyi şekilde ele alabilirsem kendimi iyi hissederim.				
10. Durumun nasıl sonlanmasını istediğimi belirlerim ve sonra hedefe nasıl ulaşacağıma bakarım.				
11. Stresli olduğumda verimim azalır.				
12. Bir durumla karşılaştığımda kendime biraz zaman veririm ve durumu tam kavrayana kadar harekete geçmem.				
13. Bir kriz durumunu baş edebileceğimden çok daha fazla karmaşık bulurum.				
14. Problemi adım adım düşünerek karar veririm.				
15. Ortada hiçbir sebep yokken yavaşlamaya başladığımı hissederim.				
16. Duygularımı yeniden olumlu şekle sokmak için çok çalışırım.				
17. Kriz boyunca gün içinde kendimi sürekli tetikte ve aktif hissederim.				
18. Duygularımı bir kenara bırakır ve olup bitenlerle ilgili son derece tarafsız olurum.				
19. Olayla ilgili her şey için gözümü kulağımı açık tutarım.				
20. İlk başta aşırı tepki vermeye meyilliyim.				
21. Başka durumlarda işe yarayan şeyleri hatırlarım.				
22. Olayları olduğu gibi görerek, sorunu doğru açıdan değerlendiririm.				
23. En azından bir süre için donup kalırım ve kafam karışır.				
24. Problemin ne olduğunu söylemek aslında benim için çok güçtür.				

25. Çok boyutlu problemleri ele alma konusunda iyiyimdir.				
26. Sorunla başa çıkmak için daha fazla destek/kaynak bulmaya çalışırım.				
27. Bilmediğim yerlere gitmek zorunda kaldığımda pek çok kişiye göre yolumu daha iyi bulabilirim.				
28. Durumu ele alırken mizahı kullanırım.				
29. Krizi atlattık için yapacağım köklü değişikliklerle hayatımı altüst etmem olasıdır.				
30. (Egzersiz gibi) fiziksel aktivite ve dinlenme zamanımı dengelemeye çalışırım.				
31. Stresli olduğumda verimim artar.				
32. Olup biten her şeyi geçmiş deneyimlerimle ya da gelecek planlarımla ilişkilendirebilirim.				
33. Yaşadığım güçlükler ne olursa olsun kendimi suçlamaya meyilliyim.				
34. Yaratıcı olmaya ve yeni bir çözüm bulmaya çalışırım.				
35. Bazı nedenlerle tecrübelerimden yeterince yararlanamıyorum.				
36. Başkalarının işine yarayan çözümlerden yararlanırım.				
37. Olaya bir fırsat ya da aşılması gereken zorluk gibi görürüm ve olumlu yönden bakarım.				
38. Daha fazla çözüm üretebilmek için, tüm seçenekler üzerinde düşünürüm.				
39. (Egzersiz gibi) fiziksel aktivitelerimde değişiklikler yaşarım.				
40. Olay meydana gelir gelmez detayları öğrenerek, olayın kontrolünü ele alırım.				
41. Herhangi bir şey yapmadan önce olabilecek her tür belirsizliği açıklamaya çalışırım.				
42. Krize, büyük ihtimalle doğrudan müdahale ederim.				
43. Hasta olacağımı hissederim.				
44. Yaşadığım zorluğu çözebilen yeni bir beceriyi oldukça çabuk öğrenir ve kullanırım.				
45. Çok sık olarak yaptığım işten kolayca vazgeçerim.				
46. Olayla başa çıkmak için bir dizi aktiviteyi içeren bir plan geliştiririm.				
47. Birçok şeyin nasıl sonuçlanacağı hakkında iyi niyetli/olumlu düşünürüm.				

## EK – 5 Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ)'nden Seçilmiş Maddeler

Aşağıda yer alan 10 soruyu dikkatli okuyarak size uygunluk derecesine göre işaretleyiniz.

Maddeler	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
1. Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.	*	*		
2. Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.	*	*		
3. Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.			*	*
4. Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar birşeyler yapabilirim.	*	*		
5. Kendimde gurur duyacak fazla birşey bulamıyorum.			*	*
6. Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.	*	*		
7. Genel olarak kendimden memnunum.	*	*		
8. Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.			*	*
9. Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığını düşünüyorum.			*	*
10. Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığımı düşünüyorum.	*	*		

\*Puanlama gereç-yöntem kısmında belirtilmiştir.



