

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**JİNEKOLOJİK KANSERLİ HASTALARDA EVDE
BAKIM HİZMETİNİN YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**

Demet AKTAŞ

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği

DOKTORA TEZİ

ANKARA

2012

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**JİNEKOLOJİK KANSERLİ HASTALARDA EVDE
BAKIM HİZMETİNİN YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**

Demet AKTAŞ

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği

DOKTORA TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Füsun TERZİOĞLU

ANKARA

2012

Anabilim Dalı :Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği
 Program :Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği
 Tez Başlığı :Jinekolojik Kanserli Hastalarda Evde Bakım Hizmetinin Yaşam Kalitesine Etkisi

Öğrenci Adı-Soyadı :Demet AKTAŞ
 Savunma Sınavı Tarihi :24.12.2012

Bu çalışma jürimiz tarafından yüksek lisans/doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: Prof. Dr. Kafiye EROĞLU
 Hacettepe Üniversitesi

Tez danışmanı: Prof. Dr. Füsun TERZİOĞLU
 Hacettepe Üniversitesi

Üye: Yrd. Doç. Dr. Gülten KOÇ
 Hacettepe Üniversitesi

Üye: Doç. Dr. Aygül AKYÜZ
 GATA

Üye: Doç. Dr. Leyla ÖZDEMİR
 Hacettepe Üniversitesi

(imza)

(imza)

(imza)

(imza)

ONAY

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

(imza)
 Prof.Dr. Ersin FADILLIOĞLU
 Müdür

TEŞEKKÜR

Bu araştırmaya en az benim kadar, büyük emeği ve katkıları olan, doktora eğitimin süresince beni her konuda destekleyen, ilgi ve yardımını esirgemeyen, tez çalışmamı yürütmemde büyük katkısı olan hocam Sayın Prof. Dr. Füsun Terzioğlu'na,

Bu çalışmanın oluşturulmasında değerli bilgileri, görüş ve önerileriyle destek veren Sayın Prof. Dr. Lale Taşkın ve Doç. Dr. Aygül Akyüz'e,

Tez çalışmasının hastanede uygulamasının yapılabilmesi için gerekli ortamı sağlayan Sağlık Bakanlığı Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği ve Eğitim Planlama Kurulu'na

Tez çalışmasının gerçekleşmesi için gerekli ortamın sağlanmasında yardım ve desteğini esirgemeyen Sağlık Bakanlığı Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Onkoloji Klinik Şefi Sayın Doç. Dr. Tayfun Güngör'e ve Onkoloji Servisi hemşirelerine,

Ev ziyaretlerini kabul ederek çalışmanın başarılı bir şekilde uygulanmasını sağlayan çalışma kapsamına alınan kadınlara,

Araştırmanın istatistiksel değerlendirilmelerinde, destek aldığım Sayın Hüseyin Keyif'e

Çalışmanın ev ziyaretleri süresince ulaşım ve manevi desteğinden dolayı Sayın Osman Yalçın'a

Tez çalışmam süresince her türlü maddi, manevi destek ve yardımlarını esirgemeyen sevgili aileme içtenlikle teşekkür ederim.

ÖZET

Aktaş, D., Jinekolojik Kanserli Hastalarda Evde Bakım Hizmetinin Yaşam Kalitesine Etkisi, H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, Doktora Tezi, Ankara, 2012. Araştırma, jinekolojik kanserli hastalarda evde bakım hizmetinin yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla yapılan müdahaleli randomize vaka kontrol çalışmasıdır. Araştırmanın örneklemine, T.C. Sağlık Bakanlığı Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde jinekolojik kanser tedavisi alan 35 müdahale, 35 kontrol grubu olmak üzere toplam 70 kadın alınmıştır. Veriler, her iki grupta; Görüşme Formu, Ev ziyaret izlem formu, Yaşam Kalitesi Ölçeği/Kanser Hastası, Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ) ve Ağrı değerlendirmede Görsel Analog Skala aracılığı ile toplanmıştır. Müdahale grubundaki kadınlara hastanede pre-operatif ve post-operatif dönemlerde hemşirelik bakım hizmeti verilmiş, taburculuk sonrası 1., 6. ve 12. haftalarda üç ev ziyareti, 2. ve 3. haftalarda iki telefon görüşmesi yapılarak bakım ve danışmanlık hizmetleri sürdürülmüştür. Kontrol grubunda ise; onkoloji servisinde tanışılmış, 1. ve 12. haftalarda iki ev ziyareti yapılmış ve herhangi bir bakım ya da danışmanlık hizmeti verilmemiştir. Verilerin değerlendirilmesinde; yüzdeler, ki-kare, Fisher's Exact test, McNemar's test, ANOVA kullanılmıştır. Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre; taburculuk sonrası ilk on iki haftalık dönemde evde, kontrol grubundaki kadınların müdahale grubuna göre iki kat daha fazla sorun yaşadıkları belirlenmiştir ($p<0,05$). Umutsuzluk, ağrı, yorgunluk, kadın gibi hissetmeme ile ilgili sorun yaşama bakımından gruplararası fark tüm izlem dönemleri arasında önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Kontrol grubundaki kadınların toplam yaşam kalitesi puan ortalamalarının müdahale grubuna oranla düşük, GRCDÖ puanlarının ise yüksek olduğu ve gruplararası farkın önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Elde edilen sonuçlar doğrultusunda, kadınlarda yaşam kalitesini artıracak ve cinsel danışmanlık sağlayacak ev ziyaretlerinin yapılmasına ilişkin önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler; Jinekolojik kanser, Yaşam kalitesi, Cinsel sorunlar, Evde bakım, Danışmanlık, Hemşirelik

ABSTRACT

Aktaş, D., Effects of the Home Care Service on the Life Quality of the Patients with Gynecological Cancer, Hacettepe University, Institute of Health Sciences, Department of Obstetrics and Gynecology, PhD Thesis, Ankara 2012. This paper covers a random intervened case control study performed to evaluate any possible effects of the home care service on the life quality of the gynecological cancer patients. The sampling covers total 70 women, including 35 ones in each of the intervention and control groups, who underwent gynecological cancer treatment at the Zekai Tahir Burak Woman Health Training and Research Hospital under the Turkish Ministry of Health. The intervention and control groups, the Questionnaire, Life Quality Scale/Cancer Patient, Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRİSS) and Visual Analog Skale were applied to collect data. The nursing care service was rendered to the women of intervention group in the oncology clinic, where a number of discharge training courses took place, followed by three postdischarge home visits in the 1st, 6th and 12th weeks in addition to two phone calls in the 2nd and 3rd weeks for the ongoing care and consulting services. The control group women were known in the oncology service unit, followed by two post-discharge home visits in the 1st and 12th weeks. The control group women took no care or consultancy. The data evaluation was based on the percentage rating, Chi-square, Eisher Exact Test, Mc-Nemar Test, ANOVA. The obtained results; The control group women were found to experience problems twice higher than the intervention group ($p < 0,05$). During the entire course of monitoring the intergroup difference was significant as of the hopelessness, fatigue, lack of feminine feeling ($p < 0,05$). The point averages of total life quality of the control group women were low level than those of the intervention group, the point averages of GRİSS of the control group women high level than those of the intervention group and the difference between two groups was statistically significant ($p < 0,05$). In line with the obtained results, it is suggested to make home visits for taking actions to improve the life quality and provide sexual consultancy.

Keywords: Gynecological Cancer, Life Quality, Sexual Problems, Home Care, Consultancy, Nursing.

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI.....	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	x
TABLO DİZİNİ.....	xi
1.GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	7
1.3. Araştırmanın Hipotezleri.....	7
2.KONU İLE İLGİLİ YAYINLAR VE ÇALIŞMALAR.....	8
2.1. Kanser.....	8
2.2. Jinekolojik Kanserler.....	10
2.2.1. Servikal Kanser.....	11
2.2.2. Endometrial Kanser.....	17
2.2.3. Over Kanseri.....	18
2.2.4.Jinekolojik Kanserli Kadınlarda Tedavi Yöntemleri ve Hemşirelik Bakımı.....	20
2.3. Jinekolojik Kanser Ve Tedavi Yöntemlerinin Kadın Cinsel Sağlığı Üzerine Etkileri.....	22
2.3.1.Jinekolojik Kanserlerde Cinsel Sorunların Değerlendirilmesinde Hemşirenin Rolü.....	26
2.4. Jinekolojik Kanserler ve Yaşam Kalitesi.....	28
2.4.1. Yaşam Kalitesi ve Tanımı.....	28
2.4.2. Jinekolojik Kanserlerin Yaşam Kalitesine Etkisi.....	29
2.4.3. Jinekolojik Kanser Tedavilerinin Yaşam Kalitesine Etkisi.....	31
2.5. Yaşam Kalitesinin Yükseltilmesinde Hemşirenin Rolü.....	33
2.6. Evde Bakım.....	34
2.6.1. Evde Bakım Hizmetinin Tanımı ve Jinekolojik Kanserli Hastalarda Evde Bakım Hizmeti.....	34

2.6.2. Jinekolojik Kanserli Kadınlarda Evde Bakım Hizmetlerinin Kapsamı	35
2.6.3. Jinekolojik Kanserli Kadınlarda Evde Bakım Hizmetlerinin Olumlu ve Olumsuz Yönleri	36
2.6.4. Jinekolojik Kanserli Hastalarda Evde Sağlık Tanılaması	37
2.7. Jinekolojik Kanserli Hastaların Evde Bakımında Hemşirelik Girişimleri/ Uygulamaları	41
3. GEREÇ VE YÖNTEM	46
3.1. Araştırmanın Şekli	46
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	46
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	47
3.4. Verilerin Toplanması ve Araçlar	48
3.5. Ön Uygulama	54
3.6. Veri Toplama	54
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu	59
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	59
3.9. Araştırmanın Uygulanması Sırasında Karşılaşılan Güçlükler	59
3.10. Verilerin Değerlendirilmesi	60
4. BULGULAR	61
4.1. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine ve Hastalıklarına İlişkin Bulgular	62
4.2. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Toplam Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Bağımsız Değişkenler ile Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	80
4.3. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların GRCDO'den Aldığı Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Bağımsız Değişkenler ile Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	84
4.4. Pre-Operatif, Post-Operatif, 1. ve 12. Haftada Yapılan Ev Ziyaretlerinde Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınlarda Gelişen Sorunlara Yönelik Uygulanan Bakım Planlarına İlişkin Bulgular	88
5. TARTIŞMA	99
5.1. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine ve Hastalıklarına İlişkin Verilerin	

Tartışılması.....	99
5.2. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Toplam Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Bağımsız Değişkenler ile Karşılaştırılmasına İlişkin Verilerin Tartışılması.....	112
5.3. Müdahale Ve Kontrol Grubundaki Kadınların GRCDO'den Aldığı Toplam Puan Ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Bağımsız Değişkenler İle Karşılaştırılmasına İlişkin Verilerin Tartışması.....	116
5.4. Pre-Operatif, Post-Operatif, 1. Ve 12. Haftada Yapılan Ev Ziyaretlerinde Müdahale Ve Kontrol Grubundaki Kadınlarda Gelişen Sorunlara Yönelik Uygulanan Bakım Planlarının Karşılaştırmalarına Ait Verilerin Tartışılması.....	120
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	127
KAYNAKLAR	142
EKLER	
EK-1 Görüşme Formu	
EK-2 Ev Ziyaret İzlem Formu	
EK-3 Yaşam Kalitesi Ölçeği/Kanser Hastası	
EK-4 Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (Ek-4)	
EK-5 Vizuel Analog Skala (Vas)	
EK-6 Hemşirelik Tanıları	
EK-7 Jinekolojik Kanser Hastalarında Gelişen Semptomlara Yönelik Hastane Ve Evde Bakım Sırasında Belirlenen Sorunlara Yönelik Hemşirelik Uygulamaları	
EK-8 Evde Bakım Hizmeti İçin Rehber Form	
EK-9 İzin Belgeleri	
EK-10 İzin Belgeleri	
EK-11 Araştırmanın Power Analizi	
EK-12 Ek Tablolar	
ÖZGEÇMİŞ	

SİMGELER VE KISALTMALAR

DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
CIN	Cervical Intraepithelial Neoplasia (Servikal Intraepitelyal Neoplazi)
TAH-BSO	Total Abdominal Hysterectomy Bilateral Saphingo-Oophorectomy (Total Abdominal Histerektomi, Bileteral Salpingo-Ooferektomi)
BLND	Bilateral Lenf Nodu Diseksiyonu
FİGO	The International Federation of Gynecology and Obstetrics (Uluslararası Jinekoloji ve Obstetrik Derneği)
HSV-Tip 2	Herpes simplex virus 2 (Herpes Simpleks Virüs 2)
HPV	Human papillomavirus (Human Papilloma Virüs)
RT	Radyoterapi
KT	Kemoterapi
FSH	Folikül Stimüle Edici Hormon
LH	Luteinize Edici Hormon
GRCDO	The Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS) (Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği)
VAS	Visual (Görsel) Analog Skala
SPSS	Statistical Package for Social Sciences (Sosyal Bilimler için İstatistik Paketi)
Gy	Gray (Radyoterapi birimi)
cGY	Centigray ((Radyoterapi birimi)
IV	İntravenöz
TÖ	Tedavi Öncesi
TS	Taburculuk Sonrası
AÖ	Ameliyat Öncesi
AS	Ameliyat Sonrası
1.hft	1. Hafta
6.hft	6. Hafta
12.hft	12. Hafta
M	Müdahale grubu
K	Kontrol grubu

TABLOLAR

	Sayfa
4.1. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine ve Hastalıklarına İlişkin	
Bulgular	62
4.1.1. Kadınların Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerinin Müdahale ve Kontrol	
Grubuna Göre Dağılımı	62
4.1.2. Kadınların Hastalıklarına İlişkin Bazı Özelliklerinin Müdahale ve Kontrol	
Grubuna Göre Dağılımı	63
4.1.3. Kadınların Özgeçmiş ve Soygeçmişlerine İlişkin Bazı Özelliklerinin	
Müdahale ve Kontrol Grubuna Göre Dağılımı	64
4.1.4. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Yaşadıkları Bazı Fiziksel	
Sorunların İzlem Dönemlerine Göre Dağılımı.....	66
4.1.5. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Yaşadıkları Bazı	
Psikolojik ve Sosyal Sorunların İzlem Dönemlerine Göre Dağılımı	68
4.1.6. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Ameliyat Sonrası Dönemde	
Bazı Yaşadıkları Sorunların İzlem Dönemlerine Göre Dağılımı	71
4.1.7. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Taburculuk Sonrası Ağrıya	
İlişkin Yaşadıkları Bazı Özelliklerinin İzlem Dönemlerine Göre	
Dağılımı	72
4.1.8. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Ameliyat Sonrası Beden	
İmajındaki Bazı Değişimlerinin İzlem Dönemlerine Göre Dağılımı	74
Grafik 1. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Beden İmajındaki	
Değişimlerinin İzlem Dönemlerine Göre Dağılımı.....	77
4.1.9. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Ameliyat Öncesi ve Sonrası	
Cinsel Yaşama İlişkin Bazı Özelliklerinin İzlem Dönemlerine Göre	
Dağılımı	78
Grafik 2. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Ameliyat Sonrası	
Cinsel İlişkiye Başlama Zamanlarının Dağılımı	79
4.2. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Toplam Yaşam Kalitesi	
Puan Ortalamaları ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Bağımsız Değişkenler	
ile Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	

4.2.1. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Toplam Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının İzlem Dönemlerine Göre Dağılımı.....	80
Grafik 3. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının İzlem Dönemlerine Göre Dağılımı	82
Grafik 4. Müdahale Grubundaki Kadınların Yaşam Kalitesi Alt Boyut Puan Ortalamalarının İzlem Dönemlerine Göre Dağılımı	83
Grafik 5. Kontrol Grubundaki Kadınların Yaşam Kalitesi Alt Boyut Puan Ortalamalarının İzlem Dönemlerine Göre Dağılımı	83
4.3. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların GRCDÖ Aldığı Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Bağımsız Değişkenler ile Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	
4.3.1. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Toplam GRCDÖ Puan Ortalamaları ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının İzlem Dönemlerine Göre Dağılımı.....	84
Grafik 6. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların GRCDÖ Puan Ortalamalarının İzlem Dönemlerine Göre Dağılımı	86
Grafik 7. Müdahale Grubundaki Kadınların GRCDÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının İzlem Dönemlerine Göre Dağılımı	87
Grafik 8. Kontrol Grubundaki Kadınların GRCDÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının İzlem Dönemlerine Göre Dağılımı	87
4.4. Pre-Operatif, Post-Operatif, 1. ve 12. Haftada Yapılan Ev Ziyaretlerinde Müdahale Ve Kontrol Grubundaki Kadınlarda Gelişen Sorunlara Yönelik Uygulanan Bakım Planlarına İlişkin Bulgular	88
4.4.1 Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Hastanede Tedavi Aldıkları Dönemde ve Ev Ziyaretleri Sırasında Belirlenen Hemşirelik Tanılarının İzlem Dönemlerine Göre Karşılaştırılması	88
Grafik 9. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Hastanede Tanı-Tedavi Aldığı Dönemlerde ve Ev Ziyaretleri Sırasında Karşılaşılan Hemşirelik Tanılarının İzlem Dönemlerine Göre Karşılaştırılması.....	97
4.5. Yaşam Kalitesi Ölçeği İle GRCDÖ Arasındaki Korelasyon	98

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Dünyada her yıl 12 milyon insan kanser tanısı almaktadır ve bu vakaların 7,6 milyonu kanser nedeniyle hayatlarını kaybetmektedirler (1). Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ve Avrupa gibi gelişmiş ülkelerde yüksek teknolojik tedavi yöntemlerine rağmen kanser, halen en önemli ölüm nedenlerinden biri olarak kabul edilmektedir (2,3). Türkiye’de ise kanser, kardiovasküler hastalıklardan sonra ölüme neden olan ikinci en önemli hastalıktır (4,5).

İnsan yaşamını bu derece ciddi tehdit eden kanser, cinsiyetlere göre de farklılıklar göstermektedir. Erkeklerde en fazla görülen kanser prostat kanseri (%28) iken (6), kadınlarda serviks kanseri (%6) (6) meme kanserinden sonra en sık görülen jinekolojik kanserdir (7). Amerikan Kanser Derneği’ne (2010) göre, jinekolojik kanserler (serviks, over, endometrium gibi) tüm kadın kanserlerinin %9’unu oluşturmaktadır (6). Amerikan Kanser Derneği (2010), kadınlarda görülen tüm kanserler arasında ölüme neden olma bakımından endometrium ve over kanserlerinin dördüncü ve dokuzuncu sıralarda yer aldığını bildirmektedir (6). Ülkemizde Kanser Savaş Dairesi Başkanlığı 2004-2006 yılı verilerine göre, jinekolojik kanserler tüm kadın kanserlerinin %11,9’unu oluşturmaktadır (8). Globocan 2008 yılı verilerinde ise, ülkemizde kadınlarda görülen tüm kanserler arasında ölüme neden olma bakımından over, serviks ve endometrium kanserlerinin altıncı, yedinci ve dokuzuncu sıralarda yer aldığı belirtilmektedir (9).

Jinekolojik kanserler, üreme organlarının kadın açısından ifade ettiği anlamdan dolayı ayrı bir önem taşımaktadır. Birçok toplumda ve ülkemizde kadın için üreme organları; üretkenliğin, dişiliğin, cinselliğin, anneliğin bir sembolü olarak kabul görmektedir ve kadınların beden imajı, benlik saygısı ve cinsel kimliklerinin şekillenmesinde önemli rol almaktadır (4). Özellikle ülkemizde pek çok kadın için üreme organlarından “uterus” kadın olma ile eşit anlama gelmektedir ve “uterusu olmayan bir kadın” kadın olarak sayılmamaktadır. Çünkü ataerkil toplumlarda, kadının en önemli görevinin doğurganlık olduğu anlayışı hâkimdir. Bu anlayış

biçimi, kadınlarda üreme organlarındaki herhangi bir hastalık ya da kaybın yaşanması halinde; kadınlığı/dişiliği ve cinselliği tehdit ederek, kadının kendini işe yaramaz, eksik, çirkin, kusurlu algılamasına neden olmaktadır (10). Kadının kendi bedenine karşı algısındaki bu değişim; öz güven, beden imajı ve benlik saygısını azaltabilmektedir (11). Yapılan çalışmalarda kadınların jinekolojik kanser ve uygulanan tedavilere bağlı vücut bütünlüğündeki değişimlerin, beden imajı ve benlik saygısını azalttığı belirlenmiştir (12,13,14).

Jinekolojik kanserler kadının beden imajı ve benlik saygısını etkilemesinin yanı sıra pek çok farklı sorunlara da neden olmaktadır. Jinekolojik kanser nedeniyle kadının yaşayabileceği bu sorunlar; hastalık ve tedavilere bağlı uyum sorunları, aile içi rol ve sorumluluklarda değişim, ölüm korkusu, uygulanan tedavilere (kemoterapi, radyoterapi, cerrahi gibi) bağlı gelişebilecek sorunlarla baş etmede güçlük şeklinde sıralanabilir (7,11,15). Literatürde jinekolojik kanser tanı-tedavisinin ardından hastaların; yemek yeme, banyo yapma, günlük hijyen alışkanlıklarını devam ettirme ve yürüme gibi rutinleri yapabilmekte dahi zorluk yaşadıkları bildirilmektedir (10,13,16).

Jinekolojik kanserler ve uygulanan tedaviler kadınların fiziksel sağlıklarını olumsuz şekilde etkilemektedir. Jinekolojik kanserli hastalarda en yaygın ve günlük işlevleri en fazla etkileyen fiziksel sorunların başında ağrı gelmektedir (17). Palmer ve arkadaşları (2009) yaptıkları çalışmada, over kanserli hastaların yaklaşık %40'ından fazlasında ve ilerlemiş servikal kanserli hastaların ise %70-75'inde ağrı saptamışlardır (18). Yorgunluk, kanser tedavisini takiben aylar, yıllar sonra ortaya çıkabilen, sürekli tekrarlama özelliği gösterebilen anemi, kaşeksi ve enfeksiyon bağlı olarak da gelişebilen bir sorundur (19). Ahlberg ve arkadaşları (2003) servikal kanserli hastalarda; radyoterapi'yi takiben %80'inde yorgunluk saptamışlardır (19). Jinekolojik kanserli hastalarda uykusuzlukta ciddi sorunlar arasındadır (6). Yapılan çalışmalarda kanserli hastalarda ağrı, güçsüzlük ve ölüm korkusuna bağlı uykusuzluk sorununun sık yaşandığı belirlenmiştir (16,18). Jinekolojik kanserli hastalarla gastrointestinal sorunlarda sıklıkla gelişebilmektedir. Yapılan çalışmalarda; endometrium ve servikal kanserli hastaların abdominal radyoterapi sonrası %71'inde gastrointestinal sorunlar (tat almada değişim, stomatit, bulantı-kusma, iştahsızlık,

sürekli devam eden ishal ya da konstipasyon gibi) (7,17) ve %80'inde anoreksi ve malnütrisyon geliştiği saptanmıştır (20,21). Jinekolojik kanser tedavileri kadınların dış görünümünde değişimlere yol açabilmektedir (13). Bu değişimler; alopesi, derideki kıllarda dökülme (22), radyoterapiye bağlı ışın bölgesinde deride kuruma, deride döküntü, renk değişikliği ve yanık en belirgin olanlarıdır (23). Knapstein ve arkadaşlarının (2004) yaptıkları çalışmada, jinekolojik kanserlerde kadınlarda kemoterapi tedavisini takiben alopesi, radyoterapi tedavisini takiben de deride yanık ve döküntülerin geliştiği belirlenmiştir (13).

Jinekolojik kanser ve tedavileri kadınların fiziksel sağlıklarını olduğu kadar cinsel sağlıklarını da olumsuz yönde etkileyebilmektedir (11,12). Jinekolojik kanserler doğrudan kadının üreme organlarını etkileyerek cinselliğini tehdit etmekte ve cinsel sorunların yaşamasına neden olabilmektedir (24,25). Jinekolojik kanserli hastalarda cinsel sorunların gelişmesinde, organ kaybı (vulva, vajen, uterus gibi), operasyonlara (geniş skar bölgeleri, kateterler, kolostomi gibi) bağlı kadının vücut bütünlüğünün değişmesi etkili olmaktadır (4,25). Literatürde jinekolojik kanserli kadınların hastalığa ve tedavilere bağlı cinsel sorun yaşama durumlarının %80 civarında olduğu belirtilmektedir (26,27). Yapılan çalışmalarda jinekolojik kanserli hastalarda sıklıkla cinsel ilgi ve istekte azalma, cinsel ilişki ve yakınlaşmadan korkma, dispareni (28,29), menopoza bağlı vajinal sorunlar (vajinal kayganlıkta azalma, vajende elastikiyet kaybı, penis penetrasyon yetersizliği), cinsel ilişkiden tikslenme ve cinsel ilişki sıklığında azalma gibi cinsel sorunların geliştiği belirlenmiştir (25,30). Wiltmoth ve arkadaşlarının (2000) jinekolojik kanser tedavisi alan kadınlar ve eşleri ile yaptıkları çalışmada; çiftlerin tedavi sonrası cinsel ilişkiden memnuniyetlerinin azaldığı, orgazm olamadıkları, cinsel çatışma yaşadıkları, bedensel dokunmalardan (temastan) kaçındıkları, cinsel fantezilerinin azaldığı ve kadınların vücut görüntüsündeki değişimine bağlı çekicilik ve dişilik kaybı yaşadıkları belirlenmiştir (11). Jocham ve arkadaşlarının yaptıkları diğer bir çalışmada (2009) ise, jinekolojik kanserli kadınların tedaviler sonrasında, eşlerine hastalık geçirme korkusu nedeniyle cinsel temastan kaçındıkları, hastalıklı bölgeye bakmak, dokunmak gibi aktivitelerde bulunmadıklarını belirlenmiştir (31).

Jinekolojik kanser tedavilerine bağı olarak gelişen fiziksel, cinsel ve beden bütünlüğündeki değişim ile ilgili tüm sorunlar kadınların hastalığa uyum sürecini güçleştirerek psikolojik sorunlara yol açabilmektedir (32). Jinekolojik kanserli hastalarda psikolojik sorunlar; daha çok hastalığın adının verdiği korku ve hastalık sürecinde yaşanan sağlık sorunlarının yoğunluğundan kaynaklanmaktadır (33). Yapılan çalışmalarda jinekolojik kanserli kadınların sinirlilik (32), ölüm korkusu, anksiyete, depresyon, yalnızlık (34), suçluluk, çaresizlik, değersizlik, baş etmede yetersizlik gibi psikolojik sorunlar yaşadıkları belirlenmiştir (30,35,36). Bradley ve arkadaşlarının (2006) yaptıkları bir çalışmada, servikal kanserli hastaların tedavilerin ardından %55'inde psikolojik sorunların geliştiği ve bu sorunların iki yıldan uzun süre devam ettiği belirlenmiştir (36).

Jinekolojik kanserli kadınların yaşadıkları tüm bu sorunlar yaşamlarını zorlaştırarak, yaşam kalitelerini azaltmakta ve tedavinin her aşamasında sağlık bakım hizmetine olan ihtiyaçlarını artırmaktadır (37). Kanser hastalarının yaşamın her aşamasında sağlık bakımına ihtiyaçlarının artması, ve kanserin ölümcül olmaktan çok kronik bir hastalık olarak görülmesi sağlık bakım hizmetlerinin gelişmesine ve bu doğrultuda evde bakım hizmetleri ön plana çıkmasına neden olmuştur (4,37). Kanserli hastalarda evde bakım hizmeti, hastaların uzun süre hastane tedavi ve bakım hizmeti alma gereksinimlerinin olması ve maliyetin yüksek olması nedeniyle talebin artmasında etkili olmuştur (37,38). Böylece jinekolojik kanserli kadınlara evde tıbbi, psikolojik, sosyal bakım hizmetleri ve danışmanlık sağlanmaya başlanmıştır (3).

Jinekolojik kanserli hastalarda evde bakım hizmetinin çeşitli amaçları vardır. Bu amaçlar hastanın; sağlığını koruma, sürdürme, hastalığa uyumunu sağlama, kanser tedavilerinin yan etkilerini en aza indirme, yaşamının son dönemini kaliteli geçirme şeklinde özetlenebilir (27,30). Dolayısıyla jinekolojik kanserli hastalarda evde bakım hizmeti büyük önem taşımaktadır ve hastaların jinekolojik kanser tanısı alıp tedaviye başladıkları dönemden itibaren başlayarak, taburculuk sonrası evde bakım ve danışmanlık hizmeti şeklinde multidisipliner şekilde sürdürülmesi önem arz etmektedir. Yapılan randomize kontrollü çalışmalarda evde bakım alan jinekolojik kanserli hastaların almayan hastalara göre fiziksel sorunlarının (ağrı, yorgunluk, bulantı-kusma gibi) azaldığı (31,39,40), psikolojik sağlıklarının (etkili baş etme yöntemleri kullanma, stres ve ölüm korkusunda azalma, geleceğe umutla bakma gibi)

belirgin derecede iyi olduğu (38,41), genel sağlık durumlarından daha çok memnun oldukları (40,41), cinsel ve sosyal yaşamlarının pozitif yönde etkilendiği ve yaşam kalitelerinin arttığı belirlenmiştir (27,42). McCorkle ve arkadaşları (2009); Hırabayaski ve arkadaşları (2007) yaptıkları çalışmada, evde bakım hizmeti alan jinekolojik kanserli hastaların; cerrahi ve radyoterapiyi takiben 3 ay sonra cinsel sorunlarının daha az geliştiğini ve cinsel sorunlarını daha rahat ifade ettiklerini belirlemişlerdir (43,44).

Jinekolojik kanserli hastalarda evde bakım hizmetinin, ayrıca hastaların tedaviler sonrasında hastanede yatış sürelerini kısaltma, taburculuk sonrası hastaneye tekrar başvurma sıklığını ve hastane enfeksiyon riskini azaltma, hastanın bildiği-tanıdığı, rahat, sakin bir ortamda tedavi almasını sağlama, tedavi maliyetini azaltarak yaşam kalitesini artırma gibi önemli etkileri de bulunmaktadır (45,46,47). Mccorkle ve arkadaşları (2000); Lowermilk'in (2006) evde bakım hizmeti alan jinekolojik kanserli hastalar ile evde bakım hizmeti almayanları karşılaştırdıkları çalışmalarında; evde bakım hizmeti alan grubun evde bakım hizmeti almayan gruba göre, taburculuk sonrası hastaneye tekrar başvurma sıklığının, enfeksiyon gelişme oranlarının yarı yarıya daha az olduğu belirlenmişlerdir (30,46). Yapılan diğer bir çalışmalarda, evde bakım hizmeti alan kanserli hastaların %20'sinin tedavi ve bakım açısından ev ortamlarını tercih ettikleri, ev ortamında daha rahat oldukları, kansere bağlı gelişen sorunlarla daha kolay baş ettikleri, sosyal izolasyon yaşamadıkları ve aileleri ile birlikte daha mutlu oldukları belirlenmiştir (47,48).

Jinekolojik kanserli hastalara evde bakım hizmetleri, teknolojik gelişmelerle birlikte ev ortamlarında intravenöz (IV) ilaç tedavilerini (KT gibi) uygulamaya olanak sağlamıştır (31). Ev ortamında IV ilaç uygulamaları hastaların birçok sağlık sorununun çözümlenmesine yardımcı olmaktadır. Rischin ve arkadaşları (2000); Bakitas ve arkadaşları (2009) yaptıkları çalışmada, evde uygulanan infüzyon tedavisinin (KT, morfin vb) kanser hastanın; ağrı kontrolünü sağlamada (48), hasta ve aile üyelerinin anksiyete, bakım yükü ve tedavi maliyetini azaltmada etkili olduğunu belirlemişlerdir (48,49).

Jinekolojik kanserli hastalarda evde bakım hizmetinin hasta sağlığı açısından olumlu sonuçlar sağlamasında ve yaşam kalitesinin yükseltilmesinde hemşirelerin

çok büyük rol ve sorumluluğu bulunmaktadır (21). Hemşireler; kaliteli, sürekli ve kanıta dayandırılmış bir evde bakım hizmeti ile hastalarda kanser tedavileri sonrası gelişebilecek komplikasyonlara erken müdahalede bulunarak önlenmesinde ve azaltılmasında etkin rol almaktadırlar (21,22). Ancak, ülkemizde evde bakım hizmetleri, halen toplumdaki evde bakıma ihtiyaç duyan özel grupların (jinekolojik kanserli hastalar gibi) gereksinimlerini karşılayacak düzeyde değildir. Bununla birlikte hastaların hastanede tedavi aldıkları süre içerisinde bakım hizmetinin sadece fiziksel bakım ile sınırlı kalması, jinekolojik kanserli hastalarda evde bakım ve danışmanlık hizmeti gereksinimini artırmaktadır. Bu nedenle hemşirelerin, jinekolojik kanserli hastalarda evde bakım hizmeti vermeleri ve bunun içinde öncelikle bakım için gerekli planlamaları yapmaları gerekmektedir. Jinekolojik kanserli hastalarda evde bakım hizmeti planlanmasında bütüncül, multidisipliner bir yaklaşım benimsemeli ve hasta bakım gereksinimleri ön planda olmalıdır.

Hemşireler, kanserli hastalarda evde bakım hizmetini sağlamadan önce hastayı ilk olarak ayrıntılı bir şekilde değerlendirmelidir ve hastanın sorun ve gereksinimleri hakkında detaylı bilgi almalıdır. Hemşirenin hastaya ait toplayacağı bilgi içeriğinde; hastanın öyküsü, vücut muayenesi, kendine bakım yetenekleri, fiziksel bakım gereksinimleri, psiko-sosyal, cinsel değerlendirmeleri ve maddi durumu yer almalıdır (20). Hemşire hastaya ait bilgiler ışığında hasta gereksinimleri doğrultusunda evde bakım planını geliştirmelidir. Jinekolojik kanserli hastaya yönelik evde bakım hizmeti için yapılan planlamada; hastanın beslenme, hareket, eliminasyon, ventilasyon, dolaşım durumu, IV tedavisi, temel fiziksel bakımı (yara bakımı, genel hijyen gibi), ağrı yönetimi, hasta ve ailesinin eğitimi, psikososyal ve cinsel danışmanlığı kapsam içerisine alınarak hazırlanmalı ve uygulanmalıdır (17,20,30). Böylece hastalık sürecinde, hastayı etkileyen fiziksel, psikolojik, sosyal ve cinsel sorunlar değerlendirmeye alınabilecektir.

Ülkemizde jinekolojik kanserli hastalarda evde bakım hizmetlerine yönelik çalışmalar oldukça sınırlıdır. Yapılan çalışmalarda jinekolojik kanserli hastaların yaşam kalitesi üzerine odaklanılmıştır. Jinekolojik kanser tedavileri sonrası gelişen sorunların çoğunluğu etkili hemşirelik bakımı ve eğitimi ile önlenbilir ya da sıklığı azaltılabilir. Bu nedenle etkili bir evde bakım hizmeti ve eğitimleri ile basit gibi

görülen sorunlar erken dönemde tanılanarak çözüme kavuşturulabilir ve kadının yaşamını uzun yıllar etkileyebilecek komplikasyonlar ortadan kaldırılarak yaşam kalitesi artırılabilir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırma, jinekolojik kanser hastalarına uygulanan evde bakım hizmetinin yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Hipotezler

H₀: Jinekolojik kanserli evde bakım hizmeti alan hastalar ile almayan hastaların yaşam kaliteleri arasında fark yoktur.

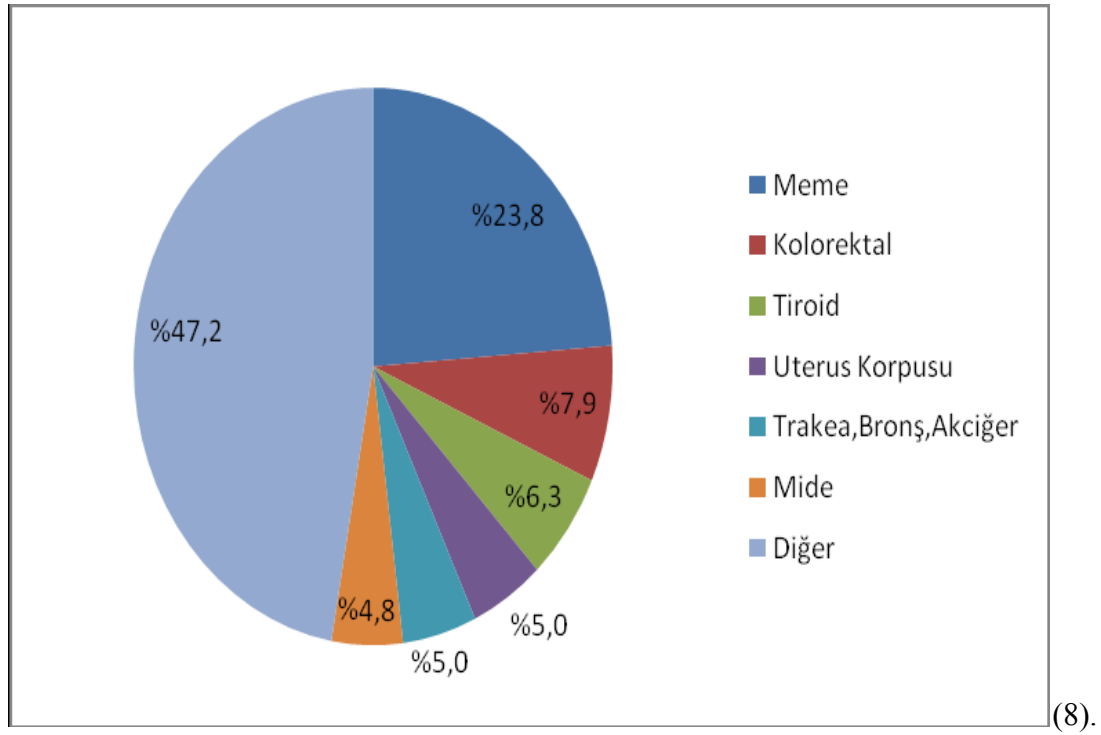
H₁: Jinekolojik kanserli evde bakım hizmeti alan hastalar ile almayan hastaların yaşam kaliteleri arasında fark vardır.

2. KONU İLE İLGİLİ YAYINLAR VE ÇALIŞMALAR

2.1. Kanser

Kanser, hücrelerin kontrolsüz büyümesi ve anormal şekilde yayılımı ile karakterize bir hastalıktır. İnsanlık tarihi kadar eski olan bu hastalık, günümüzde dünyada ve Türkiye’de önemli sağlık sorunları arasında yer almaktadır. Kanser, Amerika Birleşik Devletleri (A.B.D.) ve Avrupa’ da birçok gelişmiş ülkelerde yüksek teknolojik tedavi yöntemlerine rağmen, halen kalp hastalıklarından sonra ikinci sırada ölüme neden olan hastalıktır ve tüm ölümlerin %13’ünden sorumludur (3,5,50). Dünya Sağlık Örgütü (D.S.Ö.) geçtiğimiz 30 yıl içinde küresel kanser yükünün iki kat arttığını belirtmiştir. DSÖ verilerine göre, 2008 yılında 6,7 milyar dünya nüfusunun, 12 milyonu yeni kanser tanısı almış, 7 milyon vaka kanserden ölmüş ve 25 milyonunun da kanser hastalığı ile halen hayatta olduğu tahmin edilmektedir (1). Dünya’da kanser sıklığı ülkeden ülkeye değişmektedir. Ancak dünyada genel kanser insidansı yüzbinde 100-350 olarak bildirilmektedir. Amerika Birleşik Devletleri (ABD) için genel kanser insidansı erkekler için yüzbinde 621.4, kadınlar için yüzbinde 408.0 olarak bildirilmektedir (1,51). Avrupa Birliği ülkelerindeki kanser insidansları ise yüzbinde 350-450 arasında değişmektedir (İrlanda’da 338, Fransa’da 423, Belçika’da 469 gibi) (51). Ülkemizde Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı 2004- 2006 yılı verilerine göre kanser insidansı; erkeklerde tüm kanserler için yüz binde 245, kadınlarda ise yüz binde 164’tür. Erkeklerde en sık görülen kanserler; akciğer, prostat, mesane, kolorektal ve mide kanserleri iken kadınlarda meme, kolorektal, tiroit, uterus korpusu ve akciğer kanserleri olarak sıralanmaktadır (8).

**Şekil 1: Kadınlarda en sık görülen kanserler
(Türkiye, 2004-2006)**



Kanser insidansındaki artışa paralel olarak, günümüzde artık kanserin doğası anlaşılmış, tanı ve tedavi yöntemlerinde (kemoterapi, radyoterapi, cerrahi ve immünoterapi gibi) önemli ilerlemeler kaydedilmiştir (52). Kanser tanısı konan hastaların bireysel özellik ve hastalık durumuna göre bu yöntemlerden bir veya birkaçı tedavide kullanılarak hastaların yaşam süresinin uzaması ve daha kaliteli yaşaması amaçlanmaktadır (52). Bu nedenle kanserin tanı ve tedavi yöntemlerindeki teknolojik ilerlemeler hastalığın artık günümüzde ölümlerle eş değer ve çaresiz bir hastalık olarak değil de, kronik bir hastalık olarak kabul edilmesine neden olmuştur. Bu bakış açısı, hastaya verilecek olan bakım ve desteğin boyutunu da genişletmiştir. Artık kansere yaklaşım; sağlıklı yaşam alışkanlıkları edinme, risk tanımlama ve gereken önlemleri alma, erken tanının öneminden başlayarak hastalığı kabullenme, öz bakım gücünü geliştirerek kronik hastalıklarda olduğu gibi, hastalıkla yaşamını sürdürme ve baş etme becerisi geliştirme, palyatif tedavi ve terminal hasta bakımına kadar uzanan geniş bir yelpaze bakım ve desteğin boyutunu oluşturmaktadır (49). Bu

yaklaşım kanser yönetiminde, sağlık profesyonellerine (hemşire gibi) çeşitli hizmet alanlarında (ev, iş ortamı, okul, rehabilitasyon merkezleri ve yaşlı bakım evleri gibi) farklı sorumluluklar getirmektedir. Toplumla iç içe ve yakın temasta olan hemşireler, topluma sağlığı geliştiren eğitim ve danışmanlık hizmetleri ile doğru sağlık alışkanlıklarını kazandırma, kanserden korunma ve erken tanıda kullanılan yöntemler (pap-smear test gibi) ve önemi konusunda bilgilendirme yapabilecek profesyonel kişilerdir. Bunun yanı sıra hemşireler; hastalığın tanı-tedavi ve rehabilitasyonu, hastalıkla birlikte yaşamın sürdürülmesi, hastalık semptomların kontrolü ve terminal dönem bakımı olmak üzere hastalığın tüm evrelerinde en yüksek kalitede bakım, danışmanlık vermek ve hastalarının yaşam kalitelerini yükseltmekle sorumlu sağlık personeli (53).

2.2. Jinekolojik Kanseler

Jinekolojik kanseler kadın genital organlarının malign hastalıklarıdır. Etkilenen üreme organına göre belirtileri farklılık gösteren jinekolojik kanselerin büyük bölümünü endometrium, over ve serviks kanseri oluşturmaktadır (54). Jinekolojik kanseler, meme kanserinden sonra kadınlarda morbidite ve mortalitenin en önemli nedenlerinden biridir (55). Bu nedenle jinekolojik kanselerde görülme sıklığı, risk faktörleri, korunma ve tedavide kullanılan yöntemler büyük önem taşımaktadır (54). Jinekolojik kanselerin görülme sıklığı ülkeden ülkeye değişiklik göstermektedir. Örneğin; Amerika'da endometrium kanseri (%51) jinekolojik kanseler arasında ilk sırada yer alırken, ikinci ve üçüncü sırayı over (%26) ve serviks kanserleri (%15) izlemektedir (55). Benzer şekilde İsviçre ve Kanada gibi ülkelerde de uterus kanseri ilk sıralarda yer almaktadır (56). Avrupa'da ise over kanseri jinekolojik kanseler arasında ilk sırada bulunmaktadır (56). Tüm dünyada kadınlarda ise özellikle az gelişmiş ülkelerde (Hindistan, Afrika ve Asya ülkeleri gibi) yetersiz serviks kanseri taraması, korunmasız ve çoklu cinsel eş seçimi ve yüksek doğurganlık oranına bağlı olarak en sık görülen jinekolojik kanser serviks kanseridir (57). Jinekolojik kanseler, Amerikan Kanser Derneği'ne (2010) göre, (serviks, over, endometrium gibi) tüm kadın kanserlerinin %9'unu oluşturmaktadır (6). Amerikan Kanser Derneği (2010), kadınlarda görülen tüm kanseler arasında

ölüme neden olma bakımından endometrium ve over kanserlerinin dördüncü ve dokuzuncu sıralarda yer aldığını bildirmektedir (6). Ülkemizde 2004-2006 Kanser Savaş Dairesi Başkanlığı 2004-2006 yılı verilerine göre, jinekolojik kanserler tüm kadın kanserlerinin %11.9'unu oluşturmaktadır (8). Globocan 2008 yılı verilerinde ise ülkemizde kadınlarda görülen tüm kanserler arasında ölüme neden olma bakımından over, serviks ve endometrium kanserlerinin altıncı, yedinci ve dokuzuncu sıralarda yer aldığı belirtilmektedir (9).

2.2.1. Servikal Kanser

Servikal kanser, daha çok 30-55 yaş kadınlarda sıklıkla görülmektedir (58,59). Genç yaştaki kadınlarda servikal kanser vaka sayısının artması erken tarama yöntemleri ile erken evrede kolayca tanılmanın yapılmasından kaynaklanmaktadır. Serviksin lokalizasyonu ve hücre-doku analizine uygun olması serviks kanserinin ayrıntılı incelenmesine olanak sağlamıştır (58). Literatürde servikal tümörlerin çoğunun tedrici olarak başladığı, preinvazif (hücre içinde başlayan anormallik) lezyonların, invazif durumun gelişmesinden yıllar önce mevcut olduğunu göstermiştir. Preinvazif dönem asemptomatiktir, ancak pap smear testi ile servikal intraepitelyal neoplazilerin (CIN) saptanmaları mümkündür (58,60,61). Ancak gelişmekte olan ülkelerde ve Türkiye’de servikal kanser, düzenli taramaların olmaması nedeni ile hala önemli bir sağlık sorunu olmayı sürdürmektedir (60).

İnsidans

Serviks kanseri meme kanserinden sonra kadınlarda mortalite ve morbiditenin en önemli nedenlerinden ikincisidir (58). Serviks kanseri tüm dünyada görülme sıklığı olarak kadınlarda en yaygın üçüncü, jinekolojik kanserler içinde birinci sırada yer almaktadır ve tüm kadın kanserlerinin %13’ünü oluşturmaktadır (9). Türkiye’de Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı 2004-2006 verilerine göre kadınlarda en sık görülen kanser sıralamasında serviks kanseri sekizinci sırada yer almaktadır ve insidansı yüzbin kadında 4,6 olarak hesaplanmıştır (8).

Son yıllarda özellikle gelişmiş ülkelerde invazif servikal kanser insidansı pap smear testinin yaygın olarak kullanılmasına bağlı olarak %50’ye yakın oranda azalma olmuş, ancak preinvaziv karsinoma insidansında da artma gözlenmiştir (60,62).

Bunun sonucunda preinvaziv karsinomunun (hücre içinde başlayan anormallik) 30-39 yaş, invazin servikal kanser insidansında 40 yaş üzerinde olan kadınlarda daha yüksek olduğu rapor edilmiştir (59, 61).

Risk Faktörleri

Servikal kanser riskini artıran faktörler aşağıda verilmiştir (7,24, 58-61,63-65):

- 30-55 yaş grubunda olma
- Düşük sosyo ekonomik düzey, kötü hijyen koşulları
- Erken yaşta cinsel ilişkiye başlama (18 yaştan önce)
- 3'den fazla eş ile cinsel ilişkiye girme (poligamik davranış),
- Eşte prostat ya da penis kanserinin olması
- 3 ve daha fazla doğum yapma
- Anormal pap test hikayesi (Servikal displazi)
- Fazla sigara icme (Sigara kullananlarda risk 2 kattır,
- Intrauterin DES'e maruz kalma
- Cinsel yolla geçen hastalığa sahip olma, özellikle human papilloma virüs (HPV) tip 16-18, herpes simpleks virüs (HSV) tip 2, Human Immunodeficiency Virus (HIV) ve sitomegalovirus (CMV), Tedavi edilmemiş diğer vajinal enfeksiyonlar, özellikle trikomonas vajinalis.
- Düşük sosyo-ekonomik düzey, kötü genital hijyen alışkanlıkları (enfeksiyon ajanları ile karşılaşma olasılığı arttığı için).
- Irk (Afrikalı Amerikalılarda servikal kanser hızı bütün yaşlarda beyazların iki katıdır ve ırksal farklılıklar sağkalımda da kendini göstermektedir ve Afrikalı Amerikalılar için 5 yıllık sağkalım %57 iken, bu oran beyazlarda %69'dur.

Korunma

Serviks kanserine neden olabilecek faktörlerin bilinmesi, alınacak önlemler ve kanserin eradikasyonu açısından önemlidir (58). Hemşireler, riskli gruplar başta olmak üzere tüm kadınlar için servikal kanser riskleri konusunda toplum eğitim programları hazırlamalıdır. Bu programlar (58,61,64,65);

- Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan ve gebelikten korunmak için kondom ve

- ya diyafram gibi bariyer tip kontraseptif yöntemlerin kullanılması
- Cinsel ilişki yaşının geciktirilmesi (18 yaştan önce olmamalı) ve tek eşli cinsel yaşam tercih edilmesi
- Sigara kullanımının bırakılması
- Siklus dışı anormal kanamalara ve akıntılara, özellikle cinsel birleşme sonrası kanamalara kanserin erken belirtisi olabileceğinden dikkat edilmeli
- Kişisel genital hijyen hakkında bilgilendirme
- Serviks kanserine önlem olarak aşılama programlarının uygulanması (HPV aşısı)
- Cinsel yönden aktif ve 18 yaşına gelmiş kadınların yıllık pap smear testi kontrolleri izlenmeli,
- Ayrıca, serviksin preinvazif lezyonlarının pap smear testi ile erken dönemde ve kolayca tanılanmasının mümkün olduğu ve bu lezyonların tedavi şansının yüksek olduğu önemle vurgulanmalıdır.

Tarama

Servikal kanser için tarama testi pap smear (papanicolaou) testidir. Pap smear testi squamokolumnar kavşaktan örnek alınarak uygulanır. Pap smear testi 18 yaşını geçmiş cinsel yönden aktif kadınlarda yıllık pap smear yapılmasını ve iki ya da daha fazla yıllık pap smear sonucu negatif çıktığında bu kontrollerin daha seyrek aralıklarla yapılabileceğini önermektedir (59,60,62).

Patofizyoloji

İnvazif servikal kanserleri D.S.Ö. üç ana histolojik tip altında toplamıştır ve servikal tümörlerin %70-80'ni squamoz karsinoma, %10-20'si adenokarsinoma ve %10'u diğer kanserler (adenosquamoz kanser, adenoid kistik kanser gibi) (4,61,66) olarak sınıflandırılmıştır. Serviksin adeno karsinomaları daha çok genç kadınlarda görülür ve belirti vermeden sessizce büyümektedirler (66).

Servikal kanserler; preinvazif ve invazif olmak üzere iki grupta incelenmektedir.

- **Preinvazif Servikal Kanser**

Servikal Intraepitelyal Neoplazi (CIN) ya da preinvazif neoplazi, serviksin erken dönemdeki anormalliklerini açıklamak için kullanılmaktadır. Preinvazif kanserde anormallik sadece hücre ile sınırlıdır. CIN'in gelişme zamanı, serviks invazif kanserin gelişiminde yaklaşık 10 yıl daha öncesine rastlamaktadır (61). Hücrelerdeki bozukluklar genellikle servikste ilk aşamada ülseratif lezyonlara yol açmadığından anormal uterus kanaması gibi belirtiler gelişmemektedir. Bu dönemde spekulum muayenesinde serviks sağlıklı görülmektedir (58,61). Bu nedenle servikal kanser preinvazif dönemde asemptomatiktir ancak kadının zaman zaman kötü kokulu sarımsı sulu vajinal akıntı dikkatini çekebilir (66). Preinvazif kanserde sınıflama Tablo 1'deki gibidir.

***CIN I hafif displazi;** epitelin 1/3'ünden daha azını içine alan neoplastik değişimler

***CIN II orta şiddette displazi;** epitelin 2/3'nü kapsayan neoplastik değişimler

***CIN III şiddetli displazi ya da karsinoma insitu;** epitel kalınlığının tümünü kapsayan neoplastik değişimler (stromaya invazyon ya da metastaz yok) (4,58).

Tablo 1- Sitolojik raporların açıklanması

Klas	CIN Terminoloji	Tanımlama	Açıklama
I		Smear normal, anormal hücre yok	Normal
II		Servikal neoplazi düzeyinin altında atipik hücreler mevcut	Diğer - Enfeksiyon, -Reaktif ve reperatif (tepkisel ve tamirsel değişiklikler - Squamous hücre Anormallikleri- atipik şüpheli atipik
III	CIN I, CIN II CIN III	Smearde displazi ile uyumlu anormal Hücre: Hafif CIN I; orta CIN II Smearde, yüksek	SIL düşük grade yüksek grade,

		dereceli ciddi displazi ile uyumlu anormal SIL hücreleri: CIN III	
IV	CIS	Karsinoma in situ	SIL, yüksek grade
V	ISC	İnvazif Squamoz Karsinoma	Squamoz hücreli karsinoma
<i>CIN : Cervikal İntraepitelyal Neoplazi; SIL : Squamoz İntraepitelyal Lezyon; CIS : Karsinoma İn situ; ISC : İnvazif Squamoz Cell</i>			

(66).

Tanıma: Düzenli yapılan pap test ile servikal neoplazilerin %90'ı erken dönemde teşhis edilebilmektedir (4,67,68). Erken tanı, servikal kanserlerde tedavi şansını %100'e çıkarırken, mortalite oranını da %50 azaltmaktadır (63,64).

Tedavi Yaklaşımı: Preinvazif neoplaziler/SIL'in tedavisi; kriyocerrahi, lazer cerrahi, elektrokoter, kone biyopsi ve histerektomi (Total abdominal ya da vajinal) ile gerçekleştirilebilir (61,66,67).

- **İnvazif Servikal Kanser**

Tümörün intraepitelyal sınırlardan çıkıp serviks stromasına yayıldığı durumlara “*invazif servikal karsinoma*” denir. Serviks kanseri direk yolla serviks stromasına yayıldıktan sonra, kan ve lenf yolu ile ya da intraperitonel implantasyon yolu ile metastazlar yapabilir (63,66).

Klinik Görünüm:

Servikal kanserin en yaygın semptomu anormal vajinal kanama veya akıntıdır. Anormal vajinal kanama poskoital lekelenme, muayene sonrası dokunma kanamaları, intermenstrüel kanama veya ağır menstrüel kanama (menoraji) şeklinde olabilmektedir (59). İlerlemiş servikal kanserlerde zaman zaman kötü kokulu sarımsı vajinal akıntı en sık görülen şikayetlerdendir (58,59). İlerlemiş servikal kanserlerde geç belirtiler malignensinin yayıldığı organa yönelik değişiklik (rektal kanama, üreterlerin tıkanması gibi) göstermektedir (4).

Tanulama:

Genel anestezi altında klinik muayene, servikal biyopsi, endoservikal küretaj, sistoskopi ve proktosigmoidoskopi, göğüs ve iskelet radyografisi, IV pyelografi, baryumlu lavman, kan kimyası, tümör markerları (CA-125 gibi) değerlendirilir (58).

Evreleme:

Anestezi altında hastanın tam muayenesinden elde edilen bilgilerle klinik olarak derecelendirilir. Bu muayene ile vajinanın üst kısmı gözlemlenmektedir ve parametrial yan dokular palpe edilerek cerrahi girişimin planı yapılmaktadır (59,61,66).

Tedavi Yaklaşımları:

Tedavi; kadının yaşına, genel tıbbi durumuna, kanserin genişliğine ve herhangi bir komplikasyon bulunma durumuna göre belirlenmektedir. Evre IA 1’de kadın fertilitatesini tamamlamış ise Total Abdominal Histerektomi (TAH), fertilizasyonunu tamamlamamış ise konizasyon yapılmaktadır (63). Bu evrede cerrahi işlemi takiben intrakaviter radyoterapi uygulanabilmektedir. Evre IA’2 de lenfovasküler etkilene riski yüksek olduğu için radikal histerektomi yaklaşımı tercih edilmektedir. Evre IB-IIA arası hastalar için tedavi seçeneği tartışmalı da hala cerrahi ya da radyoterapi şeklindedir. Evre IIIB ve IVA genelde brakiterapiyi takiben yüksek doz eksternal pelvik radyasyon tedavide kullanılırken, genel sağlık durumu iyi olan hastalara radikal cerrahi de önerilmektedir (58,63).

Prognoz

Servikal kanserlerde prognoz hastalığın evresine göre değişmektedir. Erken teşhis edilen vakalarda beş yıllık hayatta kalma oranı %100’e kadar yükselirken, uzak metazların olduğu vakalarda beş yıllık hayatta kalma oranı % 9’lara kadar düşmektedir (4,68).

2.2.2.Endometrial Kanser

Endometrium kanseri Amerikalı kadınlar arasında en sık görülen jinekolojik kanserdir (55,59). Dünyada jinekolojik kanserler açısından serviks kanserinden sonra ikinci, tüm kanserler içinde sekizinci, mortalite hızı açısından serviks ve over kanserinden sonra üçüncü sırada yer almaktadır (58,59). Endometrium kanseri vakalarının dörtte üçü tipik olarak anormal vajinal kanama ile başvuran postmenopozal dönemdeki kadınlardan oluşmaktadır (59). Endometrial kanser için ortalanca yaş 61'dir (58). Hastalıktan etkilenen kadınların %70'i erken dönemde tanılanmaktadır ve tedavi şansı artmaktadır. Çünkü endometrium kanseri yavaş büyüyen bir tümördür ve geç dönemlerde metastaz yapmaktadır (23,36).

Risk Faktörleri (4,23,58,61)

- Estrojene maruz kalmak (premenopozal dönemde uterusun progesteron eklenmeksizin estrogen replasman tedavisi alma, tamoxifen tedavisi alma gibi)
- Postmenopozal dönemde olmak (50-70 yaş)
- Erken menarş ve geç menopoz (52 yaştan daha sonra menopoza girmek)
- Nulliparite, infertilite, polikistik over ve düzensiz menstrüasyon hikayesi gibi kronik anovulatuvar siklusa işaret eden durumlar
- Obesite, diyabet ve hipertansiyonun birlikte bulunması
- Ailede kolon, meme, over ve endometrium kanseri hikayesi olmak
- Düşük sosyo-ekonomik durum
- Pelvik radyasyona maruz kalma gibi faktörler sayılabilir.

Hastalığın Önlenmesi ve Tarama

Endometrium kanseri için ilk metot, risk faktörlerini en aza indirmek ve öncül lezyonların uygun olarak saptanıp tedavi edilmesini sağlamaktır. Yıllık jinekolojik kontroller, diyetle yağ oranını azaltma, düzenli fiziksel egzersiz ve ideal vücut ağırlığının korunması, sağlıklı yaşam biçimi riskin azalmasına katkıda bulunabilmektedir (23,32,69). Endometrium kanserinde tarama için hassas ve özel bir test yoktur. Endometrial biyopsi endometrium kanserini saptamada yüksek duyarlılıkta olan bir tanılama yöntemidir (69). Ayrıca tanılamada endovajinal

ultrasonografi, histereskopi ve endometrial küretaj yöntemleri de kullanılmaktadır (70).

Klinik Görünüm

Endometrium kanserinde kolay bir değerlendirme yöntemi olmadığı için kanser, tanı hastaların %90'ının ilk belirtilerinin ortaya çıkmasından sonra konulmaktadır (62,69). Endometrium kanserinin en yaygın ve önemli belirtisi anormal vajinal kanamadır. Uterusun boyutlarında büyüme, alt karın ve sırtta ağrı geç belirtilerdir. Kanser yayıldığı ve metastaz yaptığı organlara ilişkin belirtiler de gelişebilmektedir (4,58,69).

Tedavi Yaklaşımları

Evre I ve II'de tedavinin amacı hastayı iyileştirmek ve yaşam süresini uzatmaktır. Endometrium kanserinin erken evrelerinde TAH+ BSO, ileri evrelerde derin invazyon varsa TAH+BSO yanı sıra pelvik ve paraaortik lenf nodu diseksiyonu, omentektomi ve peritoneal yıkama yapılmaktadır (63,70). Erken evre endometrium kanserlerinde (Evre I-II) cerrahi tedavi genellikle yeterli olmaktadır. İleri evre endometrium kanserlerinde (Evre III ve IV) ise cerrahiyi takiben öncelikle pelvik ve abdominal radyoterapi, bazı durumlarda ise kemoterapi ve radyoterapi kombine olarak uygulanmaktadır (4,58,59,63)

Prognoz

Beş yıllık yaşam süresi, evre I'de %86, evre II'de %66, evre III'de %44, evre IV'de ve uzak metastazların bulunduğu durumlarda %10'dan daha azdır (4,61).

2.2.3. Over Kanseri

Over kanseri jinekolojik kanserler arasında mortalite hızı en yüksek iki kanserden birisidir (23,51,54). Over kanseri tüm dünyada yedinci en sık görülen kanserdir. Avrupa'da over kanseri ilk sırada yer alırken, Amerika'da (%26) (51) ve Türkiye'de (%3.7) jinekolojik kanserler arasında ikinci sırada yer almaktadır (8). Kadınlarda yaşam boyu over kanseri gelişme riski yaklaşık 70 kadında bir'dir

(52,58,61,68). Her dört kadından üçünde over kanseri ileri evrelerde tanılanmaktadır ve hastalık sessiz ve sinsi bir şekilde ilerlemektedir (61).

Risk Faktörleri

Over kanserinin gelişmesinde genetik faktörlerin etken olduğu düşünülmektedir (4). Diğer risk faktörleri şöyle sıralanabilir (4,54,63,71):

- Ailede meme, over, kolon ve endometriyum kanseri hikayesi (özellikle anne, teyze ve kızkardeşte)
- 40 yaş üzeri
- Nulliparite, infertilite ve düşük parite
- Erken menarş, geç menopoz, overlerde fonksiyon bozukluğu, ovulasyon yokluğu
- Perineal bölgeye uzun süre talk kullanımı ya da aspezdaz gibi sanayi ürünleri ile uğraşma
- Beyaz ırk (musevi etnik grubundaki bireyler)
- Endüstrileşmiş ülkelerde yaşama,
- Aşırı kahve tüketimi.
- Vitamin A ve C içeren sebze ve meyvelerin tüketiminin yetersizliği.

Tarama, tanılama ve önleme

Erken evre over kanseri sessiz ve genellikle asemptomatik bir hastalıktır. Bu nedenle hastalığın erken evrede tanılanması zordur ve genellikle tümör büyüyüncüye kadar tanı konulamamaktadır. Over kanserinde hastalığa özel hassas, spesifik bir tarama yöntemi yoktur. Hastalık; pelvik muayene, serum tümör markerları (CA 125), transvajinal ultrasonografi, abdomen ve pelvis, komputere tomografi ile tanılanmaktadır. Bu nedenle riskli grupların yıllık jinekolojik kontrollerini yaptırmaları önemlidir (61-63,71). Bununla birlikte fertilizasyonunu tamamlamış ve over kanseri açısından yüksek riskli olan kadınlarda profilaktik oofektomi önerilmektedir (70).

Klinik görünüm:

Over kanseri tanısı alan hastaların %60'ı ileri evrededir (evre III ve ileri). Hastalık erken evrelerde genellikle asemptomatik olmakla birlikte bazı kadınlarda pelvik ağrı, hazımsızlık, konstipasyon gibi sorunlar gelişebilmektedir (61). Fizik muayene de immobil, ağrısız, bileteral, düzensiz ovariyal kitle bulunması önemli bir bulgudur ve kanser açısından şüphelenilmelidir (59,71).

Tedavi Yaklaşımı

Over kanserinde tedavinin temelini cerrahi oluşturmaktadır. Evre IA ve IB, grade I olan tümörlerde kadın fertil çağda ise unilateral oofektomi ile kadının fertilesinin devam etmesi sağlanabilir. Evre IC, grade 2 ve 3 olan tümörlerde radikal histerektomi (TAH-BSO-BLND) ve adjuvant tedavi olarak kemoterapi ve radyoterapi planlanabilir (58,63,71). Evre II-III arası tümörlerde cerrahi olarak, radikal histerektomi ve primer sitoreduktif cerrahi veya debulking planlanmaktadır. Evre I ve III arası olguların tedavisinde cerrahi ilk yaklaşım olmakla birlikte Evre IV için cerrahi girişim tartışmalıdır (59,62). İleri evre over kanserlerinde kemoterapi ve radyoterapi ile tümör küçültüldükten sonra cerrahi uygulama planlanmaktadır (61).

2.2.4. Jinekolojik Kanserli Kadınlarda Tedavi Yöntemleri ve Hemşirelik Bakımı

Jinekolojik kanserli hastalarda hemşirelik bakımı; tedavinin yan etkilerini kontrol etme ve sağlığı geliştirici davranışların kazandırılmasına odaklanması önemlidir. Bu nedenle jinekolojik kanser tedavilerine göre hemşirelik bakımı planlanmalıdır.

Cerrahi ve Hemşirelik Bakımı (12,24,28,58,63).

- Preoperatif dönemde dönme, öksürük ve derin soluk alma egzersizlerin, erken ambulasyonun antiembolik çorap kullanımının önemi konusunda bilgilendirme yapılmalıdır.
- Bağırsakların hazırlanması, kolostomi hakkında açıklamalar yapılmalıdır.
- Ostomi ile ilgili preoperatif dönemde eğitime başlanmalıdır.

- Hasta ile ağrı için ilaç kullanımı ve alternatif yöntemler (masaj, sıcak-soğuk uygulama gibi) konusunda tartışılıp kararlar alınmalıdır.
- Postop yara bakımı verilip ve hastanın yara bakımına katılımı desteklenmelidir.
- Cinsel fonksiyonlar konusundaki endişeler (cinsel ilgi, iste ve ilişki sıklığı gibi), anksiyete, depresyon, beden ve benlik imajı değişimleri değerlendirilir.
- Dini ve kültürel inanışlar (diyetle kısıtlılık, kan transfüzyonundan kaçınma) değerlendirilir.
- Yaşam bulguları, vücut sistemleri ve laboratuvar verileri değerlendirilir.
- Beslenme durumu, lenf ödemi, immobilizasyon etkisine bağlı deri bütünlüğünde bozulma, dinlenme, uyku durumu, derin ven trombozu değerlendirilmelidir.
- Psikososyal fonksiyonları değerlendirilmelidir.
- Sağlık kontrollerinin düzenli takip edilmesinin önemi konusunda bilgilendirme yapılmalıdır.

Radyoterapi ve Hemşirelik Yaklaşımı (7,12,58)

Kadınların;

- Tedavi öncesi anksiyete ile başetme durumu değerlendirilmelidir
- Tedavi planı açıklanmalıdır (internal ve eksternal radyoterapi gibi).
- Tedavinin yan etkileri (deriye ve kan değerlerine etkisi, bulantı- kusma, diyare, vajinal stenoza yol açması gibi) açıklanmalıdır.
- Derin ven trombozu değerlendirilmelidir.
- Hasta enfeksiyondan ve travmalardan korunmalıdır ve önemi açıklanmalıdır.
- Ağrı için ilaç kullanımı ve alternatif yöntemler (masaj, sıcak-soğuk uygulama gibi) tartışılmalıdır.
- Cinsel fonksiyonlar konusundaki endişeler (cinsel ilgi, iste ve ilişki sıklığı gibi), anksiyete ve depresyon durumu değerlendirilir.
- Dini ve kültürel inanışlar (diyetle kısıtlılık, kan transfüzyonundan kaçınma) değerlendirilir.
- Cinsel sorunlar değerlendirilir (vajinadaki daralma, elastikiyet kaybı gibi). Cinsel yönden aktif kadınlarda su bazlı vajinal nemlendiriciler

ilişki esnasında önerilebilir.

Kemoterapi ve Hemşirelik Yaklaşımı (58,62,63,67)

- Tedavi öncesi anksiyete ile başetme durumu değerlendirilmelidir
- Tedavi programı açıklanmalıdır (kemoterapik ajanlar ve etkileri, uygulama biçimi ve yan etkileri gibi).
- Cinsel fonksiyonlar konusundaki endişeler, anksiyete, depresyon, beden ve benlik imajı değişimleri değerlendirilmelidir.
- Tedavinin yaşam kalitesi ve cinsel fonksiyonlara etkisi değerlendirilir.
- Kemoterapi tedavisi esnasında gelişebilecek semptomlar ve bu semptomların yönetimi konularında hasta ve ailesine bilgilendirilmelidir.

2.3. Jinekolojik Kanser ve Tedavi Yöntemlerinin Kadın Cinsel Sağlığı Üzerine Etkileri

Cinsellik bireyin kişiliğini ve yaşam tarzını yansıtan bir olgudur. Dünya Sağlık Örgütüne göre cinsel sağlık bireyin somatik, entellektüel, zihinsel, duygusal ve sosyal yönlerinin bir bütünüdür ve cinsel iyilik halinde bireyin kişiliği, iletişimi ve sevgisi pozitif yönde gelişim göstererek zenginleşmektedir (72). Cinsellik, sadece cinsel ilişki kurabilme yeteneğinden çok daha fazla anlamları olan bir kavramdır. Pek çok kadına için cinsellik; vücutlarının görünümü, dişilikleri, doğurganlıkları, cinsel fonksiyon yetenekleri hakkındaki duygularını ifade etmektedir (25,73). Kadının beden imajı, öz saygısı ve benlik kavramı ile sıkı bir ilişki içerisinde ve bu nedenle cinsel fonksiyonlar dış görünüşteki ve ruhsal durumdaki değişimlerden, kişisel ve sosyal faktörlerden etkilenebilmektedir (72). Jinekolojik kanser tanılanma süreci ve tedavilerinden cinsellik direkt olarak etkilenmektedir. Jinekolojik kanserin tanılama süreci kadının dişi ve doğurganlık kimliğini tehdit ettiğinden cinselliği derinden etkilemektedir (25,73,74). Pek çok kadına göre sağlam bir uterusu sahip olmak ve doğurganlığının olması kadın olmakla aynı anlamı taşımaktadır. Kadının doğurganlığını kaybetmesi, kendini dişi olarak hissetmesini etkileyerek, yakın ilişkilerini (eş, arkadaş) değiştirerek beden imajını zedelemektedir. Ayrıca kadının cinsel aktivitesini tatminkar bir biçimde sürdürebilme, orgazmı yaşayabilme ve eşini memnun etme konularında korku yaşamasına neden olabilmektedir (25,74).

Kanser hastalığının doğası ve tedavisi kadınların cinsel davranışları geçici ya da daimi olarak etkileyebilmektedir. Kanser hastalarında cinsel disfonksiyonun süresinin, boyutu hastalığın hangi evrede olduğuna, tedavi yöntemi ve tedaviler sonucu oluşan hasara, yaşa ve evlilik durumuna bağlı olduğu bildirilmektedir (74,75). Ör: cerrahi tedavi ameliyat türü ve tümörün bulunduğu yere göre kadının beden imajında cinsel fonksiyonlarında, kemoterapi ve radyoterapi (servikal ve endometrium kanser tedavisi) kadının dış görünüş, doğurganlık ve cinsel fonksiyonlarında (ilgi, istek gibi) geçici ya da kalıcı bozukluklara yol açabilmektedir (4). Aynı zamanda anksiyete, depresyon ve yorgunluk gibi bir takım semptomlara cinsel ili/isteğin azalmasına katkı sağlamaktadırlar. (25). Hemşire olarak bu dönemde kanser tedavisinin etkileri hakkında kadının cinsel fonksiyon ve korkularını değerlendirilmesi önemlidir. Hemşirelerin kanser hastalarının cinsel fonksiyon bozukluğunun önlenmesi, erken tanınması ve tedavi edilmesinde danışmanlık hizmetlerini sürdürmeleri önemlidir. ABD Ulusal Sağlık Enstitüsü kanser hastalarının tahmini olarak %40-100'ünün kanser tedavisi nedeni ile cinsel disfonksiyon yaşadıklarını bildirmektedir (75). Yapılan çalışmalar jinekolojik kanserli kadınların %50'sinin, hastalıklarının cinselliklerini önemli ölçüde etkileyebileceği konusunda ciddi kaygılara yaşadıklarını göstermektedir (72,75,76). Servikal kanserli kadınlarla yapılan bir çalışmada vajinal ıslanmada azalma, vajinal boyda ve elastikiyette azalma ve disparoninin cinsel ilişkiyi fizyolojik olarak etkilediği kadar, cinsel isteği azaltarak psikolojik olarak ta etkilediği bildirilmektedir (77). Genital pelvik nöral yolları kesen özel cerrahi diseksiyonlar, pelvik radyasyon uygulanması, cerrahi tedavi nedeniyle menopoz semptomlarının gelişmesi, cinsellikle ilgili olumsuz kişilik özellikleri jinekolojik kanserli hastalarda cinsel sorunların yaşanmasını artırabilmektedir (77,78). Jinekolojik kanserli hastalarda cinsel sorunların gelişmesinde kadının sosyal ilişki ve rolleri de etkili olabilmektedir. Eşlerarası çatışma, iletişim bozuklukları, kadının beden imajı kaygıları, var olan cinsel şikayetler (cinsel ilgisizlik, disparoni gibi) cinsel sorunların artmasına neden olabilmektedir. Yapılan çalışmalarda jinekolojik kanserli kadınların hastalık sürecinde cinsel ilişki esnasında ilgisizlik, üzüntü, sıkıntı ve ağrı yaşadıkları belirlenmiştir. Bu durumu eşleri ile olan ilişkilerinin ciddi şekilde etkilediği bildirilmiştir (75,79).

- ***Cerrahi Tedavinin Kadın Cinselliğine Etkisi***

Jinekolojik kanserlerde cerrahi girişim, hem tanı hem tedavi amacıyla sıklıkla başvurulan yöntemlerdendir. Cerrahi tedavi kanserli hastaların genital organlarında yapısal değişikliklere neden olmasından dolayı üreme ve cinsel fonksiyonları genellikle etkilemektedir. Yapılan çalışmalar jinekolojik kanser cerrahi tedavisi sonrasında hastaların %20 ile %90'ında cinsel disfonksiyonun geliştiğini saptamışlardır (25,28). Pieterse ve arkadaşları (2006) radikal histerektomi operasyonu geçiren kadınlarda, cinsel disfonksiyonun sıklıkla geliştiğini ve kalıcı bir sorun olarak devam ettiğini belirtmişlerdir (77). Kadınlarda cerrahi operasyon sonrası cinsel disfonksiyonun derecesi, kanserin bulunduğu yere, hastalık evresine ve yapılan cerrahi girişime göre değişiklik göstermektedir Cinsel bozukluklara en sık neden olan cerrahi girişimler TAH+BSO, radikal histerektomi ve radikal vulvektomi operasyonlarıdır (4,43,74). Radikal histerektomi, uterus, overler, vajinanın 1/3 kısmı, parametrium ve lenf nodlarının diseksiyonu ile sonuçlanan cerrahi bir işlemdir. Böyle bir operasyon sonrasında vajen boyunda kısıalma, disparoni ve vajinal kayganlıkta, cinsel istek ve orgazm yeteneğinde azalma sık olarak gelişen sorunlar arasındadır (28,80). Servikal kanserli hastalarla yapılan bir çalışmada radikal histerektomi sonrası sorunların (cinsel isteksizlik gibi) operasyonu takiben altı hafta sonra gelişmeye başladığı, üç ay sonra ilişkide disparoni yaşadıkları, altı ay sonra da vajen boyundaki kısıalmaya bağlı olarak cinsel ilişkiden memnuniyetsizlik, orgazm olamama şikayetleri yaşadıkları, iki yıl sonra cinsel ilgi, istek ve vajinal lubrikasyonda ciddi azalmaya bağlı disparoni şikayetleri geliştiği bildirilmiştir (80). Tayland'da yapılan bir diğer çalışmada cerrahi sonrası kadınların %37'sinde disparoni, %40-60'ında cinsel ilgi, istek ve ilişki sıklığında azalma saptanmıştır (81). Kanser tedavisi için radikal sistektomi ve üriner diversiyona başvurulduğunda mesane, lenf bezleri ve vajinanın ön duvarının çıkarılması sonucunda vajen ölçülerinde küçülme ve G noktası kaybına bağlı olarak kadında orgazma ulaşmada güçlük yaşanmaktadır (76). Cerrahi operasyonda bileteral ooferektomili kadınlarda östrojen kaybına bağlı sıcak basması, vajinal kuruluk ve atrofi, üriner inkontinans, libido da azalma, depresyon, genital uyarılma ve istekte azalma, orgazm olamama, vajinal elastikiyet ve vajinal kayganlıkta azalma gibi postmenopozal semptomlar

gelişebilmekte ve bu sonuçlar kadının cinselliğini ve yaşam kalitesini azaltabilmektedir (25,74,75).

- ***Radyoterapinin Kadın Cinselliğine Etkisi***

Jinekolojik kanserlerde radyoterapi hastalığın erken evrelerinde kullanılan bir tedavi yöntemidir. Hastalığın evresine bağlı olarak tek başına uygulanabilmesinin yanı sıra kemoterapi ve cerrahi tedaviye ek olarak da uygulanabilmektedir (25). Radyoterapi hastanın genel sağlık durumuna, kanserin türü ve evresine göre intrakaviter (brakiterapi) ya da eksternal olarak uygulanmaktadır (25).

Jinekolojik kanser tedavisinde radyoterapinin kullanılması, kadının cinselliğinde ve fertilitesinde sürekli değişikliklere neden olabilmektedir Ör: İntrakaviter brakiterapide primer odağa 85-90 Gy, tüm pelvise uygulama yapılacaksa 40-50 Gy verilmesi önerilmektedir (82) Bu düzeydeki bir radyasyon dozu kadının overlerinde ve vajinasında farklı derecelerde değişikliklere ve cinsel sorunlara neden olabilmektedir. Tedavi sırasında uygulanan radyasyon dozu over fonksiyonlarını geriye dönüşsüz olarak durdurarak infertiliteye neden olabilmektedir. Orta yaş grubu kadınlarda overlere uygulanan 3,75 cGy tek bir doz ya da daha genç bir kadına uygulanan 4,5 cGy'lik tek bir doz, menstrüasyonun kesilmesine ve estrogen eksikliğine bağlı menopoz semptomlarının (vajina epitelinde incelmeye ve kuruluk gibi) gelişmesine neden olabilmektedir (78). Radyoterapi, sıklıkla servikal kanserli kadınlarda kullanılmaktadır. Bu hasta grubunda yapılan çalışmalarda kadınlarda ışınlama sonrasında, vajen epitelinde oluşan direkt travmalar sonucu, vajen duvarında incelmeye (25), vajen kayganlığında azalma ve kuruluk (%35) ve vajinal stenoz gelişebilmektedir (79). Meydana gelen vajinal incelmeye ve kuruluk vajinada enfeksiyon ve travma riskini artırmaktadır. Ayrıca yapılan çalışmalarda radyoterapi sonrası kadınlarda %85 oranında cinsel ilgide azalma, %30 oranında vajinal duyarlılıkta azalma ve cinsel ilişkide doyumsuzluk, %55 oranında vajinal stenoza bağlı dispareni gibi sorunlar gelişebilmektedir (76,78,79). Bu sorunlar radyoterapiden sonraki ilk üç ay içinde ortaya çıkmakta ve iki yıla kadar değişiklikler devam edebilmektedir (25,79). Jinekolojik kanserli kadınlarda radyoterapinin radikal histerektomi ve lenf nodu diseksiyonuna kıyasla yaşam kalitesi ve cinsel fonksiyon üzerine çok daha olumsuz etkilerinin olduğu saptanmıştır (74).

- ***Kemoterapinin Kadın Cinselliğine Etkisi***

Kemoterapi kadın yaşam kalitesini etkileyen önemli faktörlerden biridir. Kadında tedavi aşamasında kemoterapötik ilaçların bazı istenmeyen yan etkileri gelişebilmektedir. Bu yan etkiler kısa veya uzun süreli olabilmektedir ve kadından kadına farklılık gösterebilmektedir. Genellikle bu farklılıklar kullanılan ilacın tipi (bazı ajanlar çok daha fazla cinsel sorunlara yol açabilmektedir), dozu, süresi, kadının yaşı (menopozal dönemdeki kadınlar genç kadınlara göre daha az yakınma yaşarlar) gibi tedavi ile ilgili durumlara bağlıdır. Kemoterapik ajanlar over fonksiyonlarını direk olarak etkileyerek over fonksiyonlarının azalmasına ya da yok olmasına neden olarak kadında libido ve fertilitide azalmaya neden olmaktadır. Kadınlarda FSH ve LH seviyelerindeki değişme ve estradiol seviyesinde düşme sonucunda premenopoz semptomları (sıcak basması, irritabilite, uyku bozuklukları, vajinal atrofi gibi) kendini göstermektedir (11,32,78). Yapılan çalışmalarda, kemoterapi alan kadınların %54'ünün vajinal kuruluk, %24'ünün dispareni, %45'inin erken menopoz sorunları (83), orgazm olamama, kendilerini aseksüel hissetme, cinsel ilişkiden korkma, eşine hastalık bulaştırma ve ya zarar verme endişesi gibi sorunlar yaşadıkları belirlenmiştir (74,78,83,84,85,86).

Kemoterapinin en önemli yan etkilerinden birisi de alopesidir (saçların, kaşların, kirpiklerin, pubik ve aksiller kılların dökülmesi). Saç, yüzyıllardır sosyal, kültürel ve politik olarak kadınlık sembollerinden birisidir. Saçın kaybı, kadının çekicilik ve güzelliğinin tehdit edilmesi anlamına gelmektedir ve kadının benlik saygısında ve beden imajında olumsuz değişikliğe neden olarak cinsel ilginin kaybedilmesine neden olabilmektedir (10,63,83,85). Yapılan çalışmalarda jinekolojik kanserli hastaların beden imajındaki değişimin benlik saygısında azalmaya bağlı sosyal izolasyona neden olduğu belirlenmiştir (13,85).

2.3.1. Jinekolojik Kanserlerde Cinsel Sorunların Değerlendirilmesinde Hemşirenin Rolü

Jinekolojik kanser tanısı ve uygulanan tedaviler kadının cinsel fonksiyonlarını ve cinsel sağlığını geçici ya da kalıcı olarak etkilemektedir. Ancak çoğu sağlık profesyonelleri tarafından (doktor, hemşire gibi) hastalık ve uygulanan tedavilerin cinsellik üzerine olumsuz etkilerini göz ardı edilmektedir ya da

tartışılmaktan çekinilmektedir (4). Hemşireler, kanser tanı ve tedavisinin neden olduğu cinsel sorunları bulunan kadına uygun tedavi ve danışmanlık vermede en uygun pozisyonda kişilerdir. Hasta merkezli bakımda, hemşireler öncelikle kanserli bireylerde cinsel sağlık kavramını ne anlam ifade ediyor değerlendirmelidir ve bunu değerlendirirken bireyi duygularını ifade etmesi konusunda cesaretlendirmelidir (25). Daha sonra tanı ve tedavilerin kadınlarda neden olduğu değişimleri (cinsel ilgisizlik) ve yaşam kalitesini geliştirecek stratejileri (cinsel ilişkiden doyum sağlama) tanımlamalıdır. Cerrahi operasyonlar (histerektomi gibi) sonrası kaybedilen organa yönelik umutsuzluk, gelecek kaygısı gibi durumlarda mevcut yaşantısına anlam katabilecek durumlar (sosyal faaliyetler gibi) konusunda desteklenmeli ve cesaretlendirilmelidir (75). Hemşireler kendi cinsel tutum ve değerlerinin farkında olarak kadın/eşi ile önyargısız bir şekilde cinselliği tartışmalı ve çözüm yolları üretmelidirler. Örneğin; alopesiden, menopoz semptomlarına kadar tüm sorunların cinselliğe yansımaları kadın/eşi ile tartışılmalıdır. Çünkü kadının menopozla birlikte cinsel ilgi, istek, orgazm olma durumunda değişiklikler olacaktır. Bu nedenle hemşireler kadınların cinsel sorunlarını değerlendirmeli ve endişe duydukları konularda danışmanlık sağlamalıdır. Kanser tedavilerinin kadın cinsel sağlığı üzerindeki etkileri genel olarak iki düzeyde değerlendirilmektedir (4,25,63).

Birinci düzey değerlendirme: Bu değerlendirme, tüm hemşireler tarafından kolaylıkla yapılabilir. Değerlendirme, hastalık ve uygulanan tedaviler sonucunda gelişebilecek sorunları saptamak amacıyla yapılmaktadır. Değerlendirmede basitten karmaşığa doğru açık uçlu zorlayıcı olmayan sorular sorulmalıdır. Örneğin beden imajındaki değişimden (kansere tedavisi dış görünüşünüzü nasıl değiştirdi?) başlayarak aşamalı şekilde cinsel ilişkideki uyarılma ya da orgazm yeteneği (cinsel olarak aktif bir kadın mısınız?) gibi daha hassas konulara doğru bir sıranın takip edilmesi önemlidir (4).

İkinci düzey değerlendirme: Birinci düzey değerlendirme sonucunda saptanan cinsel sorunun üzerine odaklanan değerlendirmedir. Belirlenen sorunun çözümü, bu konuda danışmanlık yapan kişinin bilgi ve yetkisini aşarsa, bu konuda eğitilmiş bir terapistle başvurulmalıdır. Günümüzde pek çok sağlık profesyoneli, hastaları ile cinselliği tartışmada ve sorunları belirlemede Annon tarafından geliştirilen *P-LI-SS-IT* modelini başarı ile kullanmaktadır (4,25).

***İzin Verme (P-Permission):** Hasta ve partnerinin, devam eden cinsel aktivitelerinin önemi ve cinselliğe yönelik düşünce/endişelerini ifade etmelerine izin vermeyi kapsamaktadır (4).

***Sınırlı Bilgi (LI- Limited Information):** Hastalığın ve uygulanan tedavilerin, cinsel yaşam üzerinde yaratacağı yan etkiler ve bu etkilere yönelik bilgi vermeyi içermektedir. Bu bilgi fertilitte ve menopoz da dahil, uygulanan tedavi etkilerinin bir bütün olarak tartışılmasını kapsamaktadır (25).

***Özel Oneriler (SS-Specific Suggestions):** Cinsel aktivitelerin daha doyum verici olması için, hastaya/eşine önerilen özel stratejileri ve eğitimin bir kısmını içermektedir. Örneğin, cinsel ilişki sırasında eşlerin kullanacakları rahat pozisyonlar ya da kemoterapi ve pelvik radyoterapi ile ilişkili vajinal kuruluğu gidermede kullanılabilir uygun su bazlı vajinal kayganlaştırıcı jellerin tartışılması gibi (4,25).

***Yoğun Tedavi (IT-Intensive Therapy):** Daha ayrıntılı danışmanlık gerektiğinde hasta ve eşini konu ile ilgili danışmana göndermeyi ifade etmektedir. Örneğin, cinsel değişikliklerden kaynaklanan evlilik stresinin tedavisinde, çiftlere özel olarak evlilik danışmanına yönlendirme yapılabilir. Kanseri tedavilerinin, cinsel yaşam üzerinde yarattığı olumsuz etkileri gidermek için sistematik bir yöntemi benimseme, daha sağlıklı ve doyumlu cinsel ilişkinin gelişmesine yardımcı olacaktır (4,25). Jinekolojik kanserli hastalarda hemşire cinsel gereksinimlerinin belirlenmesinde ve cinsel konularda eğitim, danışmanlık rollerini üstlenebilir. Rehabilitasyon programlarının hazırlanması ve başarılı olabilmesi için ise öncelikle gerekli bilgi donanımına sahip ekip üyelerine ve etkili bir cinsel danışmanlık sürecine ihtiyaç vardır (4,25).

2.4.Jinekolojik Kanserler ve Yaşam Kalitesi

2.4.1. Yaşam Kalitesi ve Tanımı

Yaşam kalitesi subjektif bir kavramdır ve bireysel farklılıklar göstermektedir. (4). Yaşam kalitesi ile ilgili pek çok farklı tanımlama yapılmakla birlikte bireysel iyilik halinin bir anlatımıdır ve yaşamın farklı alanlarında öznel bir doyum ifadesidir. Yaşam kalitesi; aile, iş yaşamı ve sosyoekonomik koşulları içermekle birlikte, bireyin hedefleri, beklentileri, umutları ve düşleri ile gerçekler arasındaki farklılığı

yani bireyin günlük yaşamından aldığı doyum ve iyilik algısını da içermektedir (35). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) yaşam kalitesini; kişinin kendi durumunu, kültürü ve değerler sistemi içinde algılayış biçimi olarak tanımlamıştır. Yaşam kalitesinin temelinde kişinin fiziksel sağlık, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkileri, çevresel etkenleri ve kişisel inançlar yer almaktadır. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kavramı 1970’li yıllarda tartışılmaya başlanmıştır ve kişinin sağlık açısından, fiziksel, psikolojik ve sosyal durumunu iyilik halini ifade etmektedir (87).

Tıp alanında yaşam kalitesi; hastalığın durumuna ve bu hastalığın tedavisine bağlı hasta kişinin fiziksel, emosyonel ve sosyal iyilik halinin nasıl etkilendiği üzerinde yoğunlaşmaktadır (87). Bu nedenle yaşam kalitesi hasta bireyin fiziksel, fizyolojik, psikolojik, sosyal aktivite, cinsel fonksiyon ve beden imajında hastalık sonucu ortaya çıkan özürlülük ve engellilik durumunda kullanılan koruyucu ve rehabilite edici sağlık hizmetleri verilmesinde önemli bir değerlendirme yöntemidir (88).

Tüm kanser türlerinde olduğu gibi jinekolojik kanserlerde yaşam kalitesini değerlendirip belirlemek güç ve karmaşıktır. Bu konu ile ilgili yapılan bir çalışmada over kanserli hastaların büyük bir çoğunluğu yaşam kalitesini “mutlu olma, hayatı doya doya yaşama, aile ve arkadaşları ile birlikte olma, sevme, sevilme, ağrı ve üzüntü yaşamama, başkalarına bağımlı olmama” şeklinde tanımlamışlardır (4).

2.4.2. Jinekolojik Kanserlerin Yaşam Kalitesine Etkisi

Tıp alanındaki gelişmelere rağmen kanser halen ölüm ile eş değer sayılmakta ve bireyde anksiyete ve korku gibi duygulara neden olmaktadır. Bununla birlikte kanser tanı ve tedavisi uzun bir süreç gerektirmektedir. Bu süreçte kanser tedavisine bağlı yan etkilerin (fonksiyon bozuklukları, organ kaybı gibi) gelişmesi hasta bireyin yaşam kalitesini bozacaktır (3,13).

Jinekolojik kanser hastalarında yaşam kalitesi hastalığın tanılama aşamasından, tanının kadına ifade ettiği anlamadan, hastalığın fiziksel, psikolojik, cinsel ve sosyal etkilerinden, tedavi şekillerinin kısa ve uzun dönemdeki yan etkilerinden, kadının soruna yönelik baş etme yöntemlerinden ve aile/sosyal çevrenin hastalığa verdikleri tepkiden önemli ölçüde etkilenmektedir (4,87). Bu nedenle jinekolojik kanserli

hastalarda yaşam kalitesinin ne ölçüde etkilendiğini değerlendirmek için tüm boyutların ayrı ele alınması bütünü anlamak açısından önemlidir (4).

Jinekolojik Kanserli Hastaların Tanı-Tedavi Aşamasında Yaşadıkları Psikolojik Sorunlar ve Yaşam Kalitesine Etkisi

Kanser hoşça gitmeyen, korkutucu bir tanı olduğu için, her kadının korku yaşayabileceği bir hastalıktır. Kanser tanısı alan kadınların anormal patolojik bulgu ardından ilk tanının konulmasından sonra ilk yaşadıkları tepkinin psikolojik tepkiler (korku, endişe, anksiyete) olduğu belirtilmektedir. Yapılan çalışmalarda jinekolojik kanser tanısı alan kadınların tanı ve tedavi aşamasında kanser nedeniyle sürekli korku ve yoğun endişe yaşadıkları ve bu durumun hastalığın şiddetini arttırdığı belirlenmiştir (23,87).

Jinekolojik kanserli hastalarda korku yaratan durum öncelikle hastalığın tanı ve tedavi programının hastaya açıklanacağı zaman dilimidir. Genel olarak onkologlar kanserli hastalara tanılarının doğru olarak söylenmesi ve en kısa zamanda hastanın durumunu kabul ederek tedaviye başlanması kanaatinde. Ancak en profesyonel bir dille dahi kanser tanı ve tedavi programının hastaya açıklanması hasta açısından travmatik olabilmektedir. Bu nedenle hastalara bu görüşmeye gelirken eş, akraba, aile üyelerinden birisi ile gelmesi önerilmelidir (4). Bu dönemde kanser hastalarının birçoğu “neden ben ?” sorusunu sürekli zihninde sorgulayarak, kendilerini çaresiz, yorgun ve bitkin hissedebilmektedir. Hastaların zihinleri aniden gelişen kabul etmek istemedikleri bir hastalıktan dolayı karmaşıktır ve bu zihin karmaşıklığına uykusuzluk, iştahsızlık, aşırı sinirlilik ve günlük yaşama karşı ilgisizlik gibi yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilecek psikolojik sorunlarda eklenmektedir (2,86,89).

Jinekolojik kanserlerde psikolojik tepkiler kadından kadına farklılık gösterebilmekle birlikte tepkiler genel olarak kadının yaşı, hastalığı evresi, tedavisi, yaşama bakış açısı ile doğrudan ilgilidir. Ör: genç kadınlarda jinekolojik kanser tanısı ile birlikte doğurganlığın kaybı ile ilgili sorunların yaşanması, eş ya da eş seçme ile ilgili kaygıların olması yaşam kalitesini önemli ölçüde azaltmaktadır (83). Orta ve ileri yaş kadınlarda doğurganlığın tamamlanmış olması, özgüveni koruyucu kaynaklara sahip olmaları (bakımını sağlayacak çocuk ve eşlerinin olması) genç

kadınlara göre bu dönemi daha az dramatik yaşamalarına ve sadece iyileşmeye odaklanmalarına neden olmaktadır (83,87).

Kadının yaşamında var olan stresler, kansere uyumu zorlaştıran etkenlerdendir ve kadının yaşam kalitesini azalmasına neden olmaktadır. Kadının maddi sorunlarının olması, eş ile ilgili anlaşmazlıkların olması, diğer aile bireylerinden birinin hastalığı ya da bakımının sorumluluğunun kendisinde olması, var olan psikolojik sorunlar ortaya çıkan hastalık ve tedavilerle kadının şikayetlerinin şiddetlenmesine neden olacak ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyecektir (4,90,91).

2.4.3. Jinekolojik Kanser Tedavilerinin Yaşam Kalitesine Etkisi

Jinekolojik kanser tedavileri kadının yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir. Sacerdoti ve arkadaşları (2010), Skjeldestad ve Rannestad (2009) çalışmalarında jinekolojik kanser tedavilerinin kadınlarda yorgunluk, iştahsızlık, bulantı-kusma, ağrı, mesane disfonksiyonu, vajinal sorunlar (kuruluk, kayganlıkta azalma gibi) gibi fiziksel, anksiyete, depresyon ve ölüm korkusu gibi psikolojik sorunların gelişmesine neden olduğunu ve bu sorunlarında kadının yaşam kalitesini azalttığını belirtmişlerdir. (85,91).

- ***Cerrahi Tedavinin Yaşam Kalitesine Etkisi***

Jinekolojik kanserlerde uygulanan cerrahi tedaviler, kadında fiziksel, psikolojik, sosyal sorunlara yol açabilen organ kaybı ile sonuçlanmaktadır. Örneğin; Histerektomi operasyonları sonrası kadınlarda menstruel fonksiyonların kaybı, infertilite ve cinsel disfonksiyon gibi pek çok sorunun gelişmesine neden olmaktadır. Yapılan çalışmalarda kadınların kanser cerrahi menopoza sonrası menopoza semptomlarına bağlı yakınmalar (sıcak basması, ani terleme ve üşüme, çarpıntı gibi) yaşadıkları ve yaşam kalitelerinin azaldığı belirtilmektedir (34,86,88). Yapılan diğer bir çalışmada jinekolojik kanserli genç kadınlarda cerrahinin neden olduğunu, infertilite ve cinsel disfonksiyonun eşler arası iletişimde bozulmalara, kadının eşi tarafından beğenilmeme ve terk edilme kaygılarına neden olduğunu ve yaşam kalitesinin azaldığını saptamışlardır (87).

- ***Radyoterapinin Yaşam Kalitesine Etkisi***

Jinekolojik kanserli hastalarda radyoterapi eksternal ve intrakaviter (brakiterapi) olarak uygulanmaktadır. Eksternal ışınlamada vücuda belli bir mesafedeki kaynaktan radient enerji gönderilerek uygulanmaktadır. External ışınlamada pelvis bölgesine uygulanacak günlük radyasyon dozu hastalığın tipi ve şiddetine göre belirlenmektedir. İntrakaviter radyoterapide ise pelvis bölgesinde tümör kitlesinin içine kalıcı ya da geçici bir süre için radyoaktif izotoplar yerleştirilmektedir (4). Her iki tedavi şeklinde de hastalarda vücut fonksiyonlarında kısa ve uzun dönemde yan etkiler gelişebilmektedir. Tedavi uygulanan kadınlarda bulantı, kusma ve diyare gibi semptomlar abdominal ışınlamadan 2-6 saat sonra ortaya çıkmaktadır ve özellikle diyare ışınlama sonrası 2 hafta devam edebilmektedir. Bu durum kadının seyahat etme gibi alışkanlıkları etkileyerek hareket özgürlüğünü ve günlük yaşam aktivitelerini kısıtlamakta ve yaşam kalitesini azaltabilmektedir (4,18,23). Yapılan çalışmalarda; radyoterapi alan hastaların yorgunluk (19), uykusuzluk, ağrı, kuvvet kaybı (6), iştahsızlık, tat almada değişim, stomotit, kabızlık (17,19), anoreksi, malnütrisyon, alopesi (20,21), sık idrara çıkma, dizürü ve idrar inkontinası (91), doku travması (deride pullanma, renk değişimi, yanma) ve enfeksiyon gibi sorunlar yaşadıkları ve bu sorunların da hastaların yaşam kalitelerini önemli ölçüde azalttığı belirlenmiştir (54,74,78,89,92).

- ***Kemoterapinin Yaşam Kalitesine Etkisi***

Kemoterapi de kadının yaşamında kısa ve uzun dönemde pek çok olumsuz semptomlara nede olmaktadır kemoterapi tedavisi sırasında yaygın olarak görülen alopesi, bulantı-kusma, ağız içi ülserasyonlar hastanın yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (63,84). Kadınlarda kemoterapi tedavisinden sonraki ilk zamanlarda görülen yorgunluk, günlük yaşamı ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen önemli sorunlardandır (63). Yorgunluk; uygulanan tedavi programına, anemiye, sistemik bozukluklara, uykusuzluğa, hareketsizliğe, kronik ağrıya, anksiyete ve depresyon gibi psikososyal sorunlara bağlı olarak gelişebilmektedir (63,83,89). Jinekolojik kanserlerde kemoterapi tedavisinin en olumsuz etkilerinden biri de kadında fertilitate kaybı ve menopozun gelişmesidir. Tedaviden sonraki haftalarda kadınlarda ovarien yetmezliğe bağlı estrojen seviyesinde azalma meydana gelmekte ve kadında

menopoz gelişebilmektedir. Menopozla birlikte kadın tedavinin yan etkilerinin yanı sıra menopozun fiziksel (doğurganlığın kaybı, ateş basması, terleme, vajinal kuruluk gibi) ve psikolojik (nedeni belirsiz iç sıkıntısı, aşırı sinirlilik gibi) semptomları ile karşı karşıya kalmaktadır (7,10,14,67).

Jinekolojik kanserlerde kemoterapi tedavisi sırasında kadınlarda depresyon, umutsuzluk, kaygı, endişe ve yalnızlık düzeylerinin arttığı, benlik saygılarının düşük, aile ve sosyal desteklerinin zayıf olduğu belirlenmiştir (15,32). Diğer yandan sosyoekonomik düzeyi düşük olan jinekolojik kanserli hastaların depresyon, umutsuzluk düzeylerinin daha yüksek benlik saygısı ve sosyal desteklerinin daha düşük olduğu, depresyon düzeyi artıkça umutsuzluk, yalnızlık düzeyi ve sosyal desteğin azaldığı ve yaşam kalitelerini bozulduğu belirlenmiştir (34,36,87).

2.5. Yaşam Kalitesinin Yükseltilmesinde Hemşirenin Rolü

Jinekolojik kanserlerin tanı ve tedavisindeki gelişmeler, bu hastaların yaşam süresini uzatarak, kaliteli yaşam beklentisini arttırmıştır. Bu bakış, hastaya ve ailesine verilen bakım ve desteğin boyutunu değiştirerek, hemşirenin rol ve sorumluluklarında olumlu değişikliklere yol açmıştır. Günümüzde kanserli hastaya/ailesine yaklaşım, sağlıklı yaşam alışkanlıkları edindirme, risk tanılama ve gereken önlemleri alma gibi erken tanıdan başlayarak; hastalığı kabullenme, öz bakım gücünü geliştirerek hastalıkla yaşama becerisi geliştirme ve yaşamın son döneminde terminal dönem bakımına kadar uzanan çok geniş bir perspektif içinde ele alınmaktadır (93). Bu bakış kanser hastalığı, tedavi ve tedaviye bağlı gelişen semptomların yönetiminde sağlık ekibi üyelerine çeşitli alanlarda farklı sorumluluklar getirmektedir. Bu konuda hemşireler; hastalığın tedavisi, rehabilitasyonu, hastalıkla birlikte yaşamın sürdürülmesi ve terminal dönem bakımı olmak üzere hastalığın tüm evrelerinde en yüksek kalitede bakım vermek ve hastaların yaşam kalitelerini yükseltmekle sorumlu sağlık personelidir (4,25,93,94).

2.6. Evde Bakım

2.6.1. Evde Bakım Hizmetinin Tanımı ve Jinekolojik Kanserli Hastalarda Evde Bakım Hizmeti

Evde bakım hizmetleri sağlık hizmetlerinin bir parçası olup hastanın yaşadığı ortamda fizyolojik, psikolojik ve sosyal tüm gereksinimlerini, hastanın ve ailenin de katılımı sağlanarak profesyonel bir ekip tarafından yürütülmesi ve sonuçların değerlendirilmesini içeren bir süreçtir. Evde bakımda amaç hastanın yaşam koşullarını değiştirmeden en az etkilenmesini sağlayarak, en doğru tıbbi ve hemşirelik yaklaşımlar ile hastalığın ve ortaya çıkan sorunların olumsuz etkilerini azaltarak hastanın yaşam kalitesini olabildiğince yükseltmek ve zamanı geldiğinde rahat bir ölümü sağlamaktır (17,20,95).

Evde bakım hizmetleri, ev ziyaretleri temeline dayalı bir sağlık hizmeti sunum şeklidir ve 1880 yıllarda başlamıştır (95). Modern evde bakım hizmetleri ise, evde hemşirelik bakımı olarak 19.yüzyılda başlayan hizmetlerin devamı olarak, sağlık hizmetlerinin gelişimi ile birlikte evde verilen bakıma diğer disiplinlerin eklenmesiyle günümüze ulaşmıştır ve amacı hastaya/bireye evde bakım sağlamak ve birey/ ailesine eğitim vermektir (20,95).

Evde bakım hizmetleri sadece evde verilecek bakımla sınırlı değildir, aynı zamanda hastane ile ev arasında bağlantıyı da sağlamaktadır. Diğer kanser türlerinde olduğu gibi jinekolojik kanserli hastalarda evde bakım hizmetinde evde bakım ve hastane-ev arasındaki bağlantının kurulmasında hemşirelik hizmetleri çok önemli yer tutmaktadır. Jinekolojik kanserli kadınlarda evde bakım hizmetlerinin içerisinde; laboratuvar bulgularının izlemi, pansuman değişimi, intravenöz (İV) tedavi, antibiyotik ve kemoterapi uygulamaları, İV yolla beslenme, parenteral beslenme, semptom yönetimi ve kontrolü, kan transfüzyonu, solunum desteği, periton diyalizi ve ağrı yönetimi gibi hemşirelik hizmetleri yer almaktadır (17,30,96).

Jinekolojik kanserli hastalarda evde bakımın devamlılığında kanserli hasta için kaliteli bakım sağlanmasında multidisipliner (hemşire, doktor, fizyoterapist gibi) yaklaşımın kullanılması oldukça önemlidir. Jinekolojik kanserli hastalarda evde bakım hizmetinde vaka yönetimi ve taburculuk gibi birkaç süreç kullanılması önem arz etmektedir (10,18). Özellikle hasta ihtiyaçlarının değerlendirilmesi ve tedavi

planının oluşturulup uygulanmasında hasta ve ailenin yapabilirlikleri ve amaçları başlangıç aşamasında göz önüne alınmalıdır (97,98). Jinekolojik kanserli kadınların bakımın planlamasında hasta/ailenin yaşam tarzı ve bakımın ailenin kararlarını içermesi önemlidir. İkinci olarak, evdeki çevresel ihtiyaçlar değerlendirilmeli ve hasta için gerekli koşullar sağlanmalıdır. Güvenli bakımın engelleri, örneğin, ekipman ve destek yokluğu, ısı veya su eksikliği, zayıf sağlık hizmetleri ve telefon ulaşımının olmayışı tanımlanmalıdır. Bazı durumlarda fiziksel koşullar yeterlilik sağlanmış olsa dahi, hasta ve ailesi açısından emosyonel durumlar, bakımın üzücü görüntüsü (hastanın bakıma rağmen hastalığının ilerlemesi ve acı çekmesi) evde bakım hizmetinin hasta ve ailesi tarafından yeterli olarak görülmemesine neden olabilmektedir (20,27,39).

2.6.2. Jinekolojik Kanserli Kadınlarda Evde Bakım Hizmetlerinin

Kapsamı

Jinekolojik kanserli kadınlarda evde bakım hizmetinin kapsamı bireyin ihtiyacına göre aşağıdaki gibidir (17,37,38,48,99-101);

- Sağlığın geliştirilmesi ve korunması, hastalıkların önlenmesi,
- Öz bakımın sağlanması, karşılıklı yardımlaşma,
- Tıbbi ve hemşirelik bakımı,
- Kişisel bakım hizmeti: giyinme, yıkanma, beslenme,
- Ev işleri hizmeti: temizlik, çamaşır yıkama, alışveriş,
- Kanserli bireyin gereksinimini karşılamak üzere ev ortamında düzenlemeler yapılması,
- Sevk işlemi ve kamu olanaklarına ulaşma imkanının sağlanması,
- Rehabilitasyon hizmetleri,
- Temel ve özel ihtiyaçların karşılanması, destekleyici aletler, ekipman ve ilaçların sağlanması,
- Danışmanlık ve duygusal destek hizmeti,
- Sosyal etkileşimin artırılması,
- Fiziksel aktivite olanaklarının sağlanması,
- Hasta ve yakınlarının eğitimi şeklinde sıralanabilir.

2.6.3. Jinekolojik Kanserli Kadınlarda Evde Bakım Hizmetlerinin Olumlu ve Olumsuz Yönleri

Evde bakım hizmetinin kurumda verilen hizmete göre pek çok **olumlu yönü** bulunmaktadır (17,97-99);

- Aile bütünlüğünü korur,
- Bireyin kendi ortamında yaşamını sürdürmesine olanak sağlayarak, bireye kendi otonomisinde olma şansı verir.
- İyileşmeyi hızlandırır, hastane ortamına geri dönüşü azaltır,
- Ev ortamında hastanın aile içi yaşama katılarak daha fazla faaliyette bulunmasına, çevresiyle olan iletişimi durumunun daha hızla düzelmesine olanak sağlar ve bireyin sosyal izolasyonunu engeller,
- Aile ve tanıdık çevre bireyin alışık olduğu aktivite, hobi ve sosyal etkinlikleri yapmasına olanak sağlar ve evde bakım hizmetini hasta için cazip kılar.
- Bireyin yaşam kalitesini artırır,
- Evde bakım hizmeti hastanın enfeksiyona yakalanma riskini azaltır,
- Bireye özel bakım sağlar,
- Hasta ve ailesinin stresini azaltır,
- Maliyeti kısa dönemde daha düşüktür,
- Hasta memnuniyetini artırır,
- Bireylere tanı konulmasından, iyileşme durumuna kadar kesintisiz sağlık hizmeti sunulmasını sağlar,
- Tüm aile bireylerinin eğitimini sağlar.

Olumsuz yönleri ise şunlardır (17,20,45,96):

- Bireyin kendisini daha fazla hasta hissetmesine neden olabilir,
- Birey kendi özel yaşantısına müdahale ediliyor duygusu yaşayabilir,
- Birey kendisini daha fazla sorumluluk altında hissedebilir,
- Birey, aldığı hizmet doğrultusunda evini çok sayıda insan, alet ve malzeme ile dolmuş hissedebilir.

2.6.4. Jinekolojik Kanserli Hastalarda Evde Sağlık Tanılaması

Jinekolojik kanserli birey ve ailesinin tanılması evde bakım gereksinimleri için tüm alanların değerlendirilmesini içermelidir. Jinekolojik kanser tanısı, evre, kanser tedavisi, hastalık ve tedavi semptomları ve tedavinin yan etkileri hakkında doğru bilgi alınması çok önemlidir. Ayrıca, hastanın diğer sağlık problemleri özellikle kronik hastalıklar ve onların tedavisi hakkındaki bilgi, uygun planlama ve semptom yönetimi için çok önemlidir. Örneğin, hipertansiyonu olan kanserli bir birey için kan basıncının düzenlenmesi amacıyla daha fazla bilgi alınmalıdır (50,97,98). Evde bakım gereksinimlerini belirlemek amacıyla kanserli birey ve ailesinin tanılmasında hastanın günlük yaşam aktivite yeteneği (bağımsız fonksiyonları), hastalığa özel semptomların varlığı, beslenme durumu, kognitif fonksiyonu (mental durum), mizacı, davranış ve çevre ile olan iletişimi, bireysel amaç ve değerleri, iş ve aile yaşamını gerçekleştirme yeteneği, sosyal iletişimi, hastalık, tedavi ve prognozu anlama yeteneği, kanser ve etkisi ile baş etme yeteneği değerlendirilmelidir (100,101).

- ***Hastanın Tanılanması:***

Hemşirenin kanserli bireylere sağlanan evde bakım hizmetleri için, bireyin problemleri ve gereksinimleri hakkındaki detaylı bilgiyi sağlaması gereklidir (Tablo 1). Hastada tanılanan kanserin tipi ve evresi, metastaz varlığı, geçmişteki ve şimdiki tedavisi ve prognozunu içeren özel bilgi bakım için bir temel sağlamaktadır. Genel tanılamada kapsamlı öykü alınmalı, vücut sistemlerinin muayenesi, hastanın ilaç ve tedavilere yanıtı da değerlendirilmelidir. Hasta önce tanılanır, sonra hastanın kansere fiziksel, fonksiyonel, psikososyal, emosyonel ve kognitif yanıtına odaklanılır. Fonksiyonel durum, olası güvenlik problemleri, acil yardıma ulaşma yeteneği, psikososyal ve öğrenme gereksinimleri, hasta ve ailenin baş etme yetenekleri ve yaşam sonu konular da değerlendirilmelidir (97).

Tablo 1. Evde Bakımda Hasta Tanılaması

1.Hasta öyküsü	<ul style="list-style-type: none"> • Tümörün yeri, evresi, metastaz varlığı • Tedavisi (önceki ve o anda sürdürülen) • Prognozu • Diğer sağlık problemleri • Temel sorunları
2.Fiziksel tanılama	<ul style="list-style-type: none"> • Sistemik problemlere yönelik tanılama: invaziv girişimler ile ilgili hastanın bakım sorunlarının tanımlanması (port, kateter, respiratör gibi)
3.Kendine bakım yetenekleri	<ul style="list-style-type: none"> • Günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme durumu • Tedaviler, ileri uygulamalara yönelik bakım yeteneği • Geleneksel rolleri yerine getirme yeteneği (eş, anne, alışveriş ve ev bakımı rolü)
4.Fiziksel bakım gereksinimleri	<ul style="list-style-type: none"> • Bakım ile ya da yardımda destek gerekliliği • Ağrı yönetimi, beslenme danışmanlığı, tedavi ve ilişkili problemlerin yönetimi • Bireysel hijyen, mobilite, eliminasyon, dolaşım ve seksüel fonksiyonlara ilişkin danışmanlık ya da destek gereksinimi
5.Psikososyal tanılama	<ul style="list-style-type: none"> • Sosyal destek sistemleri • Başa çıkma davranışları • Emosyonel durumu • Eğlence aktivitelerine katılımı
6.Aile/bakım verici tanılaması	<ul style="list-style-type: none"> • Ailenin kompozisyonu, kararların kim tarafından verildiği • Değerleri • İletişim şekli • Aile üyelerinin sağlık durumu • Ailenin hastalığa ilişkin ve programa ilişkin bilgisi • Ailenin bakım verme yeteneği (fiziksel ve emosyonel)
7. Çevre	<ul style="list-style-type: none"> • Temizlik işlerinin değerlendirilmesi • Bakımı engelleyecek bariyerlerin varlığı (telefon olmaması)

	• Acil bakımın uygunluğu
8. Mali durum	• Sağlık sigortası durumu ya da ödeme gücü, mali destek alınabilecek kaynakların varlığı

(17,100).

- ***Ailenin Tanınması:***

Evde bakımda ailenin tanınmasında; aile üyelerinin “kendi öykülerini” ifade etmelerine fırsat verilmelidir. Bu öyküler; kanserin birey ve aile üzerinde etkisinin anlaşılmasına olanak sağlamaktadır. Ailenin hastalığı nasıl algıladığı ve tanımladığı, hastalığa yönelik bilgi gereksiniminin olup olmadığı, hastalık ve tedavilerin etkilerini algılama durumları değerlendirilmelidir. Ayrıca aile tanınmasında; acil öncelikler, çevre, aile kaynakları, aile rolleri ve ilişkileri, aile fonksiyonları, sosyal destek, aile amaç ve değerleri, kanserin aile üzerindeki etkisi de değerlendirilmelidir (98).

****Acil öncelikler:*** Kansere bağlı gelişen semptomların kontrolü, bilgi alma ve öğrenme gereksinimi jinekolojik kanserli ailelerde en sık acil önceliklerdir. Hemşire hasta ve ailenin memnuniyeti için acil öncelikleri gözlemleyip belirlemelidir (17).

****Çevre:*** Hemşire, ev ortamında hastanın şimdiki ve gelecek bakımına ilişkin güvenlik ve rahatını sağlayacağı fiziksel çevre gereksinimleri tanımlamalıdır. Ev ortamının hemşire tarafından hastaya yapılacak uygulamalar açısından güvenli, tıbbi gereçlerin muhafaza edilebileceği şekilde olması önemlidir. Ayrıca ev ortamında, banyo ve hasta yatağı güvenliği için önlemlerin de dikkate alınması gerekmektedir (100).