## EK – 6 Ev Ziyareti İzlem Formu

Vaka No:	Eğitim Kitapçığının Okunma Durumu		Saptanan Sorunlar	Uygulamalar	Değerlendirme
	Evet	Hayır			
Görüşme tarihi: 9.Hafta			Ağrı <input type="checkbox"/> Ateş <input type="checkbox"/> Yorgunluk <input type="checkbox"/> Bulantı-kusma <input type="checkbox"/> İştahsızlık <input type="checkbox"/> Mobilizasyon sorunları <input type="checkbox"/> Solunum sıkıntısı <input type="checkbox"/> Uyku sorunları <input type="checkbox"/> Boşaltım sorunları (kabızlık, ishal, gaz sorunu, idrar ) <input type="checkbox"/> Beslenme sorunları <input type="checkbox"/> Hijyen sorunları <input type="checkbox"/> Yara yeri sorunları <input type="checkbox"/> GYA sorunları <input type="checkbox"/> Psikolojik sorunlar <input type="checkbox"/> Kanama problemleri <input type="checkbox"/> Cinsel sorunlar <input type="checkbox"/> Mukozit <input type="checkbox"/> Menapozal sorunlar <input type="checkbox"/> Ödem <input type="checkbox"/> Cilt sorunları <input type="checkbox"/> Diğer.....		
Görüşme tarihi: 13.Hafta			Ağrı <input type="checkbox"/> Ateş <input type="checkbox"/> Yorgunluk <input type="checkbox"/> Bulantı-kusma <input type="checkbox"/> İştahsızlık <input type="checkbox"/> Mobilizasyon sorunları <input type="checkbox"/> Solunum sıkıntısı <input type="checkbox"/> Uyku sorunları <input type="checkbox"/> Boşaltım sorunları (kabızlık, ishal, gaz sorunu, idrar ) <input type="checkbox"/> Beslenme sorunları <input type="checkbox"/> Hijyen sorunları <input type="checkbox"/> Yara yeri sorunları <input type="checkbox"/> GYA sorunları <input type="checkbox"/> Psikolojik sorunlar <input type="checkbox"/> Kanama problemleri <input type="checkbox"/> Cinsel sorunlar <input type="checkbox"/> Mukozit <input type="checkbox"/> Menapozal sorunlar <input type="checkbox"/> Ödem <input type="checkbox"/> Cilt sorunları <input type="checkbox"/> Diğer.....		

## EK - 7 Eğitim Kitapçığı İçin Görüş Alınan Uzmanlar

Ad-Soyad	Çalıştığı birim/Üniversite
Prof. Dr. Ömer Tarık YALÇIN	ESOGÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı
Prof. Dr. Hülya BULUT	Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Prof. Dr. Nebahat ÖZERDOĞAN	ESOGÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Anabilim Dalı
Doç. Dr. Sevil GÜLER DEMİR	Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Doç. Dr. Hatice AYHAN	Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Yüksekokulu Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Doç. Dr. Güler BALCI ALPARSLAN	ESOGÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Doç.Dr. Elif GÜRSOY	ESOGÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Öğr. Üy.Dr. Zahide TUNÇBİLEK	Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Uzm. Hemşire Mürüvvet ŞOLPAN MERİÇ	ESOGÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

**JİNEKOLOJİK AMELİYATLAR  
SONRASI  
YAŞAMA UYUM**



**Eskişehir Osmangazi Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü**

**Araş. Gör. İlkay ÇULHA  
Danışmanlar: Doç. Dr. Elif GÜRSOY  
Prof. Dr. Hülya BULUT  
Eskişehir, 2018**

**İçindekiler**

<b>Bölüm 1: Fizyolojik Gereksinimler .....</b>	<b>4</b>
1. Kadın İç Üreme Organları .....	4
2. Hastalık ve Tedavilere Yönelik Bilgiler .....	4
3. Ağrı ile Baş Edebilme .....	7
4. Yara Bakımında Dikkat Edilmesi Gerekenler .....	7
5. Solunum Güçlüğü ile Baş Edebilme .....	8
6. Beslenmenin ve Sıvı Alımının Sürdürülmesi .....	8
7. Boşaltımın Sağlanması .....	9
8. Yorgunlukla Baş Edebilme .....	9
9. Hareketliliğin Arttırılması ve Pıhtı Oluşumunun Önlenmesi ...	10
10. Bacaklarda Ödem Oluşumunun Önlenmesi.....	10
11. Kanama Takibi, Dış Üreme Organı Temizliği ve Bakımı.....	11
12. Banyo Yapma-Duş Alma.....	11
13. İlaç Kullanımı .....	11
<b>Bölüm 2: Benlik Algısı.....</b>	<b>12</b>
1. Cinsel Yaşam .....	12
2. Menopoz .....	13
3. Stres ve Duygularla Baş Edebilme .....	14
<b>Bölüm 3: Sosyal Destek ve Bireysel Roller .....</b>	<b>15</b>
1. Sosyal Destek Sistemleri .....	15
2. Aile İçi Rollerin Dağılımı, Ev İşlerinin Paylaşımı.....	15
<b>Bölüm 4: Kişilerarası İlişkiler ve Sağlık Davranışları.....</b>	<b>16</b>
1. Aile ve Çevre ile İlişkiler.....	16
2. Sağlık Kontrolleri.....	16
3. Dikkat Edilmesi Gereken Durumlar.....	16

# EK – 9 Ölçek İzinleri

Gmail

E-POSTA YAZ

Gelen Kutusu

Yıldızlı

Önemli

Gönderilmiş Postalar

Taslaqlar

çalışma

doktora kavram kuram 20...

hemşireliğe giriş

hemşirelik kanunu

ilkay

Hangouts kişisi yok

[Birini bulun](#)

Sayın Hocam,

Ben Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde araştırma görevlisiyim. Yrd.Doç.Dr. Aklime DICLE ile birlikte geçerlik güvenilirliğini yaptığınız "Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği" ve "Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği" ni izniniz doğrultusunda doktora tezi kullanmak istiyorum.

İyi çalışmalar dilerim.  
Saygılarımla.

ilkay ç. <ilkayc.ilkay@gmail.com> 21 Haz ☆ ↶

Alıcı: eminecatal, Emine

Emine Çatal <emine.catal@gmail.com> 21 Haz ☆ ↶

Alıcı: bana

**Sayın Araş.Gör. İlkay ÇULHA,**

Türkçe'ye uyarladığımız "Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği" ve "Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği"ni çalışmamızda kullanma isteğiniz bizi çok memnun etti, öncelikle teşekkür eder çalışmamızda başarılar dileriz. Ölçeklere ilişkin bilgiler ve izin belgeleri ektedir. İyi çalışmalar

Yard.Doç.Dr. Emine ÇATAL

Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği A.D.