****Aile kaynakları:*** Ekonomik kaynak yetersizliği kanserli ailelerin majör endişelerindedir. Çünkü kanser tedavileri hasta ve ailesini ekonomik açıdan olumsuz etkileyebilmektedir. Hasta hastalık ve tedavilere bağlı, aile üyeleri hastaya zaman ayırmak amacıyla işten ayrılıp gelirlerini kaybedebilmektedir (17).

****Bakım verici:*** Kanserli hastalarda bakım vericiler genellikle eş, büyük çocuk, anne-baba ve yakın arkadaşlar olabilmektedir. Bakım vericiler kanserli hasta açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle evde bakım hemşiresinin hasta ile ilgili veri

toplama ve tanılama aşamasında primer bakım verici ile iletişim kurması bakımın kalitesi ve sürekliliği açısından önemlidir (50).

***Aile rolleri ve ilişkileri:** Aile üyelerinin birbiri ile olan iletişimi, rol ve sorumlulukların dağılımı evde bakım hemşiresinin hastayı tanılamasına önemli kriterlerdendir ve tanılamaya yardımcı olmaktadır (50).

***Aile fonksiyonları:** Kanser gibi stresli ve kronik hastalıklarda zaman içinde aile fonksiyonlarında değişiklikler oluşmakta ve aile içindeki bireyler bu durumdan rahatsız olmaktadır. Bu nedenle evde bakım verecek hemşirenin günlük rutinler (ev ve çocuk bakımı), ailenin ekonomik ve sosyal yönlerini (aile içi ve dışı iletişim durumu) içeren genel aile fonksiyonlarını tanılanması evde bakımı planlamada yararlı olacaktır (31,50).

***Sosyal destek:** Aile üyelerinin hastaya olan sosyal desteğinin kansere psikososyal uyumunu kolaylaştırdığı saptanmıştır (97). Sosyal desteğin boyutu önemlidir. Hastaya olan sosyal destek yemek pişirme, çocuk bakımı, alış-veriş yapma gibi günlük rutinleri içerebileceği gibi aynı zamanda hastayı ziyaret etme veya telefonla görüşme şeklinde de sağlanabilir (97).

***Aile amaçları ve değerleri:** Ailenin amaçları ve değerleri evde bakımı planlamada önemli bir faktördür. Hasta ve ailenin amaçları ve değerleri sosyal ve toplumsal dinsel, ruhsal, kültürel inançlar ve normlardan etkilenmektedir. Etnik ve dinsel faktörler, eğitim durumu, sosyoekonomik durum ve bireysel ve ailesel değerler gibi faktörler incelenmelidir (100).

***Kanserin aile üzerindeki etkisi:** aile içindeki bir kişinin kanser olması, her bir aile üyesini bireysel olarak etkilemektedir ve kanserin aile üzerinde bir çok etkisi tanımlanmıştır. Kanser bireylerde emosyonel sorunlara (gelecek korkusu, ölüm korkusu, eski sağlığına kavuşamama korkusu, sosyal izolasyon gibi) neden olabilmektedir. Hastanın prognozuna bağlı, şimdiki ve gelecekteki sağlık durumu hakkındaki belirsizlik aile üyeleri tarafından sık yaşanan sorunlar arasındadır. Aile üyeleri hastalığın nedenleri, hastalık ve tedavilere bağlı gelişebilecek semptomlar, bu semptomların ne kadar süre devam edeceği, ne kadar sürede sona ereceği, semptomların kalıcı olma ihtimali gibi konularda belirsizlikler yaşamaktadırlar Hatta

bu belirsizlik ve kısıtlamalar hasta ve aile üyelerinin üzüntü yaşamasına neden olmaktadır. Hastanın hastalık veya tedavi nedeniyle fiziksel kısıtlamalarının (yorgunluk nedeniyle aktivite azlığı gibi) olması aile içi rolleri değişmesine neden olabilmektedir. Hastanın yorgunluğu, ağrısı, enfeksiyona yatkınlığı, mali sınırlamaları olması aile içi yaşam şeklini (günlük rutin ev işleri, çocuk bakımı, iş durumu gibi) geçici veya kalıcı olarak değiştirebilmektedir (50,95,98).

2.7. Jinekolojik Kanserli Hastaların Evde Bakımında Hemşirelik Girişimleri/ Uygulamaları

Spesifik hemşirelik girişimleri kanserin türü ve yerine, hastalığın ve tedavinin evresine ancak primer olarak hastalığa bireysel yanıtlara bağlıdır.

***Bilgi ve Hasta ve Aile Eğitimi:** Kanser bakımı büyük oranda özelleştirilmiş olduğu için hastalar ve aileleri kanser, kanser tedavisi, semptomlar ve bunlara yanıt hakkında bilgilerinin olması için isteklidirler. Bilgi gereklidir ve bu konuda bazı eksikler olabilir. Evde bakım hemşiresinin ilk ve önemli girişimlerinden birisi gerekli bilgiyi elde etmede ve anlamada hasta ve ailesine yardım etmektir. Hasta ve ailenin farklı üyelerinin bilgi düzeyi ve isteği farklı olduğu için, bilgi verme ve eğitimin aile üyelerinin tanınmasına dayalı olarak yapılması gereklidir. Hemşireler hasta ve ailelerin eğitimi için yazılı, görsel kaynakları kullanabilmektedir (17,20,97).

***Temel Fiziksel Bakım:** Tedavi ve hastalık süreci sırasında kanser hastaları, rahatlık, olası maksimal fonksiyonun sürdürülmesi ve komplikasyonların önlenmesi gibi fiziksel bakımının üç amacına odaklanmaktadır. Bu sadece gerekli olursa banyo yapma, tuvalete gitme, hareket etme ve egzersiz yapmanın yeni yollarını öğretmede hasta ve aileye yardım etmeyi içermez, aynı zamanda beslenme durumunu gözlemeyi ve hastalık erken semptomlarını veya yönetilebilecek veya azaltılabilecek tedavi ile ilgili değişiklikleri izlemeyi de içermektedir (15,17). Böylesi problemlerin beklenmesi bazı zamanlarda krizleri ve acil durumları önleyebilir ve hiperkalsemi, bağırsak tıkanması ve enfeksiyon gibi problemleri incelemede daha kolaylık sağlar. Kanser hastasının evde fiziksel bakımı postoperatif yara bakımı, gözlem ve güç ve kuvvetin tekrar kazanılmasında ilerleyici egzersizleri kapsayabilir. Bazı kanser

ameliyatları vücutta önemli değişikliklere neden olduğu için hemşire hasta ve aileye bu değişiklikleri anlama ve bunlara uyum sağlamada yardımcı olmada önemli rollere sahiptir(17,20). Yapılan ameliyatı dışarıdan görülmeyen hastalar için de hemşirelik girişimleri gerekli olabilir. Örneğin; total histerektomili bir kadında fiziksel değişiklikler ve bunların cinsellik üzerine etkileri ile ilgili olarak konuşmak isteyebilirler. Değişiklikleri incelemede özel stratejiler hastalar ve aileleri tarafından araştırılmalıdır ve yüksek özellikteki kaynaklar başvuruda elde edilmelidir (15,97).

***Evde Beslenme Desteği:** Hastanın beslenme durumu yaşam kalitesinin belirleyen en önemli faktörlerden biri olması nedeniyle kanser hastalarının (hastalık ve tedavinin etkilerinden dolayı) bakımında beslenme yönetimi önemli bir yöndür. Potansiyel ve akut malnutrisyon değerlendirilmesi özgeçmiş ve fiziksel muayeneyi içermektedir. Özgeçmişte hastanın iştah durumu, hoşlandığı/hoşlanmadığı yiyecekler, beslenme düzeni, aile ve hastanın yemek zamanları hakkındaki bilgileri içermelidir. Fiziksel muayene ise kasların durumu, saçların değerlendirilmesi (kuru ve kırılğan kalın saç yapısı), cildin kuruluğu, dişlerdeki zayıflık, diş etlerindeki kanama, ağız ve dudak çevresindeki çatlaklar ve tırnakların kırılğanlığının kontrol edilmesi önemlidir (15). Beslenme durumunun değerlendirilmesi ve problemlerin tanımlanması özel diyetler veya oral beslenme için alternatiflerin birleştirilmesinde yol göstericidir. Diyetteki değişiklikler kanser veya tedavisinin yan etkilerinin önlenmesinin yönetiminde, örneğin; tad almada bozulma, anoreksiya, bulantı ve kusma, stomatit, diyare ve konstipasyon kullanılabilir. Diyette yapılan değişiklikler yeterli olmadığı zaman malnütrisyonu önlemek için tübal beslenme veya parenteral beslenme sağlanmalıdır. Tübal beslenme; nazogastrik, gastrostomi veya jejunostomi vasıtasıyla sağlanabilir. Besinler 250-400 rnl her 4-8 saatte yerçekimi ile aralıklı veya sürekli olarak verilebilir. Eğer aile bakımında beslenmeyi yönetecekse, hemşire beslenmeyi yönetecek kişiye tüpün sabitleyici bandını nasıl değiştireceği, beslenme öncesi tüpün yerinin doğruluğunun nasıl kontrol edileceği, gastrik artığın ve tüpün temizlenmesi konularında eğitim vermelidir.

Parenteral beslenmenin klinik verilere göre kanserli hastalarda arttığını belirtilmektedir (101). Endoskopik tekniklerin gelişmesi ve uygun besleme tüplerinin geliştirilmesi ile enteral nütrisyon eskiye oranla daha sık ve daha az komplikasyonla

uygulanır hale gelmiştir (20,101). Hemşireler, hasta ve ailesi evde parenteral beslenme için önemli olan uygulamaları öğretmeli ve uygulamayı gerçekleştirebilme yeterliliğini kazandırmalıdır. Evdeki çevresel koşullar parenteral beslenme için güvenli olmalıdır. Örneğin; uygun elektrik donanımı, solüsyonlar için buzdolabı ve telefon erişimi sağlanmalıdır. Bakım verenlerin medikasyon destek kaynaklarına ve laboratuvar servislerine ulaşımı da sağlanmalıdır (20,26). Eğer aile üyeleri evde parenteral beslenme yönetimini kabul ediyorlarsa, enfeksiyon kontrol ölçümlerini, kateter bakımını, sabitleme değişimlerini, bikarbonat veya heparinle direkt kateter yıkamayı, her zaman hazır değil ise solüsyon hazırlamayı, ekipman yönetimini ve komplikasyonları değerlendirmeyi bilmelidirler ve bu konuda eğitime gereksinimleri vardır. Bakım verenler her gün hastanın ağırlığını, aseton ve glikoz açısından üriner testler ve hastasının günlük beden ısısı değerlerini kontrol etmelidir (20,26).

***Evde IV Tedavi:** Evde IV tedavi, maliyeti düşürmesi ve hastaneye bağlı enfeksiyon riskini ortadan kaldırması nedeniyle günümüzde en hızlı gelişen evde bakım endüstrilerinden birisidir. Tüm kanserli hastalar için; evde infüzyon tedavisi uygun olmayabilir. Bu nedenle, hasta ve ailelerinin, tedavinin hem güvenli hem de etkili olmasını sağlamak amacıyla tedavi öncesi dikkatli bir şekilde izlenmeleri gerekmektedir. Evde IV tedavi sürecinde hemşirenin güvenliği sağlama amacı ile; hekim ile sürekli iletişim halinde olunması (telefon ve internet yolu ile) önem taşımaktadır. Evde infüzyon tedavisi alan hastalara taburculuk öncesinde; güvenilir ve açık bir erişim bölgesini kesinleştirmek için venöz erişim aygıtı takılmış olmalıdır. Ancak, bu cihazların bakımının yapılması önem taşımaktadır. Bu konuda hasta ve ailesi evde bakım hemşiresi tarafından eğitilmeli ve günlük yaşam aktiviteleri içinde kateter bakımına da yer verilmelidir (15,17,100).

***Evde Kemoterapi:** Oldukça yakın zamana kadar uzamış kemoterapi sadece hastanelerde uygulanabilirdi. Teknolojideki gelişmeler evde kemoterapinin daha güvenli bir şekilde yapılmasını sağlayarak maliyetin azalmasına olanak sağlamıştır. İmplant pumplar, sürekli ilaç verme sistemleri, venöz giriş sistemleri ve periferal olarak yerleştirilen santral kateterler hasta ve aileye hastanede olmaksızın güvenli kemoterapi uygulaması sağlamaktadır. (15,38,47). Kanserde evde kemoterapi

uygulayan evde bakım hemşiresi hasta seçim kriterleri ve güvenlik konularının farkında olmalıdır. Kemoterapotik ilaçların taşınması, hazırlanması ve uygulanmasındaki bakım kriterlerini belirleyip değerlendirmelidir (47,100).

***Evde Kanser Ağrı Yönetimi:** Ağrı palyatif bakımda en yaygın görülen ve hastayı en çok sıkıntıya sokan semptomlardan birisidir. Metastazı olan jnekolojik kanser hastalarının %70-75'inde ve ileri evredeki hastaların %90'ından fazlasında ağrı saptanmıştır (18). Yeni tedaviler yaşam süresini uzattığı için kanser hastaları, hastalık ve hastalık tedavisinden kaynaklanan ağrı ile daha uzun süre yaşayacakları belirtilmektedir (36). Kanser ağrısı, hastanın yaşamının her yönünü etkilemekte ve sonuçta yaşam kalitesi üzerinde büyük bir etkisi bulunmaktadır. Bu nedenle, ağrı yönetimi kanserin tüm evrelerinde özellikle de ilerlemiş evrelerde önceliğe sahiptir (23,31).

Sağlık bakım sistemindeki ekonomik değişikliklerin bir sonucu olarak, kanserli hastaların bakımı artan bir şekilde akut bakım alanlarından eve taşınmıştır. Bunun sonucu olarak, evde bakım alan hastaların ağrı düzeyleri daha fazladır ve evde bakım hemşireleri yeni becerilere sahip olması gereklidir (17). Evde bakım hemşiresi, evde dindirilmemiş ağrının değerlendirilmesi ve yönetiminde kritik rol oynamaktadır. Yaşam kalitesini feda etmeden hasta ve bakımvericisine kanser ağrısının yönetilebileceğini öğretmek önemlidir (45,46). Evde bakım hemşireleri doktor, hasta ve bakımverici arasında aracı olarak hizmet ederek ve hastaya bakım veren aile üyesi ile işbirliği içinde evde kanser ağrısını başarılı bir şekilde yönetebilir. Hastanın bakımında hasta ve bakımverici eğitiminden sorumludur (22).

Kanser ağrısı hem tıbbi hem de psikososyal değişkenlerden etkilenen kompleks bir kavram olduğu için, ağrı tanılması kanserli hastada bakımın önemli bir parçasını oluşturmaktadır ve ağrı yönetimi için temeldir (22). Evde bakım hemşiresi, ağrının değerlendirilmesini sağlamak amacıyla hastane ve ev ortamında ağrı ölçeklerinin kullanımını hasta ve ailesine öğretmelidir. Hastaya ve ailesine ağrı tanılması ve ağrı ölçeklerinin kullanımı konusunda bilgi vermeli ve ağrı ölçeklerini kullanmaya teşvik etmelidir (20). Evde bakım hemşiresi, aynı zamanda hastaya evinde; ağrısının yerini, şiddetini, süresini, başlama nedenlerini ve hafifletme yöntemlerini bir ağrı günlüğüne kaydetmesini de öğretmelidir (20). Ağrı günlüğü,

evde hastalar tarafından kullanılabilir ve hastanın fonksiyonel durumunu ve bunun ağrıyla ilişkisini değerlendirmede önemlidir. Bu günlük ile, devam eden takiplerde hastanın ağrısının ve ağrı giderme planının etkinliğinin doktor ve hemşire tarafından değerlendirilmesi sağlanır (20). Evde bakım hemşiresi hücum/atak ağrısından kurtulmada uygun ilaçları ve yeterli dozlarını belirlemede hekim ile yakından çalışmalıdır. Hasta kontrollü analjezi bazen gerekli olabilir. Ağrı ilaçlarının yan etkileri göz önünde bulundurulmalıdır (22). Evde bakım hemşiresi gevşeme, fiziksel yöntemler ve hipnoz gibi ağrı yönetimindeki nonfarmakolojik tedavileri göz ardı etmemelidir. Bu teknikler ağrıyı azaltmaya yardımcı olabileceği için ağrı yönetiminde teşvik edilmeli ve hasta istekli olduğu zaman bakım planı içine dahil edilmelidir. İlaç dışı yöntemleri kullanan hastalara bu yöntemlerin kullanımına yönelik eğitim yapılması önemlidir (26,100).

***Psikolojik Destek:** Evde hasta bakımı yalnızca hastada gelişen semptomların kontrolü olarak ele alınmamalıdır. İleri evre kanser hastalarında hasta ve ailesinin psikolojik problemlerine yönelik gereksinimler ön plana çıkmaktadır. Hastalığın hastaya söylenip söylenmemesi de ayrı bir tartışma konusudur. Birçok ülke hastalık ve yaşam süresi konusunda bilgilendirme yapmaktadır. Ülkemizde bu konu, hastadan elden geldiğince saklanmaktadır. Akılcı olan yaklaşım ise, hastalığın hiç saklanmadan söylenmesi, hastanın ve ailenin tüm yönleri ile desteklenmesidir. Ancak; bu konu bir eğitim ve kültür sorunudur. Hastanın ve ailenin alacağı kararları; eğitim düzeyi, toplumsal gelenek ve görenekler, toplumsal çevresi etkilemektedir. Ancak her bireyin kendi kararlarını almasının önemi belirtilmeli ve bu konuda güven verilmelidir. Hasta ve aile; profesyonel bireyler tarafından yönetildiğinin farkında olmalıdır (26).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, jinekolojik kanser hastalarına uygulanan evde bakım hizmetinin hastaların yaşam kalitesine olan etkisini belirlemek amacıyla yapılan müdahaleli randomize vaka kontrol çalışmasıdır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma; Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı ve Eğitim Araştırma Hastanesinde Jinekolojik Onkoloji Kliniğinde yapılmıştır. Araştırma için bu hastanenin seçilme nedeni; Ankara ilinde bulunan diğer hastanelere göre üreme organlarına ait kanser vaka sayısının fazla olması ve bu hastaneye başvuran hastaların çoğunluğunun Ankara ilinde ikamet etmelerinden kaynaklanmaktadır.

Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı ve Eğitim Araştırma Hastanesi Onkoloji Kliniği'nde; bir tedavi odası, 8 hasta odası (2-4 kişilik odalar), bir hemşire odası, bir doktor odası ve sekreterlik bulunmaktadır. Ayrıca bölüme bağlı hizmet veren bölüm dışında aynı hastanenin farklı bir katında bir tane kemoterapi odası mevcuttur. Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı ve Eğitim Araştırma Hastanesi Onkoloji kliniği, kadın üreme organlarına ait kanser tanı ve tedavisine yönelik hastalara hizmet vermektedir. Ayrıca bu klinikte hastalar hastane tedavileri sonrasında düzenli kontrollerle takip edilmektedirler. Hastalar kontrollere ilk yıl 3 ayda bir, sonraki yıllarda 6 ayda bir gelmektedirler. Ayrıca hastalar hastaneden taburcu olduktan sonra kemoterapi tedavi protokolüne göre haftada bir, 15 günde bir ve ya 3 hafta bir olmak üzere hastaneye başvurumaktadırlar. Radyoterapi alan hastalar ise tedavi protokolüne göre hafta içi her gün olmak üzere toplam 28 günlük tedavi için hastaneye başvurumaktadırlar. Hastalara kontrole geldikleri zaman hastalığın seyri, tedavilerin etkinliği, mevcut sorunlarına yönelik bilgiler verilmekte ve bir sonraki randevu tarihi belirlenmektedir.

Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı ve Eğitim Araştırma Hastanesi Onkoloji kliniğinin toplam hasta kapasitesi 25'tir. Ayrıca bölüme ait kemoterapi ünitesinin de

6 hasta kapasitesi bulunmaktadır. Onkoloji kliniğinde 5 uzman hekim, 6 asistan hekim, 7 hemşire ve 1 sekreter bulunmaktadır. Hastanede haftanın her günü jinekolojik kanser nedeniyle ameliyatlar yapılmaktadır.

Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı ve Eğitim Araştırma Hastanesi Onkoloji kliniğinde çalışan hemşireler, jinekolojik kanser tanısı ile yatan hastalara tanı ve tedavi aşamasında hizmet vermektedirler. Hemşireler kliniğe yatan hastaların; yaşam bulgularının takibi, yapılan tıbbi girişimlerde ve muayenelerde hekime eşlik etme, rutin kan tetkiklerini alma, intravenöz (IV) ve diğer tedavileri uygulama ve takip etme, hastaları cerrahi operasyona hazırlama ve hastaların operasyon sonrası izlemine yapma gibi görevleri yerine getirmektedir. Hemşireler Onkoloji kliniğinde hastalara rutin tedavi işlemlerin dışında hastanın ihtiyacına uygun bakım hizmeti ve taburculuk eğitimi gibi faaliyetleri yerine getirmede yetersiz kalmaktadırlar. Bu duruma kliniğin hemşire sayısının yetersizliği, mevcut hemşirelik bilgilerinin kullanılmaması gibi durumlar etki etmektedir. Hastalara taburculukları esnasında servis asistanları tarafından evde gelişebilecek bazı komplikasyonlara (sutur açılması, ateş, ani vajinal kanama gibi) yönelik dikkat etmeleri gereken noktalar konusunda yazılı bir taburculuk belgesi verilmekte ve bu komplikasyonlar gelişirse derhal hastaneye başvurmaları gerektiği söylenmektedir. Ayrıca Onkoloji kliniğinde hemşireler, 08.00-16.00 ve 16.00-08.00 saatleri arasında iki vardiya şeklinde hizmet vermektedirler.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini, Dr.Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı ve Eğitim Araştırma Hastanesinde Jinekolojik Onkoloji Kliniğinde jinekolojik kanser tanısı alan ve tedaviye başlanan (cerrahi operasyon, RT, KT) hastalar oluşturmaktadır. Hastane kayıtlarına göre, 2010 yılı jinekolojik kanser tanısı alan ve tedaviye başlanan hasta sayısı toplam 230'dur. Bu hastaların tamamı jinekolojik cerrahi ameliyatı geçirmişlerdir. Jinekolojik kanser tanısı alan kadınların 90'ı over, 78'i endometrium, 60'ı serviks, biri vulva ve biri de vajen kanseridir. Cerrahi operasyon geçiren hastaların tamamına RT ya da KT tedavisi başlanmıştır.

Örneklem Seçimi

Araştırmanın örneklem seçiminde, araştırmanın etki büyüklüğü hesaplanamadığı için müdahale ve kontrol grubu kapsamına alınacak kadın sayısı **01 Eylül 2011- 28 Şubat 2012** tarihleri arasında araştırmanın seçim kriterlerine uyan araştırmanın uygulanmasına izin veren hastalar arasından seçilmiştir. Araştırmadaki müdahale ve kontrol grupları, hastaların ameliyat tarihlerine göre öncelikle müdahale grubundan başlanmak üzere bir müdahale bir kontrol grubu olacak şekilde randomize yöntemle belirlenmiştir. Müdahale ve kontrol grubuna eşit sayıda hasta alınmıştır (35 müdahale, 35 kontrol grubu olmak üzere toplam 70 kadın). Ancak araştırmanın uygulanması esnasında 2'si müdahale, 3'ü kontrol grubundan olmak üzere toplam 5 hasta hayatını kaybetmiştir ve örneklem dışı bırakılmıştır. Kaybedilen hastaların yerine yeniden kriterlere uyan beş hasta örneklem kapsamına alınmıştır. Araştırmanın etki gücü en düşük 0,95 olarak belirlenmiştir (EK-11).

Örneklem Seçim Kriterleri;

1. Jinekolojik kanser nedeniyle ilk kez opere edilmiş olan
2. Hastalık evresi açısından en fazla Evre III seviyesinde olan
3. Kemoterapi (KT) ya da Radyoterapi (RT) tedavisi alan
4. Cinsel yönden aktif olan
5. Sorulan soruları anlayabilecek ve yanıtlayabilecek nitelikte olan
6. Herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığa sahip olmayan (hastane kayıtlarından bilgi alınmıştır)
7. Ankara ili Büyükşehir Belediyesi sınırları içinde oturan.

3.4. Verilerin Toplanması ve Araçlar

Jinekolojik kanserli hastalardan veri toplamak amacıyla aşağıda belirtilen form, skala ve ölçekler kullanılmıştır. Kullanılan form ve skallar şunlardır; Görüşme formu, Ev ziyaret izlem formu, Yaşam Kalitesi Ölçeği/Kanser Hastası, Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği, Ağrı değerlendirmede Görsel Analog Skala (VAS). Veriler, araştırmacı tarafından bu form ve skalalar kullanılarak hastanede yüz-yüze olarak toplanmaya başlanmış, daha sonra ev ziyaretlerinde yüz-yüze ve telefon

görüşmeleri ile devam edilmiştir. Araştırmacı ev ziyaretleri esnasında müdahale grubundaki kadınlara ”kansere hastalarına yönelik eğitim rehberi” vermiştir.

3.4.1. Görüşme formu (EK-1)

Görüşme formu, araştırmacı tarafından konu ile ilgili literatür incelenerek hazırlanmıştır (2,4,6,7,11,13,23,25,27,48,102). Görüşme formu geliştirildikten sonra kapsam geçerliliği açısından Kadın Sağlığı Hemşireliği¹²³ alanında uzman kişilerden görüş alınarak tekrar düzenlenmiştir. Görüşme formu, jinekolojik kanserli hastaların sosyo-demografik özelliklerini ve hastalıklarına ilişkin verileri elde etmek amacıyla hazırlanan yarı yapılandırılmış soru formudur.

Görüşme formunda, jinekolojik kanserli hastaların sosyo-demografik özelliklerine (2.-5., 7.-10. sorular), obstetrik ve jinekolojik özelliklerine (6.,10.,12. sorular), hastalığa ilişkin özelliklerine (1., 10.,11. sorular) dair toplam 12 soru yer almaktadır. Formda jinekolojik kanserli hastaların sosyo-demografik özelliklerine ait sorular; yaş, eğitim durumu, medeni hali, çalışma durumu, sağlık güvencesinin varlığı, gelir durumu, aile tipine yöneliktir. Obstetrik ve jinekolojik özelliklerine ait sorular; gebelik sayısı, çocuk sayısı, düşük ve küretaj sayısı, ailede jinekolojik kanser öyküsünün varlığı, var olan jinekolojik bir rahatsızlık ya da kanser durumu, jinekolojik rahatsızlıklara bağlı tedavi alma durumu, hastanın pap-test hikayesi, kanser tanısı öncesi yaşadığı jinekolojik rahatsızlıkları belirlemek içindir. Hastalığa ilişkin özelliklere ait soruların içeriğinde de hastalık tanısı, evresi, tanı zamanı, kansere yönelik uygulanan tedavi şekli, tanıya göre uygulanan tedavi şekilleri hakkında hastanın bilgi durumu, uygulanan tedavinin yan etkilerini bilme durumu, başka kronik bir hastalık ve buna bağlı sürekli kullanılan bir ilacın olup olmadığına dair sorular yer almaktadır.

¹Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Öğretim Üyesi Prof. Dr. Lale Taşkın

²Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Öğretim Üyesi Prof. Dr. Füsün Terzioğlu

³GATA Hemşirelik Yüksekokulu Öğretim Üyesi Doç. Dr. Aygül Akyüz

3.4.2. Ev ziyaret izlem formu (EK-2)

Ev ziyaret izlem formu araştırmacı tarafından konu ile ilgili literatür incelenerek hazırlanmıştır (2,4,6,7,11,13,23,25,27,48,102). Ev ziyaret izlem formu, geliştirildikten sonra kapsam geçerliliği açısından Kadın Sağlığı Hemřirelięi¹²³ alanında uzman kişilerden görüş alınarak tekrar düzenlenmiştir. Ev ziyaret izlem formu, hastanın hastaneden taburcu olup evine döndüğü dönemde belli aralıklarla (taburculuk sonrası ilk hafta, 6.hafta ve 12. hafta) kullanılacak şekilde oluşturulmuştur. Bu formda hastanın cerrahi operasyon sonrası ev ortamında yara iyileşme durumu, ağrı durumu, hareket ve beslenme durumu, hastalık ve uygulanan tedavilere (cerrahi, RT/KT) bağlı gelişebilmesi olası fiziksel (bulantı, kusma, ishal, alopesi, deri bütünlüğünde bozulma vs), psikolojik (sinirlilik, korku, çaresizlik, hastalığı kabullenememe vs) ve sosyal (eşler arası çatışma, terk edilme durumu, dışlanma hissi vs) sorunlar yer almaktadır. Tablo olarak gösterilen bu sorunların içeriğinde; yara iyileşmesi ile ilgili üç, ağrı ile ilgili yedi, beslenme ve hareket durumu ile ilgili dörder, fiziksel sorunlarla ilgili 15, psikolojik sorunlarla ilgili 10, sosyal sorunlarla ilgili altı soru bulunmaktadır. Ayrıca ev ziyaret izlem formunda, hastanın beden imajının değerlendirilmesi (kendini kadın olarak hissetme, çekici bulma, çirkin hissetme, çıplak olarak vücuduna bakabilme vs) ve cinsel sağlığının değerlendirilmesine (cinsel ilişki sıklığı, tedavi sonrası cinsel ilişkiye başlama zamanı, tedavilerin cinsel ilişkiye etkisi, cinsel ilgi durumu, orgazm olma durumu, vajinal sorunlar, evlilikten memnuniyet vs) yönelik sorularda yer almaktadır. Beden imajının değerlendirilmesine yönelik toplam 13, cinsel sağlığın değerlendirilmesine yönelikte 14 soru bulunmaktadır.

3.4.3.Yaşam Kalitesi leği/Kanser Hastası (EK-3)

Amerika Birleşik Devletleri'nde 1995 yılında Ferrell ve arkadaşları tarafından kanser hastalarında yaşam kalitelerini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir (EK-3) (103). Ferrell ve arkadaşlarının oluşturdukları yaşam kalitesi kavramı ve yaşam kalitesi modeli DSÖ'nün bireyin fiziksel, ruhsal, sosyal ve manevi yönden tam bir iyilik

¹Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi ğretim yesi Prof. Dr. Lale Taşkın

²Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi ğretim yesi Prof. Dr. Füsun Terzioğlu

³GATA Hemşirelik Yüksekokulu ğretim yesi Doç. Dr. Aygül Akyüz

halini içeren genel iyilik hali (well-being) tanımı üzerine odaklanmaktadır (4). Ferrell ve arkadaşları, ölçeğin test-retest güvenilirliğini $r=0.89$, iç tutarlılığını $r=0.93$ (Cronbach's alpha) olarak belirlemişlerdir (103). Ölçeğin Türkçe formu'nun geçerlilik ve güvenilirliği Reis ve arkadaşları (2006) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin test-tekrar korelasyon güvenilirlik kat sayısı 0,98, iç tutarlılığı $r= 0,97$ (Cronbach's alpha) olarak belirlenmiştir (4). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında, ölçekte yer alan maddeler bir bütünlük içerisinde ve kendi alt grupları içinde de değerlendirilmiş Cronbach's alpha değeri 0,93 olarak belirlenmiştir (4). Çalışmamızda ölçekte yer alan maddeler bir bütünlük içerisinde ve kendi alt grupları içinde değerlendirilmiş Cronbach's alpha değeri 0,91 olarak belirlenmiştir.

Yaşam kalitesi ölçeğinin Türkçe formunda; fiziksel,psikolojik, sosyal ve manevi iyilik hali olmak üzere yaşam kalitesinin dört boyutunu kapsayan, 41 maddeden oluşmaktadır. **Fiziksel iyilik hali (1-8 madde)**; yorgunluk, iştah değişikliği, ağrı/sızı, bulantı, kabızlık ve doğurganlıkta değişiklik gibi bireyin fiziksel sağlığını etkileyen sorunları belirler. **Psikolojik iyilik hali (9-26 madde)**; hastalık/tedavi sonucu ile baş etme, konsantre olabilme, kendini verimli hissetme, kanserin tekrarlaması gibi, geleceğe yönelik korku ve endişeleri ifade eder. **Sosyal iyilik hali (27-34 madde)**; hastalığın aile bireylerine verdiği sıkıntı, destek sistemleri, kişisel ilişkileri, iş yaşamı, cinsel yaşam ve çevreden kopma gibi davranışları ölçer. **Manevi iyilik hali (35-41 madde)**; yaşamın amacı, hastalığın neden olduğu olumlu değişiklikler, kendini umutlu hissetme ve manevi aktiviteler ilişkin durumları ifade eder.

Ölçeğin puanlanmasında, her bir madde 0-10 puanlık VAS (Visual Analog Scale) üzerinde değerlendirilmektedir. Ölçek üzerindeki rakamlardan "0= en kötü", "10=en iyi" sonuç olarak açıklanmaktadır. Her soru için verilen puanlar esas alınmaktadır. Ancak 1-7, 16-27, 29-34 ve 38 numaralı sorular ters yönde puan almaktadır. Örneğin ölçekteki birinci madde üzerindeki 3 numaralı sayı işaretlendiğinde puan $10-3=7$ puan olarak hesaplanmaktadır (103). Alt boyut puanları, o alt boyutta yer alan tüm maddelerin puanının toplanıp madde sayısına bölünmesi ile bulunur. Toplam yaşam kalitesi puanı ise maddelerin toplanıp, toplam madde sayısına bölünmesi ile elde edilir. Ölçekten alınan puanların yorumlanmasında; ölçekten alınabilecek en düşük puan değeri "0", en yüksek puan

değeri ise “10” dur. Toplam puanın yüksek olması hastanın yaşam kalitesinin yüksek olduğunu, toplam puanın düşüklüğü ise yaşam kalitesinin kötü olduğunu gösterir. **0-2 puan**; yaşam kalitesinin çok kötü olduğunu, **3-4 puan**; yaşam kalitesinin orta düzeyde kötü olduğunu, **5-6 puan**; yaşam kalitesinin orta düzeyde olduğunu, **7-8 puan**; yaşam kalitesinin orta düzeyde iyi olduğunu, **9-10 puan** ise; yaşam kalitesinin çok iyi düzeyde olduğunu göstermektedir. Bu değerlendirme aynı zamanda kanser hastasına uygulanan tedavi şekillerinin etkinliğinin de bir göstergesidir (103).

3.4.4. Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ) (EK-4)

Ölçek, heteroseksüel kadın ve erkeklerde cinsel ilişkinin niteliğini belirlemek ve cinsel işlev bozukluklarını değerlendirmek için kullanılmaktadır. Formda 28 madde yer almakta ve beşli Likert tipi ölçüm sağlanmaktadır. Değerlendirme ölçeği “hiçbir zaman”, “nadiren”, “bazen”, “çoğunlukla”, “her zaman” seçeneklerinden oluşmaktadır. Ölçek 1986 yılında Rust ve Golombok tarafından geliştirilmiştir (104). Ölçeğin Türkçe formunun geçerlilik güvenilirliği Tuğrul ve arkadaşları tarafından 1993 yılında yapılmıştır (105). Türkçe formunun güvenilirlik çalışmasında tek tek maddelere göre yapılan analizlerde, madde toplam korelasyon katsayıları sorunlu ve sorunsuz kadınlarda 0,18 ile 0,74 arasında değişim göstermektedir. Toplam puan açısından kadınlarda Cronbach alfa katsayısı 0,91 olarak saptanmıştır (105). Araştırmamızda ölçeğin toplam puan açısından kadınlarda Cronbach alfa katsayısı 0,895 olarak saptanmıştır.

Araştırmamızda ölçeğin kadın formu kullanılmıştır. Ölçeğin puanlanmasında; her madde 0-4 arasında giderek artan puan alır. Bazı maddeler ters yönde puanlanmaktadır. Ters yönde puanlanan maddeler (4’ten 0’a doğru) kadın formunda 2,4,5,8,9,10,11,15,16,17,19,21,22,25,26,27 ve 28. maddelerdir.

Ölçeğin puanlanmasında, her madde 0-4 arasında giderek artan puan alır. Bazı maddeler ters yönde puanlanmaktadır. Ters yönde puanlanan maddeler (4’ten 0’a doğru) kadın formunda 2,4,5,8,9,10,11,15,16,17,19,21,22,25,26,27 ve 28. maddelerdir. Ölçeğin değerlendirilmesinde, hem toplam hem de alt boyutlardan elde edilen puanlar kullanılabilir. Kadın formunda 3. ve 15. maddeler sıklık; 2. ve 16. maddeler iletişim; 5., 10., 18. ve 22. maddeler doyum; 7., 13., 20. ve 23. maddeler kaçınma; 6., 11., 17. ve 24. maddeler vaginismus ve 8., 14., 21. ve 28. maddeler ise

anorgazmi alt boyutlarından oluşmaktadır. Toplam puan hem erkek hem de kadın formlarında 28 maddenin toplamından elde edilmektedir. Yüksek puanlar cinsel işlevlerdeki ve ilişkinin niteliğindeki bozulmaya işaret etmektedir (104).

Ölçeğin yorumlanması; hem kadın hem de erkek formlarında, beşi ortak olmak üzere yedi alt boyut yer almaktadır. Her iki formda ortak olan alt boyutlar kaçınma, doyum, iletişim, dokunma ve ilişki sıklığı alt boyutlarıdır. Bu alt boyutlara ek olarak kadın formunda vaginismus ve orgazm bozukluğu alt boyutları bulunmaktadır. İlişki sıklığı ve iletişim alt boyutları ikişer, diğer alt boyutlar dörder madde ile sorgulanmaktadır. Ayrıca formda bu alt boyutlar dışında kalan, ancak cinsel ilişkinin niteliği ile ilgili dört madde yer almaktadır. Ham puanların standart puanlara dönüştürülmesi sonrasında 5 ve üstü puan alınan alt boyutlarda “sorun” yaşandığına işaret etmektedir (104,105).

3.4.5. Ağrıda Görsel Analog Skalası (EK-5)

Visual Analog Skala (VAS) sayısal olarak ölçülemeyen bazı değerleri sayısal hale çevirmek için kullanılır. Son derece basit, etkin ve tekrarlanabilen bir ağrı şiddeti ölçüm yöntemidir. Klinik ve laboratuvar koşullarında ağrı şiddetinin hızlı bir şekilde ölçülmesinin istendiği durumlarda VAS sık kullanılır. Günümüzde VAS, ağrı şiddeti yanında affektif komponentinin ölçülmesinde de (ağrı nedeni ile kendinizi ne kadar kötü hissediyorsunuz?) kullanıldığından çok yönlü bir ölçüm olduğu kabul edilir (106,107). Ağrının değerlendirilmesinde kullanılan ölçüm araçlarında biri yüz ifadeleridir. Ağrının değerlendirilmesi için kullanılan yüz ifadeleri aşağıdaki şekilde gösterildiği gibidir. Her bir yüz ifadesi puanlandırılmaktadır (107).



Geçerlilik; testin bir dilinin olmaması ve uygulama kolaylığı önemli bir avantajdır. Testin kısa süre aralıkları ile tekrarı sonrası verilen cevaplar benzerdir (106,107).

3.5. Ön Uygulama

Araştırmacı tarafından geliştirilen Görüşme formu (EK-1), Ev Ziyaret İzlem formu (EK-2), Bireysel bakım planları (EK-7) araştırmanın uygulama aşamasından önce geliştirilmiş ve kapsam geçerlilikleri test edildikten sonra uygulamaya hazır hale getirilmiştir. Ön uygulama S.B. Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Eğitim Planlama Kurulu'ndan gerekli izin alınmasıyla birlikte aynı hastanede yapılmıştır. Ön uygulama Onkoloji servisinde 10 jinekolojik kanserli kadına yapılmıştır. Araştırmacı tarafından hazırlanan eğitim rehberleri kadınlara okutulmuş ve anlaşılabilirliği test edilmiştir. Ön uygulama sonrasında gözden geçirilen veri toplama formlarına ve eğitim rehberine son şekli verilmiştir.

3.6. Veri Toplama

Hastalarla ilk görüşme tedavi (cerrahi, KT, RT) almak üzere hastaneye yattıkları ameliyat öncesi dönemde (pre-operatif dönem) yapılmıştır. İlk görüşmeye müdahale grubu ile başlanmış daha sonra kontrol grubu ile devam edilmiştir. İlk görüşmede (pre-operatif dönemde) müdahale ve kontrol grubundaki hastalara Görüşme (veri toplama) formu, Yaşam Kalitesi Ölçeği/Kanser Hastası ve Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği uygulanmıştır. Müdahale grubunda bulunan hastalara, haftada üç gün gündüz mesai saatlerinde hastanede gelişebilecek sorunlara yönelik bakım planı hazırlanarak pre-operatif ve post-operatif (1-5. gün) bakım hizmetleri ve taburculuk eğitimi verilmiştir. Müdahale grubundaki hastaların bakım hizmetleri, taburculuk sonrası evde bakım, eğitim ve danışmanlık hizmetleri şeklinde devam etmiştir. Kontrol grubundaki hastalarla hastanede yattıkları esnada tanışma sonrası Görüşme formu, Yaşam Kalitesi Ölçeği/Kanser Hastası ve Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği uygulanmıştır ve soruları olduğunda cevaplanmıştır. Kontrol grubunda bulunan hastalar, pre-operatif ve post-operatif dönemde sadece hastanede verilen

hemşirelik bakım hizmetlerini almışlardır. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınlar uygulanan veri toplama formları ve skalalar yüz-yüze görüşmelerle uygulanmıştır.

a. Müdahale Grubu:

Birinci ev ziyareti;

Müdahale grubundaki hastalar, hastanede tedavi alıp, taburcu olduktan sonra bir hafta içerisinde evde ziyaret edilmiştir. Literatürde kanserli hastaların taburcu olduktan sonra ilk hafta içerisinde fiziksel ve psikolojik sorunları en fazla yaşadıkları, kendi ve ailelerinin bu sorunlarla baş etmede çaresiz kaldıkları ve profesyonel yardıma ihtiyaçları olduğu vurgulanmaktadır (114). Ayrıca hastaneden taburcu olan hastanın ev ortamına alışması ve kendi bakımını yapabilmesi için geçmesi gereken zaman da taburculuk sonrası birinci haftadır. Bu nedenle müdahale grubundaki hastalara ilk ziyaretin taburculuk sonrası **birinci haftada** yapılması uygun bulunmuştur. İlk ev ziyaretinde hastalara evde bakım planı (EK-7), ev ziyareti izlem formu (EK-2), yaşam kalitesi ölçeği/kanser hastası (EK-3) ve ağrı şiddetini ölçmede ve takibinde Görsel Analog Skalası (EK-5) uygulanmıştır.

Birinci telefon Görüşmesi: 1. ev ziyaretinden 1 hafta sonra hastaya verilen bakıma yönelik hastanın sorununun devam edip etmediğini belirlemek ve soruna yönelik gerekli önerileri vermek üzere yapılmıştır.

İkinci telefon görüşmesi: 1. ev ziyaretinden 2 hafta sonra hastanın sorununun devam edip etmediğini belirlemek ve soruna yönelik gerekli önerileri vermek üzere yapılmıştır.

İkinci ev ziyareti:

Literatürde jinekolojik kanserli hastalarda rutin medikal tedavilerden sonra fiziksel, psikolojik ve cinsel sorunların en az 6. ve 12. haftalarda değerlendirilebileceği vurgulanmaktadır (114). Cerrahi operasyonların ardından fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunların 6., 12. ve 24. haftalarda, özellikle cinsel sorunların 12. ve 24. haftalarda değerlendirilmesi gerektiği belirtilmektedir (114). Bu

nedenle ikinci ev ziyareti taburculuk sonrası (T.S.) **6. haftada** yapılmıştır. İkinci ev ziyaretinde hastalara evde bakım planı (EK-7), ev ziyareti izlem formu (EK-2), yaşam kalitesi ölçeği/kanser hastası (EK-3), ağrı şiddetini ölçmede ve takibinde Görsel Analog Skalası (EK-5) uygulanmıştır.

Üçüncü ev ziyareti:

12. haftada gerçekleştirilmiştir ve hastalara evde bakım planı (EK-7), ev ziyareti izlem formu (EK-2), yaşam kalitesi ölçeği/kanser hastası (EK-3), Golombok-Rust cinsel doyum ölçeği (EK-4) ve ağrı şiddetini ölçmede ve takibinde Görsel Analog Skalası (EK-5) uygulanmıştır

Her bir ziyaret 60-90 dakika sürmüştür. Hastalarla ev ziyaretleri arasında genel sağlık durumları hakkında bilgi edinmek için telefonla görüşme yapılmıştır.

Araştırmacı tarafından müdahale grubundaki hastalara verilmek üzere **kanser hastalarına yönelik eğitim rehberi** oluşturulmuştur. Eğitim rehberi jinekolojik kanser tedavisi (cerrahi, RT,KT) sonrası hastanın kendi bakımı için bilmesi gereken bilgileri, ihtiyacı olan bakım önerilerini içermektedir. Bakım rehberinin tamamının ilk ziyarette hastaya verilmesiyle hastaya bir anda çok fazla bilgi verileceği düşünüldüğünden bakım rehberi bölümlere ayrılarak her ziyarette o dönemde görülebilecek sorunlarla ilgili olan bölümler verilmiştir.

b. Kontrol Grubu:

Birinci ev ziyareti:

Kontrol grubunda olan hastalara ilk ev ziyareti taburculuk sonrası birinci haftada yapılmıştır. İlk ziyarette ev ziyaret izlem formu (EK-2), yaşam kalitesi ölçeği/kanser hastası (EK-3) ve ağrı şiddetini ölçmede ve takibinde Görsel Analog Skalası (EK-5) uygulanmış ve hastaların sorunları saptanmıştır.

Son ev ziyareti:

Kontrol grubunda olan hastalara son ev ziyareti 12. haftada yapılmıştır. Son ziyarette ev ziyaret izlem formu (EK-2), yaşam kalitesi ölçeği/kanser hastası (EK-3),

Golombok-Rust cinsel doyum ölçeği (EK-4), ağrı Şiddetini ölçmede ve takibinde Görsel Analog Skalası (EK-5) uygulanmıştır ve hastaların sorunları saptanmıştır.

Kontrol grubundaki hastalara toplam iki ev ziyareti yapılmıştır. Her bir ziyaret 30-45 dakika sürmüştür.

Araştırmanın Akış Şeması

<u>Jinekolojik Kanserli Hastalarda Evde Bakım Hizmetinin Uygulama Basamakları</u>	
<u>Müdahale Grubu</u>	<u>Kontrol Grubu</u>
<p><u>Görüşme (Pre-Op)</u></p> <p>Veri Toplama (Görüşme) Formu Yaşam Kalitesi Ölçeği /Kanser Hastası Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği</p> <p><u>Post-Op (1-5.Gün)</u></p> <p>Bakım Planına Göre Bakımın Sürdürülmesi Taburculuk Eğitimi</p>	<p><u>Görüşme (Pre-Op)</u></p> <p>Veri Toplama (Görüşme)Formu Yaşam Kalitesi Ölçeği/Kanser Hastası Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği</p> <p><u>Post-Op (1-5.Gün)</u></p> <p>Hastane Rutinleri İzlenecek (Hastada Komplikasyon Gelişme Durumu, Taburculuk Süresi Dosyadan Takip Edilecek)</p>
<p><u>1.Görüşme (Ev ziyareti 1. Hafta)</u></p> <p>Evde bakım planı Ev ziyaret izlem formu Yaşam kalitesi ölçeği/Kanser hastası Görsel Analog Skala</p>	<p><u>1.Görüşme (Ev ziyareti 1. Hafta)</u></p> <p>Ev Ziyaret İzlem Formu Yaşam Kalitesi Ölçeği/Kanser Hastası Görsel Analog Skala</p>
<p><u>2.Telefon Görüşmesi (T.S 2. Hafta)</u></p> <p>Bakım hizmeti aldığı sorunun devam edip etmediği değerlendirilip, önerilerde bulunuldu.</p> <p><u>3.Telefon Görüşmesi (T.S 3. Hafta)</u></p> <p>Bakım hizmeti aldığı sorunun devam edip etmediği değerlendirilip, önerilerde bulunuldu.</p>	
<p><u>4.Görüşme (Ev ziyareti 6. Hafta)</u></p> <p>Evde Bakım Planı Ev Ziyaret İzlem Formu Yaşam Kalitesi Ölçeği/Kanser Hastası Görsel Analog Skala</p>	
<p><u>5.Görüşme (Ev ziyareti 12. Hafta)</u></p> <p>Evde Bakım Planı Ev Ziyaret İzlem Formu Yaşam Kalitesi Ölçeği/Kanser Hastası Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği Görsel Analog Skala</p>	<p><u>2.Görüşme (Ev ziyareti 12. Hafta)</u></p> <p>Ev Ziyaret İzlem Formu Yaşam Kalitesi Ölçeği/Kanser Hastası Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği Görsel Analog Skala</p>

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için araştırmanın uygulanacağı Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı ve Eğitim Araştırma Hastanesi Eğitim Planlama Kurulu'ndan (EK-9) ve Fatih Üniversitesi Klinik Araştırmalar etik kurulundan (EK-10) izinleri alınmıştır. Araştırma kapsamına alınacak olan müdahale grubundaki hastalardan ameliyat öncesi dönemde (pre-operatif dönem) araştırmanın amacı, hastanede uygulanacak bakım ve taburculuk eğitimleri, yapılacak ev ziyaretleri, bu ev ziyaretlerine neler yapılacağı açıklanarak ve kendilerinden araştırmaya katılmaları için yazılı izinleri alınmıştır. Kontrol grubuna alınan hastalara ameliyat öncesi dönemde araştırmanın amacı açıklanmış ve taburculuk sonrası hastalık ve tedavi durumları hakkında veri toplamak için ev ziyaretleri yapılacağı hakkında bilgi verilip kendilerinden araştırmaya katılmaları için yazılı izin alınmıştır. Hem müdahale hem de kontrol grubuna alınan kadınlara araştırmacının telefonu verilmiş, ev ziyaretlerinden önce ise kadınlar telefonla aranarak ziyarete gelineceği bildirilmiştir.

Kontrol grubundaki kadınlara araştırmanın amacı açıklanırken kendilerine herhangi bir müdahalede bulunulamayacağı, gerekli görüldüğü durumlarda ilgili yerlere yönlendirilecekleri söylenmiştir ve ev ziyaretleri sırasında belirlenen sorunlar doğrultusunda kadınlar ilgili yerlere (hastane gibi) yönlendirilmiştir.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın örneklemini, Dr Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı ve Eğitim Araştırma Hastanesi'nde jinekolojik kanser tanısı ile ameliyat olan hastalar oluşturmaktadır. Araştırma sonuçları diğer jinekolojik kanser vakalarına genellemez.

3.9. Araştırmanın Uygulanması Sırasında Karşılaşılan Güçlükler

Onkoloji servisinde müdahale grubuna alınan kadınlara bakım hizmeti ve eğitim kendi yataklarında verilmiştir. Bu nedenle odadaki diğer hastalar kendilerinin niçin araştırmaya alınmadıklarını öğrenmek istemiş ve bazen eğitime müdahale ederek kendileri ile ilgili sorular da sormuşlardır.

Kadınlara araştırmanın amacı açıklandıktan sonra ev ziyareti yapılacağıın söylenmesinin ardından 6 kadın araştırmaya katılmayı reddetmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden kadınların bazıları ise araştırmacıyı evine tereddütlü olarak kabul etmişlerdir. Ancak ilk ev ziyaretinden sonra araştırmacı ile ziyaret edilen kadın arasında oluşturulan güven ilişkisi sonucu ev ziyaretleri sürdürülmüştür.

Araştırmanın uygulama aşamasında, araştırmayı kabul edip araştırmaya katılan kadınlardan 5'i hayatını kaybetmiştir. Hayatını kaybeden kadınlardan 2'si müdahale grubu, 3 'ü kontrol grubundandır.

Ev ziyaretlerinden önce kadınların telefonla aranması, ev adresleri bulunamadığında mobil telefonla aranması, kadınların araştırmacıyı herhangi bir nedenle aramasından sonra konunun takibi için araştırmacının tekrar kadınları araması nedeniyle çalışmanın maliyeti artmıştır.

3.10.Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirmesinde Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 15.0 istatistik paket programı kullanılarak; frekans ve yüzde hesaplamaları, normal dağılım gösteren değişkenler 2'den fazla olduğu durumlarda tekrarlı ölçümler için varyans analizi ve 2 değişkenli bağımlı gruplarda t testi kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen değişkenlerde iki bağımsız oran karşılaştırmalarında iki yüzde arasındaki farkın önemlilik testi, Ki kare testi ya da Fisher-Exact test kullanılmıştır. Ayrıca tekrarlı ölçümlerde (izlem dönemlerinde) Mc- Nemar test ve Ancova kullanılmıştır.

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, sağlık güvencesinin varlığı, gelir durumu, hastalık evresi, uygulanan tedaviler, hastalığın tanısı, hastalıkla ilgili bilgi durumu, kronik hastalık varlığı, aile öyküsü, üreme sistemine yönelik hastalık varlığı ve tanılama yöntemlerinin kullanımı, yara iyileşme durumu, ağrı, beslenme durumu, hareket durumu, beden imajının değerlendirilmesi, cinsel durumun değerlendirilmesidir

Araştırmanın bağımlı değişkenleri;Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Golombok-Rust Cinsel Doyum ölçeğidir.

4. BULGULAR

Araştırmadan elde edilen bulgular dört bölüm halinde incelenmiştir. **Birinci bölümde;** kadınların yaş, eğitim durumu, gelir düzeyi, üreme fonksiyonları, özgeçmişi, hastalık ve tedavilerine yönelik yaşadığı sorunlar, ağrı, beslenme, hareket etme, beden imajı ve cinsel yaşam gibi sosyo-demografik özelliklere ilişkin veriler yer almaktadır. **İkinci bölümde;** Kanseri hastalarına özel Yaşam kalitesi ölçeğinin, tedavi öncesi ve tedavi sonrası yaşanan fiziksel, psikolojik, sosyal, cinsel sorunlar ve sosyo-demografik özellikler ile karşılaştırılmasına ait veriler yer almaktadır. **Üçüncü bölümde ise,** Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeğinin (GRCDÖ), tedavi öncesi ve tedaviler sonrası yaşanan fiziksel, psikolojik, sosyal, cinsel sorunlar, sosyo-demografik özellikler ve GRCDÖ ile karşılaştırılmalarına ait veriler yer almaktadır. **Dördüncü bölümde;** kadınlara pre-operatif, post-operatif, 1. ve 12. haftada yapılan ev ziyaretlerinde gelişen sorunlara yönelik uygulanan bakım planlarının karşılaştırmaları bulunmaktadır.

4.1. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine ve Hastalıklarına İlişkin Bulgular

Tablo 4.1.1. Kadınların Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerinin Müdahale ve Kontrol Grubuna Göre Dağılımı n:70

Bazı Demografik Özellikler	Sosyo- Müdahale grubu (n: 35)		Kontrol Grubu (n: 35)		İstatistiksel Analiz	
	n	%	n	%	Ki-Kare	p
Yaş Grupları						
45ve altı	10	28,6	10	28,6		
46-55	17	48,5	15	42,8	0,347	0,841
56 ve üzeri	8	22,9	10	28,6		
Gelir Düzeyi						
Yeterli	12	34,3	7	20,0	1,806	0,179
Yetersiz	23	65,7	28	80,0		
Eğitim Düzeyi						
İlköğretim ve Altı*	30	85,7	30	85,7	0,000	1,000
Lise ve Üzeri	5	14,3	5	14,3		
Çalışma Durumu						
Çalışıyor	14	40,0	7	20,0	3,333	0,068
Çalışmıyor	21	60,0	28	80,0		
Aile Tipi						
Çekirdek Aile	31	88,6	28	80,0	0,971	0,324
Geniş Aile	4	11,4	7	20,0		
Toplam	35	100,0	35	100,0		

* İlköğretim altı grup; en az ilkokul 3.sınıfa kadar eğitim almış ancak ilkokuldan mezun olamamış, okuduğunu anlayabilen kadınları ifade etmektedir.

Tablo 4.1.1’de araştırmaya katılan kadınların bazı sosyo-demografik özelliklerinin müdahale ve kontrol grubuna göre dağılımları yer almaktadır. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların yarıya yakınının 45-55 yaş grubunda oldukları (M:%48,5, K:%42,8), ve çoğunluğunun gelir durumlarını yetersiz olarak ifade ettikleri (M:%65,7, K:%80,0), herhangi bir işte çalışmadıkları (M:%60,0, K:%80,0), eğitim düzeylerinin ilköğretim ve altı olduğu (M:%87,5 K:%87,5) ve çekirdek aileye sahip oldukları (M:%88,6, K:%80,0) belirlenmiştir. Bu değişkenlere göre müdahale ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Tablo 4.1.2. Kadınların Hastalıklarına İlişkin Bazı Özelliklerinin Müdahale ve Kontrol Grubuna Göre Dağılımı **n:70**

Hastalığa İlişkin Bazı Özellikler	Müdahale grubu (n: 35)		Kontrol Grubu (n: 35)		İstatistiksel Analiz	
	n	%	n	%	Ki-Kare	p
Hastalık Tanısı						
Over Kanseri	15	42,9	16	45,8		
Endometrium Kanseri	15	42,9	13	37,1	0,266	0,875
Serviks Kanseri	5	14,2	6	17,1		
Hastalık Evresi						
Evre 1	5	14,3	3	8,6		
Evre 2	14	40,0	17	48,6	0,823	0,663
Evre 3	16	45,7	15	42,8		
Uygulanan Tedavi						
Cerrahi + RT	13	37,1	13	37,1	0,001	1,000
Cerrahi + KT	22	62,9	22	62,9		
Uygulanan Ameliyat Tipi						
Tip 3 Histerektomi	32	91,4	32	91,4	0,001	1,000
Tip 2 Histerektomi	3	8,6	3	8,6		
Toplam	35	100,0	35	100,0		

Tablo 4.1.2’de araştırmaya katılan kadınların hastalıklarına ilişkin bazı özelliklerinin müdahale ve kontrol grubuna göre dağılımı yer almaktadır. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların çoğunluğunun over (M:%42,9, K:%45,8) ve endometrium kanseri (M:%42,9, K:%37,1) olduğu; evre 2 (M:%40,0, K:%48,6) ya da evre 3 de (M:%45,7, K:%42,8) buldukları, tip 3 histerektomi (M:%91,4, K:%91,4) uygulandığı ve yarıdan fazlasının cerrahi sonrası kemoterapi tedavisi (M:%62,9, K:%62,9) aldıkları belirlenmiş ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu bulunmuştur ($p>0,05$).

Tablo 4.1.3. Kadınların Özgeçmiş ve Soygeçmişlerine İlişkin Bazı Özelliklerinin Müdahale ve Kontrol Grubuna Göre Dağılımı **n:70**

Kadınların Özgeçmiş ve Soygeçmişlerine İlişkin Bazı Özellikler	Müdahale grubu (n: 35)		Kontrol Grubu (n: 35)		İstatistiksel Analiz	
	n	%	n	%	Ki-Kare	p
Kronik Hastalık Olma Durumu						
Evet	17	48,6	16	45,7	0,057	1,000
Hayır	18	51,4	19	54,3		
Mevcut Kronik Hastalık Türü*						
Hipertansiyon	12	34,3	13	37,1	0,062	0,803
Diyabet	11	31,4	2	5,7	7,652	0,012
Astım	2	5,7	3	8,6	0,215	0,643
Ailede Jinekolojik Kanser Öyküsü**						
Evet	6	17,1	4	11,4	0,467	0,495
Hayır	29	82,9	31	88,6		
Ailede Jinekolojik Kanser Türü						
		(n: 6)		(n: 4)		
Over Kanseri	4	66,6	1	25,0	1,938	0,178
Endometrium Kanseri	2	33,4	3	75,5	0,215	0,500
Üreme Sistemine İlişkin Rahatsızlık Olma Durumu						
Evet	13	37,1	12	34,3	0,062	0,803
Hayır	22	62,9	23	65,7		
Üreme Sistemine Yönelik Tedavi Alma Durumu						
Var	12	34,3	8	22,9	1,120	0,290
Yok	23	65,7	27	77,1		
Pap-Smear Yaptırma Durumu						
Evet	22	62,9	11	31,4	6,937	0,008
Hayır	13	37,1	24	68,6		
Toplam	35	100,0	35	100,0		

* Bu soruya birden fazla yanıt verildiği için "n" sayısında farklılıklar olmuştur.

**Bu soruya ailede jinekolojik kanser öyküsü olan kadınlar yanıtlamıştır.

M: Müdahale Grubu, K: Kontrol grubu

Tablo 4.1.3'de araştırmaya katılan kadınların özgeçmiş ve soygeçmişlerine ilişkin bazı özelliklerinin müdahale ve kontrol grubuna göre dağılımları yer almaktadır. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların yarıya yakınının kronik hastalıklarının (M:%48,6, K:%45,7) olduğu, üçte birinin kronik hastalığının hipertansiyon (M:%34,3, K:%37,1) olduğu ve çoğunluğunun ailede jinekolojik

kanser öyküsünün (M:%82,9, K:%88,6) olmadığı, ailede jinekolojik kanser öyküsü bulunanların ise müdahale grubunda over (M:%66,6, K:%25,0), kontrol grubunda endometrium kanserinin fazla olduğu, her üç kadından birinin kanser tanısı öncesi üreme sistemine ilişkin rahatsızlıklarının (myom, kist, metroraji gibi) (M:%37,1, K:%34,3) olduğu ve üreme sistemine yönelik tedavi (myomektomi, kistektomi, küretaj gibi) (M:%34,3, K:%22,9) aldıkları belirlenmiştir. Müdahale grubunda pap smear testi yaptırma durumunun kontrol grubundan fazla olduğu (M:%62,9, K:%31,4) belirlenmiştir. Bu değişkenlere göre müdahale ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$). Ancak yapılan istatistiksel değerlendirme sonucunda müdahale ve kontrol grupları arasında diyabet ve pap smear testi yaptırma durumu bakımından gruplar arası farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 4.1.4. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Yaşadıkları Bazı Fiziksel Sorunların İzlem Dönemlerine Göre

Dağılımı

n: 70

Yaşanan Bazı Fiziksel Sorunlar		İzlem Dönemleri									İstatistiksel Analiz (p*)
		Taburculuk Öncesi			1.Hafta			12.Hafta			
		n	%	p	n	%	p	n	%	p	
Alopesi	Müdahale (n=35)	-	-	-	-	-	-	22	62,9	1,000	-
	Kontrol (n=35)	-	-	-	-	-	-	22	62,9		
Deri Bütünlüğünde Bozulma	Müdahale (n=35)	1	2,9	1,000	6	17,1	1,000	3	8,6	0,055	-
	Kontrol (n=35)	1	2,9		6	17,1		9	25,7		
Tat Almada Değişim	Müdahale (n=35)	9	25,7	0,382	15	42,9	0,473	12	34,3	0,225	0,493
	Kontrol (n=35)	6	17,1		18	51,4		17	48,6		
Stomatit	Müdahale (n=35)	9	25,7	0,124	10	28,6	0,403	6	17,1	0,060	0,082
	Kontrol (n=35)	4	11,4		7	20,0		13	37,1		
Yutma Güçlüğü	Müdahale (n=35)	3	8,6	0,500	2	5,7	0,133	7	20,0	0,179	-
	Kontrol (n=35)	4	11,4		6	17,1		12	34,3		
Kilo Kaybı	Müdahale (n=35)	9	25,7	0,434	13	37,1	0,806	9	25,7	0,303	0,710
	Kontrol (n=35)	12	34,3		14	40,0		13	37,1		
Anemi*	Müdahale (n=35)	12	34,3	0,147	17	48,6	0,811	7	20,0	0,274	0,366
	Kontrol (n=35)	18	51,4		18	51,4		11	31,4		
Enfeksiyon*	Müdahale (n=35)	8	22,9	0,780	3	8,6	0,284	4	11,4	0,324	0,751
	Kontrol (n=35)	9	25,7		6	17,1		7	20,0		
Ödem	Müdahale (n=35)	9	25,7	0,382	8	22,9	0,192	5	14,3	0,008	0,040
	Kontrol (n=35)	6	17,1		13	37,1		15	42,9		
İdrar Kaçırma	Müdahale (n=35)	13	37,1	0,303	6	17,1	1,000	5	14,3	0,232	0,393
	Kontrol (n=35)	9	25,7		6	17,1		9	25,7		
Terleme	Müdahale (n=35)	12	34,3	0,607	9	25,7	0,203	9	25,7	0,081	0,800
	Kontrol (n=35)	10	28,6		14	40,0		16	45,7		
Ateş Basması	Müdahale (n=35)	12	34,3	0,607	12	34,3	0,621	14	40,0	0,231	0,954
	Kontrol (n=35)	10	28,6		14	40,0		19	54,3		
Güçsüzlük	Müdahale (n=35)	12	34,3	0,225	18	51,4	0,470	17	48,6	0,811	0,574
	Kontrol (n=35)	17	48,6		21	60,0		18	51,4		

*Tıbbi tanımlar hasta dosyasından alınmıştır.

M: Müdahale grubu, K: Kontrol grubu, Taburculuk öncesi: T.Ö., 1. Hafta: 1. hft, 12. Hafta : 12. hft şeklinde kısaltılmıştır.

p* Mc-Nemar test kullanılmıştır.

Tablo 4.1.4’de müdahale ve kontrol grubundaki kadınların yaşadıkları bazı fiziksel sorunların izlem dönemlerine göre dağılımı yer almaktadır. Taburculuk öncesi müdahale grubundaki kadınların %25,7’sinin, kontrol grubundaki kadınların ise %17,1’inin ödem sorunu yaşadıkları; kontrol grubundaki kadınlarda “ödem” sorununun müdahale grubuna göre taburculuk sonrası 1. hafta (M:%22,9, K:%37,1) ve 12. haftada (M:%14,3, K:%42,9) yapılan ev ziyaretlerinde daha fazla oranda devam ettiği belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede; 12. haftada yapılan ev ziyaretlerinde ve tüm izlem dönemleri arasında ödem sorunu yaşama bakımından iki grup arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Buna karşın taburculuk öncesi, 1. haftada yapılan ev ziyaretlerinde “ödem” sorunu yaşama bakımından iki grup arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların taburculuk öncesi, 1. ve 12. hafta ev ziyaretlerinde alopesi (**12.hft** M:%62,9, K:%62,9), deri bütünlüğünde bozulma (**TÖ.** M:%2,9, K:%2,9; **1. hft** M:%17,1, K:%17,1; **12.hft** M:%8,6, K:%25,7), tat almada değişim (**TÖ.** M:%25,7, K:%17,1; **1.hft** M:%42,9, K:%51,4; **12.hft** M:%34,3, K:%48,6), stomatit (**TÖ.** M:%25,7, K:%11,4; **1. hft** M:%28,6, K:%20,0; **12. hft** M:%17,1, K:%37,1), yutma güçlüğü (**TÖ.** M:%8,6, K:%11,4; **1. hft** M:%5,7, K:%17,1; **12. hft** M:%20,0, K:% 34,3), kilo kaybı (**TÖ.** M:%25,7, K:%34,3; **1. hft** M:%37,1, K:%40,0; **12. hft** M:%25,7, K:%37,1), anemi (**TÖ.** M:%34,3, K:%51,4); **1. hft** M:%48,6, K:%51,4; **12. hft** M:%20,0, K:%31,4), enfeksiyon (**TÖ.** M:%22,9, K:%25,7; **1. hft** M:%8,6, K:%17,1; **12. hft** M:%11,4, K:%20,0), idrar kaçırma (**TÖ.** M:%37,1, K:%25,7; **1. hft** M:%17,1, K:%17,1; **12. hft** M:%14,3, K:%25,7), terleme (**TÖ.** M:%34,3, K:%28,6; **1. hft** M:%25,7, K:%40,0; **12. hft** M:%25,7, K:%45,7), ateş basması (**TÖ.** M:%34,3, K:%28,6; **1. hft** M:%34,3, K:%40,0; **12. hft** M:%40,0, K:%54,3) ve güçsüzlük (**TÖ.** M:%34,3, K:%48,6; **1. hft** M:%51,4, K:%60,0; **12. hft** M:%48,6, K:%51,4) gibi sorunlar yaşadıklarını ifade ettikleri, kontrol grubundaki kadınlarda bu sorunların müdahale grubuna göre daha fazla oranda devam ettiği ancak bu değişkenler açısından müdahale ve kontrol grubu arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.1.5. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Yaşadıkları Bazı Psikolojik ve Sosyal Sorunların İzlem Dönemlerine Göre Dağılımı **n: 70**

Yaşanan Bazı Psikolojik ve Sosyal Sorunlar*		İzlem Dönemleri									İstatistiksel Analiz (p*)
		Taburculuk Öncesi			1.Hafta			12.Hafta			
		S	%	p	S	%	p	S	%	p	
Sinirlilik	Müdahale (n=35)	17	48,6	1,000	14	40,0	0,470	13	37,1	0,811	0,869
	Kontrol (n=35)	17	48,6		17	48,6		18	51,4		
Korku**	Müdahale (n=35)	18	51,4	0,012	12	34,3	0,031	7	20,0	0,027	0,029
	Kontrol (n=35)	28	80,0		21	60,0		18	51,4		
Umutsuzluk	Müdahale (n=35)	13	37,1	0,056	8	22,9	0,280	7	20,0	0,068	0,040
	Kontrol (n=35)	21	60,0		12	34,2		14	40,0		
Çaresizlik hissi	Müdahale (n=35)	16	45,7	0,231	15	42,9	1,000	2	5,7	0,001	0,015
	Kontrol (n=35)	21	60,0		15	42,9		13	37,1		
Değersizlik hissi	Müdahale (n=35)	6	17,1	0,101	3	8,6	0,101	2	5,7	0,022	0,018
	Kontrol (n=35)	12	34,3		8	22,9		9	25,7		
Ölüm korkusu	Müdahale (n=35)	8	22,9	0,075	9	25,7	0,788	5	14,3	0,232	0,217
	Kontrol (n=35)	15	42,9		10	28,6		9	25,7		
Hastalığını kabullenme	Müdahale (n=35)	5	14,3	0,500	13	37,1	0,192	25	71,4	0,021	0,883
	Kontrol (n=35)	4	11,4		8	22,9		13	37,1		
Hastalığına ilişkin konuşabilme	Müdahale (n=35)	3	8,6	0,307	12	34,3	0,051	17	48,6	0,012	-
	Kontrol (n=35)	1	2,9		5	14,3		7	20,0		
Düşüncelere yoğunlaşmama	Müdahale (n=35)	15	42,9	0,151	8	22,9	0,025	7	20,0	0,412	0,524
	Kontrol (n=35)	21	60,0		17	48,6		12	34,2		
Eş ile ilgilenmeme	Müdahale (n=35)	3	8,6	1,000	1	2,9	0,500	1	2,9	0,178	-
	Kontrol (n=35)	3	8,6		2	5,7		4	11,4		
Eşlerarası Çatışma	Müdahale (n=35)	3	8,6	0,500	2	5,7	0,337	2	5,7	0,337	-
	Kontrol (n=35)	4	11,4		4	11,4		4	11,4		
Yapacağı işlere yönelik yardım /destek gereksinimi	Müdahale (n=35)	6	17,1	0,743	12	34,3	0,055	3	8,6	0,009	0,024
	Kontrol (n=35)	5	14,3		20	57,1		12	34,3		
Sosyal çevreden dışlandığını hissetme	Müdahale (n=35)	5	14,3	0,526	6	17,1	0,255	5	14,3	0,051	0,778
	Kontrol (n=35)	7	20,0		10	28,6		12	34,3		

*Kadınların ifadelerine göre yanıtlar sınıflandırılmıştır.

**Kadınlar ağrı, gelecekteki tanışal işlemler, iyileşememe, gelecekte neler yaşayacağı, çocuklarına kim bakacak gibi korkular yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

p* Mc-Nemar test kullanılmıştır.

Tablo 4.1.5’de müdahale ve kontrol grubundaki kadınların yaşadıkları bazı psikolojik ve sosyal sorunların izlem dönemlerine göre dağılımı yer almaktadır. Taburculuk öncesi müdahale grubundaki kadınların %51,4’ünün, kontrol grubundaki kadınların ise %80,0’inin korku sorunu yaşadıkları; kontrol grubundaki kadınlarda “korku” sorununun müdahale grubuna göre 1.hafta (M:%34,3, K:%60,0) ve 12.haftada (M:%20,0, K:%51,4) yapılan ev izlemlerinde daha fazla oranda devam ettiği ve iki grup arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Müdahale grubundaki kadınların taburculuk öncesi %37,1’inin, kontrol grubundaki kadınların ise %60’ının umutsuzluk sorunu yaşadıkları; kontrol grubundaki kadınlarda “umutsuzluk” sorununun müdahale grubuna göre, 1.hafta (M:%22,9, K:%34,2) ve 12.haftada (M:%20,0, K:%40,0) yapılan ev izlemlerinde daha fazla oranda devam ettiği belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede; taburculuk öncesi, 1. ve 12. haftada yapılan ev ziyaretlerinde umutsuzluk sorunu yaşama bakımından iki grup arasındaki farkın önemli olmadığı belirlenirken ($p>0,05$), buna karşın tüm izlem dönemleri arasında iki grup arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Taburculuk öncesi müdahale grubundaki kadınların %45,7’sinin, kontrol grubundaki kadınların ise %60’ının “çaresizlik” sorunu yaşadıkları; kontrol grubundaki kadınlarda “çaresizlik” sorununun müdahale grubuna göre, 1.hafta (M:%42,9, K:%42,9) ve 12.haftada (M:%5,7, K:%37,1) yapılan ev izlemlerinde daha fazla oranda devam ettiği belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede; taburculuk öncesi, 1. haftada yapılan ev ziyaretlerinde “çaresizlik” sorunu yaşama bakımından iki grup arasındaki farkın önemli olmadığı belirlenirken ($p>0,05$), 12. haftada yapılan ev ziyaretlerinde ve tüm izlem dönemleri arasında iki grup arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Taburculuk öncesi müdahale grubundaki kadınların %17,1’inin, kontrol grubundaki kadınların ise %34,3’ünün “değersizlik” sorunu yaşadıkları; kontrol grubundaki kadınlarda “değersizlik” sorununun müdahale grubuna göre, 1.hafta (M:%8,6, K:%22,9) ve 12.haftada (M:%5,7, K:%25,7) yapılan ev izlemlerinde daha fazla oranda devam ettiği belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede; taburculuk öncesi ve 1. haftada yapılan ev ziyaretlerinde “değersizlik” sorunu yaşama bakımından iki grup arasındaki farkın önemli olmadığı belirlenirken

($p>0,05$), 12. haftada yapılan ev ziyaretlerinde ve tüm izlem dönemleri arasında iki grup arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Taburculuk öncesi müdahale grubundaki kadınların %14,3'ünün, kontrol grubundaki kadınların ise %11,4'ünün "hastalığı kabullenme" ile ilgili sorun yaşamadıkları; müdahale grubundaki kadınlarda "hastalığı kabullenme" ile ilgili sorun yaşamama durumunun kontrol grubuna göre, 1.hafta (M:%37,1, K:%22,9) ve 12.haftada (M:%71,4, K:%37,1) yapılan ev izlemlerinde daha fazla oranda devam ettiği belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede; 12. haftada yapılan ev ziyaretlerinde "hastalığı kabullenme" durumu bakımından iki grup arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenirken ($p<0,05$), taburculuk öncesi, 1. haftada yapılan ev ziyaretlerinde ve tüm izlem dönemleri arasında iki grup arasındaki farkın önemli olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Taburculuk öncesi müdahale grubundaki kadınların %17,1'inin, kontrol grubundaki kadınların ise %14,3'ünün "yapacakları işlere yönelik yardım / destek gereksinimine" (giyinme, banyo, alış-veriş, hijyen gereksinimi gibi) ihtiyaç duydukları; kontrol grubundaki kadınlarda "yapacakları işlere yönelik yardım / destek gereksinimine" yönelik ihtiyaçlarının müdahale grubuna göre, 1.hafta (M:%34,3, K:%57,1) ve 12. haftada (M:%8,6, K:%34,3) yapılan ev izlemlerinde daha fazla oranda devam ettiği belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede; taburculuk öncesi, 1. haftada yapılan ev ziyaretlerinde, "yapacakları işlere yönelik yardım / destek gereksinimini" bakımından iki grup arasındaki farkın önemli olmadığı belirlenirken ($p>0,05$), 12. haftada yapılan ev ziyaretlerinde ve tüm izlem dönemleri arasında iki grup arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların taburculuk öncesi, 1. ve 12. haftada yapılan ev ziyaretlerinde sinirlilik (**TÖ.** M:%48,6, K:%48,6; **1.hft** M:%40,0, K:%48,6; **12.hft** M:%37,1, K:%51,4), ölüm korkusu (**TÖ.** M:%22,9 K:%42,9; **1.hft** M:%25,7, K:%28,6; **12.hft** M:%14,3, K:%25,7), hastalığa ilişkin konuşabilme (**TÖ.** M:%8,6, K:%2,9; **1.hft** M:%34,3, K:%14,3; **12.hft** M:%48,6, K:%20,0), düşüncelere yoğunlaşamama (**TÖ.** M:%42,9 K:%60,0; **1.hft** M:%22,9, K:%48,6; **12.hft** M:%20,0, K:%34,2), eşin ilgilenmeme durumu (**TÖ.** M:% 8,6, K:%8,6; **1.hft** M:%2,9, K:%5,7; **12.hft** M:%2,9, K:%5,7), eşlerarası çatışma (**TÖ.** M:%8,6, K:%11,4; **1.hft** M:%5,7, K:%11,4; **12.hft** M:%5,7, K:%11,4) ve sosyal çevreden

dışlandığını hissetme (hastalığın bulaşıcı olarak algılanması, akraba-komşuluk ilişkilerinde azalma) (TÖ. M:%14,3, K:%20,0; **1.hft** M:%17,1, K:%28,6; **12.hft** M:%14,3, K:%34,3) gibi sorunlar yaşadıklarını ifade ettikleri, kontrol grubundaki kadınlarda bu sorunların müdahale grubuna göre daha fazla oranda devam ettiği, ancak bu değişkenler açısından müdahale ve kontrol grubu arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.1.6. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Ameliyat Sonrası Dönemde Bazı Yaşadıkları Sorunların İzlem Dönemlerine Göre Dağılımı **n:70**

Yaşanan Bazı Sorunlar	İzlem Dönemleri							İstatistiksel Analiz (p*)
	1.Hafta			12.Hafta				
	n	%	p	n	%	p		
Yara iyileşmesinde gecikme	Müdahale (n=35) Kontrol (n=35)	4 5	11,4 14,3	1,000	- 1	- 2,9	1,000	1,000
Yarada Akıntı	Müdahale (n=35) Kontrol (n=35)	4 5	11,4 14,3	1,000	- 2	- 5,7	0,246	0,063
Hareket Etmede Sınırlılık	Müdahale (n=35) Kontrol (n=35)	35 35	100 100	-	3 10	8,6 28,6	0,031	0,074
Kemoterapinin Beslenmeyi Etkilemesi	Müdahale (n=35) Kontrol (n=35)	- -	- -	-	17 21	48,6 60,0	0,749	-
Radyoterapinin Beslenmeyi Etkilemesi	Müdahale (n=11) Kontrol (n=14)	- -	- -	-	8 14	72,7 100	0,072	-

p* Mc-Nemar test kullanılmıştır.

Tablo 4.1.6’da Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların ameliyat sonrası dönemde yaşadıkları bazı sorunların izlem dönemlerine göre dağılımı yer almaktadır. 1. haftada yapılan ev ziyaretlerinde müdahale ve kontrol grubundaki kadınların %100’ünün hareket etmede sınırlılık sorunu yaşadıkları; kontrol grubundaki kadınlarda “hareket etmede sınırlılık” sorununun müdahale grubuna göre, 12. haftada (M:%8,6, K:%28,6) yapılan ev ziyaretlerinde daha fazla oranda devam ettiği ve 12. haftada yapılan ev ziyaretlerinde iki grup arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların çoğunluğunun ameliyat sonrası 1. ve 12. haftada yapılan ev ziyaretlerinde yara iyileşmesinde gecikme (**1.hft** M:%11,4, K:%14,3, **12.hft** sadece K:%2,9) ve yarada akıntı (**1.hft** M:%11,4, K:%14,3, **12.hft**

sadece K:%5,7) gibi sorunlar yaşamadıkları; her iki gruptaki kadınların çoğunluğunun beslenme düzenlerinin kemoterapi (12.hft M:%48,6, K:%60,0) ve radyoterapi tedavilerinden (12.hft M:%72,7, K:%100) etkilendiği belirlenmiştir. Bu değişkenler açısından müdahale ve kontrol grubu arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.1.7. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Taburculuk Sonrası Ağrıya İlişkin Yaşadıkları Bazı Özelliklerinin İzlem Dönemlerine Göre Dağılımı **n:70**

Ağrıya İlişkin Bazı Özellikler	İzlem Dönemleri									
	1.Hafta			12.Hafta						
	Müdahale Grubu (n: 35)	Kontrol Grubu (n: 35)	İstatistiksel Analiz	Müdahale Grubu (n: 35)	Kontrol Grubu (n: 35)	İstatistiksel Analiz				
	n	%	n	%						
Ağrının Sıklığı*										
Aralıklı	25	71,4	16	45,7	0,029	18	51,4	21	60,0	0,047
Sürekli	10	28,6	19	54,3		3	8,6	9	25,8	
Yok	-	-	-	-		14	40,0	5	14,2	
Ağrının Şiddeti										
Ağrı yok	-	-	-	-	0,008	14	41,9	5	14,3	0,027
Hafif/orta	24	68,5	12	34,3		13	45,7	11	31,4	
Çok ağrı	11	31,4	23	65,7		7	14,2	17	48,6	
Şiddetli/Çok şiddetli	-	-	-	-		1	2,9	2	5,7	
Ağrı Kesici Kullanma Durumu/gün					1,000					0,001
Evet	33	94,3	33	94,3		9	25,7	26	74,3	
Hayır	2	5,7	2	5,7		26	74,3	9	25,7	

*Bu soruyu ağrısı olduğunu ifade eden kadınlar yanıtlamıştır.

Tablo 4.1.7’de müdahale ve kontrol grubundaki kadınların taburculuk sonrası ağrıya ilişkin yaşadıkları bazı özelliklerinin izlem dönemlerine göre dağılımı yer almaktadır. Taburculuk sonrası 1. haftada yapılan ev ziyaretlerinde müdahale grubundaki kadınların çoğunluğunun aralıklı ağrı (%71,4); kontrol grubundaki kadınların ise sürekli ağrı (%54,3) sorunu yaşadıkları; kontrol grubundaki kadınlarda müdahale grubuna göre 12. haftada yapılan ev ziyaretlerinde aralıklı ağrı (M: %51,4, K:%60,0) ve sürekli ağrı (M:%8,6, K:%25,8) sorununun daha fazla oranda devam ettiği, buna karşın 12. haftada müdahale grubundaki kadınların %40’ında ağrı

sorunun olmadığı ve iki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Taburculuk sonrası 1.haftada yapılan ev ziyaretlerinde müdahale grubundaki kadınların yarısından fazlasının “hafif/orta” olan ağrı şiddetinin (%68,5), kontrol grubundaki kadınlarda çok/şiddetli olduğu (%65,7); kontrol grubundaki kadınlarda müdahale grubuna göre, ağrı şiddetinin 12. haftada yapılan ev ziyaretlerinde (**M.** “0”:%41,9; “2-4”:%45,7, “6-8”:%14,2; **K.** “0”:%14,3; “2-4”:%31,4, “6-8”:%48,6) daha fazla oranda devam ettiği ve iki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Taburculuk sonrası 1. haftada yapılan ev ziyaretlerinde müdahale ve kontrol grubundaki kadınların tamamına yakınının günlük ağrı kesici (%94,3) kullandıkları; kontrol grubundaki kadınlarda “günlük ağrı kesici kullanma” durumunun müdahale grubuna göre, 12. haftada yapılan ev ziyaretlerinde (M:%25,7, K:%74,3) daha fazla oranda devam ettiği ve iki grup arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Tablo 4.1.8. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Ameliyat Sonrası Beden İmajındaki Bazı Değişimlerinin İzlem Dönemlerine Göre Dağılımı n: 70

Ameliyat Sonrası Beden İmajındaki Bazı Değişimler*		İzlem Dönemleri									İstatistiksel Analiz (p*)
		Taburculuk Öncesi			1.Hafta			12.Hafta			
		n	%	p	n	%	p	n	%	p	
Kadın Gibi Hissetmeme	Müdahale (n=35)	26	74,3	0,232	20	57,1	0,631	15	42,9	0,001	0,177
	Kontrol (n=35)	30	85,7		22	62,8		28	80,0		
Cinsel Olarak Çekici Bulmama	Müdahale (n=35)	15	42,9	0,232	8	22,9	0,013	7	20,0	0,039	0,041
	Kontrol (n=35)	20	57,1		18	51,4		15	42,9		
Çirkin Hissetme	Müdahale (n=35)	7	20,0	0,179	11	31,4	0,799	7	20,0	0,112	0,206
	Kontrol (n=35)	12	34,3		12	34,3		13	37,1		
Eksik/Kusurlu Görme	Müdahale (n=35)	4	11,4	0,006	15	42,9	0,631	13	37,1	0,229	0,041
	Kontrol (n=35)	14	40,0		17	48,6		18	51,4		
Bedene olan güvenin azalması	Müdahale (n=35)	7	20,0	0,274	3	8,6	0,001	3	8,6	0,239	0,060
	Kontrol (n=35)	11	31,4		11	31,4		6	17,1		
Vücut görüntüsünden memnun olmama	Müdahale (n=35)	1	2,9	0,027	12	34,4	0,225	8	22,9	0,241	0,245
	Kontrol (n=35)	7	20,0		17	48,6		14	40,0		
Eş tarafından beğenilmeme korkusu	Müdahale (n=35)	10	28,6	1,000	6	17,1	0,255	6	17,1	0,101	0,552
	Kontrol (n=35)	10	28,6		10	28,6		12	34,3		
Yetersizlik Hissetme**	Müdahale (n=35)	4	11,4	0,023	10	28,6	0,794	7	20,0	0,403	0,138
	Kontrol (n=35)	12	34,3		11	31,4		10	28,6		
Hijyen gereksinimlerini karşılamada isteksizlik***	Müdahale (n=35)	2	5,7	0,022	12	34,3	0,031	4	11,4	0,167	0,021
	Kontrol (n=35)	9	25,7		21	60,0		10	28,6		
Eş ile Fiziksel Yakınlıktan Kaçma	Müdahale (n=35)	7	20,0	0,759	3	8,6	0,057	8	22,9	0,584	0,252
	Kontrol (n=35)	6	17,1		9	25,7		10	28,6		
Eşe Vücudunu Göstermek istememe	Müdahale (n=35)	2	4,2	0,027	6	17,1	0,060	6	17,1	0,163	0,018
	Kontrol (n=35)	5	14,3		13	37,1		11	31,4		

*Beden imajında aşağıdaki değişimleri yaşadığını ifade eden kadınlar bu soruya yanıt vermişlerdir.

**Bu soruya ameliyat sonrası kendini yarım insan olarak ifade eden kadınlar (Ör: günlük alış-veriş yapmada yetersizlik, evini düzenlemede yetersizlik gibi) cevaplamıştır.

***Ameliyat sonrası vücuttaki değişime bağlı genel hijyende yetersizlik (saç tarama, banyo yapma, kıyafet temizliği ve değişimi gibi).

“n<5” olduğunda Fisher Exact test kullanılmıştır.

p* Mc-Nemar test kullanılmıştır.

Tablo 4.1.8’de müdahale ve kontrol grubundaki kadınların ameliyat sonrası beden imajındaki bazı değişimlerinin izlem dönemlerine göre dağılımı yer almaktadır. Taburculuk öncesi müdahale grubundaki kadınların %74,3’ünün, kontrol grubundaki kadınların ise %85,7’sinin kendilerini kadın gibi hissetmeme sorunu yaşadıkları; kontrol grubundaki kadınlarda kendilerini “kadın gibi hissetmeme” sorununun müdahale grubuna göre, 1. hafta (M:%57,1, K:%62,8) ve 12. haftada (M:%42,9, K%80,0) yapılan ev ziyaretlerinde daha fazla oranda devam ettiği ve 12. haftada yapılan ev ziyaretlerinde iki grup arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Buna karşın taburculuk öncesi, 1. haftada yapılan ev ziyaretleri ve tüm izlem dönemleri arasında iki grup arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Taburculuk öncesi müdahale grubundaki kadınların %42,9’unun, kontrol grubundaki kadınların ise %57,1’inin kendilerini cinsel olarak çekici bulmadıkları; kontrol grubundaki kadınlarda kendilerini “cinsel olarak çekici bulmama” sorununun müdahale grubuna göre, 1. hafta (M:%22,9, K:%51,4) ve 12. haftada (M:%20,0, K%42,9) yapılan ev ziyaretlerinde daha fazla oranda devam ettiği ve taburculuk öncesi iki grup arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olmadığı ($p>0,05$), buna karşın 1. ve 12. haftada yapılan ev ziyaretleri ve tüm izlem dönemleri arasında iki grup arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Taburculuk öncesi müdahale grubundaki kadınların %11,4’ünün, kontrol grubundaki kadınların ise %40,0’ının kendilerini eksik/kusurlu olarak gördükleri; kontrol grubundaki kadınlarda kendilerini “eksik/kusurlu görme” sorununun müdahale grubuna göre, 1. hafta (M:%42,9, K:%48,6) ve 12. haftada (M:%37,1, K%51,4) yapılan ev ziyaretlerinde daha fazla oranda devam ettiği ve 1. ve 12. haftada yapılan ev ziyaretlerinde iki grup arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olmadığı ($p>0,05$), buna karşın taburculuk öncesi ve tüm izlem dönemleri arasında iki grup arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Taburculuk öncesi müdahale grubundaki kadınların %5,7’sinin, kontrol grubundaki kadınların ise %25,7’sinin hijyen gereksinimlerini karşılamada isteksizlik sorunu yaşadıkları; kontrol grubundaki kadınlarda “hijyen gereksinimlerini karşılamada isteksizlik” sorununun müdahale grubuna göre, 1. hafta (M:%34,3, K:%60,0) ve 12. haftada (M:%11,4, K%28,6) yapılan ev ziyaretlerinde daha fazla oranda devam ettiği ve 12. haftada yapılan ev ziyaretlerinde iki grup

arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olmadığı belirlenirken ($p>0,05$), buna karşın taburculuk öncesi, 1. haftada yapılan ev ziyaretleri ve tüm izlem dönemleri arasında iki grup arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

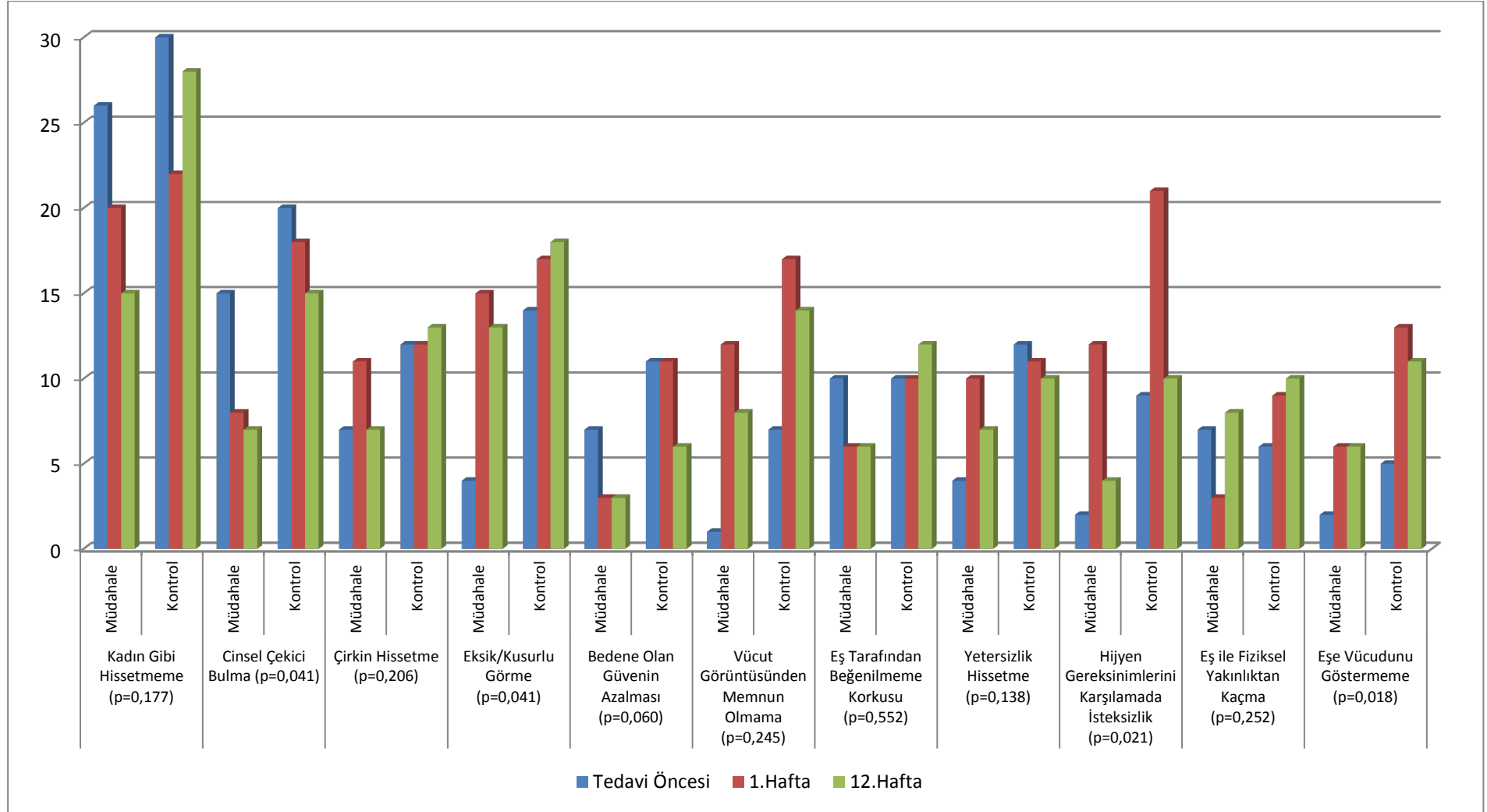
Taburculuk öncesi müdahale grubundaki kadınların %4,2'sinin, kontrol grubundaki kadınların ise %14,3'ünün eşlerine vücutlarını göstermek istemedikleri; kontrol grubundaki kadınlarda "eşe vücudunu göstermek istememe" durumunun müdahale grubuna göre, 1. hafta (M:%17,1, K:%37,1) ve 12. haftada (M:%17,1, K:%31,4) yapılan ev ziyaretlerinde daha fazla oranda devam ettiği ve 1. ve 12. haftada yapılan ev ziyaretlerinde iki grup arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olmadığı ($p>0,05$), buna karşın taburculuk öncesi ve tüm izlem dönemleri arasında iki grup arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların taburculuk öncesi, 1. ve 12. hafta ev ziyaretlerinde çirkin hissetme (**TÖ.** M:%20,0, K:%34,3; **1.hft** M:%31,4, K:%34,3; **12.hft** M:%20,0, K:%42,9), bedene olan güvenin azalması (**TÖ.** M:%20,0, K:%31,4; **1.hft** M:%8,6, K:% 31,4; **12.hft** M:%8,6, K:%17,1), vücut görüntüsünden memnun olmama (**TÖ.** M:%2,9, K:%20,0; **1.hft** M:%34,4, K:%48,6; **12.hft** M:%22,9, K:%40,0), eş tarafından beğenilmeme korkusu (**TÖ.** M:%28,6, K:%28,6; **1.hft** M:%17,1, K:%28,6; **12.hft** M:%17,1, K:%34,3), yetersizlik hissetme (**TÖ.** M:%11,4, K:%34,3; **1.hft** M:%28,6, K:%31,4; **12.hft** M:%20,0, K:%28,6), eş ile fiziksel yakınlıktan kaçma (**TÖ.** M:%20,0, K:%17,1; **1.hft** M:%8,6, K:%25,7; **12.hft** M:%22,9, K:%28,6), gibi sorunlar yaşadıkları, kontrol grubundaki kadınlarda bu sorunların müdahale grubuna göre daha fazla oranda devam ettiği ancak bu değişkenler açısından müdahale ve kontrol grubu arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Grafik 1. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Beden İmajındaki Değişimlerinin İzlem Dönemlerine Göre

Dağılımı

n:70



Tablo 4.1.9. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Ameliyat Öncesi ve Sonrası Cinsel Yaşama İlişkin Bazı Özelliklerinin İzlem

Dönemlerine Göre Dağılımı

n: 70

Cinsel Yaşama İlişkin Bazı Özellikler	Ameliyat Öncesi				İstatistiksel Analiz	Ameliyat Sonrası 12.Hafta				İstatistiksel Analiz
	Müdahale (n: 35)		Kontrol (n: 35)			Müdahale (n: 35)		Kontrol (n: 35)		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Cinsel İlişki Sıklığı										
1-3 Kez/hafta	17	48,6	12	34,3	0,468	-	-	-	-	0,138
15 Günde Bir	10	28,6	12	34,3		16	45,7	10	28,6	
Ayda Bir	8	22,9	11	31,4		19	54,3	25	71,4	
Vajinal Duyarsızlık										
Var	4	11,4	4	11,4	1,000	6	17,1	10	28,6	0,255
Yok	31	88,6	31	88,6		29	82,9	25	71,4	
Penis Penetrasyon Zorluğu										
Var	-	-	-	-	-	-	-	2	6,7	0,020
Yok	35	100,0	32	100		35	100	33	93,3	
Cinsel İlişkide İdrar Kaçırma										
Var	7	20,0	5	14,3	0,526	5	14,3	2	5,7	0,214
Yok	28	80,0	30	85,7		30	85,7	33	94,3	
Cinsel İlişkiden Rahatsız Olma*										
Evet	18	51,4	8	22,9	0,013	18	51,4	15	42,9	0,473
Hayır	17	48,6	27	77,1		17	48,6	20	57,1	
Cinsel İlişkiden Kaçınma										
Evet	8	22,9	8	22,9	1,000	6	17,1	13	37,1	0,060
Hayır	27	77,1	27	77,1		29	82,9	22	62,9	
Eşin Cinsel İlişkiden Rahatsız Olması**										
Var	12	34,3	3	8,6	0,009	7	20,0	10	28,6	0,403
Yok	23	65,7	32	91,4		28	80,0	25	71,4	

* Kadınlar cinsel ilişkide ağrı, kanama ve isteksizlik gibi sorunlar nedeniyle rahatsızlık duyduklarını ifade etmişlerdir.

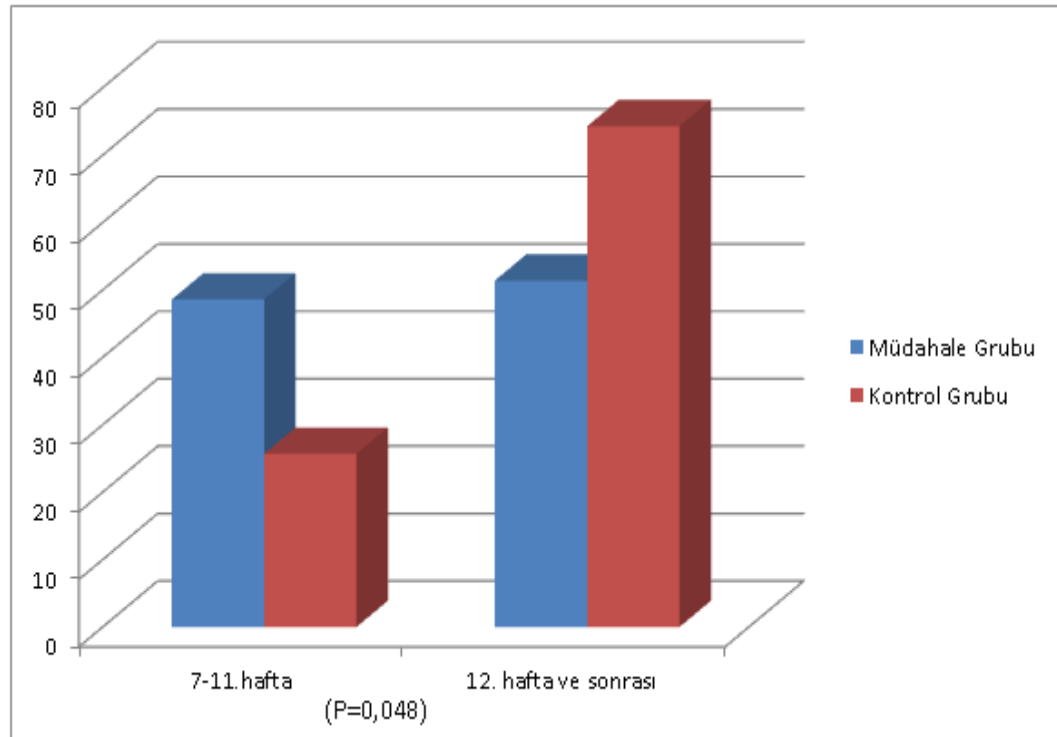
**Kadınların düşüncelerine göre; eşine zarar verme korkusu yaşayan, ilişkinin eskisi gibi olmayacağını düşünen, hastalığın bulaşıcı olabileceği korkusu yaşayan eşleri kapsamaktadır.

Ameliyat öncesi: AÖ, Ameliyat sonrası: AS.

Tablo 4.1.9’da müdahale ve kontrol grubundaki kadınların ameliyat öncesi ve sonrası cinsel yaşama ilişkin bazı özelliklerinin izlem dönemlerine göre dağılımı yer almaktadır. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların çoğunluğunun ameliyat öncesi (AÖ) ve sonrası (AS) dönemlerde vajinal duyarsızlık (AÖ. M: %88,6, K:%88,6, AS. M:%82,9, K:%71,4), penis penetrasyon bozukluğu (AÖ. M: %100,0, K:%100,0, AS. M:%100,0, K:%93,3) cinsel ilişkide idrar kaçırma (AÖ. M: %80,0, K:%85,7, AS. M:%85,7, K:%94,3, cinsel ilişkiden kaçınma (AÖ. M: %77,1, K:%77,16, AS. M:%82,9, K:%62,9),eşin cinsel ilişkiden rahatsız olması (AÖ. M: %65,7, K:%91,4, AS. M:%80,0, K:%71,4) gibi sorunlar yaşamadıkları ve bu değişkenler açısından müdahale ve kontrol grubu arasındaki farkın istatistiksel olarak

önemli olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Ayrıca, ameliyat öncesi müdahale grubundaki kadınların yarıya yakınının (%48,6), kontrol grubundaki kadınların üçte birinin (%34,3) haftalık “cinsel ilişki sıklıklarını 1-3 kez” olarak ifade ettikleri; ameliyat sonrası 12. haftada yapılan ev ziyaretlerinde müdahale grubundaki kadınların %54,3’ünün, kontrol grubundaki kadınların ise %71,4’ünün “cinsel ilişki sıklıklarını ayda bir kez” olarak ifade ettikleri belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede; bu değişkenlere göre müdahale ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Grafik 2. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Ameliyat Sonrası Cinsel İlişkiye Başlama Zamanlarının Dağılımı **n:70**



Grafik 2’de müdahale ve kontrol grubundaki kadınların ameliyat sonrası cinsel ilişkiye başlama zamanlarının dağılımı yer almaktadır. Ameliyat sonrası 12. haftada yapılan ev ziyaretlerinde müdahale ve kontrol grubundaki kadınların çoğunluğunun 12. haftada cinsel ilişkiye başladıkları (M:%51,4, K:%74,3) belirlenirken; müdahale grubundaki kadınlarda “7-11. haftalarda cinsel ilişkiye başlama” durumunun kontrol grubuna göre daha fazla oranda olduğu ve iki grup arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

4.2.Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Toplam Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Bağımsız Değişkenler ile Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Tablo 4.2.1. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Toplam Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının İzlem Dönemlerine Göre Dağılımı **n:70**

Toplam Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları ve Alt boyut Puan Ortalamaları	Taburculuk Öncesi	İzlem Dönemleri				İstatistiksel Analiz (p*)		
		$\bar{x} \pm SS$	p	1.Hafta	12.Hafta			
			$\bar{x} \pm SS$	p	$\bar{x} \pm SS$	p		
Fiziksel İyilik Hali	Müdahale (n=35) Kontrol (n=35)	6,86±1,24 6,34±1,34	0,097	7,49±0,71 5,21±1,04	0,001	7,32±1,02 4,41±1,14	0,001	0,001
Psikolojik İyilik Hali	Müdahale (n=35) Kontrol (n=35)	4,58±1,12 4,25±0,99	0,189	5,03±0,99 3,27±0,85	0,001	5,65±0,74 2,79±0,95	0,001	0,001
Sosyal İyilik Hali	Müdahale (n=35) Kontrol (n=35)	7,20±1,20 6,67±1,86	0,163	6,05±1,16 4,76±1,19	0,001	6,59±0,85 4,02±1,31	0,001	0,001
Manevi İyilik Hali	Müdahale (n=35) Kontrol (n=35)	5,41±1,13 4,21±1,06	0,001	5,30±1,50 3,77±0,70	0,001	4,98±0,76 2,53±0,66	0,001	0,001
Toplam Yaşam Kalitesi	Müdahale (n=35) Kontrol (n=35)	6,01±0,66 5,37±0,82	0,001	5,97±0,65 4,25±0,71	0,001	6,13±0,62 3,44±0,84	0,001	0,001

p* ANOVA kullanılmıştır.

Tablo 4.2.1’de müdahale ve kontrol grubundaki kadınların toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları ve alt boyut puan ortalamalarının izlem dönemlerine göre dağılımı yer almaktadır. Yaşam kalitesi ölçeğinin yorumlanmasında; ölçekten alınabilecek en düşük puan değeri “0”, en yüksek puan değeri ise “10” dur. Toplam puanın yüksek olması hastanın yaşam kalitesinin yüksek olduğunu, toplam puanın düşük olması ise yaşam kalitesinin kötü olduğunu gösterir. **0-2 puan**; yaşam kalitesinin çok kötü olduğunu, **3-4 puan**; yaşam kalitesinin orta düzeyde kötü olduğunu, **5-6 puan**; yaşam kalitesinin orta düzeyde olduğunu, **7-8 puan**; yaşam kalitesinin orta düzeyde iyi olduğunu, **9-10 puan** ise; yaşam kalitesinin çok iyi

düzye de olduğunu göstermektedir. Aynı zamanda bu değerlendirme kanser hastalarına uygulanan tedavi şekillerinin etkinliğinin de bir göstergesi olabilmektedir. Taburculuk öncesi müdahale ve kontrol grubundaki kadınların toplam yaşam kalitesi puan ortalamalarının orta düzeyde olduğu belirlenirken (M: 6,01±0,66, K: 5,37±0,82); kontrol grubundaki kadınlarda “toplam yaşam kalitesi puan ortalamalarının” müdahale grubuna oranla, 1. hafta (M: 5,97±0,65, K: 4,25±0,71) ve 12. haftada (M: 6,13±0,62, K: 3,44±0,84) yapılan ev ziyaretlerinde daha düşük düzeyde olduğu ve iki grup arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir (p<0,05).

Yaşam kalitesi alt boyutları incelendiğinde; taburculuk öncesi müdahale ve kontrol grubundaki kadınların fiziksel iyilik hali puan ortalamalarının orta düzeyde olduğu belirlenirken (M: 6,86±1,24, K: 6,34±1,34); müdahale grubundaki kadınlarda “fiziksel iyilik hali puan ortalamalarının” kontrol grubuna oranla, 1. hafta (M: 7,49±0,71, K: 5,21±1,04) ve 12. haftada (M: 7,32±1,02, K: 4,41±1,14) yapılan ev ziyaretlerinde daha yüksek olduğu ve iki grup arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir (p<0,05).

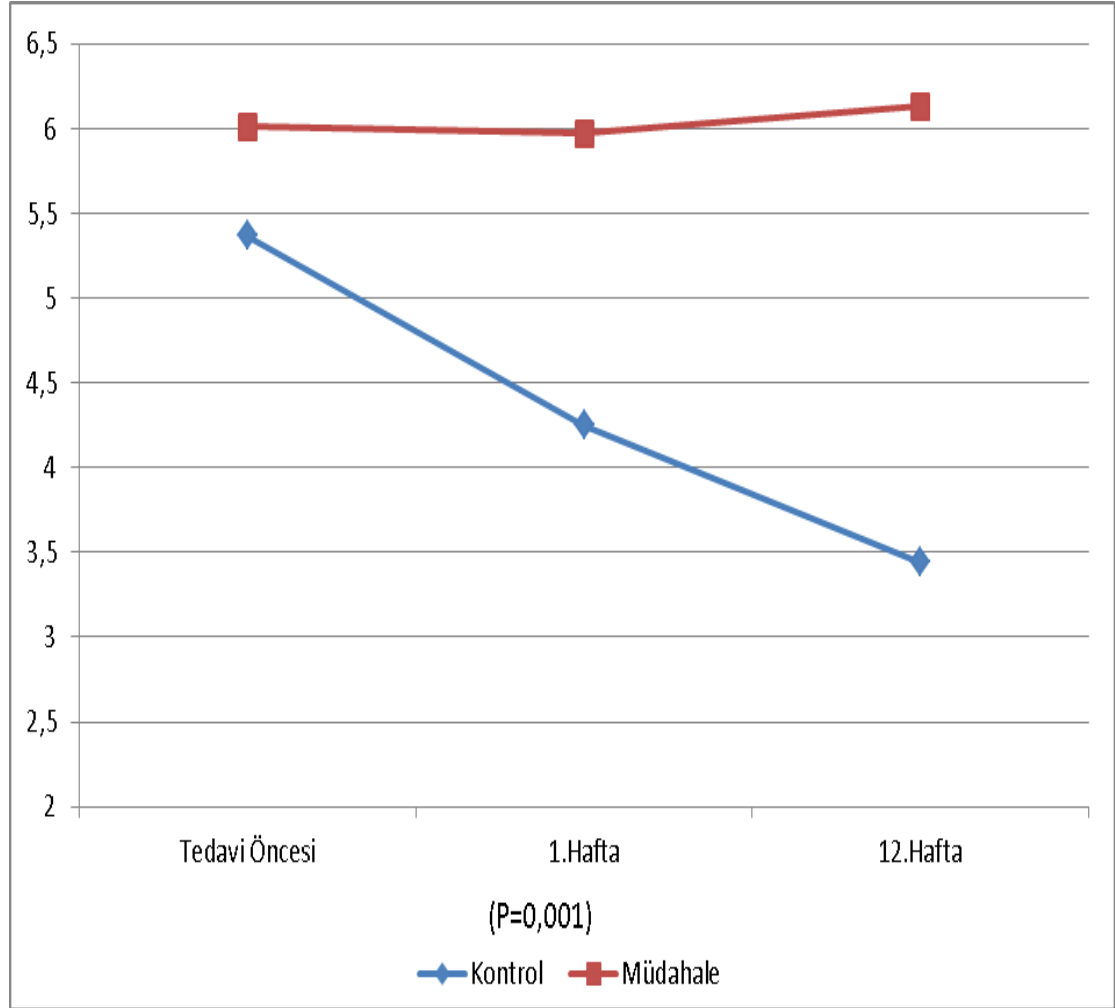
Taburculuk öncesi müdahale ve kontrol grubundaki kadınların psikolojik iyilik hali puan ortalamalarının orta düzeyde kötü olduğunu belirlenirken (M: 4,58±1,12, K: 4,25±0,99); kontrol grubundaki kadınlarda “psikolojik iyilik hali puan ortalamalarının” müdahale grubuna oranla, 1. hafta (M: 5,03±0,99, K: 3,27±0,85) ve 12. haftada (M: 5,65±0,74, K: 2,79±0,95) yapılan ev ziyaretlerinde daha düşük olduğu ve iki grup arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir (p<0,05).

Taburculuk öncesi müdahale ve kontrol grubundaki kadınların sosyal iyilik hali puan ortalamalarının orta düzeyde olduğu belirlenirken (M: 7,20±1,20, K: 6,67±1,86); kontrol grubundaki kadınlarda “sosyal iyilik hali puan ortalamalarının” müdahale grubuna oranla, 1. hafta (M: 6,05±1,16, K: 4,76±1,19) ve 12. haftada (M: 6,59±0,85, K: 4,02±1,31) yapılan ev ziyaretlerinde daha düşük olduğu ve iki grup arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir (p<0,05).