07058 Kampüs

Antalya/TÜRKİYE

**ÖLÇEK İZİNİ HAKKINDA** > Gelen Kutusu x

ilkay ç. <ilkayc.ilkay@gmail.com> 5 Eyl 2017 Sal 11:57 ☆ ↶ ⋮

Alıcı: Mustafa

Sayın Hocam Merhaba;

Ben Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nde araştırma görevlisiyim. Türkçe geçerlik güvenilirliğini yaptığınız *FACT-G Yaşam Kalitesi Ölçeği*'ni izniniz doğrultusunda "Jinekolojik Kanseri Cerrahisi Sonrası Yapılandırılmış Taburculuk Eğitiminin Hasta Bakım Sonuçlarına Etkisi" başlıklı doktora tez çalışmasında kullanmayı planlıyoruz. Hasta bakım sonuçları olarak yaşam kalitesi, başetme-uyum ve benlik saygısını belirlemeyi planlıyoruz.

İyi çalışmalar dilerim.  
Saygılarımla...

Mustafa Cetiner <dr.m.cetiner@gmail.com> 5 Eyl 2017 Sal 17:23 ☆ ↶ ⋮

Alıcı: ben

kullanın tabii

Prof Dr Mustafa ÇETİNER

Amerikan Hastanesi Hematoloji Bölümü

## ÖLÇEK HAKKINDA > Gelen Kutusu x



**ilkay ç.** <ilkayc.ilkay@gmail.com>

19 Haz 2017 Pzt 10:42 ☆ ↶ ⋮

Alıcı: fusunc ▾

Sayın Hocam,

Ben Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde araştırma görevlisim. Türkçe geçerlik güvenirliğini yaptığınız "Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği" ni izniniz doğrultusunda doktora tezimde kullanmak istiyorum.

İyi çalışmalar dilerim.  
Saygılarımla.

## Ölçek ve izin yazısı hakkında > Gelen Kutusu x



**ilkay ç.** <ilkayc.ilkay@gmail.com>

2 Ağu 2017 Çar 14:34 ☆ ↶ ⋮

Alıcı: cogepder ▾

Sayın Hocam,

Ben Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde araştırma görevlisim. Türkçe geçerlik güvenirliğini yaptığınız "Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği" ni izniniz doğrultusunda doktora tezimde kullanmak istiyorum.

İyi çalışmalar dilerim.  
Saygılarımla.



**Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği** <cogepder@gmail.com>

2 Ağu 2017 Çar 15:09 ☆ ↶ ⋮

Alıcı: ben ▾

ektedir teşekkürler

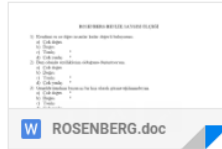
2 Ağustos 2017 14:54 tarihinde ilkay ç. <ilkayc.ilkay@gmail.com> yazdı:

...


--

...

3 Ek



## EK – 10 Etik Kurul İzni

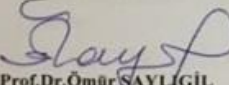
  
**ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ**  
**GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**  
**BAŞKANLIĞI**

09 Kasım 2017

Sayı: 80558721/G <sup>297</sup>  
Konu: Karar – Arş.Gör.İlkay ÇULHA

Sayın; Doç.Dr.Elif GÜRSOY  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Hemşirelik Bölümü

Sorumlu Araştırmacısı olduğunuz *“Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi Uygulanan Hastalarda Yapılandırılmış Taburculuk Programının Hasta Bakım Sonuçlarına Etkisi”* başlıklı çalışma hakkında alınan karar ilişikte gönderilmiştir.  
Bilgilerinizi ve gereğini saygı ile rica ederim.

  
Prof.Dr.Ömür SAYLIĞIL  
Etik Kurul Başkanı  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

**Prof. Dr. Ömür SAYLIĞIL**  
(Başkan)  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı

**Doç. Dr. Uğur BİLGE**  
(Başkan Yardımcısı)  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

**Doç. Dr. Özlem ÖRSAL**  
(Raporör)  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi  
Eskişehir Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

**Prof. Dr. Setenay DİNÇER ÖNER**  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Biyoistatistik Anabilim Dalı

**Prof. Dr. Hilmi ÖZDEN**  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Anatomi Anabilim Dalı

**Prof. Dr. Varol ŞAHİNTÜRK**  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı

**Prof.Dr.Timuçin KAŞİFOĞLU**  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
İç Hastalıkları Anabilim Dalı /  
Romatoloji Bilim Dalı

**Doç. Dr. Altan EŞSİZOĞLU**  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları  
Anabilim Dalı

**Doç.Dr.Ömer KILIC**  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları  
Anabilim Dalı /  
Çocuk Enfeksiyon Hast. Bilim Dalı

**Doç. Dr. Batu Can YAMAN**  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi  
Diş Hekimliği Fakültesi  
Restoratif Diş Tedavisi  
Anabilim Dalı

**Prof. Dr. Bekir YAŞAR**  
Genel Cerrahi Uzmanı

**Av. Önder CAN**  
Avukat

Etik Kurul Sekreterliği  
Aysun SERTTAS  
Makbule SARIÇİÇEK  
Tel: 0 222 239 29 79 / 4690

**ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ**  
**GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BAŞKANLIĞI**  
**KARAR FORMU**

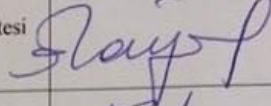
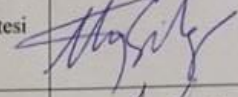
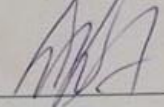
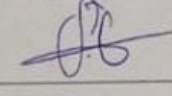
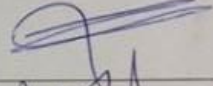
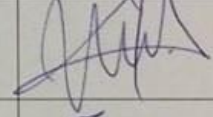
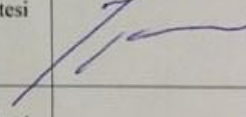
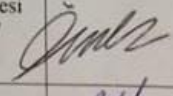
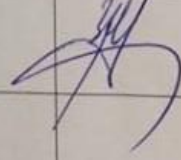
<b>Başvuru Tarihi:</b> 04.10.2017	<b>Çalışmanın Başlığı:</b> "Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi Uygulanan Hastalarda Yapılandırılmış Taburculuk Programının Hasta Bakım Sonuçlarına Etkisi" <b>Çalışmacılar:</b> Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü - Doç.Dr.Elif GÜRİSOY (Doktora Tez Danışmanı), Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü - Doç.Dr.Hülya BULUT, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü - Arş.Gör.İlkay ÇULHA (Doktora Tez Sahibi)
<b>Çalışmanın değerlendirildiği ilk toplantı tarihi:</b> 10.10.2017	<b>Sonuç:</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Çalışma Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalına görüş için gönderilmiştir.</li><li>2. Araştırmaya ilişkin güç analizinin hazırlanarak Etik Kurulumuza gönderilmesi gerekmektedir.</li><li>3. Araştırmada kullanılacak veri toplama ölçeklerinin çokluğu dikkat çekmiş, bu nedenle yeniden gözden geçirilerek güncellenmesi önerilmektedir.</li></ol>
<b>Gelen görüş tarihi:</b> 26.10.2017	<b>Prof.Dr.H.Mete TANIR'ın (Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı) yazısı</b> İlgi:18/10/2017 tarih ve 287 sayılı yazınız. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Doç.Dr.Elif Gürsoy'un sorumlu olduğu "Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi Uygulanan Hastalarda Yapılandırılmış Taburculuk Programının Hasta Bakım Sonuçlarına Etkisi" başlıklı çalışmanın bilimsel ve etik açıdan değerlendirilmesinde Anabilim Dalı görüşümüz olumludur.
<b>Çalışmacılardan gelen düzeltme metni tarihi:</b> 30.10.2017	<b>Doç.Dr.Elif GÜRİSOY'un yazısı</b> Sorumlu araştırmacısı olduğum "Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi Uygulanan Hastalarda Yapılandırılmış Taburculuk Programının Hasta Bakım Sonuçlarına Etkisi" isimli doktora tez çalışmasına yönelik 18 Ekim 2017 tarihli 80558721/G-286 sayılı etik kurulunuzun görüşleri doğrultusunda tez çalışması tekrar incelenmiştir. İnceleme sonucunda etik kurulunuzun önerileri doğrultusunda yapılan düzenlemeler aşağıda belirtilmiştir.



	<p>1.Araştırmaya ilişkin güç analizi hazırlanmıştır ve ekte sunulmuştur (EK-1).</p> <p>2.Araştırmada kullanılan veri toplama ölçeklerinin çokluğuna ilişkin öneriniz doğrultusunda ölçüm araçları tekrar gözden geçirilmiştir. Araştırmamızın başlığı ve amacı dikkate alındığında; taburculuk programının hasta bakım sonuçlarına (yaşam kalitesi, başetme-uyum ve benlik saygısı) etkisi belirlenmek istendiğinden öneriniz yerinde bulunmuş ve etik kurul başvurusunda EK-5'te yer alan "Hasta Gereksinimleri Ölçeği"nin çıkarılmasına karar verilmiştir.</p> <p>Çalışmanın etik olarak uygunluğunun Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından değerlendirilmesi için gereğini arz ederim.</p>
<p><b>Çalışmanın değerlendirildiği ikinci toplantı tarihi:</b></p> <p>31.10.2017</p>	<p><b>Sonuç:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Hasta haklarına uyum zorunludur. Gönüllünün korunması noktasında özellikli gruplar da mevcuttur. Bu nedenle araştırmanın kişiler üzerinde herhangi bir sıkıntıya neden olmaması için gerekli tedbirler araştırmacı tarafından alınmalıdır. Gönüllünün sağlığı ve araştırmacının gidişatı hakkında istediği zaman bilgi alabilmesi sağlanmalıdır.</li><li>2. Gönüllülerin sağlığı, hakları ve güvenliği dikkate alınması gereken en önemli hususlardır. Bu hususlar bilimin ve toplumun çıkarlarından daha önde gelir.</li><li>3. Bilgi gizliliğinin sağlanması gereken en önemli durumlardan biri görüşmeler esnasındaki gizliliklerdir.</li><li>4. Gönüllünün sağlığına ve diğer kişilik haklarına zarar verilmemesi için gereken bütün tedbirler alınmalıdır.</li><li>5. Araştırmacılar İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu (2015), Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi (2013)'ni imzalamış bu imza ile sorumluluğu kabul ettiklerini beyan etmişlerdir.</li><li>6. Araştırmacıların yetkin ve bu araştırma için yeterli oldukları anlaşılmaktadır.</li></ol>
<p><b>Karar Tarihi:</b></p> <p>31.10.2017</p> <p><b>Karar No: 05</b></p>	<p>Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Doç.Dr.Elif GÜRİSOY (Doktora Tez Danışmanı) sorumluluğunda yürütülen "<i>Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi Uygulanan Hastalarda Yapılandırılmış Taburculuk Programının Hasta Bakım Sonuçlarına Etkisi</i>" başlıklı çalışmanın yapılmasının etik açıdan uygun olduğuna oy birliğiyle karar verilmiştir.</p> <p>Araştırmacılara başarılar dileriz.</p>



**ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ**  
**GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

	<b>Unvanı/Adı/Soyadı</b>	<b>Kurumu</b>	<b>İmza</b>
1	Prof. Dr. Ömür ŞAYLIGİL (Başkan)	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	
2	Doç. Dr. Uğur BİLGE (Başkan Yardımcısı)	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı	
3	Doç. Dr. Özlem ÖRSAL (Raportör)	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eskişehir Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı	
4	Prof. Dr. Setenay DİNÇER ÖNER	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı	
5	Prof. Dr. Hilmi ÖZDEN	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Anatomi Anabilim Dalı	
6	Prof. Dr. Varol ŞAHİNTÜRK	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı	
7	Prof. Dr. Timuçin KAŞIFOĞLU	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı / Romatoloji Bilim Dalı	
8	Doç. Dr. Altan EŞSİZÖĞLU	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	
9	Doç. Dr. Ömer KILIÇ	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı/ Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı	
10	Doç. Dr. Batu Can YAMAN	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Restoratif Diş Tedavisi Anabilim Dalı	
11	Prof. Dr. Bekir YAŞAR	Genel Cerrahi Uzmanı	
12	Av. Önder CAN	Hukuk	

## EK – 11 Kurum İzni



T.C.  
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık, Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği



Sayı : 31568761-804.01-E.40519  
Konu : Klinik Araştırma izni Hk.

21/11/2017

### SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 16/11/2017 tarih ve 39513 sayılı yazınız.

İlgi yazınız gereği, Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora programına kayıtlı öğrenci İlkay ÇULHA'nın "Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi Uygulanan Hastalarda Yapılandırılmış Taburculuk Programının Hasta Bakım Sonuçlarına Etkisi" adlı tez çalışmasının gelişimi için klinik araştırma uygulamasını hastanemiz Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Jinekolojik Onkoloji Bilim Dalı'na başvuran ve gönüllülük esası üzerine çalışmaya katılmayı kabul edecek araştırma kriterlerine uygun hastalar üzerinde uygulama talebi, Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr.Elif DOYUK KARTAL  
Başhekim Yardımcısı

Bu evrak 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na göre elektronik olarak imzalanmıştır. Evrak doğrulama adresi:  
<https://ebysnetm.ogu.edu.tr/Home/Dogrulama/2b164a2f-f4af-4764-9257-7bfe315b0387>

Adres	: Meselik Kampüsü PK.26480 Odunpazarı	Ayrıntılı Bilgi	: Aynur GÜLCÜ - Bilgisayar İşletmeni
Telefon	: 1108	Fax	: 2393774
E-Posta	: agulcu@ogu.edu.tr	Elektronik Ağ	: <a href="http://www.hastane.ogu.edu.tr">http://www.hastane.ogu.edu.tr</a>

## **EK – 12 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formları**

### **Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Kontrol Grubu)**

Bu formun amacı “Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi Uygulanan Hastalarda Yapılandırılmış Taburculuk Programının Hasta Bakım Sonuçlarına Etkisi” başlıklı bilimsel bir araştırma ile ilgili sizi bilgilendirmektir. Çalışmamızın amacı; jinekolojik nedenlere bağlı ameliyat sonrası yaşam kalitenizi, benlik saygınızı ve bağıtme-uyum düzeyinizi belirlemektir. Araştırmaya katılımda gönüllülük esastır. Araştırmaya katılmaya karar vermeden önce aşağıda yer alan bilgileri dikkatlice okuyun ve lütfen biraz düşünün.

#### **Uygulanacak işlemler:**

Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalarla yüzyüze görüşülerek soru formları (yaşam kalitesi ölçeği, benlik saygısı ölçeği, bağıtme ve uyum ölçeği, hasta öğrenim gereksinimleri ölçeği) doldurulacaktır.

Taburculuğunuzdan itibaren dokuzuncu ve onüçüncü haftalarda sizi evde ziyaret edecek genel sağlık durumunuzu değerlendirerek soru formları tekrar doldurulacaktır. Formlardaki tıbbi ve kişisel bilgileriniz özel ve gizlidir. Herhangi bir kişi ya da kurum ile paylaşılmayacaktır. Sizinle ilgili önemli bir sorun olduğu düşünüldüğünde doktorunuzla iletişime geçilerek gerekli tedavi/bakım girişimleri uygulanacak veya hastaneye gelmeniz önerilecektir. Araştırma hakkında herhangi bir sorunuz olduğunda Araştırma Görevlisi İlkay ÇULHA ile iletişim kurabilirsiniz. Bu araştırma size ve yakınlarınıza zarar verecek uygulamalar içermemektedir. Sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir.