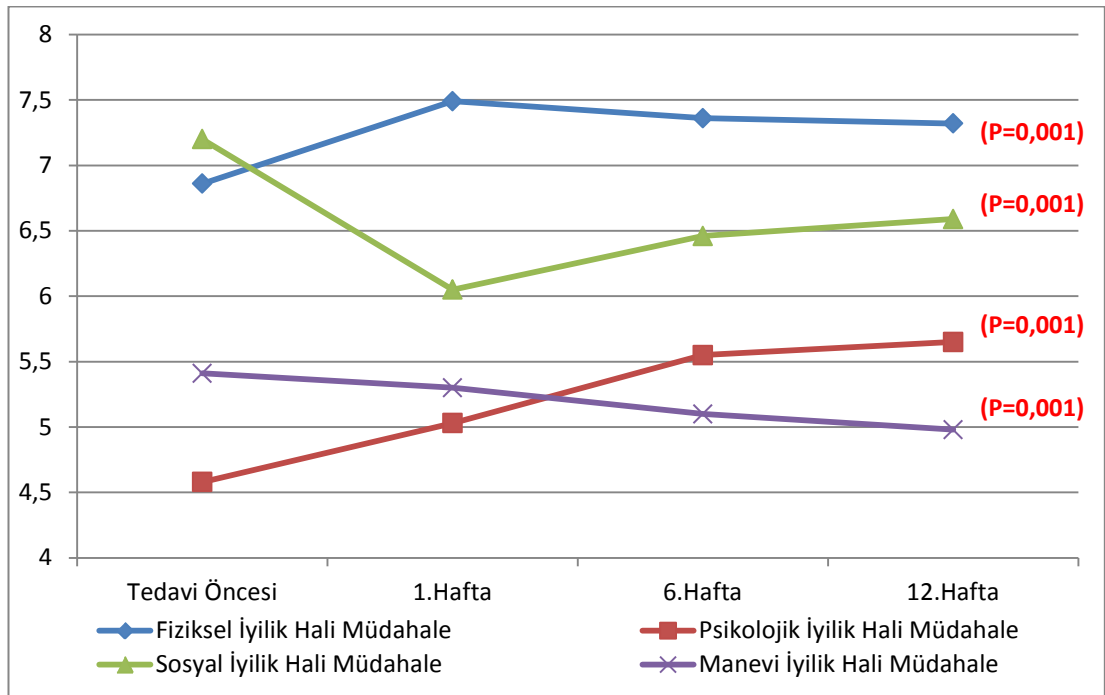
Taburculuk öncesi müdahale grubundaki kadınların manevi iyilik hali puan ortalamalarının orta düzeyde (M: 5,41±1,13), kontrol grubundaki kadınların ise orta düzeyde kötü olduğu belirlenirken (K: 4,21±1,06); kontrol grubundaki kadınlarda “manevi iyilik hali puan ortalamalarının” müdahale grubuna oranla, 1. hafta (M:

5,30±1,50, K: 3,77±0,70) ve 12. haftada (M: 4,98±0,76, K: 2,53±0,66) yapılan ev ziyaretlerinde daha düşük olduğu ve iki grup arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

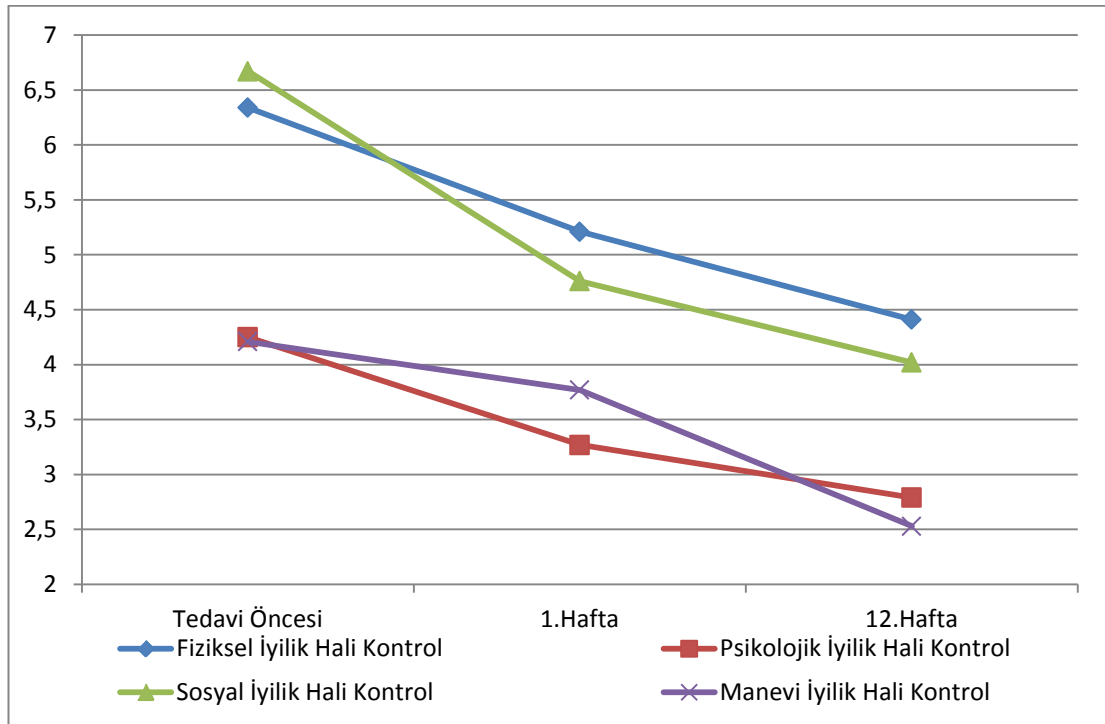
Grafik 3. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının İzlem Dönemlerine Göre Dağılımı n:70



Grafik 4. Müdahale Grubundaki Kadınların Yaşam Kalitesi Alt Boyut Puan Ortalamalarının İzlem Dönemlerine Göre Dağılımı **n:70**



Grafik 5. Kontrol Grubundaki Kadınların Yaşam Kalitesi Alt Boyut Puan Ortalamalarının İzlem Dönemlerine Göre Dağılımı **n:70**



4.3. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların GRCDÖ Aldığı Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Bağımsız Değişkenler ile Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Tablo 4.3.1. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Toplam GRCDÖ Puan Ortalamaları ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının İzlem Dönemlerine Göre Dağılımı **n:70**

GRCDÖ Puan Ortalamaları ve Alt Boyut Ortalamaları	Boyut Puan	İzlem Dönemleri				İstatistiksel Analiz (p*)
		Taburculuk Öncesi		12.Hafta		
		$\bar{x} \pm SS$	p	$\bar{x} \pm SS$	p	
Sıklık	Müdahale (n=35) Kontrol (n=35)	4,49±1,90 4,31±2,37	0,740	6,03±1,58 6,43±1,77	0,322	0,766
İletişim	Müdahale (n=35) Kontrol (n=35)	5,17±2,32 6,63±1,85	0,005	5,14±2,07 6,94±1,28	0,001	0,001
Doyum	Müdahale (n=35) Kontrol (n=35)	6,86±3,60 6,26±3,13	0,459	7,00±2,82 9,63±2,45	0,001	0,003
Kaçınma	Müdahale (n=35) Kontrol (n=35)	5,31±3,36 6,26±3,75	0,272	6,34±3,13 9,60±2,94	0,001	0,005
Dokunma	Müdahale (n=35) Kontrol (n=35)	7,54±3,21 8,63±3,77	0,199	7,43±3,09 10,20±2,90	0,001	0,007
Vajinusmus	Müdahale (n=35) Kontrol (n=35)	6,66±3,42 6,29±4,25	0,689	9,26±3,01 12,17±3,31	0,001	0,049
Anorgazmi	Müdahale (n=35) Kontrol (n=35)	7,91±1,74 8,94±2,11	0,030	8,83±1,79 11,26±1,42	0,001	0,001
Toplam GRCDÖ	Müdahale (n=35) Kontrol (n=35)	6,28±1,64 6,76±2,40	0,330	7,15±1,63 9,46±1,71	0,001	0,001

p* ANCOVA kullanılmıştır.

Tablo 4.3.1’de müdahale ve kontrol grubundaki kadınların toplam GRCDÖ puan ortalamaları ve alt boyut puan ortalamalarının izlem dönemlerine göre dağılımı yer almaktadır. GRCDÖ’den “5 ve üzeri” puan alınması o alt boyutta sorun yaşandığına işaret etmektedir. Tabloda; müdahale ve kontrol grubundaki kadınların, “iletişim alt boyutu puan ortalamaları” taburculuk öncesi (M: 5,17±2,32; K: 6,63±1,85) ve 12. haftada (M:5,14±2,07; K: 6,94±1,28) yapılan ev ziyaretlerinde, sorun yaşandığına işaret ederken; kontrol grubundaki kadınlarda “iletişim alt boyutu

puan ortalamalarının” müdahale grubuna oranla daha yüksek devam ettiği ve iki grup arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların “anorgazmi alt boyutu puan ortalamaları”, taburculuk öncesi (M: 7,91±1,74; K: 8,94±2,11) ve 12. haftada (M: 8,83±1,79; K: 11,26±1,42) yapılan ev ziyaretlerinde, sorun yaşandığına işaret ederken; kontrol grubundaki kadınlarda “anorgazmi alt boyutu puan ortalamalarının” müdahale grubuna oranla daha yüksek devam ettiği ve iki grup arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların “doyum alt boyutu puan ortalamaları”, taburculuk öncesi (M: 6,86±3,60; K: 6,26±3,13) ve 12. haftada (M: 7,00±2,82; K: 9,63±2,45) yapılan ev ziyaretlerinde, sorun yaşandığına işaret ederken; kontrol grubundaki kadınlarda “doyum alt boyutu puan ortalamalarının” müdahale grubuna oranla daha yüksek devam ettiği ve iki grup arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların “kaçınma alt boyutu puan ortalamaları”, taburculuk öncesi (M: 5,31±3,36; K: 6,26±3,75) ve 12. haftada (M: 6,34±3,13; K: 9,60±2,94) yapılan ev ziyaretlerinde, sorun yaşandığına işaret ederken; kontrol grubundaki kadınlarda “kaçınma alt boyutu puan ortalamalarının” müdahale grubuna oranla daha yüksek devam ettiği ve iki grup arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların “dokunma alt boyutu puan ortalamaları”, taburculuk öncesi (M: 7,54±3,21; K: 8,63±3,77) ve 12. haftada (M: 7,43±3,09; K: 10,20±2,90) yapılan ev ziyaretlerinde, sorun yaşandığına işaret ederken; kontrol grubundaki kadınlarda “dokunma alt boyutu puan ortalamalarının” müdahale grubuna oranla daha yüksek devam ettiği ve iki grup arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların “vajinusmus alt boyutu puan ortalamaları”, taburculuk öncesi (M: 6,66±3,42; K: 6,29±4,25) ve 12. haftada (M: 9,26±3,01; K: 12,17±3,31) yapılan ev ziyaretlerinde sorun yaşandığına işaret ederken; kontrol grubundaki kadınlarda “vajinusmus alt boyutu puan ortalamalarının” müdahale grubuna oranla daha yüksek devam ettiği ve iki grup arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

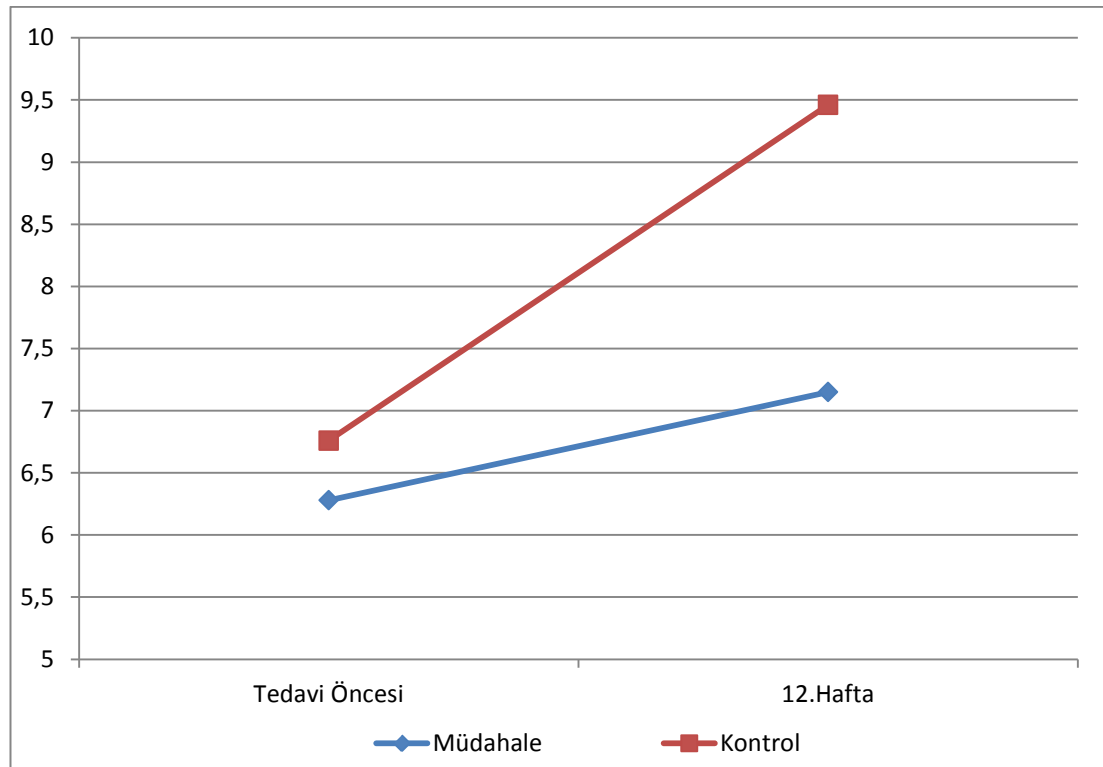
Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların toplam GRCDÖ puan ortalamaları, taburculuk öncesi (M: 6,28±1,64; K: 6,76±2,40) ve 12. haftada (M: 7,15±1,63; K: 9,46±1,71) yapılan ev ziyaretlerinde, sorun yaşandığına işaret ederken; kontrol grubundaki kadınlarda “GRCDÖ puan ortalamalarının” müdahale grubuna oranla daha yüksek devam ettiği ve iki grup arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Müdahale ve kontrol grubundaki kadınlarda “sıklık alt boyutu puan ortalamaları’nda”, taburculuk öncesi (M: 4,49±1,90; K: 4,31±2,37) ve 12. haftada (M: 6,03±1,58; K: 6,43±1,77) yapılan ev ziyaretlerinde, sorun yaşanmadığı ve iki grup arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Grafik 6. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların GRCDÖ Puan

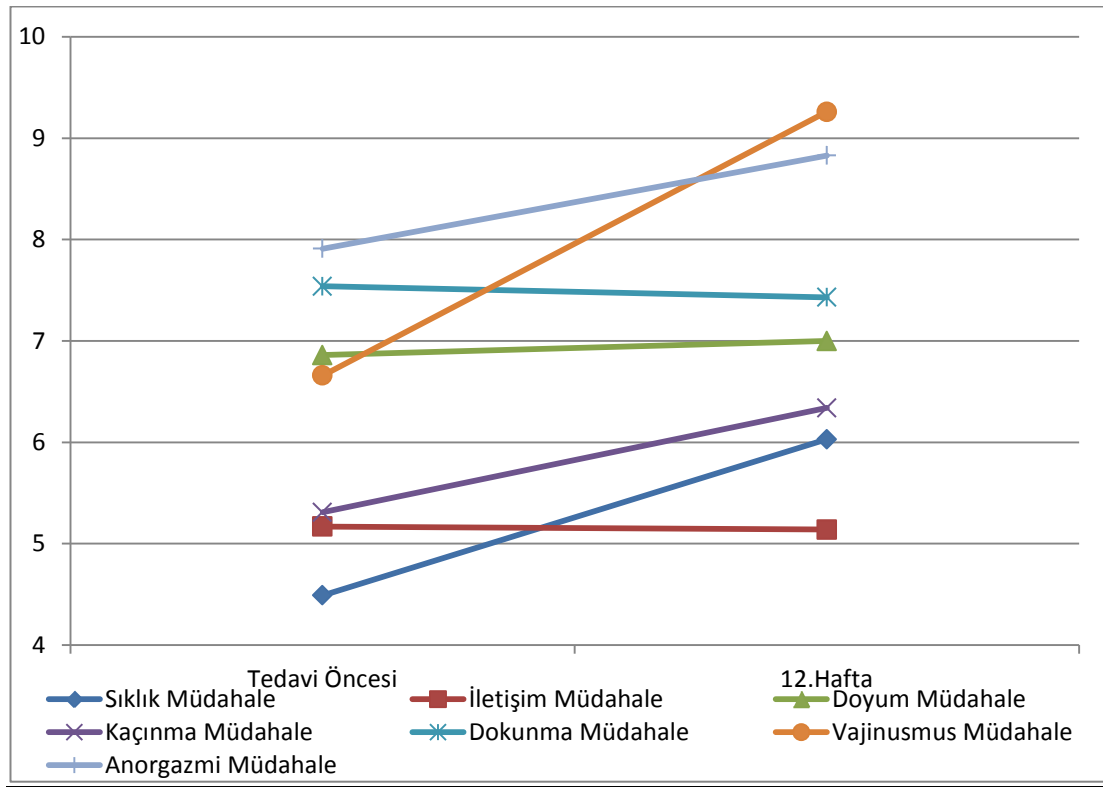
Ortalamalarının İzlem Dönemlerine Göre Dağılımı

n:70



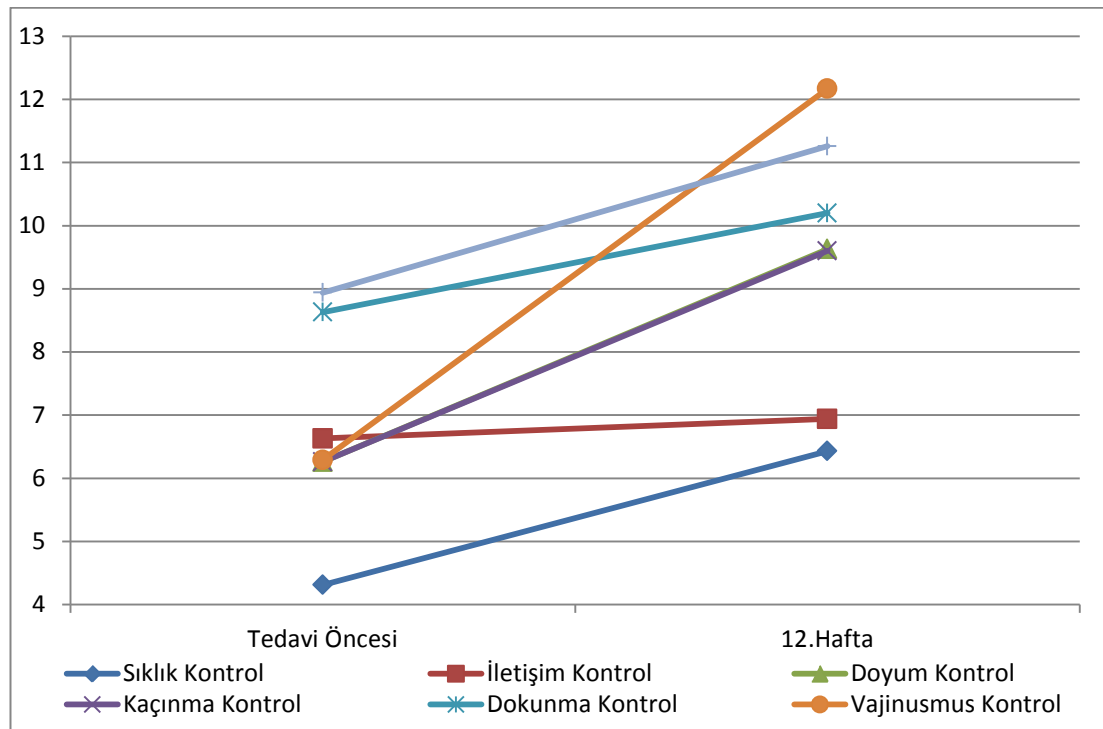
Grafik 7. Müdahale Grubundaki Kadınların GRCDÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının İzlem Dönemlerine Göre Dağılımı

n:70



Grafik 8. Kontrol Grubundaki Kadınların GRCDÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının İzlem Dönemlerine Göre Dağılımı

n:70



4.4. Pre-Operatif, Post-Operatif, 1. Ve 12. Haftada Yapılan Ev Ziyaretlerinde Müdahale Ve Kontrol Grubundaki Kadınlarda Gelişen Sorunlara Yönelik Uygulanan Bakım Planlarına İlişkin Bulgular

Tablo 4.4.1. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Hastanede Tedavi Aldıkları Dönemde ve Ev Ziyaretleri Sırasında Belirlenen Hemşirelik Tanılarının İzlem Dönemlerine Göre Karşılaştırılması **n: 70**

Hemşirelik Tanıları	İzlem Dönemleri												İstatistiksel Analiz (p*)	
	Pre-Op			Post-Op			1.Hafta			12.Hafta				
	n	%	p	n	%	p	n	%	p	n	%	p		
Bilgi Eksikliği (Tanı/ Tedavi Yöntemleri)	Müdahale (n=35)	32	91,4	0,031	1	2,9	0,006	1	2,9	0,053	-	-	-	
	Kontrol (n=35)	25	71,4		9	25,7		6	17,1		-	-		-
Bilgi Eksikliği (Ameliyat Çeşidi, Tipi)	Müdahale (n=35)	34	97,1	0,555	25	71,4	0,031	15	42,9	0,016	-	-	0,194	
	Kontrol (n=35)	33	94,3		32	91,4		25	71,4		-	-		-
Bilgi Eksikliği (AS.Beslenme)	Müdahale (n=35)	16	45,7	0,811	24	68,6	0,041	21	60,0	0,806	1	2,9	0,027	0,276
	Kontrol (n=35)	17	48,6		31	88,6		22	62,9		7	20,0		
Beslenme düzeninde değişim	Müdahale (n=35)	6	17,1	0,163	22	62,9	0,229	10	28,6	0,029	6	17,1	0,034	0,139
	Kontrol (n=35)	11	31,4		17	48,6		19	54,3		14	40,0		
Bulantı- Kusma	Müdahale (n=35)	9	25,7	0,203	27	77,1	0,290	4	11,4	0,041	9	25,7	0,131	0,213
	Kontrol (n=35)	14	40,0		23	65,7		11	31,4		15	42,9		
İştahsızlık	Müdahale (n=35)	4	11,4	0,023	17	48,6	0,811	12	34,3	0,017	10	28,6	0,086	0,406
	Kontrol (n=35)	12	34,3		18	51,4		22	62,9		17	48,6		
Sıvı Elektrolit Dengesizliği	Müdahale (n=35)	1	2,9	1,000	9	25,7	1,000	3	8,6	0,500	-	-	0,120	-
	Kontrol (n=35)	1	2,9		9	25,7		4	11,4		3	8,6		
Malnütrisyon	Müdahale (n=35)	-	-	-	-	-	0,500	-	-	0,500	-	-	0,246	-
	Kontrol (n=35)	-	-		1	2,9		1	2,9		2	5,7		
Distansiyon	Müdahale (n=35)	3	8,6	0,172	13	37,1	0,031	7	20,0	0,179	3	8,6	0,017	0,021
	Kontrol (n=35)	7	20,0		22	62,9		12	34,3		11	31,4		
Konstipasyon	Müdahale (n=35)	2	5,7	0,075	16	45,7	0,632	7	20,0	0,112	7	20,0	0,179	0,113
	Kontrol (n=35)	7	20,0		18	51,4		13	37,1		12	34,3		

Tablo 4.4.1. Devamı

Diyare	Müdahale (n=35)	-	-	-	-	-	-	2	5,7	0,214	3	8,6	0,057	-
	Kontrol (n=35)	-	-	-	-	-	-	5	14,3		9	25,7		
Üriner Eliminasyonda Değişim	Müdahale (n=35)	5	14,3	0,355	3	8,6	0,284	11	31,4	0,163	5	14,3	0,743	-
	Kontrol (n=35)	3	8,6		6	17,1		6	17,1					
Aktivite İntoleransı	Müdahale (n=35)	17	48,6	0,473	8	22,9	0,290	3	8,6	0,004	-	-	0,757	0,152
	Kontrol (n=35)	20	57,1		12	34,3		13	37,1		7	20,0		
İmmobilizasyon	Müdahale (n=35)	2	5,7	0,029	29	82,9	0,255	20	57,1	0,808	3	8,6	0,001	0,001
	Kontrol (n=35)	8	22,9		25	71,4		21	60,0		14	40,0		
Eviserasyon Riski	Müdahale (n=35)	-	-	-	7	20,0	0,771	4	11,4	0,073	-	-	0,500	-
	Kontrol (n=35)	-	-	-	8	22,9		10	28,6		1	2,9		
Solunum Fonksiyonlarında Değişim	Müdahale (n=35)	3	8,6	0,500	13	37,1	0,626	3	8,6	0,355	3	8,6	0,239	-
	Kontrol (n=35)	4	11,4		15	42,9		5	14,3		6	17,1		
Uykusuzluk	Müdahale (n=35)	7	20,0	0,001	11	31,4	0,454	6	17,1	0,060	11	31,4	0,615	0,006
	Kontrol (n=35)	25	71,4		14	40,0		13	37,1					
Yorgunluk	Müdahale (n=35)	4	11,4	0,041	18	51,4	0,631	12	34,3	0,004	8	22,9	0,075	0,023
	Kontrol (n=35)	11	31,4		20	57,1		24	68,6		15	42,9		
Beden İmajında Değişim	Müdahale (n=35)	5	14,3	0,003	9	25,7	0,434	8	22,9	0,075	1	2,9	0,001	0,001
	Kontrol (n=35)	10	28,6		12	34,3		15	42,9		13	37,1		
Benlik Saygısında Azalma	Müdahale (n=35)	6	17,1	0,255	8	22,9	0,122	7	20,0	0,403	4	11,4	0,001	0,018
	Kontrol (n=35)	10	28,6		14	40,0		10	28,6		16	45,7		
Nedeni Belli Olmayan İç Sıkıntı	Müdahale (n=35)	22	62,9	0,060	12	34,3	0,803	12	34,3	0,225	9	25,7	0,131	0,366
	Kontrol (n=35)	29	82,9		13	37,1		17	48,6		15	42,9		
Baş Etm Güçlüğü	Müdahale (n=35)	16	45,7	0,007	9	25,7	0,788	12	34,3	0,461	3	8,6	0,001	0,011
	Kontrol (n=35)	27	77,1		10	28,6		15	42,9		15	42,9		
Yalnızlık	Müdahale (n=35)	14	40,0	0,034	5	14,3	0,088	8	22,9	0,122	6	17,1	0,060	0,041
	Kontrol (n=35)	6	17,1		11	31,4		14	40,0		13	37,1		
Rol Performansında	Müdahale (n=35)	10	28,6	0,255	11	31,4	0,454	24	68,6	0,274	1	2,9	0,001	0,001
	Kontrol (n=35)	6	17,1		14	40,0		28	80,0		20	57,1		

Tablo 4.4.1. Devamı

Değişim													
Cinsel Yaşamda Müdahale (n=35)	19	54,3		-	-	-	-	-	-	11	31,4		
Değişim Kontrol (n=35)	13	37,1	0,150	-	-	-	-	-	-	31	88,6	0,001	-
Cinsel İstek Ve Müdahale (n=35)	12	34,3		12	34,3		5	14,3		18	51,4		
İlgide Azalma Kontrol (n=35)	10	28,6	0,607	16	45,7	0,375	12	34,3	0,037	22	62,9	0,334	-
Vajinal Kuruluk Müdahale (n=35)	2	5,7		-	-	-	-	-	-	15	42,9		
Vajinal Kuruluk Kontrol (n=35)	4	11,4	0,337	-	-	-	-	-	-	20	57,1	0,232	-
Disparoni Müdahale (n=35)	12	34,3		-	-	-	-	-	-	13	37,1		
Disparoni Kontrol (n=35)	10	28,6	0,607	-	-	-	-	-	-	14	40,0	0,806	0,851
Kanamaya Müdahale (n=35)	-	-		6	17,1		3	8,6		5	14,3		
Yatkınlık Kontrol (n=35)	1	2,9	0,500	1	2,9	0,025	1	2,9	0,120	16	45,7	0,004	-
Tromboflebit Müdahale (n=35)	-	-		12	34,3		7	20,0		-	-		
Gelişme Riski Kontrol (n=35)	-	-	-	13	37,1	0,803	8	22,9	0,500	1	2,9	0,500	-

p*Mc-Nemar test kullanılmıştır.

Pre-operatif: pre, post-operatif: post kısaltmaları kullanılmıştır.

Tablo 4.4.1’de müdahale ve kontrol grubundaki kadınların hastanede tedavi aldıkları dönemde ve ev ziyaretleri sırasında belirlenen hemşirelik tanılarının izlem dönemlerine göre karşılaştırılması yer almaktadır. Pre-operatif dönemde müdahale grubundaki kadınların %8,6’sının, kontrol grubundaki kadınların ise %20,0’sinin “distansiyon” sorunu yaşadıkları; kontrol grubundaki kadınlarda “distansiyon” sorununun müdahale grubuna göre, post-operatif (M:%37,1, K:%62,9), 1. hafta (M:%20,0, K:%34,3) ve 12. haftada (M:%8,6, K:%31,4) yapılan ev ziyaretlerinde daha fazla oranda devam ettiği belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede; post-operatif, 12. hafta ve tüm izlem dönemleri arasında “distansiyon” sorunu yaşama bakımından iki grup arasındaki farkın önemli olduğu belirlenirken ($p<0,05$), buna karşın pre-operatif ve 1. haftada yapılan ev ziyaretlerinde “distansiyon” sorunu yaşama bakımından iki grup arasındaki farkın önemli olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Pre-operatif dönemde müdahale grubundaki kadınların %5,7’sinin, kontrol grubundaki kadınların ise %22,9’unun “immobilizasyon” sorunu yaşadıkları; kontrol grubundaki kadınlarda “immobilizasyon” sorununun müdahale grubuna göre, post-operatif (M:%82,9, K:%71,4), 1. hafta (M:%57,1, K:%60,0) ve 12. haftada (M:%8,6, K:%40,0) yapılan ev ziyaretlerinde daha fazla oranda devam ettiği belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede; pre-operatif, 12. hafta ve tüm izlem dönemleri arasında “immobilizasyon” sorunu yaşama bakımından iki grup arasındaki farkın önemli olduğu belirlenirken ($p<0,05$), buna karşın post-operatif ve 1. haftada yapılan ev ziyaretlerinde “immobilizasyon” sorunu yaşama bakımından iki grup arasındaki farkın önemli olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Pre-operatif dönemde müdahale grubundaki kadınların %20,0’sinin, kontrol grubundaki kadınların ise %71,4’ünün “uykusuzluk” sorunu yaşadıkları; kontrol grubundaki kadınlarda “uykusuzluk” sorununun müdahale grubuna göre, post-operatif (M:%31,4, K:%40,0), 1. hafta (M:%17,1, K:%37,1) ve 12. haftada (M:%31,4, K:%37,1) yapılan ev ziyaretlerinde daha fazla oranda devam ettiği belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede; pre-operatif ve tüm izlem dönemleri arasında “uykusuzluk” sorunu yaşama bakımından iki grup arasındaki farkın önemli olduğu belirlenirken ($p<0,05$), buna karşın post-operatif, 1. ve 12. haftada yapılan ev ziyaretlerinde “uykusuzluk” sorunu yaşama bakımından iki grup arasındaki farkın önemli olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Pre-operatif dönemde müdahale grubundaki kadınların %11,4'ünün, kontrol grubundaki kadınların ise %31,4'ünün “yorgunluk” sorunu yaşadıkları; kontrol grubundaki kadınlarda “yorgunluk” sorununun müdahale grubuna göre, post-operatif (M:%51,4, K:%57,1), 1. hafta (M:%34,3, K:%68,6) ve 12. haftada (M:%22,9, K:%42,9) yapılan ev ziyaretlerinde daha fazla oranda devam ettiği belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede; pre-operatif, 1. haftada yapılan ev ziyaretlerinde ve tüm izlem dönemleri arasında “yorgunluk” sorunu yaşama bakımından iki grup arasındaki farkın önemli olduğu belirlenirken ($p<0,05$), buna karşın post-operatif ve 12. haftada yapılan ev ziyaretlerinde “yorgunluk” sorunu yaşama bakımından iki grup arasındaki farkın önemli olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Pre-operatif dönemde müdahale grubundaki kadınların %14,3'ünün, kontrol grubundaki kadınların ise %28,6'sının beden imajında değişim ile ilgili sorun yaşadıkları; kontrol grubundaki kadınlarda “beden imajında değişim” ile ilgili sorun yaşama durumlarının müdahale grubuna göre, post-operatif (M:%25,7, K:%34,3), 1. hafta (M:%22,9, K:%42,9) ve 12. haftada (M:%2,9, K:%37,1) yapılan ev ziyaretlerinde daha fazla oranda devam ettiği belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede; pre-operatif, 12. haftada yapılan ev ziyaretlerinde ve tüm izlem dönemleri arasında “beden imajında değişim” sorunu yaşama bakımından iki grup arasındaki farkın önemli olduğu belirlenirken ($p<0,05$), buna karşın post-operatif ve 1. haftada yapılan ev ziyaretlerinde “beden imajında değişim” ile ilgili sorun yaşama bakımından iki grup arasındaki farkın önemli olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Pre-operatif dönemde müdahale grubundaki kadınların %17,1'inin, kontrol grubundaki kadınların ise %28,6'sının “benlik saygısında azalma” ile ilgili sorun yaşadıkları; kontrol grubundaki kadınlarda “benlik saygısında azalma” ile ilgili sorunun müdahale grubuna göre, post-operatif (M:%22,9, K:%40,0), 1. hafta (M:%20,0, K:%28,6) ve 12. haftada (M:%11,4, K:%45,7) yapılan ev ziyaretlerinde daha fazla oranda devam ettiği belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede; 12. hafta ve tüm izlem dönemleri arasında “benlik saygısında azalma” sorunu yaşama bakımından iki grup arasındaki farkın önemli olduğu belirlenirken ($p<0,05$), buna karşın pre-operatif, post-operatif ve 1. haftada yapılan ev ziyaretlerinde “benlik saygısında azalma” sorunu yaşama bakımından iki grup arasındaki farkın önemli olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Pre-operatif dönemde müdahale grubundaki kadınların %45,7'sinin, kontrol grubundaki kadınların ise %77,1'inin baş etme güçlüğü sorunu yaşadıkları; kontrol grubundaki kadınlarda "baş etme güçlüğü" sorununun müdahale grubuna göre, post-operatif (M:%25,7, K:%28,6), 1. hafta (M:%34,3, K:%42,9) ve 12. haftada (M:%8,6, K:%42,9) yapılan ev ziyaretlerinde daha fazla oranda devam ettiği belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede; pre-operatif, 12. hafta ve tüm izlem dönemleri arasında "baş etme güçlüğü" sorunu yaşama bakımından iki grup arasındaki farkın önemli olduğu belirlenirken ($p<0,05$), buna karşın post-operatif ve 1. haftada yapılan ev ziyaretlerinde "baş etme güçlüğü" sorunu yaşama bakımından iki grup arasındaki farkın önemli olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Pre-operatif dönemde müdahale grubundaki kadınların %40,0'ının, kontrol grubundaki kadınların ise %17,1'inin "yalnızlık" sorunu yaşadıkları; kontrol grubundaki kadınlarda "yalnızlık" sorununun müdahale grubuna göre, post-operatif (M:%14,3, K:%31,4), 1. hafta (M:%22,9, K:%40,0) ve 12. haftada (M:%17,1, K:%37,1) yapılan ev ziyaretlerinde daha fazla oranda devam ettiği belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede; pre-operatif ve tüm izlem dönemleri arasında "yalnızlık" sorunu yaşama bakımından iki grup arasındaki farkın önemli olduğu belirlenirken ($p<0,05$), buna karşın post-operatif, 1. ve 12. haftada yapılan ev ziyaretlerinde "yalnızlık" sorunu yaşama bakımından iki grup arasındaki farkın önemli olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Pre-operatif dönemde müdahale grubundaki kadınların %28,6'sının, kontrol grubundaki kadınların ise %17,1'inin "rol performansında değişim" sorunu yaşadıkları; kontrol grubundaki kadınlarda "rol performansında değişim" sorununun, müdahale grubuna göre, post-operatif (M:%31,4, K:%40,0), 1. hafta (M:%68,6, K:%80,0) ve 12. haftada (M:%2,9, K:%57,1) yapılan ev ziyaretlerinde daha fazla oranda devam ettiği belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede; 12. hafta ve tüm izlem dönemleri arasında "rol performansında değişim" sorunu yaşama bakımından iki grup arasındaki farkın önemli olduğu belirlenirken ($p<0,05$), buna karşın pre-operatif, post-operatif ve 1. haftada yapılan ev ziyaretlerinde "rol performansında değişim" sorunu yaşama bakımından iki grup arasındaki farkın önemli olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Pre-operatif dönemde müdahale grubundaki kadınların tamamına yakınının (%91,4), kontrol grubundaki kadınların üçte ikisinin (%71,4) "hastalıkları ile ilgili

tanı tedavi yöntemleri hakkında bilgi eksikliği” sorunu yaşadıkları; kontrol grubundaki kadınlarda “hastalıkla ilgili tanı tedavi yöntemleri hakkında bilgi eksikliği” sorununun müdahale grubuna göre, post-operatif (M:%2,9, K:%25,7) ve 1. haftada (M:%2,9, K:%17,1) yapılan ev ziyaretlerinde daha fazla oranda devam ettiği, 12. haftada her iki grupta da sorunun yaşanmadığı belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede; pre-operatif ve post-operatif dönemde “hastalıkla ilgili tanı tedavi yöntemleri hakkında bilgi eksikliği” sorunu yaşama bakımından iki grup arasındaki farkın önemli olduğu belirlenirken ($p<0,05$), buna karşın 1. haftada ve tüm izlem dönemleri arasında “hastalıkla ilgili tanı tedavi yöntemleri hakkında bilgi eksikliği” sorunu yaşama bakımından iki grup arasındaki farkın önemli olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Pre-operatif dönemde müdahale ve kontrol grubundaki kadınların tamamına yakınının (M:%97,1, K:%94,3) kendilerine uygulanan “ameliyat çeşidi ve tipi hakkında bilgi eksikliği” sorunu yaşadıkları; kontrol grubundaki kadınlarda, uygulanan “ameliyat çeşidi ve tipi hakkındaki bilgi eksikliği” sorununun müdahale grubuna göre, post-operatif (M:%71,4, K:%91,4) ve 1. haftada (M:%42,9, K:%71,4) yapılan ev ziyaretlerinde daha fazla oranda devam ettiği, 12. haftada her iki grupta da sorunun yaşanmadığı belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede; post-operatif ve 1. haftada yapılan ev ziyaretlerinde uygulanan “ameliyat çeşidi ve tipi hakkındaki bilgi eksikliği” sorunu yaşama bakımından iki grup arasındaki farkın önemli olduğu belirlenirken ($p<0,05$), buna karşın pre-operatif ve tüm izlem dönemleri arasında “ameliyat çeşidi ve tipi hakkındaki bilgi eksikliği” sorunu yaşama bakımından iki grup arasındaki farkın önemli olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Pre-operatif dönemde müdahale ve kontrol grubundaki kadınların yarıya yakınının (M:%45,7, K:%48,6) ameliyat sonrası “beslenme düzenlerinde değişim ile ilgili bilgi eksikliği” sorunu yaşadıkları; kontrol grubundaki kadınlarda ameliyat sonrası “beslenme düzeninde değişim ile ilgili bilgi eksikliği” sorununun müdahale grubuna göre, post-operatif (M:%68,6, K:%88,6), 1. hafta (M:%60,0, K:%62,9) ve 12. haftada (M:%2,9, K:%20,0) yapılan ev ziyaretlerinde daha fazla oranda devam ettiği belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede; post-operatif ve 12. haftada yapılan ev ziyaretlerinde ameliyat sonrası “beslenme düzeninde değişim ile ilgili bilgi eksikliği” sorunu yaşama bakımından iki grup arasındaki farkın önemli

olduğu belirlenirken ($p < 0,05$), buna karşın pre-operatif dönem, 1. hafta ve tüm izlem dönemleri arasında ameliyat sonrası “beslenme düzeninde değişim ile ilgili bilgi eksikliği” sorunu yaşama bakımından iki grup arasındaki farkın önemli olmadığı belirlenmiştir ($p > 0,05$).

Pre-operatif dönemde müdahale grubundaki kadınların %17,1’inin, kontrol grubundaki kadınların ise %31,4’ünün “beslenme düzenlerinde değişim” sorunu yaşadıkları; kontrol grubundaki kadınlarda “beslenme düzeninde değişim” sorununun müdahale grubuna göre, post-operatif (M:%62,9, K:%48,6), 1. hafta (M:%28,6, K:%54,3) ve 12. haftada (M:%17,1, K:%40,0) yapılan ev ziyaretlerinde daha fazla oranda devam ettiği belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede; 1. hafta ve 12. haftada yapılan ev ziyaretlerinde “beslenme düzeninde değişim” sorunu yaşama bakımından iki grup arasındaki farkın önemli olduğu belirlenirken ($p < 0,05$), buna karşın pre-operatif, post-operatif ve tüm izlem dönemleri arasında “beslenme düzeninde değişim” sorunu yaşama bakımından iki grup arasındaki farkın önemli olmadığı belirlenmiştir ($p > 0,05$).

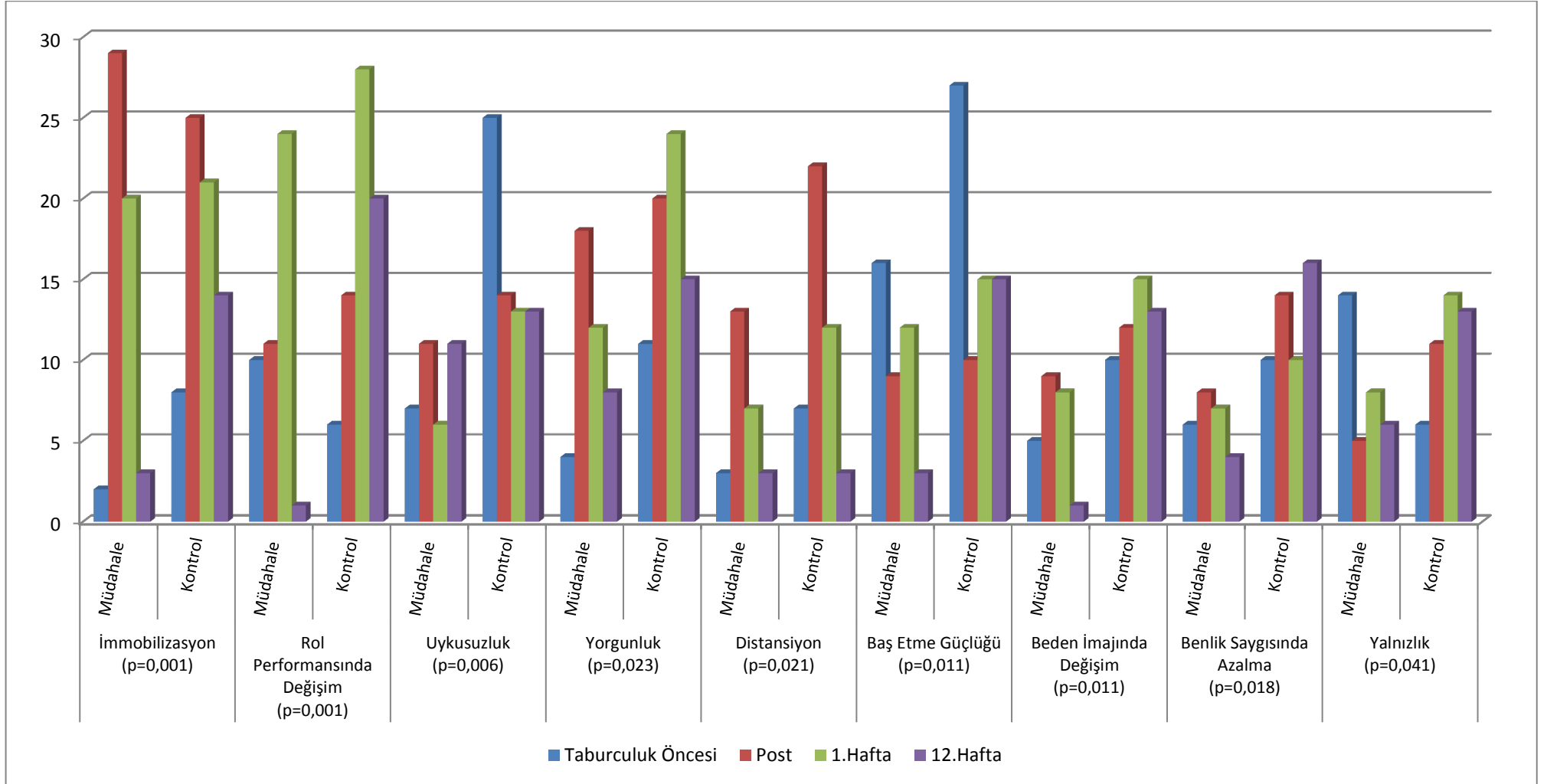
Pre-operatif dönemde müdahale grubundaki kadınların %11,4’ünün, kontrol grubundaki kadınların ise %34,3’ünün “iştahsızlık” sorunu yaşadıkları; kontrol grubundaki kadınlarda “iştahsızlık” sorununun müdahale grubuna göre, post-operatif (M:%48,6, K:%51,4), 1. hafta (M:%34,3, K:%62,9) ve 12. haftada (M:%28,6, K:%48,6) yapılan ev ziyaretlerinde daha fazla oranda devam ettiği belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede; pre-operatif dönem ve 1. haftada yapılan ev ziyaretlerinde “iştahsızlık” sorunu yaşama bakımından iki grup arasındaki farkın önemli olduğu belirlenirken ($p < 0,05$), buna karşın post-operatif, 12. hafta ve tüm izlem dönemleri arasında “iştahsızlık” sorunu yaşama bakımından iki grup arasındaki farkın önemli olmadığı belirlenmiştir ($p > 0,05$).

Post-operatif dönemde müdahale grubundaki kadınların %17,1’inin, kontrol grubundaki kadınların ise %2,9’unun “kanamaya yatkınlık” sorunu yaşadıkları; kontrol grubundaki kadınlarda “kanamaya yatkınlık” sorununun müdahale grubuna göre, 1. hafta (M:%8,6, K:% 2,9) ve 12. haftada (M:%14,3, K:%45,7) yapılan ev ziyaretlerinde daha fazla oranda devam ettiği belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede; post-operatif ve 12. haftada yapılan ev ziyaretlerinde “kanamaya yatkınlık” sorunu yaşama bakımından iki grup arasındaki farkın önemli olduğu belirlenirken ($p < 0,05$), buna karşın 1. hafta ve tüm izlem dönemleri arasında

“kanamaya yatkınlık” sorunu yaşama bakımından iki grup arasındaki farkın önemli olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların pre-operatif, post-operatif, 1. ve 12. haftada yapılan ev ziyaretlerinde bulantı-kusma (**Pre.** M:%25,7, K:%40,0; **Post.** M:%77,1, K:%65,7; **1.hft** M:%11,4, K:%31,4; **12.hft** M:%25,7, K:%42,9), sıvı-elektrolit dengesizliği (**Pre.** M:%2,9, K:%2,9; **Post.** M:%25,7 K:%25,7; **1.hft** M:%8,6 K:%11,4; **12.hft** K:%8,6), konstipasyon (**Pre.** M:%5,7, K:%20,0; **Post.** M:%45,7, K:%51,4; **1.hft** M:%20,0, K:%37,1; **12.hft** M:%20,0, K:%34,3), ishal (**1.hft** M:%5,5, K:%14,3; **12.hft** M:%8,6, K:%25,7), üriner eliminasyonda değişim (**Pre.** M:%14,3, K:%8,6; **Post.** M:%8,6, K:%17,1; **1.hft** M:%31,4, K:%17,1; **12.hft** M:%14,3, K:%17,1), aktivite intoleransı (**Pre.** M:%48,6, K:%57,1; **Post.** M:%22,9, K:%34,3; **1.hft** M:%8,6, K:%37,1; **12.hft** K:%20,0), eviserasyon riski (**Post.** M:%20,0, K:%22,9; **1.hft** M:%11,4, K:%28,6; **12.hft** K:%2,9), solunum fonksiyonlarında değişim (**Pre.** M:%8,6, K:%11,4; **Post.** M:%37,1, K:%42,9; **1.hft** M:%8,6 K:%14,3; **12.hft** M:%8,6, K:%17,1), nedeni belli olmayan iç sıkıntı (**Pre.** M:%62,9, K:%82,9; **Post.** M:%34,3, K:%37,1; **1.hft** M:%34,3, K:%48,6; **12.hft** M:%25,7, K:%42,9), cinsel yaşamda değişim (**Pre.** M:%54,3, K:%37,1; **12.hft** M:%31,4, K:%88,6), cinsel istek ve ilgide azalma (**Pre.** M:%34,3, K:%28,6; **Post.** M:%34,3, K:%45,7; **1.hft** M:%14,3, K:%34,3; **12.hft** M:%51,4, K:%62,9), vajinal kuruluk (**Pre.** M:%5,7, K:%11,4; **12.hft** M:%42,9, K:%57,1), disparoni (**Pre.** M:%34,3, K:%28,6; **12.hft** M:%37,1, K:%40,0), tromboflebit gelişme riski (**Post.** M:%34,3, K:%37,1; **1.hft** M:%20,0, K:%22,9; **12.hft** K:%2,9) gibi sorunlar yaşadıkları, kontrol grubundaki kadınlarda bu sorunların müdahale grubuna göre daha fazla oranda devam ettiği ancak bu değişkenler açısından müdahale ve kontrol grubu arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Grafik 9. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Hastanede Tanı-Tedavi Aldığı Dönemlerde ve Ev Ziyaretleri Sırasında Karşılaşılan Hemşirelik Tanılarının İzlem Dönemlerine Göre Karşılaştırılması **n: 70**



Tablo 4.5. Yaşam Kalitesi Ölçeği İle GRCDÖ Arasındaki Korelasyon

	Yaşam Kalitesi Ölçeği	GRCDÖ	p
Yaşam Kalitesi Ölçeği	-	-0,108	0,375
GRCDÖ	-0,108	-	

Tablo 4.5’de Yaşam kalitesi ölçeği ile GRCDÖ arasındaki korelasyon yer almaktadır. Araştırmada Yaşam Kalitesi Ölçeği ile GRCDÖ arasında negatif yönde 0,108 oranında anlamlı olmayan bir ilişki mevcuttur. Yani Yaşam kalitesi ölçeği ortalaması artarken, GRCDÖ ortalamasının azalarak devam ettiği ve bu artışın istatistiksel açıdan önemli olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

5. TARTIŞMA

Jinekolojik kanserli hastalarda evde bakım hizmetinin yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular aşağıdaki gibi tartışılmıştır.

5.1. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine ve Hastalıklarına İlişkin Verilerin Tartışılması

Jinekolojik kanserler meme kanserinden sonra kadınlardaki mortalite ve morbiditenin en önemli nedenlerinden biridir. Jinekolojik kanserlerin insidansı tüm dünyada artmakla birlikte özellikle gelişmiş batı ülkelerinde ölüm hızı son yıllarda azalmaktadır (35). Ölüm hızındaki azalma erken tanı ve tedavi yöntemlerinin gelişmesinden kaynaklanmaktadır (9,35,55). Jinekolojik kanserlerde ölüm hızındaki azalma; kadınların kronik bir hastalıkla yaşamlarını sürdürmelerine ve hastalık nedeniyle ortaya çıkabilecek bazı sorunlarla (fiziksel, psikolojik, sosyal ve cinsel gibi) baş etmelerine neden olarak sağlıklarını çok boyutlu olarak etkilemektedir. Özellikle jinekolojik kanserlerde uygulanan tanı ve tedavi yöntemlerinin neden olduğu en önemli sorunlardan biri fiziksel sorunlardır (ödem, alopesi, stomatit, menopoz gibi) ve kadınların fiziksel sağlıklarını önemli ölçüde azaltarak, kadınların hem tedavi aşamasında hem de tedavileri sona erip günlük yaşamlarına başladıkları zaman yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (4,53,54). Çalışmamızda, taburculuk öncesi araştırma kapsamına alınan müdahale grubundaki kadınların dörtte birinin, kontrol grubundaki kadınların beşte birinin ödem sorunu yaşadıkları; kontrol grubundaki kadınlarda ödem sorununun müdahale grubuna göre, 1. ve 12.haftada yapılan ev ziyaretlerinde daha fazla oranda devam ettiği, özellikle kontrol grubundaki kadınlarda ödem sorununun 12. haftada yapılan ev ziyaretlerinde müdahale grubuna göre artarak üç kat daha fazla oranda devam ettiği ve iki grup arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.1.4). Bakitas ve arkadaşları (2009) kanser tedavileri sonrası kadınların %30-40'ında yaygın ödem geliştiğini belirlerken (49); Mercado ve arkadaşları (2010) jinekolojik kanser ameliyatları ve tedavileri sonrası hastalarda ödem sorununun

sıklıkla yaşandığını saptamışlardır (90). Tüm kanserli hastalarda olduğu gibi jinekolojik kanserli hastalarda gelişebilecek sorunlarla (fiziksel gibi) baş edilmesinde, günlük yaşama uyum sürecinin sağlanmasında, hasta bakımında, hasta ve ailesinin eğitimi ve hastanın fonksiyonel durumunun artırılmasında evde bakım hizmetleri büyük önem taşımaktadır (18,31,92). Çünkü evde bakım hizmeti, kanserli hastada en doğru tıbbi ve hemşirelik yaklaşımları ile yaşam kalitesini olabildiğince yükseltilmesinde oldukça etkilidir (17,22,31,92,100). Hırabayashi ve arkadaşlarının (2007) yaptıkları bir çalışmada kanserli hastalarda kemoterapi tedavisi sonrası %15-30'unda ödem geliştiğini ve özellikle ödem sorununun evde bakım hizmeti alan gruba göre olmayan grupta daha fazla oranda ortaya çıktığı saptanmıştır (44). Bu sonuçlar taburculuk sonrası evde ziyaretlerinde hemşirelik bakımı ve eğitimlerinin semptom kontrolünde etkisinin yüksek olduğunu düşündürmektedir.

Jinekolojik kanserli kadınlarda tedavilere bağlı olarak pek çok fiziksel sorun gelişebilmektedir. Bu çalışmada taburculuk öncesi, 1. ve 12. haftada yapılan ev ziyaretlerinde fiziksel sorun yaşama sıklığı literatürde belirtilen oranlardan daha düşük olarak tespit edilmiştir. Çalışmada taburculuk öncesi, 1. ve 12. haftada yapılan ev ziyaretlerinde kontrol grubunda müdahale grubuna göre alopesi, deri bütünlüğünde bozulma, tat almada değişim, stomatit, yutma güçlüğü, kilo kaybı, anemi, enfeksiyon, idrar inkontinansı, terleme, ateş basması, ve güçsüzlük gibi sorunlarının daha fazla oranda yaşandığı ve iki grup arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$; Tablo 4.1.4). Ancak izlem dönemlerinde müdahale grubundaki kadınlarda sorunların daha az yaşanması ve kontrol grubuna oranla zaman içinde önemli ölçüde azalması, yapılan ev ziyaretlerinde jinekolojik kanserli kadınlara yönelik uygulanan hemşirelik bakımı ve eğitiminin sorunları azaltıcı etkisinin olduğu göstermektedir (Tablo 4.1.4) Yapılan çalışmalarda jinekolojik kanserli kadınlarda hastalık ve tedavilere bağlı olarak %58'inde alopesi, %49'unda anemi (33), enfeksiyon, %80'inde kilo kaybı ve ardından kaşeksi (19), deride kuruma, döküntü ve renk değişikliği, %70'den fazlasında güçsüzlük (22,23), tat almada değişim, ağız yaraları (10,13), idrar kaçırma gibi fiziksel sorunlar yaşandıkları belirlenmiştir (91).

Jinekolojik kanserlerin ve uygulanan tedavilerin kadınlar üzerinde olumsuz etkilerinden biri de psikolojik ve sosyal sorunlardır (26,27,30,35,37). Kanser

ölümcül kronik bir hastalık olarak algılanması kadınlarda yaşam tarzı değişikliklerine neden olmaktadır. Kadın yaşam tarzında meydana gelen bu değişiklikler duygusal, ruhsal, davranışsal bazı tepkilere neden olarak psikolojik güçlük ve sorunlara yol açabilmektedir (108). Örneğin; kanserin genel olarak belirsizlikler içermesi, hastalarda kargaşa, panik ve korku yaşanmasına neden olabilmektedir (108,109). Çalışmamızda taburculuk öncesi müdahale grubundaki kadınların yarısının, kontrol grubundaki kadınların ise her beşte dördünün “korku” sorunu yaşadıkları; kontrol grubundaki kadınlarda “korku” sorununun müdahale grubuna göre, 1. ve 12.haftada yapılan ev izlemlerinde iki kattan daha fazla oranda devam ettiği ve iki grup arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.1.5). Çalışmamızda korku sorununun (ağrı, gelecekteki tanısal işlemler, iyileşememe, gelecekte neler yaşayacağı, çocuklarına kim bakacak gibi) tüm izlem dönemleri arasında kontrol grubundaki kadınlarda müdahale grubundaki kadınlardan anlamlı derece daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Müdahale grubundaki kadınlarda tüm izlem dönemleri arasında zamanla korku sorunu yaşama durumu azalırken, kontrol grubunda artış olduğu belirlenmiştir. Bu durum taburculuk öncesi ve yapılan ev ziyaretlerinde jinekolojik kanserli kadınlara yönelik uygulanan hemşirelik bakımı ve eğitiminin korku sorununu azaltıcı etkisinin olduğu göstermektedir. Yapılan çalışmalarda kanserli hastalarda, yaşam tarzı değişikliklerinin olmasının, hastaya yönelik bakımın artmasının ve rol performansındaki değişimin, geleceğe yönelik belirsizlik ve korkuya neden olduğu belirtilmektedir (50,110). Literatürde, özellikle kronik bir hastalıkla yaşamlarını sürdüren jinekolojik kanserli hastaların hastalık ve tedavilere bağlı gelişebilecek korku, gelecekle ilgili belirsizlik, endişe, sosyal izolasyon, diğer psikolojik ve sosyal sorunlarla baş etmelerinde evde bakım hizmetinin etkili olduğu belirtilmektedir (41,50). Horton ve arkadaşlarının (2002) yaptıkları çalışmada kanser tedavisi sonrası evde bakım alan hastaların almayanlara göre psikolojik ve sosyal sağlık düzeylerinin belirgin derecede iyi olduğu belirlenirken (41), McCorkle ve arkadaşları (2009) (43); Hırabayaski ve arkadaşları (2007) (44) yaptıkları çalışmada, jinekolojik kanserli hastalarda evde bakım hizmeti ile; hastalara uygulanan cerrahi ve radyoterapi tedavisini takiben 3 ay sonra psiko-sosyal (içe kapanma, anksiyete, ölüm korkusu gelecek kaygısı, aile içi iletişim kopukluğu gibi) sorunlarının daha az geliştiği

belirlenmiştir (43,44). Booth ve arkadaşlarının (2005) 70 jinekolojik kanserli hasta ile yaptıkları çalışmada tedaviden 12-18 ay sonra evde bakım alan kadınlarda psikolojik sorun gelişme oranı %12 olarak belirlenirken, evde bakım almayan grupta bu oran üç kat daha fazla (%39) olarak belirlenmiştir (111).

Jinekolojik kanser tanısı kadınlarda kanser hakkındaki bilgi ve bunlara verdiği anlama bağlı olarak yoğun umutsuzluk ve keder yaşamalarına neden olabilmektedir. Çünkü kanserde yaşanan umutsuzluk kadın için dayanılmaz ağrılar, korku ve ölümlerle bağdaştırılabilmektedir (92,100,108,109). Kanserli hastada umutsuzluk, hem hasta bakımında, hem de hastalıkla baş etme gücünde zorluğa neden olabilmektedir. Bu durumda hastanın yaşadığı yoğun umutsuzluk duygusu tedaviye devamını ve kendini iyi hissetme durumunu önemli ölçüde etkilemektedir (46,53,83). Bu çalışmada; müdahale grubundaki kadınların taburculuk öncesi üçte birinin, kontrol grubundaki kadınların ise üçte ikisinin umutsuzluk sorunu yaşadıkları; kontrol grubundaki kadınlarda “umutsuzluk” sorununun müdahale grubuna göre, 1. ve 12. haftada yapılan ev ziyaretlerinde iki kat daha fazla oranda devam ettiği ve tüm izlem dönemleri arasında iki grup arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.1.5). Müdahale grubundaki kadınlarda tüm izlem dönemleri arasında zamanla umutsuzluk sorunu yaşama durumu azalırken, kontrol grubunda artış olduğu belirlenmiştir. Kelleci (2005), kanser hastalarının hastalık ve uygulanan tedavilere katlanabilmelerini sağlayan gücün umut olduğunu ve kendilerine iyileşme amacı edinen hastalarında diğerlerine göre daha fazla umutlu olduklarını belirlemiştir (109). Yapılan diğer bir çalışmada da kanser hastalarının %25'inin umutsuzluk, çaresizlik sorunu yaşadıkları belirlenmiştir (46). Bu sonuçlar taburculuk sonrası müdahale grubunda umutsuzluk sorununun azaltılmasında evde bakım ve eğitim hizmetinin etkili olduğunu ve kadınların hastalıkla baş etme, tedavilere katlanabilme, iyileşme ile ilgili umutlu olma, tedaviye devam ederek, her geçen zamanda kendini daha iyi hissetme gibi davranışları kazanmaları açısından önemli olduğunu düşündürmektedir.

Jinekolojik kanserler diğer kanser türlerinde olduğu gibi kadınlara çok fazla çaresizlik duygusuna neden olabilmektedir. Çaresizlik duygusu bireyde hastalıkla baş etme gücünü azaltarak, düşüncelere yoğunlaşmama, kendini ifade edememe, nasıl davranacağını bilememe durumuna neden olabilmektedir. Bu durumda çaresizlik

yaşayan kanserli birey kendi içine kapanarak çevreden koparak yalnızlık duygusu yaşayabilmektedir (92,100,108). Çalışmamızda, taburculuk öncesi müdahale grubundaki kadınların yarıya yakınının, kontrol grubundaki kadınların ise üçte ikisinin çaresizlik sorunu yaşadıkları, kontrol grubundaki kadınlarda “ çaresizlik” sorununun müdahale grubuna göre, 1. ve 12. haftada yapılan ev ziyaretlerinde daha fazla oranda devam ettiği, müdahale grubundaki kadınlarda çaresizlik sorununun 12. haftada yaşanmadığı ve tüm izlem dönemleri arasında iki grup arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.1.5). Buna göre müdahale grubundaki kadınlarda tüm izlem dönemleri arasında zamanla çaresizlik sorunu yaşama durumu azalırken, kontrol grubunda artış olduğu belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda jinekolojik kanserli kadınların yoğun bir şekilde çaresizlik sorunu yaşadıkları belirlenmiştir (34,35). Bu sonuçlar bize, evde hemşirelik bakım ve eğitim hizmetinin; kadınlarda hastalıkla baş etme, korkularını ve düşüncelerini ifade etme, bakıma aktif katılma ve çevre ile olan iletişimin devamının sağlanarak yalnız olmadığı duygusunu yaşamasına olanak sağladığını ve buna bağlı çaresizlik sorununun azalmasına neden olduğunu düşündürmektedir.

Kansere uyum güçlüğü ve yoğun çaresizlik duygusu bireyin kendini değersiz olarak algılamasına ve ardından anksiyete, depresyon yaşamasına neden olabilmektedir (37,39,44). Bu tür depresif duygudurum ile devam eden uyum bozukluklarının kanserli hastaların %26’sında ortaya çıktığı belirtilmektedir (49). Literatürde değersizlik hissi ve uyum güçlüğü yaşayan bu hastaların tedavilerinin bitiminde evde sağlanan bakım hizmetlerinin çok önemli olduğu vurgulanmaktadır (47,108). Bu çalışmada, taburculuk öncesi müdahale grubundaki kadınların beşte birinin, kontrol grubundaki kadınların ise üçte birinin değersizlik sorunu yaşadıkları; kontrol grubundaki kadınlarda “değersizlik” sorununun müdahale grubuna göre, 1. ve 12.haftada yapılan ev ziyaretlerinde daha fazla oranda devam ettiği ve iki grup arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.1.5). Müdahale grubundaki kadınlarda tüm izlem dönemleri arasında zamanla değersizlik sorunu yaşama durumunun azaldığı ve 12. haftada yapılan ev ziyaretlerinde sorunun yaşanmadığı, buna karşın kontrol grubunda artış olduğu belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda kanserli hastaların sıklıkla değersizlik duygusu yaşadıkları ve kendilerine acıdıkları belirlenirken; bu tür sorun yaşayan kanserli

hastaların özellikle mevcut güçlü yönlerini ortaya çıkarmanın, kendilerini suçlama, acıma durumlarının kaynağını ifade ettirmenin sorunla baş etme ve çözümlemede etkili olduğu belirlenmiştir (48,49). Bu sonuçlar bize literatürle de benzerlik göstererek evde bakım ve eğitim hizmetinin jinekolojik kanserli hastalarda gerekli olduğunu düşündürmektedir.

Jinekolojik kanserli hastaların ameliyat sonrası ve tedaviler esnasında ev ortamlarında sıklıkla günlük yaşamda bazı aktiviteler için (banyo, giyinme, alış-veriş, dışarı çıkma gibi) desteğe ihtiyaçları olduğu belirtilmektedir (30,47,50,97). Literatürde ev ortamında bu tür desteğe ihtiyacı olan kanserli hastalara onkoloji hemşirelerinin evde bakım hizmeti verdikleri, bunun yanı sıra hastaların bakıma aktif katılmaları sağlanarak, güven duygusu ve kontrol duygusu geliştirmeye yardımcı oldukları belirtilmektedir (38,45). Çalışmamız literatür ile benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda, taburculuk öncesi müdahale ve kontrol grubundaki kadınların yaklaşık beşte birinin, yapacakları işlere yönelik yardım/destek gereksinimine (giyinme, banyo, alış-veriş, hijyen gereksinimi gibi) ihtiyaç duydukları; kontrol grubundaki kadınlarda “yapacakları işlere yönelik yardım/destek gereksinimine” yönelik ihtiyaçlarının müdahale grubuna göre, 1. ve 12. haftada yapılan ev ziyaretlerinde dört kat daha fazla oranda devam ettiği ve iki grup arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.1.5). Buna göre tüm izlem dönemleri arasında zamanla müdahale grubundaki kadınların yapacağı işlere yönelik yardım/destek gereksinimi ihtiyacının azaldığı, kontrol grubundaki kadınlarda ise arttığı belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda evde bakım alan kanserli hastaların günlük yaşamda yapılması gereken aktiviteleri yerine getirme durumunun evde bakım almayan gruba oranla daha iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir (31,38,44,48). Bu sonuçlar bize, taburculuk öncesi ve yapılan ev ziyaretlerinde jinekolojik kanserli kadınlara yönelik uygulanan hemşirelik bakımı ve eğitiminin kadınların aktif olarak bakıma katılmasına, kendilerini geliştirmeleri ve kontrol duygusunun artmasına olanak sağlayarak yapacakları işlere yönelik yardım / destek gereksinimlerinin azalmasında etkili olduğunu düşündürmektedir.

Kanser hastalarında en yaygın görülen ve en fazla sıkıntı veren sorunların birisi de ağrıdır. Kanser ağrısının görülme sıklığı metastazlı hastalarda %26-30, ileri dönemdeki kanser hastalarında ise %80 olarak bildirilmiştir (89,112). Kanserde ağrı

sadece doku hasarının bir göstergesi değildir. Aynı zamanda hastaların etkili baş etme yetileri, sosyo-ekonomik durumu, kültürel geçmişi, inanç ve beklentileri, sosyal destekleri ve felaket düşüncelerinin varlığı kanser ağrısını tetikleyebilmektedir (89). Kanserli hastada ağrı geliştiğinde hasta artık her şeyin kötüye gittiğini, tedaviye yanıt alınmadığını, ölümün yakın olduğunu düşünebilmektedir (40,112). Bu durumda hastanın ağrısı kontrol edilemez bir hal alarak anksiyete, öfkeye neden olabilmektedir. Sağlık personelleri (hemşire gibi) hastanın ağrısına duyarsız kalmamalıdır. Çünkü sağlık personellerinin hastanın ağrısına duyarsız kalmaları hastaların tedaviyi bırakma, intihar girişiminde bulunma gibi bir takım davranışları göstermelerine neden olabilmektedir (22,89,112). Dolayısıyla sağlık personelleri hastaları hem hastane hem de ev ortamında ağrı yönetimi konusunda desteklemeleri gerekmektedir. Bu çalışmada, taburculuk sonrası 1. haftada yapılan ev ziyaretlerinde müdahale grubundaki kadınların çoğunluğunun aralıklı; kontrol grubundaki kadınların ise sürekli ağrı sorunu yaşadıkları, 12. haftada yapılan ev ziyaretlerinde kontrol grubundaki kadınlarda aralıklı ve sürekli ağrı sorununun, müdahale grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek oranda devam ettiği, ayrıca müdahale grubundaki kadınların yarıya yakınında ağrı sorunun devam etmediği ve iki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$; Tablo 4.1.7). Buna göre tüm izlem dönemleri arasında zamanla müdahale grubundaki kadınların ağrı sıklığı oranının azaldığı, kontrol grubundaki kadınlarda ise artış olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda hastalarda fiziksel ya da psikolojik sorunlara bağlı olarak gelişen ağrıların evde bakım hizmeti ile kontrol altına alınarak azaltıldığı ve buna bağlı olarak yaşam kalitelerinin önemli ölçüde arttığı belirlenmiştir (22,46,89). Yapılan diğer çalışmalarda ise, ev ortamında yapılan hemşirelik bakım hizmetinin (etkili baş etme yöntemlerinin kullanımı, sosyal destek, davranışsal terapi, aromaterapi, farmakolojik intravenöz uygulamalar) ağrı kontrolünde ve hastanın sakin, rahat bir ortamda anksiyetesinin azalmasında etkili olduğu belirlenmiştir (48-50,102). Bu sonuçlar bize, yapılan ev ziyaretlerinde jinekolojik kanserli kadınlara yönelik uygulanan hemşirelik bakımı ve eğitiminin kadınların etkili baş etme yöntemleri kullanarak (gevşeme, stresin azaltılması, bakıma aktif katılım, kanser ve ölümle ilgili duygu-düşüncelerin ifade edilmesi, aile desteği, farmakolojik ajanlar gibi) ağrı kontrolünü sağlamada kısmen etkili olduğunu düşündürmektedir.

Jinekolojik kanserli hastalarda hastalığın ilerleyen evrelerinde ağrı şiddetinin giderek arttığı ve kadınların farmakolojik ajanlara olan ihtiyaçlarının arttığı bildirilmektedir (89,113). Çalışmamızda, 1.haftada yapılan ev ziyaretlerinde müdahale grubundaki kadınların yarıdan fazlasının “hafif/orta” olan ağrı şiddetinin, kontrol grubunda çok/şiddetli olduğu; 12. haftada yapılan ev ziyaretlerinde kontrol grubundaki kadınlarda ağrı şiddetinin, müdahale grubuna göre daha yüksek oranda devam ettiği ve iki grup arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.1.7). Ayrıca 1. haftada yapılan ev ziyaretlerinde müdahale ve kontrol grubundaki kadınların tamamına yakınının günlük ağrı kesici kullandıkları; 12. haftada kontrol grubundaki kadınlarda “günlük ağrı kesici kullanma” durumunun müdahale grubuna göre üç kat daha fazla oranda devam ettiği ve iki grup arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.1.7). Literatürde çalışmamızı destekler nitelikte veri olmamasına rağmen, bu sonuçlar bize ağrı yönetiminde; yapılan ev ziyaretlerinde jinekolojik kanserli kadınlara yönelik uygulanan hemşirelik bakımı ve eğitiminin gerekli olduğunu düşündürmektedir. Çünkü evde bakımın hastaların etkili baş etme yöntemleri kullanmalarında, sosyal destek sistemlerinin aktif hale getirilmesinde (ailenin bakıma katılması), felaketi düşünme gibi davranışlardan uzaklaşmasında, doğru ilaç kullanımının sağlanmasında etkili olduğunu ve ağrı şiddeti, günlük ağrı kesici kullanma durumlarını azaltarak yaşam kalitesini olumlu etkilediğini düşündürmektedir.

Literatürde jinekolojik kanserlerin ve uygulanan tedavilerin en büyük olumsuz etkilerinden birinin kadının beden imajındaki değişim üzerine olduğunu belirtilmektedir (3,4). Beden imajı kavramı, bireyin kendi bedenine ilişkin neler düşündüğünü, neler hissettiğini ve çevresi ile ilgili yaşantılara karşı vereceği tepkileri belirlemektedir. Beden imajı bütünlük ve benlik kavramı ile direk ilişkili bir kavramdır. Bu kavram bireyin kendi vücudu ile ilgili görüntülerini, yeteneklerini, sınırlılıklarını, algılarını ve bireysel özelliklerini içeren bir olgudur ve bireyin zihninde bedenine ilişkin bir tablo oluşturmasına neden olmaktadır. Böylece birey kendini uzun-kısa, şişman-zayıf, güzel-çirkin olarak algılayabilmektedir (85). Ancak bireyin beden imajı algısı birçok faktörden etkilenmektedir. Bireyin yaşı, sağlık durumu, kronik hastalıkların varlığı, yaşanan hastalık ve organ kayıpları beden

imajının sürekli olarak değişmesine neden olabilmektedir. Örneğin; jinekolojik kanserlerde kadının kadınlık/dişilik kimliği ile ilgili organların (uterus gibi) kaybı, beden imajının büyük ölçüde etkilenmesine neden olabilmektedir (4,85). Çalışmamızda, taburculuk öncesi müdahale grubundaki kadınların yarıya yakınının, kontrol grubundaki kadınların ise yarıdan fazlasının kendilerini cinsel olarak çekici bulmadıkları, kontrol grubundaki kadınlarda kendilerini “cinsel olarak çekici bulmama” sorununun müdahale grubuna göre, 1. ve 12. haftada yapılan ev ziyaretlerinde iki kat fazla oranda devam ettiği ve tüm izlem dönemleri arasında iki grup arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.1.8). Buna göre tüm izlem dönemleri arasında zamanla müdahale grubundaki kadınların kendilerini cinsel olarak çekici bulmama durumlarında azalma saptanırken, kontrol grubundaki kadınlarda artış olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda kadınların üreme organlarının ve cinsel fonksiyonlarının kaybının, bireyde büyük üzüntü ve acıya neden olduğu, kadının beden bütünlüğüne zarar vererek beden imajının zedelenmesine ve benlik saygılarının azalmasına neden olduğu belirtilmektedir (10,13,14,27). Yapılan diğer çalışmalara ise özellikle radikal cerrahiler sonrası kadınlarının çoğunun düşük öz güven, zayıf beden imajına sahip oldukları ve kadınlığın kaybı düşüncesine bağlı olarak, kendilerini eksik, kusurlu ve cecikiliklerini yitirmiş olarak düşündükleri belirlenmiştir (25,35,41,42). Ayrıca jinekolojik kanserli kadınların beden imajında değişim ve benlik saygısında azalmaya neden olan diğer faktörlerden ikisi tedaviler sonrası gelişen kilo değişiklikleri ve alopesidir. Kemoterapi tedavisine bağlı olarak gelişen kilo değişiklikleri ve alopesi kadınların benlik algılarını değiştirerek ve düşük benlik saygısına neden olabilmektedir (4). Literatürde kadınların bedenlerine yönelik olumsuz düşüncelerinin çözümlenmesinde ve olumlu beden imajına yönelik düşüncelerin gelişmesinde evde bakım hizmetlerinin etkili olduğu, kadınların ameliyat bölgelerine daha kolay baktıkları, dokundukları bildirilmektedir (102). Bununla birlikte kadınlara evde bakım hizmeti ile, üreme organlarının kaybının her zaman kadınlığın kaybı olmadığı, cinsel fonksiyonların devam edebileceği fikrinin olumsuz beden imajı algısının değişmesinde etkili olduğu bildirilmektedir (37). McCorcle ve arkadaşlarının çalışmasında; evde bakım alan ve almayan kadınlar arasında kendilerini çekici bulmama konusunda istatistiksel açıdan fark bulunmazken

(46), Hirabayaski ve arkadaşların çalışmasında evde bakım alan kadınların cerrahi bölgeye daha çabuk baktıkları ve dokundukları, duygularını daha rahat ifade ettikleri, bedenleri konusunda olumlu düşüncelere sahip oldukları belirlenmiştir (44). Bu sonuçlar bize, yapılan ev ziyaretlerinde jinekolojik kanserli kadınlara yönelik uygulanan hemşirelik bakımı ve eğitiminin gerekliliğini düşündürmektedir. Çünkü kadınların bedenlerindeki değişimle ilgili duygu ve düşüncelerini ifade etmeleri, değişimin ne anlam ifade ettiğinin belirlenmesi, öz bakımlarını üstlenmeleri, aile desteğinin sağlanması, cerrahi alana dokunması, bakması ve kendi vücuduna yönelik olumlu düşüncelere sahip olması konusunda teşvik etme ve cesaretlendirmelerin sağlanması, cinsel yaşamlarının belli bir süre içinde devam edebileceği konusunda bilgilendirmelerin yapılmasının müdahale grubunda oranın azalmasında yaşam kalitesinin artmasında oldukça etkili olduğunu göstermektedir.

Literatürde beden imajını etkileyen en önemli durumlardan birinin kadının üreme organlarına verdiği rol olduğu bildirilmektedir (17,24,42). Çalışmamızda taburculuk öncesi müdahale grubundaki kadınların onda birinin, kontrol grubundaki kadınların ise yarıya yakınının kendilerini eksik/kusurlu olarak gördükleri; kontrol grubundaki kadınlarda kendilerini “eksik/kusurlu görme” sorununun müdahale grubuna göre, 1. ve 12. haftada yapılan ev ziyaretlerinde daha fazla oranda devam ettiği ve tüm izlem dönemleri arasında iki grup arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$; Tablo 4.1.8). Kontrol grubundaki kadınlarda tüm izlem dönemleri arasında kendini eksik/kusurlu görme durumu müdahale grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek oranda bulunmuştur. De Groot ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların %65’inin uterusu en önemli kadınlık organı olarak gördükleri, %50’side bu organın kaybının cinsel yaşamlarını önemli ölçüde etkileyeceği kaygısı yaşadıkları ve kendilerini eksik/kusurlu, olarak gördüklerini ifade ettikleri belirlenmiştir (42). Yapılan diğer çalışmalarda kadınların organ kaybı yaşamlarının, tedavilere bağlı skar dokularının olmasının, kemoterapi sonrası alopesi gelişmesinin kadınların kendilerini eksik/kusurlu, çirkin, kırılmış, zarar görmüş gibi hissetmelerine, bedenlerine yönelik hayal kırıklığı yaşamlarına ve eşlerinden uzaklaşmalarına neden olduğu belirlenmiştir (4,27-30). Bu sonuçlar bize, taburculuk sonrası yapılan ev ziyaretlerinde müdahale grubunda kendini eksik/kusurlu görme durumunun önemli ölçüde azalmasının ev ortamında kadına

uygulanan hemşirelik bakımı ve eğitiminin sorunu azaltıcı etkisinin olduğunu ve bu tür durumlarda konu ile ilgili uzman kişilerin danışmanlığının bedene yönelik kaygı/endişelerin giderilmesinde önemli rol oynayarak yaşam kalitesini artırdığını düşündürmektedir.

Kadının bedeni ile ilgili tüm değişiklikler özgüvenini zedelemekte ve kadının öz bakım sorumluluklarını yerine getirmede isteksizlik yaşamasına neden olabilmektedir. Kadının jinekolojik kanser ve uygulanan tedaviler bağlı olarak değişen beden imajı ile eski güzelliğini kaybetme düşüncesi, eş ve anne olarak rollerini yerine getiremeyeceğini düşünmesi (eskisi gibi ev işi yapamama, çocuk bakamama gibi), eşinin kendisine iyi davranmayacağı, acıyacağı düşüncesi öz bakım sorumluluklarını yerine getirmede isteksizliğe neden olabilmektedir (4,25,80,92,102). Bu çalışmada, taburculuk öncesi müdahale grubundaki kadınlarda sorun yaşanmazken, kontrol grubundaki kadınların dörtte birinin hijyen gereksinimlerini karşılamada isteksizlik sorunu yaşadıkları; kontrol grubundaki kadınlarda “hijyen gereksinimlerini karşılamada isteksizlik” sorununun müdahale grubuna göre, 1. ve 12. haftada yapılan ev ziyaretlerinde iki kat daha fazla oranda devam ettiği ve tüm izlem dönemleri arasında iki grup arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.1.8). Literatürde benzer çalışmalara rastlanmamasına rağmen bu sonuçlar bize, taburculuk sonrası yapılan ev ziyaretlerinde müdahale grubunda hijyen gereksinimlerini karşılamada isteksizlik sorununun yaşanmamasının ev ortamında kadına uygulanan hemşirelik bakımı ve eğitiminin kadının öz bakım sorumluluğunu yerine getirmesinde, eş ve aile ile duyguların paylaşılıp gerekli desteğin alınmasında ve buna bağlı olarak yaşam kalitesinin artmasında önemli etkisinin olduğunu düşündürmektedir.

Jinekolojik kanserli kadınların beden imajını etkileyen önemli sorunlardan birisi de ameliyat bölgesine bakmakta yaşadıkları zorluklardır. Cerrahi alandaki geniş skar dokusu kadının kendini çirkin hissetmesine ve eşinin onu artık beğenmeyeceği korkusu yaşamasına neden olabilmektedir (25). Böyle bir durumda kadın kendisi için travmatik görünen bu bölgenin eşi tarafından da benzer şekilde algılanacağı düşüncesi ile eşine vücudunu göstermek istememektedir (4,34). Çalışmamızda taburculuk öncesi kontrol grubundaki kadınların yaklaşık beşte birinin eşlerine vücutlarını göstermek istemedikleri; kontrol grubundaki kadınlarda “eşe

vücudunu göstermek istememe” durumunun müdahale grubuna göre, 1. ve 12. haftada yapılan ev ziyaretlerinde anlamlı derece yüksek olduğu ve tüm izlem dönemleri arasında iki grup arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.1.8). Bu sonuçlar bize kontrol grubundaki kadınların ameliyat bölgesindeki skar dokuları ve bu dokuların neden olduğu gerginliğin beden imajlarını zedeleyerek, günlük yaşam ve cinsel yaşamlarını olumsuz etkileyeceğini düşüncelerinden kaynaklandığını düşündürmektedir. Reis’in yaptığı çalışmada da jinekolojik kanserli kadınların ameliyat bölgelerine eşleri ile birlikte bakma, dokunmalarının iletişimlerini ve cinsel paylaşımlarını artırdığı belirlenmiştir (4,25). Taburculuk sonrası yapılan ev ziyaretlerinde kadına uygulanan hemşirelik bakımı ve eğitiminin eşler arasındaki iletişim ve paylaşımın devam ettirilmesine, kadının beden imajına yönelik olumsuz düşüncelerinin ortadan kaldırılmasında etkili olduğunu gösterebilir.

Jinekolojik kanserlerde beden imajı kadar cinsel sağlıkta zarar görmektedir. Jinekolojik kanserlerde cinsel sağlığın zarar gören en önemli öğelerinden birisi kadının cinsiyet rolüdür (kadınlık/dişilik kimliği) (4). Çünkü toplumun kadınlık kimliğine verdiği rolde doğurganlık, annelik ve eş rolü çok önemli yer tutmaktadır. Kadının üreme organları doğurganlıkla birlikte kişiye kadınlık rolü kazandırmaktadır (35). Çalışmamızda taburculuk öncesi müdahale ve kontrol grubundaki kadınların çoğunluğunun kendilerini kadın gibi hissetmedikleri; kontrol grubundaki kadınlarda kendilerini “kadın gibi hissetmeme” sorununun müdahale grubuna göre, 1. ve 12. haftada yapılan ev ziyaretlerinde iki kat daha fazla oranda devam ettiği ve 12. haftada iki grup arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.1.8). Buna göre tüm izlem dönemleri arasında müdahale grubundaki kadınlarda “kadın gibi hissetmeme” sorunu anlamlı derecede azalırken ve kontrol grubundaki kadınlarda artmıştır. Yapılan çalışmalarda pek çok kadında, kadın olmanın uterusu sahip olmak ve çocuk doğurmakla eş anlamlı olduğu, bunun yanı sıra üreme organlarının kaybının kadının kadınlık rolünün kaybına ve kadının kendini “boş bir çuvala benzetmesine”, “karnında kocaman bir boşluk hissetmesine” neden olduğu belirlenmiştir (54,68). Özellikle genç ve çocuk sahibi olmayan kadınlarda menopoz dönemindeki kadınlara göre uterusun kaybının kadınlığın/dişiliğin kaybı olarak görülmesine ve kadının yoğun korku/endişe, üzüntü,

yıkım ve travma yaşamasına neden olabilmektedir. Buna karşın üreme yeteneğini kaybetmiş ve menopoz dönemindeki kadınlarda üreme organının kaybı travmatik bir olay olarak algılanmamakta, iyileşmek ve sağlıklı olarak tekrar yaşamak çok daha önemli olmaktadır. Çalışmamız literatürle benzerlik göstermektedir. Literatürde evde bakıma yönelik benzer çalışmalara rastlanmamasına rağmen yapılan ev ziyaretlerinde evde uygulanan hemşirelik bakım ve eğitiminin sorunun azalmasında ve buna bağlı olarak yaşam kalitesinin artmasında etkili olduğunu düşündürmektedir.

Jinekolojik kanserlerde cinsel sağlığın zarar gören diğer bir ögesi de kadının cinsel fonksiyonları üzerinde olduğu belirtilmektedir (25). Literatürde jinekolojik kanserli hastaların yaşadıkları cinsel disfonksiyonun %20 ile %100 arasında değiştiği bildirilmektedir (4,63,73,114). Çalışmamızda müdahale ve kontrol grubundaki kadınlara ameliyat sonrası ilk 6-8 hafta cinsel ilişki yasaklanmıştır. Kadınların ameliyat sonrası 6. hafta kontrollerinde cinsel ilişki açısından sorun olmadığı 8. haftadan itibaren cinsel ilişkiye başlayabilecekleri ifade edilmiştir. Çalışmamızda, ameliyat sonrası 12. haftada yapılan ev ziyaretlerinde müdahale ve kontrol grubundaki kadınların çoğunluğunun 12. haftada cinsel ilişkiye başladıkları, müdahale grubundaki kadınlarda “7-11. haftalarda cinsel ilişkiye başlama” durumunun kontrol grubuna göre daha yüksek oranda olduğu ve iki grup arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Grafik 2). Stead ve arkadaşlarının (2007) jinekolojik kanser tedavisi görmüş kadınlar üzerine yaptıkları çalışmada; tedaviler sonrası kadınların sadece %37’sinin cinsel yönden aktif oldukları, cinsel aktif olan kadınların ise cinsel ilişki sıklıklarında azalma, istek/ilgi kaybı, disparoni, orgazm olamama, vajen boyunda kısılma, penis penetrasyon yetersizliği gibi sorunlar yaşadıkları belirlenmiştir (73). Reis’in çalışmasında (2003) radikal histerektomi olmuş kadınların, cinsel kapasitelerinin bozulmuş olabileceğine yönelik düşüncelerinin olduğu ve bu düşüncenin kadınların bedenlerine olan güvenlerini azaltarak, cinsel yaşama tekrar başlamalarını zorlaştırdığını belirtmektedir (25). Yapılan diğer çalışmalarda kanserli kadınlarda, ameliyat sonrası cinsel fonksiyonların bozulduğu düşüncesinin, sağlık ekibi tarafından cinsel ilişkinin serbest bırakıldığında dahi cinsel ilişkiden korku/endişe duydukları, cinsel ilişkiyi geciktirdikleri ya da kaçındıkları belirlenmiştir ve bu durumun bir yıl kadar devam ettiği belirlenmiştir (18,102). Literatürde jinekolojik ameliyatlardan sonrası cinsel

sorunların yaklaşık 6-12. haftalarda geliştiğini (114) ve evde bakım alan kadınların eşle iletişim ve paylaşımları artırılarak, cinselliğe yönelik cesaretlendirme yapılarak bu sorunlarının önemli ölçüde azaltıldığı ve yaşam kalitelerinin arttığı belirtilmektedir (27,42,44). Bu sonuçlar bize taburculuk sonrası 7. haftadan sonra müdahale grubundaki kadınların eş ile iletişim, paylaşım ve yakınlaşma ile ilgili yeni düzenlerini kurmak istemelerinden kaynaklanabilir. Ayrıca yapılan ev ziyaretlerinde uygulanan hemşirelik bakım ve eğitiminin, cinsel ilişki deneyimi için kadınların cesaretlendirilmesinde, sorunun azalmasında ve yaşam kalitesinin artırılmasında etkili olduğunu düşündürmektedir.

5.2. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Toplam Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Bağımsız Değişkenler ile Karşılaştırılmasına İlişkin Veriler ve Tartışması

Jinekolojik kanserler ve uygulanan tedaviler birey ve ailenin yaşam kalitesini fiziksel, psikolojik, sosyal ve cinsel yönden olumsuz etkilemektedir. Çalışmamızda taburculuk öncesi müdahale ve kontrol grubundaki kadınların toplam yaşam kalitesi puan ortalamalarının orta düzeyde olduğu; kontrol grubundaki kadınlarda “toplam yaşam kalitesi puan ortalamalarının” müdahale grubuna oranla, 1. ve 12. haftada yapılan ev ziyaretlerinde daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.2.1). Reis’in aynı ölçme aracıyla jinekolojik kanserli kadınlarla yaptığı çalışmada (2006), yaşam kalitesi düzeyi orta düzeyde kötü olarak saptanmıştır (4). Greimel ve arkadaşlarının (2002) jinekolojik kanserli hastaları üç kez izledikleri çalışmada, yaşam kalitesinin tedavi öncesi ve sonrasında zamanla azalarak kötü olduğu belirlenmiştir (52). Yapılan diğer çalışmalarda, jinekolojik kanserli hastalarda yaşam kalitesinin oldukça kötü olduğu belirlenmiştir (35,36,86). Ahlner-Elmqvist ve arkadaşlarının (2008); Jocham ve arkadaşlarının (2009) yaptıkları çalışmada, evde bakım alan kanserli hastaların yaşam kalitelerinin, evde bakım almayanlara oranla önemli derecede yüksek olduğu belirlenmiştir (31,39). Buna sonuçlar bize taburculuk sonrası yapılan ev ziyaretlerinde gelişen sorunlara yönelik uygulanan hemşirelik bakımı ve eğitiminin müdahale grubundaki kadınların yaşam kalitelerinin yükseltilmesinde etkili ve gerekli olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmamızda yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutları incelendiğinde; fiziksel iyilik halinin taburculuk öncesi müdahale ve kontrol grubundaki kadınlarda orta düzeyde olduğu belirlenirken; müdahale grubundaki kadınlarda “fiziksel iyilik hali puan ortalamalarının” kontrol grubuna oranla 1. ve 12. haftada yapılan ev ziyaretlerinde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.2.1). Çalışmamızda taburculuk öncesi müdahale ve kontrol grubundaki kadınların fiziksel sağlıklarını etkileyen en önemli sorunun “yorgunluk” olduğu belirlenirken; 1. ve 12. haftada yapılan ev ziyaretlerinde müdahale grubunda yorgunluk sorununun zamanla ortadan kalktığı, buna karşın kontrol grubunda tüm izlem dönemleri arasında en önemli sorun olduğu, bu sorunu iştahsızlık, uykusuzluk ve ağrının takip ettiği belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda, jinekolojik kanser tedavilerinden sonra önemli fiziksel sorunların ortaya çıktığı ve bu sorunların arasında yorgunluğun fiziksel fonksiyonları etkileyen en önemli sorun olduğu belirtilmektedir (23,35,83,89,90,115). Bunun yanı sıra yaygın olarak görülen diğer sorunların ağrı, uykusuzluk, bulantı, iştah değişiklikleri olduğu belirtilmektedir (83,89,115,116). Kanser tedavilerine bağlı olarak gelişen bu fiziksel sorunların evde bakım alan hastalarda önemli ölçüde azaldığı ve yaşam kalitelerinin arttığı belirtilmektedir (44,92,100). Bu araştırma sonuçları bizim bulgularımızla paralellik göstermektedir. Bu sonuçlar bize yapılan ev ziyaretlerinde uygulanan hemşirelik bakım ve eğitiminin fiziksel sorunları azaltıcı ve yaşam kalitesini artırıcı etkisinin olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda yaşam kalitesinin alt boyutları içerisinde en fazla etkilenen alanın psikolojik iyilik hali olduğu belirlenmiştir. Taburculuk öncesi müdahale ve kontrol grubundaki kadınlarda psikolojik iyilik halinin, orta düzeyde kötü olduğu, kontrol grubundaki kadınlarda “psikolojik iyilik hali puan ortalamalarının” müdahale grubuna oranla, 1. ve 12. haftada yapılan ev ziyaretlerinde daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.2.1). Çalışmamızda müdahale ve kontrol grubundaki kadınların ikinci kez kanser olma, kanserin yayılması, tekrarlamasına yönelik psikolojik sorunlar yaşadıkları ayrıca kontrol grubundaki kadınların diğer sorunlara ek olarak kendilerini verimli hissetmedikleri belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda jinekolojik kanserli kadınların tanı ve tedaviden kaynaklanan psikolojik sorunlar yaşadıkları ve bu sorunların içerisinde en önemli ve yaygın olanın ölüm korkusu

(4,111), kanserin tekrarlama, yayılması, gelecekte yapılacak testlere yönelik anksiyete ve depresyonun olduğu belirlenmiştir (4,75,78,92). Ayrıca bu sorunların bireyin yaşam kalitesini etkileyen önemli sorunlar olduğu belirtilmektedir (116). Bakitas ve arkadaşlarının (2009); Karamanoğlu ve arkadaşlarının (2008); yaptıkları çalışmalarda, evde bakım alan kanserli hastaların almayanlara göre psikolojik sağlıklarının belirgin derecede daha yüksek olduğu belirtilmektedir (49,102). Bu sonuçlar literatürle benzerlik göstermekle birlikte, çalışmamızda müdahale grubundaki kadınların kontrol grubuna oranla psikolojik iyilik hali puan ortalamasının anlamlı derece daha yüksek olmasının yapılan ev ziyaretlerinde verilen hemşirelik bakım ve eğitiminin özellikle yaşam kalitesinin yükseltilmesinde etkili ve gerekli olduğunu düşündürmektedir.

Yaşam kalitesinin diğer bir alt boyutunu oluşturan sosyal iyilik halinin, taburculuk öncesi müdahale ve kontrol grubundaki kadınlarda orta düzeyde olduğu; kontrol grubundaki kadınlarda “sosyal iyilik hali puan ortalamalarının” müdahale grubuna oranla, 1. ve 12. haftada yapılan ev ziyaretlerinde daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$; Tablo 4.2.1). Çalışmamızda müdahale ve kontrol grubundaki kadınlarda sosyal iyilik halini etkileyen en önemli sorunların hastalığın ailelerine sıkıntı verdiği düşüncesinin ve cinsel yaşamdaki değişime yönelik sorunlar olduğu belirlenmiştir. Reis’in (2006) aynı ölçekle jinekolojik kanserli kadınlarla yaptıkları çalışmada, hastaların yaşam kalitesi sosyal iyilik halinin orta düzeyde olduğu ve sosyal iyilik halini etkileyen en önemli sorunların da cinsellik ve ailevi stresi olduğu belirlenmiştir (4). Yapılan diğer çalışmalarda ise kadınların aile ve evlilik ilişkilerinde sorunlar yaşadıkları belirlemiştir (3,31,92,111). Kansere hastalarında hastaların hastalığa ve tedaviye uyumunu sağlamada, yaşama isteği artırmada, yaşam doyumu ve sosyal ilişkilere uyumunu sürdürmede sosyal desteğin çok önemli bir yeri olduğu vurgulanmaktadır (103). Özellikle eş, aile ve arkadaş desteğinin iyi düzeyde olması sosyal iyilik halinin iyileşmesine olanak sağlamaktadır (109,111). Yapılan çalışmalarda sosyal iyilik halinin iyileşmesinde evde bakım hizmetinin önemli etkisi olduğu, evde bakım hizmeti alan kanserli hastalarda almayanlara göre sosyal sorunların daha az geliştiği, sosyal yaşamlarının pozitif yönde etkilenecek yaşam kalitelerinin arttığı belirlenmiştir (19,27,92). Çalışma sonuçlarımız literatürle benzerlik göstermektedir. Bu sonuçlar bize, izlem dönemlerinde müdahale

grubundaki kadınların sosyal iyilik hali puan ortalamalarının kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olmasının yapılan ev ziyaretlerinde verilen hemşirelik bakım ve eğitiminin sosyal iyilik halini yükseltici etkisi olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda taburculuk öncesi müdahale grubundaki kadınların manevi iyilik hali puan ortalamalarının orta düzeyde olduğu, kontrol grubundaki kadınların ise orta düzeyde kötü olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubundaki kadınlarda “manevi iyilik hali puan ortalamalarının” müdahale grubuna oranla, 1. ve 12. haftada yapılan ev ziyaretlerinde daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.2.1). Çalışmamızda müdahale ve kontrol grubundaki kadınların hastalığa yönelik olumsuz düşüncelerinin olduğu ve bu durumun manevi iyilik halini olumsuz etkilediği belirlenmiştir. Ayrıca her iki grupta dua etmenin önemli olduğu, müdahale grubundaki kadınlarda geleceğe yönelik umudun olmasının manevi iyilik halini pozitif yönde etkilediği saptanmıştır. Literatürde dua etmenin, kiliseye gitmenin, dini toplantılara katılmanın ve pozitif düşünceler sahip olmanın manevi iyilik halini yükseltmede son derece etkili olduğu belirtilmektedir. Bunun yanı sıra bireyin yaşama amacının olması, geleceğe yönelik kendisinin umutlu hissetmesi manevi iyilik halinin yükselmesine katkı sağlayan önemli faktörlerden olduğu bildirilmektedir (63,91,109,115). Kelleci (2005) kanser hastalarında hastaların tanı ve tedaviye uyumunu sağlamada, stresli ve zor durumlarla baş etmede ve yaşam kalitesinin yükseltilmesinde umudun oldukça önemli olduğunu vurgulamıştır (109). Ayrıca, yapılan çalışmalarda kanserli hastalarda evde bakım hizmetinin de hastaların geleceğe umutla bakma, yaşama isteği ve amacı kazanma, dua ederek ya da meditasyon yöntemleri ile duygusal rahatlık sağlamada olumlu etkisinin olduğu, böylece hastaların sosyal sorunlarını azaltarak yaşam kalitelerini artırdığı belirlenmiştir (27,42). Bu sonuçlar bize izlem dönemlerinde müdahale grubundaki kadınların manevi iyilik hali puan ortalamalarının kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olmasının, taburculuk sonrası yapılan ev ziyaretlerinde verilen hemşirelik bakım ve eğitiminin gerekli ve etkili olduğunu düşündürmektedir.

5.3. Müdahale Ve Kontrol Grubundaki Kadınların GRCDÖ Aldığı Toplam Puan Ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Bağımsız Değişkenler İle Karşılaştırılmasına İlişkin Verilerin Tartışması

Jinekolojik kanser tedavilerinin kadın cinselliğini etkilediği bilinen bir gerçektir. Özellikle kadın ve eşi tarafından kanserde uygulanan tedavilerin sonucunda cinsel kapasitenin bozulmuş olabileceği düşüncesi cinsel yaşama bakış açılarını değiştirerek, cinsel ilişkiye tekrar başlama konusunda korku, kaygı/endişe yaşamalarına neden olmaktadır. Bu durum çiftlerde iletişim bozukluklarına ve cinsel yaşamdan uzaklaşmaya neden olabilmektedir (25,81,117). Çalışmamızda müdahale ve kontrol grubundaki kadınların, taburculuk öncesi ve 12. haftada yapılan ev ziyaretlerinde, GRCDÖ “iletişim alt boyutu puan ortalamalarının” soruna işaret ettiği; kontrol grubundaki kadınlarda “iletişim alt boyutu puan ortalamalarının” müdahale grubuna göre daha yüksek oranda devam ettiği ve sorun yaşandığı belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.3.1). Kızıltepe’nin (2006) aynı ölçme aracıyla histerektomili kadınlar üzerine yaptığı çalışmada iletişim alt boyutunda çalışmamızla benzer sonuçlar elde edilmiştir (118). Yapılan diğer çalışmalarda kadınların kanser tedavileri sonrasında cinsel ilişkiye tekrar başlama konusunda yaşadıkları korku/endişenin ve kendi bedenlerine olan güven duygusundaki azalmanın eşlerde iletişim kopukluklarına neden olduğu, buna bağlı cinsel sorunları paylaşmadıkları belirlenmiştir (25,74,78). Literatürde; kadının cinsel ilişkiye başlama ile ilgili yaşadığı sorunlar; hastalığı eşine bulaştırma korkusu, cinsel istek/ilgide azalma, disparoni, eşleri tarafından incitilme ve cinsel açıdan beğenilmeme korkusu, eşlerin hastalık nedeniyle kendilerinden uzaklaşmaları şeklinde özetlenmektedir (73,79). Ayrıca kadının eşi ile olan ilişkisinde kendini, eşini algılayış biçimi ve eşlerin birbirine karşı tutumları büyük önem taşımaktadır ve cinsel yaşam üzerinde etkili olmaktadır. Eşler arası çatışmalar, iletişim bozuklukları eşler arasındaki yakınlığı ortadan kaldırarak cinsel sorunların yaşanmasına katkıda bulunmaktadır (12,18,24). Bu sonuçlar bize, her iki grupta cinsel açıdan taburculuk öncesinde var olan iletişim sorununun kontrol grubundaki kadınlarda tüm izlem dönemleri arasında müdahale grubuna göre belirgin derecede yüksek oranda devam etmesi ve müdahale grubunda sorunun zamanla azalması yapılan ev ziyaretlerinde uygulanan hemşirelik bakım ve

eğitimin eşler arasındaki cinsel iletişimin sürdürülmesinde önemli bir faktör olduğunu düşündürmektedir.

Literatürde jinekolojik kanser ameliyatı geçiren kadınların, cinsel yaşamlarındaki değişikliklerin (vajen boyunda kısıalma ve kuruluk, disparoni gibi) cinsel ilişkiden yeterli doyum alamamalarına neden olduğu belirtilmektedir (7,68,76,93). Çalışmamızda müdahale ve kontrol grubundaki kadınların, taburculuk öncesi ve 12. haftada yapılan ev ziyaretlerinde, GRCDÖ “doyum alt boyutu puan ortalamalarının” soruna işaret ettiği; kontrol grubundaki kadınlarda “doyum alt boyutu puan ortalamalarının” müdahale grubuna göre daha yüksek oranda devam ettiği ve sorun yaşandığı belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.3.1). Bu konuda yapılan çalışmalarda, özellikle serviks ve endometrium kanserleri kadınlarda yaygın olarak disparoni, cinsel uyarı ve orgazm olabilme kapasitesinde azalma gibi sorunların olduğu belirlenmiştir (88,89). Reis’in (2003) ve Kızıltepe’nin (2006) yaptıkları çalışmalarda kadınlarda jinekolojik ameliyatlardan sonrasında cinsel ilişkide doyum sağlama ile ilgili sorunlar geliştiği ve uzman sağlık ekibi tarafından verilen cinsel danışmanlıkla (disparonide ve vajinal kurulukta vajinal kayganlaştırıcı kremler, ilgi/isteği geliştirmek eşler arası cinsel dokunuşlar, fanteziler gibi) bu sorunların kısmen çözümlendiği saptanmıştır (25,118). Bu sonuçlar bize, her iki grupta cinsel açıdan taburculuk öncesinde var olan doyum sorununun kontrol grubundaki kadınlarda tüm izlem dönemleri arasında müdahale grubuna göre artarak belirgin derecede yüksek oranda devam etmesinin yapılan ev ziyaretlerinde uygulanan hemşirelik bakım ve eğitimin gelişebilecek cinsel sorunların çözümlenmesine olanak sağlayarak eşler arasındaki cinsel doyumun devam ettirilmesinde ve yaşam kalitesinin artırılmasında etkili olduğunu düşündürmektedir.

Jinekolojik kanser tedavilerinden sonra kadınlarda yaygın olarak görülen sorunlardan bir diğeri de cinsel ilgi ve istekte azalmanın olmasıdır. Jinekolojik kanser tedavileri sırasında kadında yorgunluk, bulantı-kusma, anksiyete cinsel ilgi ve isteğin önemli ölçüde azalmasına neden olabilmektedir (33,114). Çalışmamızda müdahale ve kontrol grubundaki kadınların, taburculuk öncesi ve 12. haftada yapılan ev ziyaretlerinde, GRCDÖ “kaçınma (cinsel isteksizlik) alt boyutu puan ortalamalarının” soruna işaret ettiği; kontrol grubundaki kadınlarda “kaçınma alt boyutu puan ortalamalarının” müdahale grubuna göre anlamlı derecede yüksek

oranda devam ettiği ve sorun yaşandığı belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.3.1). Turgut ve arkadaşlarının (2012) yaptıkları çalışmada jinekolojik kanserli kadınların cinsel ilişki sırasında yaşadıkları yoğun ağrının da cinsel ilgi/isteği azalttı belirlenmiştir (54). Yapılan diğer bir çalışmada ise kadınlarda aşırı ölüm korkusu, anksiyete ve depresyonun cinsel istek ve orgazm kapasitesini önemli ölçüde azalttığı belirtilmektedir (11). Bu sonuçlar bize, her iki grupta cinsel açıdan taburculuk öncesinde var olan kaçınma sorununun kontrol grubundaki kadınlarda tüm izlem dönemleri arasında müdahale grubuna göre artarak belirgin derecede yüksek oranda devam etmesinin yapılan ev ziyaretlerinde uygulanan hemşirelik bakım ve eğitimin cinsel ilgi/istekte azalmaya neden olabilecek sorunlara erken müdahale edilerek eşler arasındaki cinsel kaçınmanın azaltılmasında ve yaşam kalitesinin artırılmasında önemli ve etkili olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmamızda müdahale ve kontrol grubundaki kadınların, taburculuk öncesi ve 12. haftada yapılan ev ziyaretlerinde, GRCDÖ “dokunma alt boyutu puan ortalamalarının” soruna işaret ettiği; kontrol grubundaki kadınlarda “dokunma alt boyutu puan ortalamalarının” müdahale grubuna göre anlamlı derecede yüksek oranda olduğu ve sorun yaşandığı belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.3.1). Kızıltepe'nin (2006) aynı ölçme aracıyla histerektomili kadınlar üzerine yaptığı çalışmada dokunma alt boyutunda belirgin sorun yaşandığı tespit edilmiştir. Aynı çalışmada kadınların cinselliği halen tabu olarak gördükleri, eşlerine dokunmak için ilk adımın kendilerinin atmalarının ayıp olduğu düşüncesine sahip oldukları belirlenmiştir (118). Kızıltepe'nin çalışması çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Bu sonuçlar bize her iki grupta cinsel açıdan taburculuk öncesinde var olan dokunma sorununun kontrol grubundaki kadınlarda tüm izlem dönemleri arasında müdahale grubuna göre artarak belirgin derecede yüksek oranda devam etmesinin yapılan ev ziyaretlerinde uygulanan hemşirelik bakım ve eğitimin eşler arasındaki tensel temasın sağlanmasında etkili olduğunu düşündürmektedir.

Jinekolojik kanserlerde uygulanan radikal histerektomi ve radyoterapi tedavisinin kadının vajen boyunda kısıalma ve stenoza neden olduğu bilinmektedir. Kadının vajen boyundaki bu kısıalma ve stenoz, cinsel ilişki sırasında disparoniye neden olarak kadının cinsel ilişkiden uzaklaşmasına ve cinsel ilişki sıklığında azalmalara neden olabilmektedir (4,77-79). Çalışmamızda müdahale ve kontrol

grubundaki kadınların, taburculuk öncesi ve 12. haftada yapılan ev ziyaretlerinde, GRCDÖ “vajinusmus alt boyutu puan ortalamalarının” soruna işaret ettiği; kontrol grubundaki kadınlarda “vajinusmus alt boyutu puan ortalamalarının” müdahale grubuna göre anlamlı derecede yüksek oranda devam ettiği ve sorun yaşandığı belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.3.1). Jenson (2003) ve Jongpipan (2007) yaptıkları çalışmalarda; servikal kanser cerrahileri sonrasında kadınlarda gelişen vajinal kısılma, stenoz ve kayganlıktaki azalmanın penis penetrasyon yetersizliklerine neden olduğu saptanmıştır (79,80). Bu sonuçlar bize, her iki grupta cinsel açıdan taburculuk öncesinde var olan vajinusmus sorununun kontrol grubundaki kadınlarda tüm izlem dönemleri arasında müdahale grubuna göre artarak belirgin derecede yüksek oranda devam etmesinin yapılan ev ziyaretlerinde uygulanan hemşirelik bakım ve eğitimin; kadınların cinsel sorunlarını erken dönemde ifade etmelerinde, gerekli danışmanlık desteği ile vajinusmusun azaltılmasında ve buna bağlı olarak yaşam kalitesinin artırılmasında etkili olabileceğini düşündürmektedir.

Jinekolojik kanser tedavileri sonrasında cinsel uyarılma bozukluklarının, cinsel istek/ilgi, fantezilerdeki azalmanın, disparoninin, kadının mizacının ve kendini iyi hissetme durumunun orgazm olabilme kapasitesini azalttığı bildirilmektedir (4,32,115). Çalışmamızda müdahale ve kontrol grubundaki kadınların, taburculuk öncesi ve 12. haftada yapılan ev ziyaretlerinde, GRCDÖ “anorgazmi alt boyutu puan ortalamalarının” soruna işaret ettiği; kontrol grubundaki kadınlarda “anorgazmi alt boyutu puan ortalamalarının” müdahale grubuna göre anlamlı derecede yüksek oranda olduğu ve sorun yaşandığı belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.3.1). Reis’in çalışmasında (2006) jinekolojik kanser tedavileri sonrasında kadınların orgazm olamadıkları halde eşlerini kırmamak ve evliliklerini korumak için cinsel yaşamlarını devam ettirdikleri belirlenmiştir (4). Bu sonuçlar bize her iki grupta cinsel açıdan taburculuk öncesinde var olan anorgazmi sorununun kontrol grubundaki kadınlarda tüm izlem dönemleri arasında müdahale grubuna göre artarak belirgin derecede yüksek oranda devam etmesinin, yapılan ev ziyaretlerinde uygulanan hemşirelik bakım ve eğitimin orgazm bozukluklarına neden olabilecek sorunlara erken müdahale yapılarak (eşleri cinsel fantezilere yönlendirmek, sorunları birbiri ya da sağlık personeli ile paylaşımları sağlamak gibi) anorgazminin azaltılmasında önemli ve etkili olduğunu düşündürmektedir.

5.4. Kadınlara Pre-Operatif, Post-Operatif, 1. ve 12. Haftada Yapılan Ev Ziyaretlerinde Gelişen Sorunlara Yönelik Uygulanan Bakım Planlarının Karşılaştırmalarına Ait Verilerin Tartışılması

Jinekolojik kanserli hastalar, tanı-tedavi ve tedaviler sonrası gelişen çeşitli sorunlarla karşı karşıya kalmaktadır. Birçok hastada gelişen bu sorunlara bağlı olarak iyileşme süreci uzamakta ve yaşam kaliteleri azalmaktadır (7,36). Literatürde kansere bağlı olarak gelişen sorunlardan birinin “abdominal distansiyon” olduğu belirtilmektedir (33). Abdominal distansiyon genellikle over kanserinin ileri evrelerinde ortaya çıkmakla birlikte, cerrahi ve medikal tedaviler (kemoterapi, radyoterapi) sonrasında da sıklıkla yaşanan fiziksel bir sorundur (16). Çalışmamızda, pre-operatif, post-operatif dönem, 1. ve 12. haftada yapılan ev ziyaretlerinde kontrol grubundaki kadınlarda “distansiyon” sorununun müdahale grubuna göre iki kat daha fazla oranda devam ettiği belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.4.1). Yapılan çalışmalarda ileri evre over kanserlerinde gelişen abdominal distansiyonun, kadınlarda gastrointestinal sorunlara (hazımsızlık, iştahsızlık, kabızlık gibi) ve solunum sıkıntısına neden olduğu ve yaşam kalitesini azalttığı bildirilmektedir (16,19). Turgut ve arkadaşlarının (2012) yaptıkları çalışmada over kanserli hastaların %53’ünün abdominal distansiyon sorunu yaşadıkları, bu hastaların kanser tanısı öncesi karın ağrısı ve abdominal distansiyon şikayeti ile hastaneye başvurdukları belirlenmiştir (54). Jinekolojik kanser ve tedavilerine bağlı olarak gelişen fiziksel sorunların hastane ve evde uygulanan bakım hizmeti ile önemli ölçüde azaldığı ve hastaların yaşam kalitelerinin arttığı belirlenmiştir (10,18,37). Benzer şekilde randomize kontrollü yapılan bir çalışmada, evde bakım hizmetinin başlangıcından üç ay sonra evde bakım hizmeti alanların almayan gruba göre, fiziksel sağlıklarının belirgin derecede iyi olduğu tespit edilmiştir (27). Bu sonuçlar bize yapılan ev ziyaretlerinde uygulanan hemşirelik bakım hizmetinin ve eğitiminin distansiyon sorununun azaltılmasında ve yaşam kalitesinin artırılmasında etkili olduğunu düşündürmektedir.

Jinekolojik kanserli hastalarda uygulanan cerrahi ve medikal tedavilere bağlı olarak gelişen ağrı, yorgunluk, bulantı-kusma, anemi, hareket etmede zorluk, anksiyete ve depresyon gibi sorunların hastalarda immobilizasyona neden olduğu

bildirilmektedir (92,93,119). Kanserli hastalarda yorgunluğa bağlı immobilizasyonun %70'in üzerinde olduğu bildirilmektedir (23). Çalışmamızda pre-operatif, post-operatif dönem, 1. ve 12. haftada yapılan ev ziyaretlerinde kontrol grubundaki kadınlarda “immobilizasyon” sorununun müdahale grubuna göre daha fazla oranda devam ettiği belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.4.1). Yapılan çalışmalarda özellikle jinekolojik kanserli kadınların radyoterapi ve kemoterapi tedavileri sonrası ilk bir hafta içinde immobilizasyon sorunlarının arttığı, günlük yaşam aktivitelerini dahi yerine getirmede zorlandıkları ve yaşam kalitelerinin önemli ölçüde azaldığı belirlenmiştir (32,43,53,79). Chang (2002) ve Parker'ın (2002) yaptıkları çalışmalarda, immobilizasyon sorununun evde bakım hizmeti alan kanserli hastalarda almayanlara oranla belirgin şekilde daha az geliştiği, hastaların kendi bakımlarına aktif olarak katılmalarının ve immobilizasyona neden olan faktörlere yönelik çözümler geliştirmelerinin bu durumda önemli etkisinin olduğu belirlenmiştir (40,47). Bu sonuçlar bize yapılan ev ziyaretlerinde uygulanan hemşirelik bakım hizmeti ve eğitiminin immobilizasyona neden olan faktörlerin belirlenerek erken dönemde müdahale edilmesi ile sorunun azalmasında ve yaşam kalitesinin artırılmasında etkili olduğunu düşündürmektedir.

Literatürde diğer kanser türlerinde olduğu gibi jinekolojik kanserlerde de hastalık süreci ve tedavilerin yan etkilerine bağlı olarak gelişen en yaygın ve kaçınılmaz sorunlardan birinin uykusuzluk sorunu olduğu bildirilmektedir (6,19). Çalışmamızda pre-operatif, post-operatif dönem, 1. ve 12. haftada yapılan ev ziyaretlerinde kontrol grubundaki kadınlarda “uykusuzluk” sorununun müdahale grubuna göre daha fazla oranda devam ettiği belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.4.1). Yapılan çalışmalarda yoğun radyasyon tedavisinin ardından hastalarda ağrı ve yorgunluğun eşlik ettiği ciddi uyku bozukluklarının geliştiği belirtilmektedir (35,89,90,92). Bu fiziksel sorunların yanı sıra hastalık sürecine bağlı olarak gelişen aşırı ölüm korkusu, geleceğe yönelik belirsizlik/endişeler, kendine suçlama, damgalanma korkusu ve yalnızlık gibi psikolojik sorunlar, kadınlarda uykusuzluğa neden olarak yaşam kalitesini önemli ölçüde azaltabilmektedir (6,18,34). Yapılan diğer çalışmalarda kanserli hastalarda evde bakım hizmetinin uykusuzluk, ağrı, yorgunluk, anksiyete ve depresyonun önlenmesinde ve bireyin yaşam kalitesinin artmasında etkili olduğu göstermektedir (22,39,44,50). Bu sonuçlar bize yapılan ev

ziyaretlerinde uygulanan hemşirelik bakım hizmeti ve eğitiminin uykusuzluk sorunu görülme sıklığının azaltılmasında ve yaşam kalitesinin artırılmasında gerekli ve etkili olduğunu düşündürmektedir.