Yukarıda yazılan, tarafıma verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Bana yapılan katılım davetini hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla kabul ediyorum.

#### **Gönüllünün;**

Adı Soyadı:

Adresi:

İmzası:

Araştırmacının;

Adı Soyadı:

Adresi:

İmzası:

## **Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Müdahale Grubu)**

Bu formun amacı “Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi Uygulanan Hastalarda Yapılandırılmış Taburculuk Programının Hasta Bakım Sonuçlarına Etkisi” başlıklı bilimsel bir araştırma ile ilgili sizi bilgilendirmektir. Çalışmamızın amacı; ameliyat sonrası taburculuk eğitim programına katılımınızı sağlamak, taburculuk sonrası eve uyumunuzu arttırmak, doğru ve uygun davranışlar kazanmanızı sağlamak, yaşam kalitenizi, benlik saygınızı ve başetme-uyum düzeyinizi belirlemektir. Araştırmaya katılımda gönüllülük esastır. Araştırmaya katılmaya karar vermeden önce aşağıda yer alan bilgileri dikkatlice okuyun ve lütfen biraz düşünün.

### **Uygulanacak işlemler:**

Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalarla yüzyüze görüşülerek soru formları (yaşam kalitesi ölçeği, benlik saygısı ölçeği, başetme ve uyum ölçeği, hasta öğrenim gereksinimleri ölçeği) doldurulacaktır.

Size ve yakınınıza hastaneden taburcu olmadan önce sizinle birlikte belirleyeceğimiz saatlerde Araştırma Görevlisi İlkay ÇULHA tarafından taburculuğa ilişkin eğitim verilecektir. Sonra ameliyat ve bakımınızla ilgili hazırlanan bir eğitim kitapçığı verilecektir.

Taburculuğunuzdan itibaren dokuzuncu ve onüçüncü haftalarda sizi evde ziyaret edecek genel sağlık durumunuzu değerlendirerek soru formları tekrar doldurulacaktır. Formlardaki tıbbi ve kişisel bilgileriniz özel ve gizlidir. Herhangi bir kişi ya da kurum ile paylaşılmayacaktır. Sizinle ilgili önemli bir sorun olduğu düşünüldüğünde doktorunuzla iletişime geçilerek gerekli tedavi/bakım girişimleri uygulanacak veya hastaneye gelmeniz önerilecektir.

Araştırma hakkında herhangi bir sorunuz olduğunda Araştırma Görevlisi İlkay ÇULHA ile iletişim kurabilirsiniz. Bu araştırma size ve yakınlarınıza zarar verecek uygulamalar içermemektedir. Sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir.

Yukarıda yazılan, tarafıma verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Bana yapılan katılım davetini hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla kabul ediyorum.

**Gönüllünün;**

Adı Soyadı:

Adresi:

İmza:

Araştırmacının;

Adı Soyadı:

Adresi:

İmza:

# ÖZGEÇMİŞ

## Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı : İlkay Çulha  
Doğum tarihi ve yeri : 04.08.1985/Muğla  
Uyruğu : T.C.  
Medeni durumu : Bekar  
İletişim adresleri :Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri  
Fakültesi Hemşirelik Bölümü Meşelik Kampüsü Odunpazarı/ESKİŞEHİR

## Eğitim Durumu

1993-1997: Datça Atatürk İlkokulu-Muğla  
1997-1999: Milas Anadolu Lisesi-Muğla  
1999-2000: Bergama Akif Yılmaz Anadolu Lisesi-İzmir  
2000-2004: Milas Anadolu Lisesi-Muğla  
2005-2009: Gazi Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu-Lisans-Ankara  
2011-2014: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü-Yüksek Lisans Programı  
2014-devam ediyor: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü-Doktora Programı  
Yabancı dil: İngilizce

## Mesleki Deneyim

2009-2011: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi- Yoğun Bakım Hemşiresi  
2011-Devam ediyor: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi-Araştırma Görevlisi

**Üye Olunan Bilimsel Kuruluşlar:** Türk Hemşireler Derneği, Onkoloji Hemşireleri Derneği, Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireleri Derneği

## Yayımlar

### Makaleler

1. Babadağ, B., Çulha, İ., & Köşgöroğlu, N. (2014). Bir sağlık yüksekokulunda öğrenim gören yabancı uyruklu öğrencilerin sağlık alanında karşılaştığı sorunların belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(1), 622-631.

2. Ozkaraman, A., Culha, I., Fadiloglu, Z. C., Kosgeroglu, N., Gokce, S., & Alparslan, G. B. (2015). Relationships between social support and social image

concerns in Turkish women with breast cancer. *Asian Pac J Cancer Prev*, 16(5), 1795-1802.

3. **Culha, I.**, Kösgeroglu, N., Yılmaz, A., & Unsal, A. (2015). Determination of the satisfaction and motivation levels in a group of nursing students. *Global Journal on Advances in Pure & Applied Sciences*, 7, 57-64.

4. Kösgeroglu, N., **Culha, I.**, Yılmaz, A., & Unsal, A. (2015). Effectiveness of a different approach in clinical practices. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 197, 1293-1301.

5. **Culha, I.**, Kosgeroglu, N., & Bolluk, O. (2016). Effectiveness of self-care education on patients with stomas. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, 5(2), 70-76.