Jinekolojik kanserli bireylerde tedaviler sonrasında en yaygın ortaya çıkan sorunların bir diğeri de yorgunluktur. Kanser hastalarında yorgunluk günlük yaşam aktivitelerini önemli ölçüde etkileyerek yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedir (4). Kanser hastalarında yorgunluk yaklaşık olarak %70-100 oranında ortaya çıkmaktadır (19) ve tedaviler sonrası ilk haftada başlayıp, 2-4 hafta sonra azalarak tedaviler sonrası yaklaşık olarak üç aydan sonra görülmemektedir (19). Ancak bazı hastalarda bazen yorgunluk sorunu aylarca, yıllarca ısrarlı bir şekilde devam edebilmektedir. Kanserli hastada yorgunluğa kanser tedavilerinin yanı sıra anemi, kaşeksi, enfeksiyon (26), iştahsızlık, bulantı-kusma, ağrı, uykusuzluk gibi durumlarda neden olabilmektedir (19,116). Çalışmamızda literatürle benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda pre-operatif, post-operatif dönem, 1. ve 12. haftada yapılan ev ziyaretlerinde kontrol grubundaki kadınlarda “yorgunluk” sorununun müdahale grubuna göre iki kat daha fazla oranda devam ettiği belirlenmiştir ($p<0,05$;Tablo 4.4.1). Yapılan çalışmalarda endometrium ve serviks kanserli kadınlarda radyoterapi tedavisi sonrası %80’inden fazlasında yorgunluk geliştiği belirlenmiştir (19,23). Kanserli hastalara evde bakım hizmeti verilerek yorgunluk sorununun önemli ölçüde azaltıldığı, evde bakım hizmeti alan kanserli hastaların, almayan hasta grubuna oranla yorgunluk seviyelerin anlamlı derecede düşük olduğu belirlenmiştir (18,20,31). Bu sonuçlar bize müdahale grubundaki kadınlarda yorgunluk sorunu görülme sıklığının azaltılmasında ve yaşam kalitesinin artırılmasında yapılan ev ziyaretlerinde uygulanan hemşirelik bakım hizmeti ve eğitiminin gerekli olduğunu göstermektedir.

Jinekolojik kanserlerde tanı sonrası uygulanan tedavilerin sonlanması ardından cerrahi, kemoterapi ve radyoterapinin kadının vücudunda yarattığı değişiklikler kadın açısından yeni bir sürecin başlamasına neden olmaktadır. Bu yeni süreçte oluşan bazı değişiklikler geçici (alopesi, deri bütünlüğünde bozulma, kilo değişiklikleri gibi), bazıları ise kalıcı (üreme organlarının kaybı gibi, cerrahi skar izleri gibi) olabilmektedir (4,22). Kadının bedenindeki geçici ya da kalıcı değişiklikler, kadının dikkatinin etkilenen bölgeye çekilmesine ve bedeninin o andaki

görünümü ile ilgili yeni bir tablo oluşturmasına neden olmaktadır. Kadının zihnindeki bu yeni tablo daha önce zihninde geliştirdiği tablo ile benzerlik göstermediğinde ciddi bedensel uyumsuzluklara ve krize neden olmaktadır. Yaşanılan bu kriz kadının beden imajında değişimi ve benlik saygısında azalmaya neden olarak yoğun bir stres yaşamasını tetiklemektedir (13,83). Çalışmamızda pre-operatif, post-operatif dönem, 1. ve 12. haftada yapılan ev ziyaretlerinde kontrol grubundaki kadınlarda “beden imajında değişim” ve “benlik saygısında azalma” sorunlarının müdahale grubuna göre daha fazla oranda devam ettiği belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.4.1). Yapılan çalışmalarda kadınların üreme organlarının kaybının, cinsel fonksiyon kaybının ve alopesinin kadınlarda büyük üzüntü ve acıya neden olduğu, bu durumun kadın tarafından kadınlığın/dişiliğin, çekiciliğin kaybı olarak algılandığı, kendilerini çirkin, eksik/kusurlu, asexual hissettiklerini ve buna bağlı olarak zayıf beden imajı ve düşük öz güvene sahip oldukları belirlenmiştir ve bu kadınlarda yaşam kalitelerinin duruma bağlı olarak olumsuz etkilendiği vurgulanmıştır (4,85,92,93). Molassiotis ve arkadaşlarının (2009) yaptıkları çalışmada evde bakım hizmeti uygulanan meme ve rektal kanseri olan hastaların beden imajına yönelik olumsuz düşüncelerin azaldığı, beden imajına yönelik duygularını kolaylıkla ifade edebildikleri, öz bakım sorumluluklarını yerine getirdikleri, operasyon bölgesine bakma ve dokunma konusunda başta yaşadıkları sıkıntıları daha sonraki dönemlerde yaşamadıkları belirlenmiştir (38). Bu sonuçlar bize literatürde belirtildiği gibi müdahale grubundaki kadınlarda beden imajında değişim ve benlik saygısında azalma sorununun kontrol grubundaki kadınlara göre anlamlı derecede az oranda görülmesinin kadınlara yapılan ev ziyaretlerinde uygulanan hemşirelik bakım hizmeti ve eğitiminin etkinliğinin bir göstergesi olarak yorumlanabilir.

Literatürde jinekolojik kanserli kadınların ve ailelerinin günlük rutin yaşantılarında ve aile içi rollerinde değişiklikler olduğu belirtilmektedir (26,42). Özellikle kadının günlük rutin yaşantısında ve aile içi rollerinde değişiklikler hastalık süreci ve tedavilere bağlı olarak gelişen fiziksel, psikolojik, sosyal ve cinsel sorunlardan kaynaklanmaktadır (15). Kadının ve ailesinin hastalığa, uygulanan tedavilere bağlı gelişen sorunlara, günlük rutin yaşantıdaki ve aile içi rollerdeki değişikliklere uyum sağlamada zorluklar yaşadıkları belirtilmektedir (31). Kanserli

hasta ve ailesinin yaşadığı tüm bu sorunlar kadında ve ailede sorunlarla baş etme konusunda güçlükler neden olmaktadır (31,117). Literatürde özellikle kanserli hastaların taburcu olduktan sonra ilk hafta içerisinde fiziksel ve psikolojik sorunları daha fazla yaşadıkları, kendilerinin ve ailelerinin bu sorunlarla baş etmede çaresiz kaldıkları ve profesyonel yardıma ihtiyaçlarının olduğu belirtilmektedir (114). Bu nedenle kanserli hastalarda evde bakım hizmeti oldukça önem kazanmaktadır. Çalışmamızda pre-operatif, post-operatif dönem, 1. ve 12. haftada yapılan ev ziyaretlerinde kontrol grubundaki kadınlarda “baş etme güçlüğü” sorununun müdahale grubuna göre daha fazla oranda devam ettiği belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.4.1). Yapılan çalışmalarda evde bakım hizmeti alan kanserli kadınların almayanlara göre sorunlarla baş etme yetilerinin oldukça etkili ve yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu belirlenmiştir (31,44). Yapılan bir diğer çalışmada tedaviler sonrası evde hemşire tarafından takip edilen kanser hastalarının gelişen sorunlara yönelik baş etme güçlüğü yaşam durumlarının daha az olduğu belirlenmiştir (48). Bu sonuçlar bize literatürle benzerlik göstermekle birlikte, müdahale grubundaki kadınlarda baş etme güçlüğü sorununun kontrol grubundaki kadınlara göre anlamlı derecede daha az oranda görülmesinin, kadınlara yapılan ev ziyaretlerinde uygulanan hemşirelik bakım hizmeti ve eğitiminin gerekli ve yaşam kalitesini artırıcı yönde etkili olduğunu düşündürmektedir.

Jinekolojik kanserli hastaların tanı, tedavi ve tedavi sonrası dönemlerde eş, aile ve komşu/arkadaşları ile olan ilişkilerinde olumsuzluklar yaşadıkları belirtilmektedir (90). Özellikle kanserli hastaların eşleri ile ilişkileri “kansere tanısının” ardından uzun süreçte olsa dahi etkilenmektedir (terk edilme, boşanma gibi) (117). Bunun yanı sıra kadınların sürekli hastalığı düşünmesi nedeniyle içe kapanması, hastalığın bulaşacağı korkusu ile eş, arkadaş/komşuların uzaklaşmaları yalnızlık duygusunu pekiştirmektedir (15,120). Çalışmamızda pre-operatif, post-operatif dönem, 1. ve 12. haftada yapılan ev ziyaretlerinde kontrol grubundaki kadınlarda “yalnızlık” sorununun müdahale grubuna göre iki kat daha fazla oranda olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.4.1). Aştı'nın (2003); Booth ve arkadaşlarının (2005) yaptıkları çalışmalarda kanserli hastaların eşleri ile iletişimlerinin azaldığı, aşırı yorgunluk nedeniyle arkadaş/komşularıyla görüşemedikleri, hastalığın bulaşacağı korkusu ile arkadaşların görüşme taleplerinin olmadığı ve buna bağlı

olarak sorunlarla baş etmede yalnız kaldıkları ve yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği belirlenmiştir (50,111). Literatürde jinekolojik kanserli kadınlar için özellikle sorunlarla baş etmede eş ve aile desteğinin önemli olduğu belirtilmektedir (15,35). Bu sonuçlar bize evde bakım hizmeti ile ilgili literatürde benzer çalışmalara rastlanılmamasına rağmen müdahale grubundaki kadınlarda yalnızlık sorununun kontrol grubundaki kadınlara göre anlamlı derecede az oranda görülmesinin yapılan ev ziyaretlerinde uygulanan hemşirelik bakım hizmeti ve eğitiminin eş, aile, arkadaş ilişkilerini destekleyici ve yaşam kalitesini artırıcı yönde olduğunu düşündürmektedir.

Kanser hastalığı ve uygulanan tedaviler kadınların aile içinde eş ve annelik rollerini etkileyerek, kadınların kendilerini eş ve anne olarak yetersiz hissettiklerine neden olabilmektedir (4,102). Kadınların aile içi rollerini yerine getirmede yetersizliklerinin en önemli nedeni hastalık ve tedaviye bağlı olarak gelişen yorgunluk ve bulantı-kusma gibi fiziksel sorunlardır. Bu nedenlerle jinekolojik kanserli annelik rolünü yerine getirememeye ile ilgili endişe yaşayabilmektedir (23, 52). Çalışmamızda pre-operatif, post-operatif dönem, 1. ve 12. haftada yapılan ev ziyaretlerinde kontrol grubundaki kadınlarda “rol performansında değişim” sorununun müdahale grubuna göre daha fazla oranda olduğu belirlenmiştir ($P<0,05$; Tablo 4.4.1). Yapılan çalışmalarda jinekolojik kanserli hastalarda rol performansında değişimin daha çok çocuk bakımı, ev işleri ve arkadaşlık ilişkilerini kısıtladığı ve yaşam kalitesini olumsuz etkilediği belirlenmiştir (4,35,87). Literatürde rol performansında değişimde evde bakım hizmetinin etkiliğine yönelik çalışma sonuçlarına ulaşılamamasına rağmen, çalışma sonuçlarımız bize müdahale grubundaki kadınlarda rol performansında değişim sorununun kontrol grubundaki kadınlara göre anlamlı derecede az oranda görülmesinin kadınlara yapılan ev ziyaretlerinde uygulanan hemşirelik bakım hizmeti ve eğitiminin rol performansında değişime neden olan faktörlere (yorgunluk, bulantı-kusma gibi) erken dönemde müdahale edilerek, sorunun gelişiminin önlenmesinde ve yaşam kalitesinin artırılmasında etkili olduğunu düşündürmektedir.

Genel olarak çalışmamızdan elde edilen, taburculuk sonrası ilk 12 haftada jinekolojik kanserli kadınlara ait bulgular, kanser tedavileri sonrasında kadınların mutlaka evde izlemlerinin ve bakımlarının yapılmasının, ihtiyaç duydukları

konularda eğitim verilmesi gerekliliğini göstermesi bakımından ve tüm bu hizmetlerin kadınların yaşam kalitelerini olumlu yönde etkilemesi bakımından önemlidir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Araştırma kapsamına 35 müdahale, 35 kontrol grubu olmak üzere toplam 70 kadın alınmıştır. Araştırmada aşağıda belirtilen sonuçlar elde edilmiştir.

6.1. SONUÇLAR

6.1.1 Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine ve Hastalıklarına İlişkin Sonuçlar

1. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların yarıya yakınının 45-55 yaş grubunda oldukları (M:%48,5, K:%42,8), ve çoğunluğunun gelir durumlarını yetersiz olarak ifade ettikleri (M:%65,7, K:%80,0), herhangi bir işte çalışmadıkları (M:%60,0, K:%80,0), eğitim düzeylerinin ilköğretim ve altı olduğu (M:%87,5 K:%87,5) ve çekirdek aileye sahip oldukları (M:%88,6, K:%80,0) belirlenmiştir. Bu değişkenlere göre müdahale ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$; Tablo 4.1.1).

2. Araştırma kapsamına alınan kadınların hastalıklarına ilişkin veriler değerlendirildiğinde; Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların çoğunluğunun over (M:%42,9, K:%45,8) ve endometriyum kanseri (M:%42,9, K:%37,1) olduğu; evre 2 (M:%40,0, K:%48,6) ya da evre 3 de (M:%45,7, K:%42,8) buldukları, tip 3 histerektomi (M:%91,4, K:%91,4) uygulandığı ve yarıdan fazlasının cerrahi sonrası kemoterapi tedavisi (M:%62,9, K:%62,9) aldıkları belirlenmiş ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu bulunmuştur ($p>0,05$; Tablo 4.1.2).

3. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların yarıya yakınının kronik hastalıklarının (M:%48,6, K:%45,7) olduğu, çoğunluğunun ailede jinekolojik kanser öyküsünün (M:%82,9, K:%88,6) olmadığı, her üç kadından birinin kanser tanısı öncesi üreme sistemine ilişkin rahatsızlıklarının (myom, kist, metroraji gibi) (M:%37,1, K:%34,3) olduğu ve üreme sistemine yönelik tedavi (myomektomi, kistektomi, küretaj gibi) (M:%34,3, K:%22,9) aldıkları belirlenmiştir. Bu

değişkenlere göre müdahale ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$; Tablo 4.1.3).

4. Taburculuk öncesi müdahale grubundaki kadınların %25,7'sinin, kontrol grubundaki kadınların ise %17,1'inin ödem sorunu yaşadıkları; kontrol grubundaki kadınlarda “ödem” sorununun müdahale grubuna göre, taburculuk sonrası 1. hafta (M:%22,9, K:%37,1) ve 12. haftada (M:%14,3, K:%42,9) yapılan ev ziyaretlerinde daha fazla oranda devam ettiği belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede; 12. haftada yapılan ev ziyaretlerinde ve tüm izlem dönemleri arasında ödem sorunu yaşama bakımından iki grup arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.1.4).

5. Taburculuk öncesi müdahale grubundaki kadınların %51,4'ünün, kontrol grubundaki kadınların ise %80,0'inin korku (ağrı, gelecekteki tanısal işlemler, iyileşememe, gelecekte neler yaşayacağı, çocuklarına kim bakacak gibi) sorunu yaşadıkları; kontrol grubundaki kadınlarda “korku” sorununun müdahale grubuna göre, 1.hafta (M:%34,3, K:%60,0) ve 12.haftada (M:%20,0, K:%51,4) yapılan ev ziyaretlerinde daha fazla oranda devam ettiği ve iki grup arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p>0,05$; Tablo 4.1.5).

Müdahale grubundaki kadınların taburculuk öncesi %37,1'inin, kontrol grubundaki kadınların ise %60'ının umutsuzluk sorunu yaşadıkları; kontrol grubundaki kadınlarda “umutsuzluk” sorununun müdahale grubuna göre, 1.hafta (M:%22,9, K:%34,2) ve 12.haftada (M:%20,0, K:%40,0) yapılan ev ziyaretlerinde daha fazla oranda devam ettiği belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede; tüm izlem dönemleri arasında umutsuzluk sorunu yaşama bakımından iki grup arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.1.5).

Taburculuk öncesi müdahale grubundaki kadınların %45,7'sinin, kontrol grubundaki kadınların ise %60'ının çaresizlik sorunu yaşadıkları; kontrol grubundaki kadınlarda “çaresizlik” sorununun müdahale grubuna göre, 1.hafta (M:%42,9, K:%42,9) ve 12.haftada (M:%5,7, K:%37,1) yapılan ev ziyaretlerinde daha fazla oranda devam ettiği belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede; 12. haftada

yapılan ev ziyaretlerinde ve tüm izlem dönemleri arasında çaresizlik sorunu yaşama bakımından iki grup arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.1.5).

Taburculuk öncesi müdahale grubundaki kadınların %17,1'inin, kontrol grubundaki kadınların ise %34,3'ünün değersizlik sorunu yaşadıkları; kontrol grubundaki kadınlarda "değersizlik" sorununun müdahale grubuna göre, 1.hafta (M:%8,6, K:%22,9) ve 12.haftada (M:%5,7, K:%25,7) yapılan ev ziyaretlerinde daha fazla oranda devam ettiği belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede; 12. haftada yapılan ev ziyaretlerinde ve tüm izlem dönemleri arasında değersizlik sorunu yaşama bakımından iki grup arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.1.5).

Taburculuk öncesi müdahale grubundaki kadınların %14,3'ünün, kontrol grubundaki kadınların ise %11,4'ünün hastalığı kabullenme ile ilgili sorun yaşamadıkları; müdahale grubundaki kadınlarda "hastalığı kabullenme" durumunun kontrol grubuna göre, 1.hafta (M:%37,1, K:%22,9) ve 12.haftada (M:%71,4, K:%37,1) yapılan ev izlemlerinde daha fazla oranda devam ettiği belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede; 12. haftada yapılan ev ziyaretlerinde hastalığı kabullenme durumu bakımından iki grup arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.1.5).

Taburculuk öncesi müdahale grubundaki kadınların %17,1'inin, kontrol grubundaki kadınların ise %14,3'ünün yapacakları işlere yönelik yardım/destek gereksinimine (giyinme, banyo, alış-veriş, hijyen gereksinimi gibi) ihtiyaç duydukları; kontrol grubundaki kadınlarda "yapacakları işlere yönelik yardım/destek gereksinimine" yönelik ihtiyaçlarının müdahale grubuna göre, 1.hafta (M:%34,3, K:%57,1) ve 12.haftada (M:%8,6, K:%34,3) yapılan ev ziyaretlerinde daha fazla oranda devam ettiği belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede; 12. haftada yapılan ev ziyaretlerinde ve tüm izlem dönemleri arasında iki grup arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.1.5).

6. Araştırma kapsamına alınan müdahale ve kontrol grubundaki kadınların, 1. haftada yapılan ev ziyaretlerinde %100'ünün hareket etmede sınırlılık sorunu yaşadıkları; kontrol grubundaki kadınlarda "hareket etmede sınırlılık" sorununun

müdahale grubuna göre, 12. haftada (M:%8,6, K:%28,6) yapılan ev ziyaretlerinde daha fazla oranda devam ettiği ve 12. haftada yapılan ev ziyaretlerinde iki grup arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.1.6).

7. Taburculuk sonrası 1. haftada yapılan ev ziyaretlerinde müdahale grubundaki kadınların çoğunluğunun aralıklı ağrı (%71,4); kontrol grubundaki kadınların ise sürekli ağrı sorunu yaşadıkları (%54,3); kontrol grubundaki kadınlarda 12. haftada yapılan ev ziyaretlerinde müdahale grubuna göre aralıklı ağrı (M: %51,4, K:%60,0) ve sürekli ağrı sorunlarının (M:%8,6, K:%25,8) daha fazla oranda devam ettiği ve iki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.1.7).

Müdahale grubundaki kadınların taburculuk sonrası 1.haftada yapılan ev ziyaretlerinde yarıdan fazlasının “hafif/orta” olan ağrı şiddetinin (%68,5), kontrol grubunda çok/şiddetli olduğu (%65,7); kontrol grubundaki kadınlarda 12. haftada yapılan ev ziyaretlerinde ağrı şiddetinin müdahale grubuna göre (M.“0”:%41,9; “2-4”:%45,7, “6-8”:%14,2; K. “0”:%14,3; “2-4”:%31,4, “6-8”:%48,6) daha fazla oranda devam ettiği ve iki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.1.7).

Taburculuk sonrası 1. haftada yapılan ev ziyaretlerinde müdahale ve kontrol grubundaki kadınların tamamına yakınının günlük ağrı kesici kullandıkları (%94,3); kontrol grubundaki kadınlarda “günlük ağrı kesici kullanma” durumunun müdahale grubuna göre, 12.haftada yapılan ev ziyaretlerinde (M:%25,7, K:%74,3) daha fazla oranda devam ettiği ve iki grup arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.1.7).

8. Taburculuk öncesi müdahale grubundaki kadınların %74,3’ünün, kontrol grubundaki kadınların ise %85,7’sinin kendilerini kadın gibi hissetmeme sorunu yaşadıkları; kontrol grubundaki kadınlarda kendilerini “kadın gibi hissetmeme” sorununun müdahale grubuna göre, 1. hafta (M:%57,1, K:%62,8) ve 12. haftada (M:%42,9, K:%80,0) yapılan ev ziyaretlerinde daha fazla oranda devam ettiği ve 12.

haftada yapılan ev ziyaretlerinde iki grup arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.1.8).

Taburculuk öncesi müdahale grubundaki kadınların %42,9'unun, kontrol grubundaki kadınların ise %57,1'inin kendilerini cinsel olarak çekici bulmadıkları; kontrol grubundaki kadınlarda kendilerini "cinsel olarak çekici bulmama" sorununun müdahale grubuna göre, 1. hafta (M:%22,9, K:%51,4) ve 12. haftada (M:%20,0, K:%42,9) yapılan ev ziyaretlerinde daha fazla oranda devam ettiği ve 1. haftada, 12. haftada yapılan ev ziyaretlerinde ve tüm izlem dönemleri arasında iki grup arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.1.8).

Taburculuk öncesi müdahale grubundaki kadınların %11,4'ünün kontrol grubundaki kadınların ise %40,0'ının kendilerini eksik/kusurlu olarak gördükleri; kontrol grubundaki kadınlarda kendilerini "eksik/kusurlu görme" sorununun müdahale grubuna göre, 1. hafta (M:%42,9, K:%48,6) ve 12. haftada (M:%37,1, K:%51,4) yapılan ev ziyaretlerinde daha fazla oranda devam ettiği ve taburculuk öncesi ve tüm izlem dönemleri arasında iki grup arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.1.8).

Taburculuk öncesi müdahale grubundaki kadınların %5,7'sinin, kontrol grubundaki kadınların ise %25,7'sinin hijyen gereksinimlerini karşılamada isteksizlik sorunu yaşadıkları; kontrol grubundaki kadınlarda "hijyen gereksinimlerini karşılamada isteksizlik" sorununun müdahale grubuna göre, 1. hafta (M:%34,3, K:%60,0) ve 12. haftada (M:%11,4, K:%28,6) yapılan ev ziyaretlerinde daha fazla oranda devam ettiği ve taburculuk öncesi, 1. haftada yapılan ev ziyaretlerinde ve tüm izlem dönemleri arasında iki grup arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.1.8).

Taburculuk öncesi müdahale grubundaki kadınların %4,2'sinin, kontrol grubundaki kadınların ise %14,3'ünün eşlerine vücutlarını göstermek istemedikleri; kontrol grubundaki kadınlarda "eşe vücudunu göstermek istememe" durumunun müdahale grubuna göre, 1. hafta (M:%17,1, K:%37,1) ve 12. haftada (M:%17,1, K:%31,4) yapılan ev ziyaretlerinde daha fazla oranda devam ettiği ve taburculuk öncesi ve tüm izlem dönemleri arasında iki grup arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.1.8).

9. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların çoğunluğunun ameliyat sonrası 12. haftada yapılan ev ziyaretlerinde 12. hafta itibariyle cinsel ilişkiye başladıkları (M:%51,4, K:%74,3) belirlenirken; müdahale grubundaki kadınlarda “7-11. haftalarda cinsel ilişkiye başlama” durumunun kontrol grubuna göre daha fazla oranda devam ettiği ve iki grup arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Grafik 2).

6.1.2. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Toplam Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Bağımsız Değişkenler ile Karşılaştırılmasına İlişkin Sonuçlar

10. Taburculuk öncesi müdahale ve kontrol grubundaki kadınların toplam yaşam kalitesi puan ortalamalarının orta düzeyde olduğu belirlenirken (M: 6,01±0,66, K: 5,37±0,82); kontrol grubundaki kadınlarda “toplam yaşam kalitesi puan ortalamalarının” müdahale grubuna oranla, 1. hafta (M: 5,97±0,65, K: 4,25±0,71) ve 12. haftada (M: 6,13±0,62, K: 3,44±0,84) yapılan ev ziyaretlerinde daha düşük olduğu ve iki grup arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.2.1).

Yaşam kalitesi alt boyutları incelendiğinde; taburculuk öncesi müdahale ve kontrol grubundaki kadınların fiziksel iyilik hali puan ortalamalarının orta düzeyde olduğu (M: 6,86±1,24, K: 6,34±1,34) belirlenirken; müdahale grubundaki kadınlarda “fiziksel iyilik hali puan ortalamalarının” kontrol grubuna oranla, 1. hafta (M: 7,49±0,71, K: 5,21±1,04) ve 12. haftada (M: 7,32±1,02, K: 4,41±1,14) yapılan ev ziyaretlerinde daha yüksek olduğu ve iki grup arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.2.1).

Taburculuk öncesi müdahale ve kontrol grubundaki kadınların psikolojik iyilik hali puan ortalamalarının orta düzeyde kötü olduğunu (M: 4,58±1,12, K: 4,25±0,99) belirlenirken; kontrol grubundaki kadınlarda “psikolojik iyilik hali puan ortalamalarının” müdahale grubuna oranla, 1. hafta (M: 5,03±0,99, K: 3,27±0,85) ve 12. haftada (M: 5,65±0,74, K: 2,79±0,95) yapılan ev ziyaretlerinde daha düşük olduğu ve iki grup arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.2.1).

Taburculuk öncesi müdahale ve kontrol grubundaki kadınların sosyal iyilik hali puan ortalamalarının orta düzeyde olduğu (M: 7,20±1,20, K: 6,67±1,86) belirlenirken; kontrol grubundaki kadınlarda “sosyal iyilik hali puan ortalamalarının” müdahale grubuna oranla, 1. hafta (M: 6,05±1,16, K: 4,76±1,19) ve 12. haftada (M: 6,59±0,85, K: 4,02±1,31) yapılan ev ziyaretlerinde daha düşük olduğu ve iki grup arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.2.1).

Taburculuk öncesi müdahale grubundaki kadınların manevi iyilik hali puan ortalamalarının orta düzeyde (M: 5,41±1,13), kontrol grubundaki kadınların ise orta düzeyde kötü olduğu (K: 4,21±1,06) belirlenirken; kontrol grubundaki kadınlarda “manevi iyilik hali puan ortalamalarının” müdahale grubuna oranla, 1. hafta (M: 5,30±1,50, K: 3,77±0,70) ve 12. haftada (M: 4,98±0,76, K: 2,53±0,66) yapılan ev ziyaretlerinde daha düşük olduğu ve iki grup arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.2.1).

6.1.3. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların GRCDO'den Aldığı Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Bağımsız Değişkenler ile Karşılaştırılmasına İlişkin Sonuçlar

11. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların, “iletişim alt boyutu puan ortalamaları” taburculuk öncesi (M: 5,17±2,32; K: 6,63±1,85) ve 12. haftada (M:5,14±2,07; K: 6,94±1,28) yapılan ev ziyaretlerinde, sorun yaşandığına işaret ederken; kontrol grubundaki kadınlarda “iletişim alt boyutu puan ortalamalarının” müdahale grubuna göre daha yüksek oranda devam ettiği ve iki grup arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.3.1).

Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların, anorgazmi alt boyutu puan ortalamaları, taburculuk öncesi (M: 7,91±1,74; K: 8,94±2,11) ve 12. haftada (M: 8,83±1,79; K: 11,26±1,42) yapılan ev ziyaretlerinde, sorun yaşandığına işaret ederken; kontrol grubundaki kadınlarda “anorgazmi alt boyutu puan ortalamalarının” müdahale grubuna göre daha yüksek oranda devam ettiği ve iki grup arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.3.1).

Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların, doyum alt boyutu puan ortalamaları taburculuk öncesi (M: 6,86±3,60; K: 6,26±3,13) ve 12. haftada (M: 7,00±2,82; K: 9,63±2,45) yapılan ev ziyaretlerinde, sorun yaşandığına işaret ederken; kontrol grubundaki kadınlarda “doyum alt boyutu puan ortalamalarının” müdahale grubuna göre daha yüksek oranda devam ettiği ve iki grup arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.3.1).

Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların, kaçınma alt boyutu puan ortalamaları taburculuk öncesi (M: 5,31±3,36; K: 6,26±3,75) ve 12. haftada (M: 6,34±3,13; K: 9,60±2,94) yapılan ev ziyaretlerinde, sorun yaşandığına işaret ederken; kontrol grubundaki kadınlarda “kaçınma alt boyutu puan ortalamalarının” müdahale grubuna göre daha yüksek oranda devam ettiği ve iki grup arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.3.1).

Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların, dokunma alt boyutu puan ortalamaları, taburculuk öncesi (M: 7,54±3,21; K: 8,63±3,77) ve 12. haftada (M: 7,43±3,09; K: 10,20±2,90) yapılan ev ziyaretlerinde, sorun yaşandığına işaret ederken; kontrol grubundaki kadınlarda “dokunma alt boyutu puan ortalamalarının” müdahale grubuna göre daha yüksek oranda devam ettiği ve iki grup arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.3.1).

Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların, vajinusmus alt boyutu puan ortalamaları, taburculuk öncesi (M: 6,66±3,42; K: 6,29±4,25) ve 12. haftada (M: 9,26±3,01; K: 12,17±3,31) yapılan ev ziyaretlerinde, sorun yaşandığına işaret ederken; kontrol grubundaki kadınlarda “vajinusmus alt boyutu puan ortalamalarının” müdahale grubuna göre daha yüksek oranda devam ettiği ve iki grup arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.3.1).

Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların, toplam GRCDÖ puan ortalamaları, taburculuk öncesi (M: 6,28±1,64; K: 6,76±2,40) ve 12. haftada (M: 7,15±1,63; K: 9,46±1,71) yapılan ev ziyaretlerinde, sorun yaşandığına işaret ederken; kontrol grubundaki kadınlarda “GRCDÖ puan ortalamalarının” müdahale grubuna göre daha yüksek oranda devam ettiği ve iki grup arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.3.1).

6.1.4. Pre-Operatif, Post-Operatif, 1. ve 12. Haftada Yapılan Ev Ziyaretlerinde Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınlarda Gelişen Sorunlara Yönelik Uygulanan Bakım Planlarının Karşılaştırmalarına İlişkin Sonuçlar

12. Pre-operatif dönemde müdahale grubundaki kadınların %8,6'sının, kontrol grubundaki kadınların ise %20,0'sinin "distansiyon" sorunu yaşadıkları; kontrol grubundaki kadınlarda "distansiyon" sorununun müdahale grubuna göre, post-operatif (M:%37,1, K:%62,9), 1. hafta (M:%20,0, K:%34,3) ve 12. haftada (M:%8,6, K:%31,4) yapılan ev ziyaretlerinde daha fazla oranda devam ettiği belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede; post-operatif, 12. hafta ve tüm izlem dönemleri arasında "distansiyon" sorunu yaşama bakımından iki grup arasındaki farkın önemli olduğu belirlenmiştir ($p>0,05$; Tablo 4.4.1).

Pre-operatif dönemde müdahale grubundaki kadınların %5,7'sinin, kontrol grubundaki kadınların ise %22,9'unun immobilizasyon sorunu yaşadıkları; kontrol grubundaki kadınlarda "immobilizasyon" sorununun müdahale grubuna göre, post-operatif (M:%82,9, K:%71,4), 1. hafta (M:%57,1, K:%60,0) ve 12. haftada (M:%8,6, K:%40,0) yapılan ev ziyaretlerinde daha fazla oranda devam ettiği belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede; pre-operatif, 12. hafta ve tüm izlem dönemleri arasında "immobilizasyon" sorunu yaşama bakımından iki grup arasındaki farkın önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.4.1).

Pre-operatif dönemde müdahale grubundaki kadınların %20,0'sinin, kontrol grubundaki kadınların ise %71,4'ünün uykusuzluk sorunu yaşadıkları; kontrol grubundaki kadınlarda "uykusuzluk" sorununun müdahale grubuna göre, post-operatif (M:%31,4, K:%40,0), 1. hafta (M:%17,1, K:%37,1) ve 12. haftada (M:%31,4, K:%37,1) yapılan ev ziyaretlerinde daha fazla oranda devam ettiği belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede; pre-operatif ve tüm izlem dönemleri arasında "uykusuzluk" sorunu yaşama bakımından iki grup arasındaki farkın önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.4.1).

Pre-operatif dönemde müdahale grubundaki kadınların %11,4'ünün, kontrol grubundaki kadınların ise %31,4'ünün yorgunluk sorunu yaşadıkları; kontrol grubundaki kadınlarda "yorgunluk" sorununun müdahale grubuna göre, post-operatif

(M:%51,4, K:%57,1), 1. hafta (M:%34,3, K:%68,6) ve 12. haftada (M:%22,9, K:%42,9) yapılan ev ziyaretlerinde daha fazla oranda devam ettiği belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede; pre-operatif, 1. hafta ve tüm izlem dönemleri arasında “yorgunluk” sorunu yaşama bakımından iki grup arasındaki farkın önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.4.1).

Pre-operatif dönemde müdahale grubundaki kadınların %14,3’ünün, kontrol grubundaki kadınların ise %28,6’sının beden imajında değişim ile ilgili sorun yaşadıkları; kontrol grubundaki kadınlarda “beden imajında değişim” ile ilgili sorunun müdahale grubuna göre, post-operatif (M:%25,7, K:%34,3), 1. hafta (M:%22,9, K:%42,9) ve 12. haftada (M:%2,9, K:%37,1) yapılan ev ziyaretlerinde daha fazla oranda devam ettiği belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede; pre-operatif, 12. hafta ve tüm izlem dönemleri arasında “beden imajında değişim” sorunu yaşama bakımından iki grup arasındaki farkın önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.4.1).

Pre-operatif dönemde müdahale grubundaki kadınların %17,1’inin, kontrol grubundaki kadınların ise %28,6’sının benlik saygısında azalma ile ilgili sorun yaşadıkları; kontrol grubundaki kadınlarda “benlik saygısında azalma” ile ilgili sorunun müdahale grubuna göre, post-operatif (M:%22,9, K:%40,0), 1. hafta (M:%20,0, K:%28,6) ve 12. haftada (M:%11,4, K:%45,7) yapılan ev ziyaretlerinde daha fazla oranda devam ettiği belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede; 12. hafta ve tüm izlem dönemleri arasında “benlik saygısında azalma” sorunu yaşama bakımından iki grup arasındaki farkın önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.4.1).

Pre-operatif dönemde müdahale grubundaki kadınların %45,7’sinin, kontrol grubundaki kadınların ise %77,1’inin baş etme güçlüğü sorunu yaşadıkları; kontrol grubundaki kadınlarda “baş etme güçlüğü” sorununun müdahale grubuna göre, post-operatif (M:%25,7, K:%28,6), 1. hafta (M:%34,3, K:%42,9) ve 12. haftada (M:%8,6, K:%42,9) yapılan ev ziyaretlerinde daha fazla oranda devam ettiği belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede; pre-operatif, 12. hafta ve tüm izlem dönemleri arasında “baş etme güçlüğü” sorunu yaşama bakımından iki grup arasındaki farkın önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.4.1).

Pre-operatif dönemde müdahale grubundaki kadınların %40,0'ının, kontrol grubundaki kadınların ise %17,1'inin yalnızlık sorunu yaşadıkları; kontrol grubundaki kadınlarda “yalnızlık” sorununun müdahale grubuna göre, post-operatif (M:%14,3, K:%31,4), 1. hafta (M:%22,9, K:%40,0) ve 12. haftada (M:%17,1, K:%37,1) yapılan ev ziyaretlerinde daha fazla oranda devam ettiği belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede; pre-operatif ve tüm izlem dönemleri arasında “yalnızlık” sorunu yaşama bakımından iki grup arasındaki farkın önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.4.1).

Pre-operatif dönemde müdahale grubundaki kadınların %28,6'sının, kontrol grubundaki kadınların ise %17,1'inin rol performansında değişim sorunu yaşadıkları; kontrol grubundaki kadınlarda “rol performansında değişim” sorununun müdahale grubuna göre, post-operatif (M:%31,4, K:%40,0), 1. hafta (M:%68,6, K:%80,0) ve 12. haftada (M:%2,9, K:%57,1) yapılan ev ziyaretlerinde daha fazla oranda devam ettiği belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede; 12. hafta ve tüm izlem dönemleri arasında “rol performansında değişim” sorunu yaşama bakımından iki grup arasındaki farkın önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.4.1).

Pre-operatif dönemde müdahale grubundaki kadınların tamamına yakınının (%91,4), kontrol grubundaki kadınların üçte ikisinin (%71,4) hastalıkları ile ilgili tanı tedavi yöntemleri hakkında bilgi eksikliği sorunu yaşadıkları; kontrol grubundaki kadınlarda “hastalıkla ilgili tanı tedavi yöntemleri hakkında bilgi eksikliği” sorununun müdahale grubuna göre, post-operatif (M:%2,9, K:%25,7) ve 1. haftada (M:%2,9, K:%17,1) yapılan ev ziyaretlerinde daha fazla oranda devam ettiği ve 12. haftada her iki grupta sorunun yaşanmadığı belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede; pre-operatif ve post-operatif dönemde “hastalıkla ilgili tanı tedavi yöntemleri hakkında bilgi eksikliği” sorunu yaşama bakımından iki grup arasındaki farkın önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.4.1).

Pre-operatif dönemde müdahale ve kontrol grubundaki kadınların tamamına yakınının (M:%97,1, K:%94,3) kendilerine uygulanan ameliyat çeşidi ve tipi hakkında bilgi eksikliği sorunu yaşadıkları; kontrol grubundaki kadınlarda, uygulanan “ameliyat çeşidi ve tipi hakkındaki bilgi eksikliği” sorununun müdahale grubuna göre, post-operatif (M:%71,4, K:%91,4) ve 1. haftada (M:%42,9, K:%71,4) yapılan ev ziyaretlerinde daha fazla oranda devam ettiği ve 12. haftada her iki grupta

sorunun yaşanmadığı belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede; post-operatif ve 1. haftada yapılan ev ziyaretlerinde, uygulanan “ameliyat çeşidi ve tipi hakkındaki bilgi eksikliği” sorunu yaşama bakımından iki grup arasındaki farkın önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.4.1).

Pre-operatif dönemde müdahale ve kontrol grubundaki kadınların yarıya yakınının (M:%45,7, K:%48,6) ameliyat sonrası beslenme düzenlerinde değişim ile ilgili bilgi eksikliği sorunu yaşadıkları; kontrol grubundaki kadınlarda ameliyat sonrası “beslenme düzeninde değişim ile ilgili bilgi eksikliği” sorununun müdahale grubuna göre, post-operatif (M:%68,6, K:%88,6), 1. hafta (M:%60,0, K:%62,9) ve 12. haftada (M:%2,9, K:%20,0) yapılan ev ziyaretlerinde daha fazla oranda devam ettiği belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede; post-operatif ve 12. haftada yapılan ev ziyaretlerinde ameliyat sonrası “beslenme düzeninde değişim ile ilgili bilgi eksikliği” sorunu yaşama bakımından iki grup arasındaki farkın önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.4.1).

Pre-operatif dönemde müdahale grubundaki kadınların %17,1’inin, kontrol grubundaki kadınların ise %31,4’ünün beslenme düzenlerinde değişim sorunu yaşadıkları; kontrol grubundaki kadınlarda “beslenme düzeninde değişim” sorununun müdahale grubuna göre, post-operatif (M:%62,9, K:%48,6), 1. hafta (M:%28,6, K:%54,3) ve 12. haftada (M:%17,1, K:%40,0) yapılan ev ziyaretlerinde daha fazla oranda devam ettiği belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede; 1. ve 12. haftada yapılan ev ziyaretlerinde “beslenme düzeninde değişim” sorunu yaşama bakımından iki grup arasındaki farkın önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.4.1).

Pre-operatif dönemde müdahale grubundaki kadınların %11,4’ünün, kontrol grubundaki kadınların ise %34,3’ünün iştahsızlık sorunu yaşadıkları; kontrol grubundaki kadınlarda “iştahsızlık” sorununun müdahale grubuna göre, post-operatif (M:%48,6, K:%51,4), 1. hafta (M:%34,3, K:%62,9) ve 12. haftada (M:%28,6, K:%48,6) yapılan ev ziyaretlerinde daha fazla oranda devam ettiği belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede; pre-operatif dönem ve 1. haftada yapılan ev ziyaretlerinde “iştahsızlık” sorunu yaşama bakımından iki grup arasındaki farkın önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.4.1).

Post-operatif dönemde müdahale grubundaki kadınların %17,1'inin, kontrol grubundaki kadınların ise %2,9'unun kanamaya yatkınlık sorunu yaşadıkları; kontrol grubundaki kadınlarda "kanamaya yatkınlık" sorununun müdahale grubuna göre, 1. hafta (M:%8,6, K:% 2,9) ve 12. haftada (M:%14,3, K:%45,7) yapılan ev ziyaretlerinde daha fazla oranda devam ettiği belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede; post-operatif ve 12. haftada yapılan ev ziyaretlerinde "kanamaya yatkınlık" sorunu yaşama bakımından iki grup arasındaki farkın önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.4.1).

6.2. ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen bulguların değerlendirilmesinden sonra aşağıdaki öneriler getirilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların çoğunluğunun taburcu olduktan sonra evde çeşitli sorunlar yaşadıkları ve evde bakım hizmeti almayan kadınların sorun yaşama sıklığının evde bakım alan kadınlardan iki kat fazla olduğu belirlenmiştir. Araştırmamızda hem müdahale hem de kontrol grubunda ödem, yorgunluk, ağrı gibi fiziksel sorunların, korku, umutsuzluk, çaresizlik, yapacakları işlerde desteğe ihtiyaç duyma gibi psikolojik ve sosyal sorunların, üreme organların kaybına bağlı beden imajı ve benlik saygısında değişimle ilgili sorunların ve cinsel sorunların geliştiği tespit edilmiştir. Müdahale grubundaki kadınlarda tüm bu sorunlar kontrol grubundaki kadınlara göre daha az görülmüş, hem de gelişen sorunlar ev ziyaretleri ile daha kısa sürede ortadan kaldırılmıştır.

Bu nedenle;

- Araştırmanın uygulandığı hastane başta olmak üzere, tüm jinekolojik onkoloji ünitelerinde, jinekolojik kanserli hastalara hizmet verecek birimlerin acilen kurulması, bu birimlerde cinsel danışmanlık da dahil, uzman sağlık profesyonellerinin (hemşire gibi) hizmet vermesi ve taburculuk sonrası evde kadınların ev ziyaretleri ile izlenmesi,
- Evde bakım hizmetinde hastanın yaşam kalitesinin artırılması açısından diğer ekip üyelerinin de bakıma katılması önerilir.

Jinekolojik kanser ve tedavileri sonrasında kadınların yaşam kalitelerinin önemli ölçüde azaldığı belirlenmiştir. Ancak araştırmamızda yapılan ev ziyaretlerinde verilen hemşirelik bakım hizmeti ve eğitiminin müdahale grubundaki kadınların yaşam kalitesi puan ortalamalarını arttırdığı belirlenmiştir. Bu nedenle,

- Taburculuk sonrası jinekolojik kanserli hastaların ilk 12 haftalık dönemde ev ziyaretleri ile izlenmeleri ve ev ziyaretleri planlanırken, ziyaret yapılacak günde en fazla yaşanacak sorunlara öncelik verilerek planlamanın yapılması,
- Jinekolojik kanserli hastalarda yapılan evde bakım hizmetleri sistemi içine telefonla danışmanlık hizmetlerinin de entegre edilmesi,

- Jinekolojik kanserli hastalarda yaşam kalitesinin alt boyutları arasında en fazla psikolojik iyilik hali etkilenmektedir. Bu nedenle jinekolojik kanserli hastaların aile, arkadaş desteği, gerekli durumlarda terapi ve destek gruplarına katılmaları önerilir.

Araştırmamızda cinsel sorunların yapılan ev ziyaretlerinde verilen hemşirelik bakım hizmeti ve eğitimi ile müdahale grubundaki kadınlarda kontrol grubundaki kadınlara göre daha az görüldüğü, hem de gelişen sorunların ev ziyaretleri ile daha kısa sürede tanılanarak, ortadan kaldırıldığı belirlenmiştir.

Bu nedenlerden dolayı;

- Jinekolojik kanserli hastalarda tedaviler sonrasında ev ziyaretleri ile evde bakım hizmeti veren sağlık personeli tarafından cinsellikle ilgili duygu ve düşüncelerinin ifade ettirilmesi, cinsel sorunlara yönelik eşin desteğinin sağlanması, gerekli durumlarda çiftlere profesyonel danışmanlık hizmetlerinin sağlanması,
- Evde bakım hizmeti sunan sağlık personellerinin kadının cinsel sorunlarına karşı duyarlı olması,
- Ayrıca, ülkemizde yasal olarak var olan evde bakım hizmeti sisteminin yeniden gözden geçirilerek işler hale getirilmesi ve yaygınlaştırılması,
- Benzer araştırmaların daha geniş gruplarla, taburculuktan sonra 6 ay, 1 ve 2 yıl sonra ziyaretler eklenerek uygulanması önerilir.

KAYNAKLAR

1. World Health Statistics 2008. Erişim tarihi: 11.02.2011. <http://www.who.int/whosis/whostat/2008/en/index.html>
2. Smeenk, F., Haastregt, J., Witte, L., Crebolder. H. (1998). Effectiveness of home care programmes for patients with incurable cancer on their quality of life and time spent in hospital: systematic review. *British Medical Journal*, 316(7149), 1939-1944.
3. Francisca Vaz, A., Marques Conde, D., Siani Morais, S., Barros Esteves, S., Costa-Paiva, L. (2007). Quality of life of women with gynecologic cancer: associated factors. *Arch Gynecology Obstetrich*, 276 (1), 583–589.
4. Reis, N., Coşkun, A., Beji, NK. (2006). Jinekolojik kanserli hastalarda yaşam kalitesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(2), 25-35.
5. Akyüz, A., Dede, M., Cetinturk, A., Yavan, T., Yenen, M.C., Sarici S.I. (2007). Self-application of complementary and alternative medicine by patients with gynecological cancer. *Gynecological and Obstetric Investigation*, 64 (1), 75–81.
6. Jemal, A., Siegel, R., Xu, J., Ward, E. (2010). Cancer Statistics. *CA Cancer J Clin*, 60 (1), 277–300.
7. Kehoe, S. (2006). Treatments for gynaecological cancers. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 20(6), 985-1000
8. Sağlık Bakanlığı Kanser Savaş Dairesi Başkanlığı. Türkiye Kanser İstatistikleri 2004-2006. Erişim tarihi: 11.02.2011. <http://www.saglik.gov.tr/KSDB/Default.aspx>.
9. Globocan (2008). Cancer İncidence. Mortality and prevelance worldwide in 2008.
10. Anderson, B., Lutgendorf, S. (2000). Quality of life and home care as an outcome measure in gynecological malignancies. *Current opinion in Obstetrics and Gynecology*, 12(1), 21-26.
11. Wilmoth, M.C., Spinelli, A. (2000). Sexual implication of gynecologic cancer treatments. *JOGNN*, 29(4), 413-421.

12. Juraskova, I., Butow, P., Robertson, R., Sharpe, L., McLeod C., Nacker, N. (2003). Post-treatment sexual adjustment following cervical cancer and endometrial cancer: a qualitative insight. *Psycho-Oncology*, 12(1), 267–279.
13. Knapstein, S.H., Fusshoeller, C., Franz, C., Trautmann, K., Schmidt, M., Pilch, H., Schoenefuss, G., Kelleher, DK. (2004). The impact of treatment for genital cancer on quality of life and body image-results of a prospective longitudinal 10-year study, *Gynecologic Oncology*, 94(1), 398–403.
14. Ekwall, E., Ternestedt, B.M., Sorbe, B. (2003). Important aspects of health care for women with gynecologic cancer, *Oncology Nursing Forum*, 2(1), 313–319.
15. Lowdermilk, D., Germino, B.B. (2000). Helping women and their families cope with the impact of gynecologic cancer. *JOGNN*, 26(6), 653-60.
16. Lammers, S.E., Schaefer, K.M., Ladd, E.C. (2000). Caring for women living with ovarian cancer: recommendations for advanced practice nurses. *JOGNN*, 26 (6), 567-73.
17. Ertem, G. (2010). Jinekolojik kanserlerde evde bakım. *Türk Onkoloji Dergisi*, 25(3), 124-132
18. Palmer, P., Gillespie, A. (2009). Palliative care in gynaecological oncology. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*, 19(6), 152-156.
19. Ahlberg, K., Greimel, E. (2003). Quality of Life for Patients With Epithelial Ovarian Cancer: Palliative Care. *Eur J Cancer*, 37(1), 47-53.
20. Kuzeyli Yıldırım, Y. (2006). Kanserli hastalarda evde bakım. (Fadıloğlu Ç, Ertem G, editor) *Evde bakım*. İzmir: Meta Basım Matbaacılık.
21. Nelson, K., Lauver, D., Vang, P. (2000). Supportive Care Needs of Women With Gynecologic Cancer: Definition of Supportive Care. *Cancer Nurse*, 88 (1), 217-225.
22. Vallerand, A.H., Anthony, M., Saunders, M.M. (2005). Home care nurses' perceptions of control over cancer pain. *Home Healthc Nurse*, 23(10), 647-52.
23. Ahlberg, K., Ekman, T., Gaston-Johansson, F. (2005). The experience of fatigue, other symptoms and global quality of life during radiotherapy for uterine cancer. *International Journal of Nursing Studies*, 42(1), 377–386.

24. Donovan, K.A., Taliaferro, L.A., Alveraz, E.M., Jacobson, P.B., Roetzheim, R.G., Wenham, R.M. (2007). Sexual health in women treated for cervical cancer: Characteristics and correlates. *Gynecologic Oncology*, 104(2), 428-434.
25. Reis, N. (2003). Jinekolojik kanser ve tedavilerinin kadın cinsel sağlığın etkileri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Dergisi* , 7(2), 35-40.
26. Ünsar, S., Fındık, Y.Ü., Kurt, S., Özcan, H. (2007). Kanserli hastada evde bakım ve semptom yönetimi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(5), 90-108.
27. Yajima, M., Okamura, K., Ijichi, R., Hida, K., Takamatsu, K., Ohta, H. (2001). Differences between gynecologic cancer patients taken care for at home and those taken care for at the hospital. *PUBMED*, 1:34-36.
28. Jensen, P.T., Klee, M.C., Groenvold, M., Thranov, I. (2004). Early-stage cervical carcinoma, radical hysterectomy, and sexual function. *Cancer*, 100(1), 97-106.
29. Carter, J., Rowland, K., Chi, D., Brown, C., Abu-Rustum, N., Castiel, M., Barakat, R. (2005). Gynecologic cancer treatment and the impact of cancer-related infertility. *Gynecologic Oncology*, 97(1), 90–95.
30. Lowdermilk, D.L. (2006). Home care of the patient with gynecologic cancer. *JOGNN*, 24(2), 157-163.
31. Jocham, H.R., Dassen, T., Widdershoven, G., Middel, B., Halfens, R. (2009). The effect of palliative care in home care and hospital on quality of life. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 11(2), 119-126.
32. Distefano, M., Riccardi, S., Capelli, G., Costantini, B., Petrillo, M., Ricci, C., Scambia, G., Ferrandina, G. (2008). Quality of life and psychological distress in locally advanced cervical cancer patients administered pre-operative chemoradiotherapy. *Gynecologic Oncology*, 111(1), 144–150.
33. Wenzel, L., Vergote, I., Cella, D. (2003). Quality of life in patients receiving treatment for gynecologic malignancies: Special considerations for patient care. *Int J Gynecol Obstetrich*, 83(1), 211-229.
34. Pearman ,T. (2003). Quality of life and psychosocial adjustment in gynecologic cancer survivors. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1(33), 1-6.
35. Pınar, G., Algier, L., Çolak, M., Ayhan, A. (2008). Jinekolojik kanserli hastalarda yaşam kalitesi. *Uluslar arası Hematoloji Onkoloji Dergisi*, 3(18), 141-149.

36. Bradley, S., Rose, S., Lutgendorf, S., Costanzo, E., Anderson, B. (2006). Quality of life and mental health in cervical and endometrial cancer survivors. *Gynecol Oncology*, **100** (1), 479–486.
37. Cigna, J.A. (2007). Home care physical therapy for the cancer patient. *PUBMED*, 25(3), 158-161.
38. Molassiotis, A., Brearley, S., Saunders, M., Craven, O., Wardly, A., Farrell, C. (2009). Effectiveness of a home care nursing program in the symptom management of patients with colorectal and breast cancer receiving oral chemotherapy: a randomised controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, 27(36), 6191-6198.
39. Ahlner-Elmqvist, M., Jordhøy, M.S., Bjordal, K., Jannert, M., Kaasa, S. (2008). Characteristics and Quality of Life of Patient Who Choose Home Care at the End of Life. *Journal of Pain and Symptom Management*, 36(3), 217-227.
40. Chang, M.C., Chang, Y.C., Chiou, J.F., Tsou, T.S., Lin, C.C. (2002). Overcoming patient related barriers to cancer pain management for home care patients. *Cancer Nursing*, 5(6), 470-476.
41. Horton, R. (2002). Differences in assessment of symptoms and quality of life between patients with advanced cancer and their specialist palliative care nurses in a home care setting. *Palliative Medicine*, 16(1), 488-494.
42. De Groot, J.M., Mah, K., Fyles, A., Winton, S., Greenwood, S., Depettrillos, A.D. (2005). The psychosocial impact of cervical cancer among affected women and their partners. *International Journal of Gynecological Cancer*, 15(5), 918–925.
43. McCorcle, R., Dowd, M., Ercolano, E., Green, D.S., Williams, A., Siefert, M.L., Steiner, J., Schwartz, P. (2009). Effects of nursing interventions on quality of life outcomes in post-surgical women with gynecological cancers. *Psycho-Oncology*, 18(1), 62-70.
44. Hirabayashi, Y., Miyashita, M., Kawa, M., Kazuma, K., Yamashita, K., Okamoto, N. (2007). Factors relating to terminally ill cancer patients' willingness to continue living at home during the early phase of home care after discharge from clinical cancer centers in Japan. *Palliative and Supportive Care*, 5(1), 19-30.
45. Tull, K.T., Carroll, R.M. (2004). Advanced Practice Nursing of Home Health. *Home Health Care Management & Practice*, 16(2), 81-88.

46. McCorcle, R., Strumpf, N., Nuamah, I., Adler, D., Cooley, M., Jepson, C. A. (2000). Specialized home care intervention improves survival among older post surgical gynecological cancer patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(12), 240-249.
47. Parker, G.G. (2002). Chemotherapy administration in the home. *Home Healthcare Nurse*, 10(1);30-36.
48. Rischin, D., White, A.M., Matthews, J.P., Toner, G.C., Watty, K., Sulkowski, A.J. (2000). A Randomised crossover trial of chemotherapy in the home: patient preferences and cost analysis. *The Medical Journal of Australia*, 173(1), 125-127.
49. Bakitas, M., Lyons, K.D., Hegel, M.T., Balan, S., Brokaw, F.C., Seville, J., Hull, J.G., Li, Z., Tosteson, T.D., Byock, I.R., Ahles, T.A. (2009). Effects of a palliative care intervention on clinical outcomes in patients with advanced cancer: the Project ENABLE II randomized controlled trial. *JAMA*, 302(7), 741-749.
50. Aştı, T. (2003). Kanserli hastanın evde bakımında temel ilke ve uygulamalar. *Hemşirelik Forumu*, 6(2), 48-61.
51. WHO Global cancer rates could increase by 50% to 15 million by 2020 <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr27/en/>.
52. Greimel, E., Thiel, I., Peintinger, F., Cegnar, I., Pongratz, E. (2002). Prospective Assessment of Quality of Life of Female Cancer Patients. *Gynecol Oncology*, 85, 140-147.
53. Seavarsdottir, T., Fridriksdottir, N. (2006). Quality of life, symptoms of anxiety and depression, and rehabilitation needs of people receiving chemotherapy for cancer at the initiation of chemotherapy and three months later. *Oncology Nursing Forum*, 33(2), 469-470.
54. Turgut, A., Özler, A., Sak, M.E., Evsen, M.S., Soyduñ, H.E., Alabalık, U., Gül, T. (2012). Jinekolojik kanserli olguların retrospektif analizi: 11 yıllık deneyim. *Journal of Clinical and Experimental Investigations*, 3(2), 209-213.
55. Jemal, A., Siegel, R., Xu, J., Ward, E. (2010). Cancer Statistics. *CA Cancer J Clin.*, 60(2), 277-300.
56. Ayhan, A., Durukan, T., Günalp, S. (2008). *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*. (2. bs), Ankara:Güneş Tıp Kitapevi.
57. Ferlay, J., Shin, H.R., Bray, F. (2010). Estimates of worldwide burden of cancer in 2008. *Int J Cancer*, 127(12), 2893-2917.