6. Karadag, E., Tosuntas, S. B., Erzen, E., Duru, P., Bostan, N., Sahin, B. M., **Culha, I.**, & Babadag, B. (2016). The virtual world's current addiction: phubbing. *Addicta: Turkish journal on addictions*, 3(2), 252-269.

7. **Culha, I.**, Kosgeroglu, N., Türe, A., Kersu, O., & Ayvazcık, A. (2016). Complementary and alternative medicine (Cam) use among turkish surgical patients. *International Journal of Caring Sciences*, 9(2).

8. Kösgeroglu, N., Ünsal, A., Türe, A., **Çulha, İ.**, & Öz, Z. (2016). Eskisehir'de Yasayan Bir Grup Kadının Aile İçi Siddete Maruziyet Durumları ile Sosyo-Demografik Özellikleri Arasındaki İlişki/Relationship Between Domestic Violence Exposure Status and Socio-Demographic Characteristics in a Group of Women Living in Eskisehir. *Eskisehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 17(1), 83.

9. Ozerdogan, N., Sahin, B. M., Kosgeroglu, N., **Culha, I.**, Celik, N., Sayiner, F. D., ... & Boyacı, M. (2017). Educational study to increase breast cancer knowledge level and scanning participation among women working at a university. *Eur J Breast Health*, 13, 113-116.

10. Cagan, O., Unsal, A., Celik, N., Yılmaz, A. T., **Culha, I.**, & Eren, K. H. (2018). Care burden of caregivers of hemodialysis patients and related factors. *International Journal of Caring Science*, 11(1), 279.

## **Bildiriler**

1. Köşgeroğlu, N., Yüksel, C., **Çulha, İ.**, Tunç, P. Mobbing ve kadın. Eskisehir Osmangazi Üniversitesi Kadın Araştırmaları Uygulama ve Araştırma Merkezi (ESKAM) 1. Kadın Araştırmaları Sempozyumu. Eskisehir (Sözlü bildiri).

2. Köşgeroğlu, N, Ünsal, A., Yılmaz, A., Öz,Z., **Çulha, İ.** Şiddet karşısında kadınların bilgi ve davranışları. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Kadın Araştırmaları Uygulama ve Araştırma Merkezi (ESKAM) 1. Kadın Araştırmaları Sempozyumu. Eskişehir (Sözlü bildiri).

3. **Çulha, İ.**, Köşgeroğlu, N., Alparslan, B. G., Yılmaz, A. Modifiye radikal mastektomi: Olgu sunumu, 18.Ulusal Cerrahi Kongresi-13.Cerrahi Hemşireliği Kongresi 23-27 Mayıs 2012,İzmir (Poster bildiri).

4. Babadağ, B., **Çulha, İ.**, Köşgeroğlu, N. Bir sağlık yüksekokulu'nda öğrenim gören yabancı uyruklu öğrencilerin sağlık alanında karşılaştığı sorunların belirlenmesi. 2. Kültürlerarası Hemşirelik Kongresi, 2013, Antalya (Sözlü bildiri).

5. Sayiner F, Özerdoğan N, Özalp S, Demirtaş N, Köşgeroğlu N, Arslantaş D, Öner S, Boyacı M, Çelik N, Giray S, Açıkgöz A, Özaydın Ö.A., Mızrak B., **Çulha İ.**, 'Eskişehir Osmangazi Üniversitesi'nde çalışan kadınlarda meme ve serviks kanserinden korunma ve erken tanının önemiyle ilgili bilinç düzeyinin artırılmasına yönelik bir çalışma',11. Uludağ Jinekoloji ve Obstetri Kış Kongresi, 07- 10 Mart 2013, Bursa (Poster bildiri).

6. Giray S, Özerdoğan N, Özalp S, Demirtaş N, Köşgeroğlu N, Arslantaş D, Sayiner F, Öner S, Boyacı M, Çelik N, Açıkgöz A, Özaydın Ö.A., Mızrak B., **Çulha İ.**, 'Eskişehir Osmangazi Üniversitesi'nde çalışan kadınlarda meme ve serviks kanseri risk düzeylerinin belirlenmesi', 11. Uludağ Jinekoloji ve Obstetri Kış Kongresi, 07-10 Mart 2013, Bursa (Poster bildiri).

7. **Çulha, İ.**, Köşgeroğlu, N., Bolluk, Ö. Hemşirelik eğitiminin kolostomi ve ileostomi açılan hastalarda öz-bakım gücüne olan etkisinin değerlendirilmesi. 14. Cerrahi Hemşireliği Kongresi, 16-20 Nisan 2014, Antalya (Poster bildiri).

8. Ozkaraman, A., Fadiloğlu, C., Köşgeroğlu, N., **Culha, İ.**, Alparslan, B.G., Gökçe, S. The relationship between social support and the social appearance anxiety in patients with breast cancer. European Oncology Nursing Congress,S23-S59, 18-19 September 2014, Istanbul (Poster bildiri).

9. Köşgeroğlu, N., **Culha, I.**,Yılmaz, A., Unsal, A. Effectiveness of a different approach in clinical practices. 7<sup>th</sup> World Conference on Educational Sciences, S273, 05-07 February 2015, Athens, Greece (Sözlü bildiri).

10. Köşgeroğlu, N., Yılmaz, A., **Culha, I.**, Unsal, A. Determination of the satisfaction and motivation levels in a group of nursing students.2<sup>nd</sup> World Conference on Health Science, 30 April-02 May 2015, Kuşadası (Sözlü bildiri).

11. **Culha,İ.**, Orman, K.,Demirbas,N., Hussein, A.,Erkanat, Z., Maldan, D., Okan, M. Effect of education based on health belief model on breast cancer



knowledge and awareness in a group of women living in turkey. International Congress on Nursing. 16-18 Mart 2017. Grand Park Lara Convention Center, Lara-Antalya, Turkey (Sözlü bildiri).

**12. Çulha, İ., Köşgeroğlu, N., Türe, A., Kersu, Ö., Ayvazcık, A.** Cerrahi Hastalarının tamamlayıcı ve alternatif tedavi (TAT) kullanma durumları. Ulusal Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi, 12-15 Kasım 2015, Sarıgerme-Muğla (Poster bildiri).

**13. Köşgeroğlu, N., Çulha, İ., Türe, A., Kersu, Ö., Ünsal, A.** Bir grup hemşirelik öğrencisinin problem çözme becerisinin incelenmesi. 3rd International Eurasian Educational Research Congress-EJER 2016, 31 Mayıs-3 Haziran 2016, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Muğla (Poster bildiri).

**14. Culha, I., Kosgeroglu, N., Ture, A., Komsuk, D., Kersu, O., Unsal A.** Health perception and affecting factors in surgical patients. 8th congress of EORNA. The Colossus of Perioperative Nursing. 4-7 May 2017. Rodos Island, Greece (Poster bildiri).

**15. Gümüş, D., Orsal, O., Culha, I.** The impact of physical risk factors in the operating room: A systematic review. (Ameliyathanede Fiziksel Risk Faktörleri ve Etkileri: Sistemik Derleme) 2. Uluslararası 10. Ulusal Türk Ameliyathane ve Cerrahi Hemşireliği Kongresi, 2-5 Kasım 2017 Trendy Lara Hotel Antalya (Poster bildiri).

**16. Culha, İ., Dalyan, E., Sevim, A.** "Farklı kuşaklara göre hemşirelik imajının belirlenmesi" 1. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yaşam Kongresi (1st International Health Science And Life Congress), 02-05 May 2018, Burdur /Turkey (Poster bildiri).

**17. Çulha, İ., Gürsoy, E.** "Over kanseri nedeniyle ileostomi açılan bireyin bakımında roy uyum modelinin kullanımı: Olgü sunumu" 2. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yaşam Kongresi. (2nd International Health Science And Life Congress), 24-27 April 2019, Burdur / Turkey (Sözlü bildiri).

### **Bilimsel Etkinlikler**

**Projeler :** 1-Eskişehir Osmangazi Üniversitesi'nde çalışan kadınlarda meme ve serviks kanserine ilişkin risk ve bilgi düzeyinin belirlenmesi, meme ve serviks kanseri taraması. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri. Bitiş tarihi: 14.02.2014. Yardımcı araştırmacı.

**2-Jinekolojik onkoloji cerrahisi uygulanan hastalarda yapılandırılmış taburculuk programının hasta bakım sonuçlarına etkisi. Vehbi Koç Vakfı Hemşirelik Fonu Proje Destekleme Programı. Süre:1 yıl (2018- 2019). Yardımcı araştırmacı.**

## **Katıldığı Kurslar/Eğitimler**

- II. Meme Kanseri Hemşireliği Kursu, 2013, Eskişehir.
- Yara Bakım Kursu. Ulusal Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireleri Kongresi, 21-24 Kasım 2013, Kuşadası-Aydın.
- Kanserli Hastalarda Hematolojik Toksisitelerin Önlenmesi, Tanımlanması ve Yönetimi (TITAN) Kursu. 6 Haziran 2014, Eskişehir.
- Psikolojik Bakım Kursu. 3. Uluslararası 7. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, 1-3 Eylül 2014, Ankara.
- Eğitim Becerileri Kursu. 12-16 Ocak 2015, Eskişehir.
- ETTOM İnovatif Düşünce ve Fikir Üretme Eğitimi. 17 Nisan 2015, Eskişehir.
- Biyostatistiksel Çözümlenmelerde SPSS Kullanımı ve Akademik Yazma Becerileri Kursu. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Derneği, 26-28 Nisan 2015, Ankara.
- Organ Transplantasyonu Bilgi Güncelleme Oturumu. 9. Ulusal Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi, 12-15 Kasım 2015, Sarıgerme-Muğla.
- 1. Jineonkoloji Hemşireliği Kursu. 28-29 Eylül 2017, Ankara.
- Uygulamalı Yara ve Stoma Bakımında Güncel Yaklaşımlar Kursu. 2. Uluslararası, 10. Ulusal Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi, 2 Kasım 2017, Antalya.
- Çocuk ve Yetişkin Kanser Hastalarına Psikososyal Yaklaşım Eğitim Programı. Küçük Ağaç Psikolojik Danışma Merkezi, 17-18 Mart 2018, Ankara.
- Aile Danışmanlığı Sertifika Programı-Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sürekli Eğitim Merkezi (ESOGÜSEM), Bitiş tarihi: 10.04.2018.
- Brakiterapi Kursu. 1.Onkoloji Hemşireliği Kongresi, 12-16 Aralık 2018, Ankara.
- Araştırma Etiği Eğitimi. Araştırma Yöntemleri Eğitim ve Uygulama Merkezi (AYEUM), 2019, Uzaktan Eğitim.