- 58.** Taşkın, L. (2009). Jinekolojik kanserler Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği (9. bs). Ankara:Sistem Ofset Matbaacılık.
- 59.** Bristow, R., Lambro, N., Montz, F. (2005). Servikal kanser. Johns Hopkins Jinekoloji ve obstetrik el kitabı. (2. bs Editör: Bankowski B, Hearne A, Lambrou N, Fox H, Wallach E). Ankara:Atlas kitapçılık
- 60.** Demirkıran, F. (2009). Jinekolojik kanserler. Doğum ve kadın hastalıkları ders kitabı. İstanbul:İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayın Müdürlüğü.
- 61.** Hacker, N., Moore, G. (2010). Gynecologic oncology. Essentials of obstetrics and gynecology. (3rd edition. Gambone J, Hobel C (ed). W.B. Saunders company.
- 62.** Bekar, M. (2008). Kadın genital sisteminin iyi ve kötü huylu tümörleri. Kadın Sağlığı. (Şirin, A, Kavlak, O., çev).
- 63.** Demirsoy, G. (2008). Jinekolojik onkoloji hastalarında kemoterapiye bağlı semptomların yönetimi. Doktora tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- 64.** Pınar, G. (2008). Human papillomavirus enfeksiyonlarına genel bir bakış. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi, 9(4-1), 78-83.
- 65.** Ünal, O. (2008). Servikal smear, kime? Zamanlama, teknik, güvenilirlik. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi, (4-1), 34-35.
- 66.** Hacker, N.F. (2005). Cervikal cancer. (Berek, J.S., Hacker, N.F., çev). Pratical gynecologiconcology. (4. Bs). ABD: Lippincott Williams and Wilkins.
- 67.** Basile, S., Angioli, R., Mancini, N., Palata, I., Plotti, F., Panici, P.B. (2006). Gynecological cancers in developing countries: the challenge of chemotherapy in low resources setting. International Journal of Gynecological Cancer, 16(4), 1491-1501.
- 68.** Pınar, G., Algıer, A., Doğan, N., Kaya, N. (2008). Jinekolojik Kanserli Bireylerde Risk Faktörlerinin Belirlenmesi. Uluslararası Hemotoloji Onkoloji Dergisi, 18(4), 287-307.
- 69.** Horn, L.C., Meinel, A., Handzel, R., Einkenkel, J. (2007). Histopatology of endometrial hiperplazis and endometrial carcinoma. Ann Diagn Pathol., 11(4), 297-300.
- 70.** Gershenson, D., McGuire, W.P., Gore, M. (2004). Gynecologic cancer. Contraversies in Management. Philadelphia:Elsevier Churchill Livingstone.

71. Poveda, A. (2005). Ovarian cancer : is the news good enough? *International Journal of Gynecological Cancer*, 15(3), 298-309.
72. Krychmann, M.L., Pereira, L., Carter, J., Amsterdam, A. (2006). Sexual Oncology: Sexual Health Issues in Women with Cancer.; *Oncology*, 71(1), 18–25.
73. Stead, M., Fallowfield, L., Selby, P., Brown, J.M. (2007). Psychosexual function and impact of gynaecological cancer. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 21(2), 309-320.
74. Frumovitz, M., Sun, C.C., Schover, L.R. (2005). Quality of life and sexual functioning in cervical cancer survivors. *J Clin Oncology*, 23(1), 7428-7436.
75. Parkinson, N., Pratt, H. (2005). Clinical nurse specialists and the psychosexual needs of patients with gynaecological cancer. *J Br Menopause Soc.*, 11(1), 33-35.
76. Cleary, W., Hegarty, J. (2011). Understanding sexuality in women with gynaecological cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 15(1), 38-45.
77. Pieterse, Q., Maas, C., Ter Kuile, M., Lowik, M., Van Eijkeren, M., Trimbos, J., Kenter, G. (2006). An observational longitudinal study to evaluate miction, defecation, and sexual function after radical hysterectomy with pelvic lymphadenectomy for early-stage cervical cancer. *International Journal of Gynecological Cancer*, 16(3), 1119-1129.
78. Van de Klundert, M., Incrocci, L., Hullu, J., Snijders-Keilholz, A. (2007). Comparison of the effect of non-surgical treatment modalities on sexual functioning and quality of life of patients with carcinoma of the cervix: a pilot study. *Sexologies* 16(1), 8-14.
79. Jensen, P.T., Groenvold, M., Klee, M., Thranov, I., Petersen, M., Machin, D. (2003). A longitudinal study of sexual function and vaginal changes after radiotherapy for cervical cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.*, 56(1), 937–949.
80. Jongpipan, J., Charoenkwan, K. (2007). Sexual function after radical hysterectomy for early-stage cervical cancer. *J Sex Medical*, 4(6), 1659-65.
81. Tangjitgamol, S., Manusirivithaya, S., Hanprasertpong, J., Kasemsarn, P., Soonthornthum, T., Leelahakorn, S. (2007). Sexual dysfunction in Thai women with early-stage cervical cancer after radical hysterectomy. *Int J Gynecol Cancer*, 17(5), 1104-12.

- 82.** Benedet, J.L., Pecorelli, S. (2000). Staging Classifications and Clinical Practice Guidelines For Gynecological Cancers FIGO Committee on Gynecologic Oncology (1. Bs). Philadelphia:Elsevier Churchill Livingstone .
- 83.** Saevarsdottir, T., Fridriksdottir, N., Gunnarsdottir, S. (2010). Quality of Life of Symptoms of Anxiety and Depression of Patients Receiving Cancer Chemotherapy. *Cancer Nursing*, 33(1), 5-6.
- 84.** Gershenson, D.M., Miller, A.M., Champion, V.L., Monahan, P.O., Zhao, Q., Cella, D., Williams, S.D. (2007). Reproductive and sexual function after platinum-based chemotherapy in long-term ovarian germ cell tumor survivors: *J Clin Oncology*, 25(19), 2792-2797.
- 85.** Sacerdoti, R.C., Lagana, L., Koopman, C. (2010). Altered Sexuality and Body Image after Gynecological Cancer Treatment: How Can Psychologists Help?. *Prof Psychol Res Pr.*, 41(6), 533-540.
- 86.** Vaz, A.F., Mendes A., Conde, D.M., Costa-Paiva, L., Morais, S.S., Esteves, S.B. (2007). Quality of life of women with gynecologic cancer: associated Factors. *Arch Gynecol Obstetrich*, 276(1), 583-589.
- 87.** Mellon, S., Northouse, L., Weiss, L. (2006). A Population-Based Study of The Quality of Life Cancer Survivors and Their Family Caregivers. *Cancer Nursing*, 29(2), 120-131.
- 88.** Cella, D., Chang, C.H., Lai, J.S., Webster, K. (2002). Advances in Quality of Life Measurements in Oncology Patients. *Semin Oncology*, 29(3), 60-68.
- 89.** Rannestad, T., Skjeldestad, F.E. (2007). Pain and quality of life among long-term gynecological cancer survivors: a population-based case-control study *Acta Obstetricia et Gynecologica*, 86 (1), 1510-1516.
- 90.** Mercado, C., Zingmond, D., Karlan, B., Sekaris, E., Gross, J., Maggard-Gibbons, M., Tomlinson, J., Ko, C. (2010). Quality of care in advanced ovarian cancer: The importance of provider specialty. *Gynecologic Oncology*, 117(1),18–22.
- 91.** Skjeldestad, F.E., Rannestad, T. (2009). Urinary incontinence and quality of life in long-term gynecological cancer survivors: A population-based cross-sectional study. *Acta Obstetricia et Gynecologica*, 88(1), 192-199.

- 92.** Ertem, G., Kalkım, A., Bulut, S., Sevil, Ü. (2009). Radyoterapi alan hastaların evde bakım gereksinimleri ve yaşam kaliteleri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(2), 4-12.
- 93.** Yeşilbalkan, Ö.U., Akyol, A.D., Çetinkaya Altın, T., Ünlü, D. (2005). Kemoterapi tedavisi alan hastaların tedaviye bağlı yaşadıkları semptomlar ve yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 21(1), 13-31.
- 94.** Quinn, A . (2008). Expanding the role of the oncology nurse. *Biomed Imaging Interv Journal*, 4(3), 34.
- 95.** Karamercan, E. (2001). Evde Bakım; Sağlık Hizmetlerinde Yeni Bir Olgu. *Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı*, 39(1), 935-944.
- 96.** Mc Carroll, R., Tull, K.B. (2004). Advanced Practice Nursing in Home Health, *Home Health Care Management & Practice*, 16(2), 81-8.
- 97.** Germino, B., Martinson, I.M. (2002). Cancer. (Martinson I M, Jamieson M, çev. Home health care nursing and the health care system. (2.bs) . ABD: W.B. Saunders Company.
- 98.** Drummond, J.D., Weir, A.E., Kysela, G.M. (2002). Home Visitation Practice: Models, Documentation, and Evaluation, *Public Health Nursing*, 19(1), 21-31.
- 99.** Akdemir, N. (2001). Sağlık Hizmetlerinde Süreklilik: “Evde Bakım Hizmeti”, *Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı*, 39(1), 926-934.
- 100.** Fadiloğlu, Ç. (2006). Kanser Hastasında Evde Bakım. *Kanser ve Palyatif Bakım*. (Uyar, M., Uslu, R., Kuzeyli Yıldırım, Y. Çev.). İzmir: Meta Basım.
- 101.** Oran, N.T. (2006). Evde Bakımda Beslenme. *Kanserde Evde Bakım* (Fadiloğlu, Ç., Şenuzun, F. Çev.), İzmir:Ege Üniversitesi Kanserle Savaş Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayını.
- 102.** Karamanoğlu, A.Y., Özer, F.G. (2008). Mastektomili hastalarda evde bakım. *Meme Sağlığı Dergisi*, 4(1), 3-8.
- 103.** Ferrell, B.R., Dow, R.H., Grant, M. (1995). Measurement of the quality of life in cancer survivors. *Quality of life Research*, 4(1), 523-531.
- 104.** Rust, J., Golombok, S. (1986). The GRISS: a psychometric instrument fort he assessment of sexual dsyfunction. *Arch Sex Behav.*, 15(2), 157-165.

- 105.** Tuğrul, C., Öztan, N., Kabakçı, E. (1993). Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeğinin standardizasyon çalışması (GRISS). *Türk Psikiyatri Dergisi*, 4(2), 83-88.
- 106.** Akbay, A. Visual Analog Skala (VAS) Değerlendirmesi. Türk Nöroşirürji Derneği - Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi Grubu. Erişim tarihi: 15.02.2011. www.spinetr.org/skor/VizuelAnalogSkala.
- 107.** Tulunay, M., Tulunay, F.C. (2000). Ağrının Değerlendirilmesi ve Ağrı Ölçümleri. *Ağrı*, 1(1), 91-107.
- 108.** Bahar, A. (2007). Kanser Hastalarına Psikososyal Yaklaşım. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(1), 105-112.
- 109.** Kelleci, M. (2005). Kanser hastalarının umudunun geliştirilmesine yönelik hemşirelik girişimleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6(1), 41-47.
- 110.** Babaoğlu, E., Öz, F. (2003). Terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin duygusal ve sosyal sorunları arasındaki ilişki. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 5(2), 24-33.
- 111.** Booth, K., Beaver, K., Kitchener, H., O'Neill, J., Farrell, C. (2005). Women's experiences of information, psychological distress and worry after treatment for gynaecological cancer. *Patient Education and Counseling*, 56:(1), 225–232.
- 112.** Dedeli, Ö., Karadeniz, D. (2009). Kanser ağrısının kontrolü ile psikososyal-spiritüel modelin birleştirilmesi. *Ağrı*, 21(2), 45-53.
- 113.** Aslan, Ö., Vural, H., Kömürçü, Ş. (2006). Kemoterapi Alan Kanser Hastalarına Verilen Eğitimin Kemoterapi Semptomlarına Etkisi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(1), 16-27.
- 114.** Maughan, K. (2008). The effect of a clinical nurse specialist in gynaecological oncology on quality of life and sexuality. *Journal of Clinical Nursing*, 10(2), 221-229.
- 115.** Tahmasebi, M., Yarandi, F., Eftekhar, Z. (2007). Quality of life in gynecologic cancer patients. *Asian Pac J Cancer Prev*, 8(1), 591-592.
- 116.** Pilkington, F.B., Mitchell, G.J. (2004). Quality of life for women living with a gynecologic cancer. *Nursing Science Quarterly*, 7(1), 147–155.

- 117.** Akyüz, A., Güvenç, G., Üstünsoz, A., Kaya, T. (2008). Living With Gynecologic Cancer: Experience of Women and Their Partners. *Journal of nursing scholarship*, 40(3), 241–247.
- 118.** Kızıltepe, A. (2006). Total Hİsterektomili Kadınların Benzer Yaş Grubundaki Histerektomi Olmayan Kadınlarla Cinsel İşlevler Açısından Karşılaştırılması. Doktora tezi. Sağlık Bakanlığı Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi.
- 119.** Tuğrul, C., Öztan, N., Kabakçı, E. (1993). Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeğinin standardizasyon çalışması (GRİSS). *Türk Psikiyatri Dergisi*, 4(2), 83-88.
- 120.** Yazıcı, Y., Kanan, N. (2004). Kanserde Psikososyal Yaklaşım. *Hemşirelik Bülteni*, 13(53), 127-137.
- 121.** Akdemir, N., Birol, L. (2005). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Ankara:Sistem Ofset.
- 122.** Sutherland, C. (2001). *Women's Health : A Handbook for Nurses*. (Hinchliff, S., Rogers, R. çev.). New York:Churchill Livingstone.
- 123.** Blechec, G.M., Butcher, H.K., Dochterman, J.M. (2008). *Nursing Interventions Classification (NIC)*. (5.bs). ABD: Mosby Elsevier.
- 124.** Ackley, B., Ladwig, G. (2010). *Nursing Diagnosis Handbook: An Evidence-Based Guide to Planning Care*. (9.bs.). ABD: Mosby Elsevier.
- 125.** Moyet-Carpenito. (2004). *Handbook Of Nursing Diagnosis*. (10.bs.). New Jersey: Lippincott Williams&Wilkins.
- 126.** Chapman, L., Durham, R.F. (2010). *Maternal- Newborn Nursing: The Critical Components of Nursing Care*. Philadelphia:F.A. Davis Company.

9. Aile yapınız nedir?

- a. Çekirdek aile b. Geniş aile

10.

Hastaya yönelik özellikler	Var/Evet	Yok/Hayır	Açıklama
Kronik bir hastalığınız var mı?			
Sürekli kullandığınız bir ilacınız var mı?			
Ailede başka jinekolojik kanser hastası var mı?			Kim?..... Hangi kanser türü?.....
Daha önce üreme sistemine yönelik ciddi bir rahatsızlık yaşadınız mı?			
Üreme sistemi rahatsızlığına bağlı tedavi aldınız mı?			Tedavi nedir?.....
Hayatınız da hiç pap-smear testi yaptırdınız mı?			Sıklığı? a. 6 ayda bir b. Yılda bir c. 2 yıl ve üzeri d. Yaptırmadım

11.

	Bilgi verilme durumu		Verilen bilgi içeriği	Kim tarafından verildiği
	Evet	Hayır		
Uygulanan tedaviye (cerrahi, RT/KT yönelik bilgi aldınız mı?				
Uygulanan tedavinin (cerrahi, RT/KT) yan etkileri konusunda bilgi aldınız mı?				

12. Hastalığınızın tanısı konulmadan önce hastaneye başvurma nedeniniz nedir?

- a. Kanama d. Bulantı-kusma
b. Ağrı e. Kilo kaybı
c. Anormal bol akıntı

EK-2. EV ZİYARET İZLEM FORMU

Vaka No:

Ziyaret tarihi:

YARA İYİLEŞME DURUMU	1. HAFTA		6. HAFTA		12. HAFTA	
	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Yara iyileşme evresine uygun mu?						
Yarada akıntı var mı?						
Skar dokusu oluşmuş mu?						

AĞRI DURUMU	1. HAFTA		6. HAFTA		12. HAFTA	
	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Daha önce ağrı şikayetiniz var mıdır?						
Ağrınız ne sıklıkla gelir?						
Ağrınızı nasıl tanımlarsınız?						
Ağrının şiddeti nedir?						
Ağrıyı gidermek için kullandığınız ilaç / ilaç dışı tedavi yöntemleriniz nelerdir?	İlaç	İlaç dışı	ilaç	İlaç dışı	İlaç	İlaç dışı
Kullandığınız ağrı kesicinin adı nedir?						
Ağrı kesici alma sıklığınız ve dozunuz nedir?						
HAREKET DURUMU	1. HAFTA		6. HAFTA		12. HAFTA	
	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Günlük aktivitelerini yerine getiriyor mu?						
Egzersiz yapıyor mu?						
Hareket etme yeteneğinde sınırlılık mevcut mu?						
Hareket edebiliyor mu?						

BESLENME DURUMU	1. HAFTA		6. HAFTA		12.HAFTA	
	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Hastalığa bağlı özel bir beslenme şekli var mı?						
Günlük alması gereken beslenme durumunu tedaviler etkiledi mi?						
Tedaviler (KT/RT) günlük beslenme durumunu nasıl etkiledi?	KT		KT		KT	
	RT		RT		RT	
Diğer						

YAŞANAN SORUNLAR (Hastalık ve uygulanan tedavilere (cerrahi, RT/KT))

FİZİKSEL SORUNLAR	T.Ö.	1. Hft		6. Hft		12. Hft	
		Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Alopesi (Saç dökülmesi)							
Deri bütünlüğünde bozulma							
Tat almada değişim							
Ağız yaraları							
Yutma güçlüğü							
Kilo kaybı							
Anemi (Kansızlık)							
Enfeksiyon							
Ödem							
İdrar kaçırma							
Kanama							
Terleme							
Ateş basması							
Güçsüzlük (Kol ve bacak)							
Diğer							
PSİKOLOJİK SORUNLAR							

Sinirlilik							
Korku							
Ümitsizlik							
Çaresizlik							
Değersizlik							
Ölüm korkusu							
Hastalığı kabullenme							
Hastalığı konuşabilme							
Düşüncelere yoğunlaşmama							
Diğer							
SOSYAL SORUNLAR							
Terk edilme durumu							
Eşler arası çatışma							
Aktivitelerde çevreden yardım isteme davranışı							
Çevre tarafından dışlandığını hissetme							
Konuşma zorluğu							
Diğer							

BEDEN İMAJININ DEĞERLENDİRİLMESİ	T.Ö.	1.Hft		6. Hft		12. Hft	
		Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Kadın olarak hissetme							
Cinsel çekici bulma							
Çirkin hissetme							
Eksik, işe yaramaz/ kusurlu görme							
Bedenine güvenin azalması							
Vücudun görüntüsünden memnun olmama							
Eşi tarafından beğenilmeme							
Bedenen yetersiz hissetme							
Fiziksel yakınlıktan kaçınma							
Çıplak olarak vücuduna aynada bakabilme							

Üreme sistemi rahatsızlıklarından (şişkinlik vb) dolayı cinsel ilişkiden kaçınma								
Cinsel ilişkide bulunmak sizi rahatsız ediyor mu?								
Eşinizi cinsel ilişkiye girerken geçirdiğiniz hastalıktan dolayı rahatsız oluyormu?								
Eşle cinsel ilişkide sıkıntı nedeniyle çatışma yaşama								
Kendini cinsel açıdan çekici bulma								
Evlilikten memnuniyet durumunu								
Diğer								

EK-3. YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ/KANSER HASTASI

Bu ölçek ile hastalığınızın yaşam kalitenizi nasıl etkilediğini bilmek istiyoruz. Lütfen şu anki yaşamınızı dikkate alarak aşağıdaki soruları yanıtlayınız. Lütfen 0'dan 10'a kadar olan numaralardan sizi en iyi tanımlayan birisini işaretleyiniz. (Sıfırdan 10'a kadar yoğunluk artmaktadır.)

Fiziksel İyilik Hali

Aşağıdaki her bir sorununuzun sizin açınızdan boyutu/büüklüğü;

1. Yorgunluk

sorun yok	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ciddi sorun var
------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------	------------------------

2. İştah değişiklikleri

sorun yok	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ciddi sorun var
------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------	------------------------

3. Ağrı yada sızı

sorun yok	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ciddi sorun var
------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------	------------------------

4. Uyku değişiklikleri

sorun yok	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ciddi sorun var
------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------	------------------------

5. Kabızlık

sorun yok	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ciddi sorun var
------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------	------------------------

6. Bulantı

sorun yok	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ciddi sorun var
------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------	------------------------

7. Adet görme ya da kalabilmede değişme

sorun yok	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ciddi sorun var
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------

8. Genel olarak tüm beden sağlığınızın durumu

sorun yok	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ciddi sorun var
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------

Psikolojik İyilik Hali

9. Şu anda hastalığınız ve tedavinizin sonucu ile başa çıkmanız ne kadar güç?

güç değil	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	çok güç
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------

10. Yaşam kaliteniz ne kadar iyi?

son derece kötü	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Mükemmel
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----------

11. Ne kadar mutlu olduğunuzu hissediyorsunuz?

hiç	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	çok fazla
-----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------

12. Yaşamınızdaki Őeylerin, sizin kontrolünüz altında olduğunu düşünüyormusunuz?

hiç	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Tamamiyle
-----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------

13. Yaşamınızdaki ne kadar memnunsunuz?

hiç	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Tamamiyle
-----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------

14. Olayları hatırlama ya da konsantre olma yeteneğiniz Őuan nasıl?

son derece	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Mükemmel
------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----------

Hiç sıkıntı vermedi	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	çok sıkıntılı
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------------

22. Ne kadar mutsuzsunuz?

hiç	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	çok fazla
-----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------

Korku ve endişenizin büyüklüğü:

23. Gelecekte uygulanacak tüm testleri

hiç korkutucu değil	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	son derece korkutucu
---------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------------

24. İkinci kez kanser olmak

hiç korkutucu değil	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	son derece korkutucu
---------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------------

25. Kanserinizin tekrarlaması

hiç korkutucu değil	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	son derece korkutucu
---------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------------

26. Kanserinizin yayılması

hiç korkutucu değil	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	son derece korkutucu
---------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------------

Sosyal Endişeler

27. Hastalığınız aileniz için ne kadar sıkıntı verici?

hiç	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	çok fazla
-----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------

28. Gereksinimlerinizi karşılamak için, başkalarından/çevrenizden yeterli destek aldınız mı?

hiç	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	çok fazla
-----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------

29. Hastalığınıza ilişkin almakta olduğunuz bakım, kişisel ilişkilerinizi engelliyor mu?

hiç	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	çok fazla
-----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------

30. Cinsel yaşamınız hastalığınızdan etkilendi mi?

hiç	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	çok fazla
-----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------

31. Hastalığınız ve tedaviniz iş yaşamınızı ne derece etkiledi?

hiç sorun olmadı	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ciddi sorun
---------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------

32. Hastalığınız ve tedaviniz, evdeki işlerinizi ne kadar etkiledi?

hiç sorun olmadı	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ciddi sorun
---------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------

33. Hastalığınız ve tedaviniz nedeniyle, çevrenizden ne kadar koptuğunuzu hissediyorsunuz?

hiç	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	çok fazla
-----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------

34. Hastalığınız ve tedaviniz sonucunda, ne kadar mali yük altına girdiniz?

hiç	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	çok fazla
-----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------

Manevi İyilik Hali

35. Dua etmek, dini bir kuruma (cami,kilise) gitmek gibi inancımız ile ilgili aktivitelere katılmak sizin için ne kadar önemli?

hiç önemli değil	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	çok önemli
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

36. Sizin için meditasyon gibi diğer manevi aktiviteler ne kadar önemli?

hiç önemli değil	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	çok önemli
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

37. Kanser teşhisi, manevi yaşamınızı nasıl değiştirdi?

Önem-siz	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	çok önemli
----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

38. Geleceğe yönelik ne kadar belirsizlik yaşıyorsunuz?

hiçbir belirsizlik	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	çok fazla belirsizlik
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------

39. Hastalığınız yaşamınızda ne kadar olumlu değişiklik yarattı?

hiç	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	çok fazla
-----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------

40. Yaşamınızın ve hayatta kalmanızın, bir amacı ya da bir nedeni olduğunu düşünüyor musunuz?

hiç yok	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	çok fazla
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------

41. Kendinizi ne kadar umutlu hissediyorsunuz?

hiç umutlu değil	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	çok umutlu
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

EK-4. GOLOMBOK-RUST CİNSEL DOYUM ÖLÇEĞİ

Bu ölçek ile hastalığınızın cinsel yaşamınızı nasıl etkilediğini bilmek istiyoruz. Lütfen şu anki yaşamınızı dikkate alarak aşağıdaki soruları yanıtlayınız.

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1. Cinsel yaşam karşı ilgisizlik duyar mısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Eşinize, cinsel ilişkinizle ilgili olarak nelerden hoşlanıp, nelerden hoşlanmadığınızı sorar mısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Bir hafta boyunca cinsel ilişkide bulunmadığınız olur mu?(adet günleri, hastalık gibi nedenler dışında)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Cinsel yönden kolaylıkla uyarılır mısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sizce, sizin ve eşinizin önsevişmeye (öpme, okşama gibi) ayırdığınız zaman yeterli mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Kendi cinsel organınızın, eşinizin cinsel organının giremeyeceği kadar dar olduğunu düşünür müsünüz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Eşinizle sevişmekten kaçınır mısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Cinsel ilişki sırasında doyuma (orgazm) ulaşabilir misiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Eşinize sarılıp, vücudunu okşamaktan zevk alır mısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Eşinizle olan cinsel ilişkinizi tatminkar bulur musunuz?
11. Gerekirse rahatsızlık ve acı duymaksızın, parmağınızı cinsel organınızın içine sokabilir misiniz?
12. Eşinizin cinsel organına dokunup, okşamaktan rahatsız olur musunuz?
13. Eşiniz sizinle sevişmek istediğinde, rahatsız olur musunuz?
14. Sizin için doyuma (orgazm) ulaşmanın mümkün olmadığını düşünür müsünüz?
15. Haftada 2 defadan fazla cinsel birleşme de bulunur musunuz?
16. Eşinize, cinsel ilişkinizle ilgili olarak, nelerden hoşlanıp, nelerden hoşlanmadığını söyleyebilir misiniz?
17. Eşinizin cinsel organı, sizin cinsel organınıza rahatsızlık vermeden girebilir mi?
18. Eşinizle olan cinsel ilişkinizde sevgi ve şevkatin eksik olduğunu hissedermisiniz?
19. Eşinizin cinsel organınıza dokunup okşamasından zevk alır mısınız?
20. Eşinizle sevişmeyi reddettiğiniz olur mu?
21. Önsevişme sırasında eşiniz bızırınızı



















- (klitoris) uyardığında doyuma(orgazm) ulaşabilir misiniz?
- 22.** Sevişme boyunca, sadece cinsel birleşme için ayrılan süre sizin için yeterli mi?
- 23.** Sevişme sırasında yaptıklarınızdan tiksinti duyar mısınız?
- 24.** Kendi cinsel organınızın eşinizin cinsel organının derine girmesini engelleyecek kadar dar olduğunu düşünür müsünüz?
- 25.** Eşinizin sizi sevip okşamasından hoşlanır mısınız?
- 26.** Sevişme sırasında cinsel organınızda ıslaklık olur mu?
- 27.** Cinsel birleşme anından hoşlanır mısınız?
- 28.** Cinsel birleşme anında doyuma(orgazm) ulaşır mısınız?

EK-5. GÖRSEL ANALOG SKALA

Adınız Soyadınız:

Tarih:

Ağrı şiddetinizi aşağıdaki ölçek üzerinde işaretleyin.

EV ZİYARETİ 1. HAFTA					
ağrı yok	hafif ağrı var	orta şiddette ağrı var	çok ağrı var	şiddetli ağrı var	çok şiddetli ağrı var
					
(0)	(2)	(4)	(6)	(8)	(10)
EV ZİYARETİ 6. HAFTA					
ağrı yok	hafif ağrı var	orta şiddette ağrı var	çok ağrı var	şiddetli ağrı var	çok şiddetli ağrı var
					
(0)	(2)	(4)	(6)	(8)	(10)
EV ZİYARETİ 12. HAFTA					
ağrı yok	hafif ağrı var	orta şiddette ağrı var	çok ağrı var	şiddetli ağrı var	çok şiddetli ağrı var
					
(0)	(2)	(4)	(6)	(8)	(10)

EK-6 HEMŞİRELİK TANILARI

	HASTANE		EV ZİYARETİ		
	PRE-OP	POST-OP	1. HAFTA	6. HAFTA	12. HAFTA
Bilgi gereksinimi (Geçirilen operasyon sonrası hastalık tanı-tedavi yöntemlerine yönelik)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bilgi gereksinimi (operasyonun çeşidi ,tipi, yaşamı etkilemesine yönelik)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bilgi gereksinimi (geçirilen operasyon sonrası beslenme durumuna yönelik)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bilgi gereksinimi (hijyen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bilgi gereksinimi (aktivite durumuna yönelik)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bilgi gereksinimi (ilaç kullanımına yönelik)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bilgi gereksinimi (sağlık kontrollerine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beslenme düzeninde değişim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
İmmobilizasyon (Hareket kısıtlılığı)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rol performansında değişim (aile içi sorumlulukları yerine getirememe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EK-6 Devam HEMŞİRELİK TANILARI

	HASTANE		EV ZİYARETİ		
	PRE-OP	POST-OP	1. HAFTA	6. HAFTA	12. HAFTA
İlaç tedavisini etkin kullanmada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
güçlük yaşama					
Hijyende yetersizlik (genel vücut, perine gb)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bulantı- kusma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
İştahsızlık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ağızda yara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malnütrisyon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıvı elektrolit dengesizliği	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kanamaya yatkınlık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ağrı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uykusuzluk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yorgunluk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Solunum fonksiyonlarında değişim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfeksiyon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ateş	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EK-6 Devam HEMŞİRELİK TANILARI

	HASTANE		EV ZİYARETİ		
	PRE-OP	POST-OP	1. HAFTA	6. HAFTA	12. HAFTA
Tromboflebit gelişme riski (Vasküler travma riski)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
İshal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kabızlık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Distansiyon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deri bütünlüğünde bozulma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
İnsizyon yerinde süturların açılma riski	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ciltte kuruma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saç dökülmesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Üriner eliminasyonda değişim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıcak basması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedeni belli olmayan iç sıkıntı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baş etme güçlüğü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beden imajında değişim (kadın gibi hissetmeme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EK-6 Devam HEMŞİRELİK TANILARI

	HASTANE		EV ZİYARETİ		
	PRE-OP	POST-OP	1. HAFTA	6. HAFTA	12. HAFTA
Beden imajında değişime bağlı benlik saygısında azalma (kadın gibi hissetmeme, çirkin, değersiz hissetme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yalnızlık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sosyal iletişimde azalma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eşle iletişimde azalma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cinsel yaşamda değişim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cinsel istek ve ilgide azalma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vajinal kuruluk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disparoni (Ağrılı cinsel ilişki)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EK- 7. Jinekolojik Kanser Hastalarında Gelişen Semptomlara Yönelik Hastane Ve Evde Bakım Sırasında Belirlenen Sorunlara Yönelik Hemşirelik Uygulamaları

Literatür taranarak hazırlanan ve hemşirelik bakım planları ile uygulamaya konulan hemşirelik tanıları ve uygulamaları aşağıda verilmiştir.

PRE-OPERATİF DÖNEM

Mevcut/Olası Sorun: Bilgi Eksikliği

Hastanın hastalık sürecinde, tanı-tedavi yöntemleri, kullanılan ilaç etki ve yan etkileri, yaşamında gelişebilecek sorunlar ve değişimlere bağlı bilgi ihtiyacı sorunlara neden olabilir ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilir.

Amaç: Hastanın var olan bilgi ihtiyacını basit, kolayca anlaşılır şekilde karşılamaktır.

Durum değerlendirilmesi

- Hastanın hastalığı, tanı-tedavi yöntemleri ve bakımı konusunda bilgi durumunu belirlemek,
- Hastanın hastalık hakkında bilgi eksikliği yoksa ya da ihtiyacı dile getirmiyorsa hastalıkla ilgili kimden bilgi almış, hangi konularda bilgi almış belirlemek,
- Hastanın hastalıkla ilgili eksik ya da yanlış bilgileri belirlemek
- Hastanın ağrı, anksiyete gibi verilen bilgiye algılamasını engelleyecek durumun varlığını belirlemek (121-123).

Hemşirelik Girişimleri

- Hastanın hastalığı, tanı-tedavi yöntemleri ve bakımı konusunda bilgi ihtiyacı karşılamak,
- Hastanın psikolojik durumundan dolayı hastalığı, tanı-tedavi yöntemleri ve bakımı konusunda bilgilendirmeyi aralıklı olarak tekrarlamak,
- Hemşire ve hasta arasında yakın, anlaşılır ve sade bir dil kullanmak
- Bilgilendirmede görsel materyaller kullanmak,
- Hastanın soru sormasına fırsat vermek,
- Sorularına ve sorunlarına yönelik hasta ile birlikte çözüm yolları geliştirmek

- Hastalıkta kullanılacak ilaçların etki, yan etkileri konusunda bilgilendirme yapmak (121-123).

Mevcut/Olası Sorun: Nedeni Belli Olmayan İç Sıkıntı (Anksiyete)

Hastalık, tedaviler, gelecekle ilişkili korku ve kaygılar, destek faktörlerinin yetersizliği hastada nedeni belli olmayan iç sıkıntısı gelişmesinde etken olabilir ve yaşam kalitesini bozabilir.

Amaç: Nedeni belli olmayan iç sıkıntısını yaratan risk faktörlerini belirlemek ve hastanın kendi bakımına katılımını sağlayarak etkili baş etme yöntemlerini geliştirmektir.

Durum değerlendirilmesi:

- Hangi durumlarda hastada nedeni belli olmayan iç sıkıntısının ortaya çıkabileceğini belirlemek,
- Nedeni belli olmayan iç sıkıntısının hangi durumlar artırıyor hasta ile birlikte tartışılarak belirlenmesi
- Hasta İç sıkıntısı olduğunda gevşeme teknikleri (hafif tempolu yürüyüşler, kitap okuma, müzik dinleme, örgü örme, meditasyon yapma gibi) kullanıyor mu ? belirlemek
- Hasta ve ailenin tanı, tedavi, komplikasyonlar ve prognoz hakkında ne bildiğini ve ne kadarını bilmek istediğini değerlendirmek (113,119- 121).

Hemşirelik Girişimleri

- Güvenli bir iletişim kurmak,
- Hastalığa yönelik yas tepkilerini (şok, inanmama, farkında olma gibi) yaşamasına izin vermek ve duygu, düşüncelerini açıklamasına olanak sağlamak.
- Hastanın nedeni belli olmayan iç sıkıntısının belirtilerinin farkında olmasını sağlamak (önceden olmayan kalp hızında artış, nefes alamama, dikkatini toplayamama, el ovuşturma, göz iletişimi kurmama, hep aynı düşünceye odaklanma, sürekli korku yaşama, uykusuzluk gibi)
- Nedeni belli olmayan iç sıkıntısını artıran durumlara yönelik hasta ile birlikte etkili çözüm yöntemleri aranmak,
- Hastanın güçlü yönlerini konuşmak ve açığa çıkarmak,

- Hasta ve ailesinin hastalık ve tedavi süreci hakkındaki düşünce ve endişelerini rahatça ifade etmesini sağlamak,
- Öfkenin sözel olarak ifade edilmesini desteklemek, kolaylaştırmak,
- Hasta ve ailesine kemoterapi veya radyoterapiyi izleyen iyileşme döneminde normal hayatlarını sürdürebilecek duruma gelebileceklerini açıklamak,
- Problemlerle baş etmede geçmişteki problemleri başarılı bir biçimde yönetme deneyimlerini hastalarla birlikte ortaya çıkarmak,
- Ailenin ve hastanın tedavi ve bakım sürecine katılmalarını sağlamak,
- Akraba ve arkadaş ziyaretleri yapmak, onları kabul etmek,
- Hasta ve ailesine mümkünse akraba ve yararlanabilecekleri profesyonel destek sistemlerine yönlendirmek (kanser destek grupları, dernekler gibi),
- Gerekli hallerde psikolojik danışmanlık alması için hastayı yönlendirmek (113,119- 121).

Mevcut/Olası Sorun: Uykusuzluk

Ağrı, kanser tanısının ölümle eş değer tutulması, hastalığın iyileşmemesi ya da tekrarlama korkusu, bulantı-kusma, sık idrara çıkma, hasta açısından rahat pozisyonda yatmama gibi durumlar nedeniyle gelişebilir.

Amaç: kadının yeterli uyku süresinin sağlanması, uykusuzluğun yaratacağı yaşam kalitesindeki bozulmanın en az seviyede olması.

Durum değerlendirilmesi:

- Hastanın uykusuzluk nedenleri (korku, bulantı-kusma, ağrı gibi) belirlenmek,
- Hastanın daha önceki uyku düzeni belirlenmek,
- Hastanın uykuya dalmayı kolaylaştıran (masaj, yanında oturma, uygun pozisyon verme, ılık içecekler, hafif müzik gibi) durumlar belirlenmek (26,93,124,125).

Hemşirelik Girişimleri

- Hastanın odasının uygun ısı, ışık ve nemde olması sağlanmak,
- Gürültüyü en aza indirmek,
- İlaçları uyku saati dışında ayarlamak,

- Geceleri sık idrara çıkma uykusuzluğu artırıyorsa **yatmadan önce** sıvı alımını azaltmak,
- Gündüz 1 saatten fazla uyuyorsa hastanın gece uyuması ve dinlenmesi için bu süreyi azaltmak,
- Hastanın gün içinde yürüyüş gibi aktiviteler yapmasını önermek,
- Öğleden sonraları çay, kahve, çikolata gibi kafein içeren yiyeceklerin tüketilmemesini önermek,
- Alkol ve sigaradan uzak durmak.
- Hastaların her zaman aynı saatte yatıp, aynı saatte uyanmalarını önermek,
- Üzüntü, stresten (geleceğe yönelik kaygılar gibi) kaçınmak. Böyle durumlarda hastaların rahatlayacakları durumlar (ılık duş, kitap okumak, güzel hayaller kurmak gibi) yaratmaları sağlamak,
- Uyumak için rahat, sıkmayan, terletmeyen kıyafetler seçmek (26,93,121,124,125).

Mevcut/Olası Sorun: Beslenme Düzeninde Değişim

Hastanın hastalığa ve tedavilerin yan etkilerine bağlı gıda alımının azalması, özel beslenme programının olması, iştahsızlık, bulantı-kusma, enfeksiyon, ağız yaraları ve ishal gibi nedenlerle meydana gelmektedir.

Amaç: yeterli ve dengeli beslenmeyi sağlayarak, vücut fonksiyonlarını devamını sağlamak. Hastanın kilo kaybını önlemek.

Durum değerlendirilmesi:

- Hastanın yemek yeme durumunu belirlemek,
- Hangi tür yiyecekleri daha fazla sevdiğini belirlemek,
- Hastalığa bağlı özel bir diyeti varsa içerini ve diyeteye uyumunu belirlemek,
- Hastanın günlük alacağı kalori miktarını belirlemek
- Hastanın aldığı günlük kalori oranını belirlemek
- Yemeklerden önce yemek yenilecek ortamı düzenlemek (sakin, sessiz, hoş olmayan kokuların olmadığı bir ortam gibi),

- Hastaya özel bir diyet verilecekse öncelikle diyete hastanın uyumunu sağlamak için hastanın diyetine uyumunda yeme tercihlerini belirlemek (123-125).

Hemşirelik Girişimleri:

- Hastanın diyetine uygun olarak sebze-meyve, et, süt ve ürünleri, tahıl gibi besleyici değeri yüksek olan besinleri tüketmesi konusunda hasta/ailesine açıklama yapmak ve besleyici değeri yüksek besin alımına teşvik etmek,
- Yetersiz sıvı ve besin alımına neden olan faktörleri (ağrı, bulantı, ortamdaki kötü koku, stres gibi) azaltmak/ortadan kaldırmak;
- Yemeklerden önce ve sonra ağız bakımı vermek ve ağız içi temizliğini sürdürmek,
- Hasta odasını temiz tutmak ve kötü kokuları uzaklaştırmak,
- Yemek yemeyi teşvik edici yiyecek alternatifleri sunmak,
- Çok tatlı, baharatlı ve yağlı yiyecekleri diyetinden çıkarmak,
- Hastanın yiyecek seçimine katılımını ve hoşlandığı besinleri almasını sağlamak,
- Ağrılı ve hoş olmayan işlemleri yemeklerden önce yapmamak,
- Bulantısı varsa doktor önerisine göre bulantı önleyici ilaçları yemekten 30 dk önce uygulamak,
- Hastaya her gün aynı saatte, aynı kıyafet ile aynı tartıda tartmak ve kilosunu takip etmek,
- Yemek yemek için uygun pozisyon (dik oturmak, başını yükseltmek gibi) vermek
- Yemeklerle birlikte ilaçları vermemek (bulantı, ağızda tat değişimine neden olabilir).
- Yemek yerken fazla hareket ettirmemek
- Yemek yeme saatlerini ertelememek, hasta yorgun ise yemek yemesine yardımcı olmak.
- Hastada iştahsızlık var ise yavaş yemek yemesini sağlamak

- Hasta ağızdan hiçbir şekilde beslenemediği zaman damardan sıvı tedavisine doktor önerisinde başlamak (26,124,125).

POST-OPERATİF DÖNEM

Mevcut/Olası Sorun: Solunum Fonksiyonlarında Bozulma

Hastalığa bağlı olarak öksürük, balgam, ateş, yan ağrısı, kanlı balgam (hemoptizi) gibi sorunlar görülebilir ve bu durum hastaların yaşam kalitelerini olumsuz etkiler. Hastada nefes darlığı stres ve ölüm korkusu yaşamasına neden olur.

Amaç: Etkili solunumun devam ettirilmesi, solunumun hız, derinlik ve ritminin normal olması ve ağrılı ve zor solunumun (dispne) azalmasının sağlanmasıdır.

Durum değerlendirilmesi:

- Solunum sıkıntısına neden olan durumları belirlemek,
- Hastanın sekresyonu varsa miktarı, rengi, yoğunluğunu değerlendirmek,
- Kan gazı değerlerini belirlemek,
- Solunum sıkıntısının giderilmesinde kullanılan yöntemleri belirlemek (93,124,125).

Hemşirelik Girişimleri:

- Solunum sayısı, derinliği, ritmini izlemek,
- Hastanın nasal, oral ve trakeal sekresyonu temizlemek,
- Hastaya rahat pozisyon vermek (yatak başı 15-30⁰ yükseltilir),
- Kan gazı takibi yapmak,
- Hastaya solunum öksürük egzersizleri yaptırmak (Operasyon sonrası her saat için 10-15 kez),
- Ateşle birlikte solunum sıkıntısının gelişmesi halinde temel yaşam desteği için gerekli malzemeleri hazırlamak,
- Rahat, temiz ve havalandırılmış bir çevre sağlamak.
- Hastanın nasal, oral ve trakeal sekresyonu temizlemek.
- Nefes alıp vermeyi kolaylaştırmak için hastanın başını gövdesi ile birlikte 2-3 yastıkla yükseltmek,

- Hasta yatakta ise iki saatte bir pozisyonunu değiştirerek hem akciğerlerinin havalanmasını kolaylaştırmak hem de öksürükle balgamin kolay atılmasını sağlamak,
- Sakıncası yoksa yeterli sıvı almasını (8-10 su bardak/gün) sağlamak (balgamin kolay atılmasına yardımcı olur),
- Solunumu rahatlatmak ve sekresyon atılımını kolaylaştırmak için postüral drenaj uygulamak,
- Yorucu aktivitelerden ve egzersizlerden kaçınmasını sağlamak,
- Hastanın günlük aktivitelerine (yemek yeme, yürüme gibi) destek olmak,
- Hastaya rahat, sakin ve sessiz bir ortam sağlamak ve ziyaretçileri kısıtlamak,
- Hastanın solunum sıkıntısı (dispne) varsa O₂ (2 lt/dk) vermek.
- Pulmoner emboli (aniden solunum durması, ateş) ve atelektazi (solunum sıkıntısı, morarma) yönünden hastayı izlemek (93,121,123,125).

Mevcut/Olası Sorun: Bulantı-Kusma

Bulantı ve kusma genellikle kemoterapi tedavisi nedeniyle görülür. Bulantı tedaviden sonraki ilk 6 saat içinde ortaya çıkmaktadır. Cerrahi operasyon sonrası anestezi maddelerine bağlı olarak da gelişebilmektedir

Amaç: Vücudun sıvı ve mineral dengesini sürdürmek, kadının yeterli beslenmesini sağlamak ve bulantı-kusmanın azalmasını sağlayarak kadının bulantısının olmadığını sözel olarak ifade etmesini sağlamaktır.

Durum değerlendirilmesi:

- Bulantı ve kusmanın şekli ve oluş biçimini kadına göre belirlemek,
- Kusma varsa, çıkartılan miktarı, içerik, renk açısından değerlendirmek,
- Bulantı-kusmaya neden olacak çevresel iritanları belirlemek (yemek kokusu, parfüm, oda spreyi, kötü kokular gibi)
- Bulantı-kusma döneminde kadının, vücut ağırlığı, aldığı çıkardığı sıvı miktarını değerlendirmek (26,93,121).

Hemşirelik Girişimleri:

- Derinin kurumması, ağız kuruluğu, halsizlik, susama hissi, terlemenin azalması, idrar miktarının azalması, göz yaşının olması gibi vücudun aşırı su kaybı (dehidratasyon) belirtileri açısından kadını gözlemek ve kadına öğretmek
- Bulantı giderici ilaçların yemekten en az yarım saat önce alınmasını önermek,
- Bulantıyı önlemek için ağız bakımının sık yapılması önermek (günde 4-6 kez), diş protez varsa ve bulantıyı artırıyorsa çıkarılmasını önermek,
- Bulantı ve kusma sırasında ağızdan nefes alıp vermesini sağlamak,
- Bulantıyı önlemek için müzik dinleme, TV seyretme, kitap okuma, örgü örme gibi kadının ilgisini çeken aktiviteler yapma yönünde önerilerde bulunmak,
- Fiziksel çevrenin temiz ve kokusuz olmasını (yemek kokuları gibi) sağlamak,
- Bulantı esnasında odayı havalandırmak,
- Her zaman giysilerin rahat ve temiz olmasını sağlamak,
- Hasta kemoterapi alıyorsa ilaca bağlı bulantı kusma gelişebileceği için antiemetik ilaçlar uygulamak (özellikle yemeklerden 30 dakika önce ilacını almasını sağlamak)
- Ağız hijyenini devam ettirmek.
- Azar azar ve sık sık yemek yemesini ve yiyecekleri iyice çiğnemesini önermek,
- Sıcak, tatlı, kızartma, baharatlı, yağlı yiyeceklerden kaçınmak,
- Hazır yiyeceklerin kaçınmak.
- Bulantı esnasında özellikle kuru gıdaları (kraker, tost gibi) tercih etmek,
- Yemekte sıvı alımından kaçınılmasını önermek,
- Ağızda metalik tat ya da tatsızlık olduğunda sert ve yuvarlak naneli ya da ekşili şekerlemeler yenmesini önermek,
- Yemekten sonra dinlenmesi ve yavaş aktiviteler yapmasını önermek,
- Bulantı kusma 24 saatten fazla devam ediyorsa ve kadın ağızdan hiçbir şey alamıyorsa doktor ya da hemşiresini araması konusunda yönlendirme yapmak (26,93,121).

Mevcut/Olası Sorun: Ağrı

Hastalık ya da uygulanan tedavilere bağlı olarak gelişebilir.

Amaç; Ağrı düzeyinin hastanın baş edebileceği düzeye getirmek. Hastanın ağrısının azaldığını ya da olmadığını ifade etmesidir.

Durum değerlendirilmesi:

- Ağrı skalasına göre ağrının varlığını değerlendirmek (Görüşme öncesi ve sonrası),
- Hastanın ağrı hakkındaki bilgi durumunu belirlemek,
- Hastanın ağrıya olan davranışlarını belirlemek,
- Ağrının yeri, sıklığı, şiddeti, süresi ve türü (kesici, delici, künt, batıcı, sızı şeklinde gibi) değerlendirmek,
- Hastanın ağrısını artıran (ayağa kalkma, dönme, yürüme, stres, sinirlilik, yalnızlık gibi) ve azaltan durumlar (masaj, sıcak bez uygulama, TV seyretme gibi) belirlemek,
- Ağrının ortaya çıktığı saatleri belirlemek,
- Ağrı geliştiğinde yaşam kalitesine olan etkisini (beslenme, uyku, aktivite, mizaç, iletişim, iş performansı gibi) belirlemek,
- Hastanın ağrı kesicilere cevabını alındıktan yaklaşık 1 saat içinde değerlendirmek (122,126).

Hemşirelik Girişimleri:

- Hafif ağrı için (parasetamol), Orta şiddetli ağrı için zayıf narkotikler (dihidrokodein), Şiddetli ağrı için güçlü narkotikler (morfin) kullanmak.
- Sıcak oturma banyoları ve sıcak uygulama yapmak.
- Ağrı bölgesine soğuk uygulama yapmak,
- Ameliyat bölgesini desteklemek
- Hastaya ağrının azalmasını ya da ortadan kalkmasını sağlayacak pozisyon vermek,
- Yorucu ve ağrıyı artırıcı hareketlerden uzak durmak (aniden eğilme, uzanma gibi)
- Hastaya masaj yapmak,

- Ağrının olduğu dönemlerde ılık banyo yapmak,
- Stresi azaltmak, Hastanın duygu ve düşüncelerini ifade ettirmek, paylaşımlarda bulunmak.
- Yeterli dinlenmek ve uyumak.
- Ağrılı dönemlerde çevrenin sessiz ve sakin olmasını sağlamak,
- Ağrılı dönemlerde gevşeme tekniklerini öğretmek (radyo dinlemesini, televizyon seyretmesi, kitap okumak, eğlenceli anıları tekrar düşünmek, hayal kurmak gibi) (93,113,122,126).

Mevcut/Olası Sorun: Sıvı Elektrolit Dengesizliği

Hastalığa ve geçirilen operasyona bağlı olarak bulantı, kusma, ateş, kanama, böbrek fonksiyonlarındaki bozulma nedeniyle sorunlar görülebilir ve bu durum hastaların yaşam kalitelerini olumsuz etkiler.

Amaç: Vücudun sıvı-elektrolit dengesinin sürdürülmesidir.

Hemşirelik Girişimleri:

- Yaşam bulguları izlenir. (kan basıncı, nabız, ateş, solunum sayısı)
- Müköz membran, Cilt turgoru, kapiller dolgunluk takip edilir.
- Böbrek fonksiyonları ve laboratuvar bulguları (Na, K, Cl, Kreatinin, BUN, albumin) takip edilir.
- Aldığı çıkardığı sıvı miktarı takibi günlük yapılır.
- Operasyon sonrası Drenaj ve kanama takibi yapılır
- Ağızdan sıvı almada sorun yoksa ağızdan sıvı verilir.
- Günlük alınması gereken sıvı miktarının (8-10 su bardağı) vücut için önemi vurgulanır.
- Hastanın günlük kilo takibi yapılır.
- Nörolojik takip yapılır (irritabilite, kişilik değişiklikleri, erken dönemde reflexlerde artma, görsel ve işitsel rahatsızlıklar) (121,123,125).

Mevcut/Olası Sorun: Deri Bütünlüğünde Bozulma

Geçirilen ameliyata, kemoterapi ve radyoterapinin etkisiyle vücudun deri tabakasındaki tahriş, kızarıklık, kaşıntı ve döküntü ile kendini gösteren değişimlerdir.

Amaç; hastanın tedavi aldığı bölgeyi değerlendirerek deri reaksiyonlarını en aza indirmek ve deri bütünlüğünü sağlayarak enfeksiyon gelişimini önlemektir.

Hemşirelik Girişimleri:

- Deri temiz ve kuru tutmak,
- Cildi travmalardan (düşme, çarpma, sürtme gibi) korumak,
- Deri sert olduğunda tedavi alanı ovuşturmak ve kaşımamak,
- Ciltte tahrişi artırabilecek deodorant, talk pudra, parfüm gibi kozmetikler kullanmamak,
- Cilt kolayca hasar alacağından ılık su ve parfümsüz-yumuşak sabunla hafifçe yıkılarak, yumuşak bir havlu ile kurulayıp havalandırmak,
- Radyoterapi uygulanan bölgelerdeki deride kesikler yavaş iyileştiğinden jilet gibi kesici aletler yerine elektrikli ya da pilli traş makinaları kullanmak,
- Manikür, pedikür gibi uygulamalar yaptırmamak,
- Tahrişi önlemek ve kan dolaşımını rahatlatmak için; teri emici, yumuşak, geniş ve pamuklu giysiler giymek,
- Cilt üzerindeki deriyi aşırı sıcak ve soğuktan, direkt gün ışığından korumak için uzun kollu elbise ve geniş kenarlı şapkalar giymek, ayrıca güneş ışığını bloke eden nemlendirici kremler kullanmak, cilde direkt olarak sıcak ya da soğuk kompres uygulamasından kaçınmak, yapıştırıcı band/ selobant kullanmamak,
- Kuruyan ve kalınlaşan cildi yumuşatmak için nemlendiriciler kullanmak,
- Cilt kuruluğunu azaltmak için uzun ve sıcak banyo yerine, kısa duş almak,
- Bulaşık yıkarken, bahçe ve ev işleri ile uğraşırken mutlaka eldiven kullanmak,
- Tırnakları kısa ve özenli kesmek ve hijyene özen göstermek,
- Tırnaklarda delik oluşmuşsa takma tırnak, tırnak cilası kullanmak (bu durum hem deliklerin kapanmasına hem de beden görünümünün hoşluk kazanmasına olanak sağlar),
- Alkol içeriği olan cilt ürünlerinden uzak durmak (aseton, kolonya gibi),

- Ciltte dikkat çeken değişiklikler mevcut ise hemen sağlık personeline bildirmek (doktor, hemşire gibi),
- Hasta yatağa bağımlı ise basınç bölgelerini gözlemek hastanın pozisyonunu 2 saatte bir değiştirmek,
- Deride kızarıklık, renk değişimi, kaşıntı, kuruluk, döküntü, sivilceler, dil ve el eklemesinde koyuluklar olabileceği söylenmelidir,
- Güneşte fazla kalmamak,
- Hastanın kaşıntısı olduğunda soğuk kompres, antihistaminik ve kortikosteroidli kremler kullanmak (26,93,113,119,125).

Mevcut/Olası Sorun: İştahsızlık

Yiyeceklerin sindirimi, yiyeceklerin alımındaki yetersizlik, kullanılan ilaçlar, hareket azlığı, bulantı- kusma, ağız yaraları, depresyon ve kemoterapi/radyoterapi nedeniyle görülmektedir. Yemek yemede isteksizlik kilo kaybına neden olmaktadır.

Amaç; Yeterli yeme içmenin sağlanmasıdır.

Durum değerlendirilmesi:

- Hastanın günlük besin ihtiyacını belirlemek,
- Günlük kalori miktarını belirlemek,
- İştahsızlığa neden olan durumları belirlemek (ağrı, yorgunluk, stres gibi) (121,125).

Hemşirelik Girişimleri:

- Hastaya uygun beslenme programı oluşturmak (hemşire-diyet uzmanı-hasta işbirliği ile)
- Hastaya yüksek kalorili ve proteinli besinlerin (et, süt, hamur işleri, sebze-meyve gibi) alınmasının iyileşmeyi kolaylaştırabileceği konusunda bilgilendirmek ve besinlerin alımı için cesaretlendirmek,
- Azar azar ve sık sık yemek yemek için teşvik etmek,
- Hastaya açlık hissettiği anda yemek yemesini önermek.
- Yemek yemeyi ertelememek.
- Her yemekten önce ağız bakımı (gargara ya da diş fırçalama gibi) yapmak,

- Sevdiği bir ortamda sevdikleri ile birlikte, beslenme programına uygun sevdiği ve tercih ettiği yiyeceklerden başlayarak az ve sık yemek yemesini önermek
- Rahat, sakin, hafif müzikli bir ortam yemek yenmesini sağlamak
- Yemek yenilen ortamda hoş olmayan kötü kokuları engellemek,
- Yemekleri iştahı uyandıracak görüntüde sunmak,
- Yemek yerken hastanın yutma problemi varsa bulantısı da yoksa yutmayı kolaylaştırmak için sıvı almasını önermek,
- Günlük vücudun sıvı ihtiyacını karşılamak için sakıncası yoksa günde 8-10 bardak sıvı almasını sağlamak,
- Hastaya yemeklerin hazırlandığı ortama kokuların vereceği rahatsızlıktan dolayı girmemesini önermek,
- İştahsızlığa neden olan durumlara yönelik çözüm önerileri sağlamak (ağrı, yorgunluk, stres gibi)
- Kadının beslenmesi ağızdan karşılanmıyorsa intravenöz ya da enteral yolla beslenmesini sürdürmek (102,121,125,127).

Mevcut/Olası Sorun: Kanama Kontrolü

Cerrahi uygulamaya, Kemoterapi (KT) tedavisine bağlı olarak gelişebilir. Cerrahi sonrası insizyon bölgesinden, drenaj sistemlerinden (hemovak, nasogastrik, idrar sondaları gibi) kanama olabileceği gibi, cilt üzerinde toplu iğne başı büyüklüğünde ve daha büyük kırmızı lekeler, morluklar, idrardan kan gelmesi, burun kanamaları, diş eti kanamaları gelişebilir.

Amaç; Hastada kanama belirti bulgularını gözlemlemek ve erken belirlemek (iç ve dış kanama), çarpma, düşme ya da diğer travmalara bağlı kanamayı önlemek, kanamayı değerlendirmek ve kanamanın kontrol edilmesini sağlamaktır.

Hemşirelik Girişimleri:

- Yaşam bulgularının takibini yapmak
- Operasyondan sonrası insizyon bölgesi ve hemovakların saatlik takibini yapmak,

- İç kanama belirtilerini takip etmek (kan basıncında düşme, zayıf ve hızlı nabız, soluk ve nemli cilt, solunum sayısında azalma, huzursuzluk ve ani bilinç kaybı vs),
- Kanama belirtilerinin (normal olmayan kanamalar) cilt üzerinde toplu iğne başı büyüklüğünde ve daha büyük kırmızı lekeler, morluklar, idrardan kan gelmesi, burun kanamaları, diş eti kanamaları şeklinde olabileceğini hasta ve ailesine öğretmek ve yakın takibini sağlamak,
- Yorgunluk, nefes almada zorluk, halsizlik, tansiyon düşüklüğü gibi sorunların kanama belirtisi olabileceği konusunda hastaya bilgi vermek,
- Hastayı banyo yaparken ya da dolaşırken çarpma, düşme gibi travmalardan korumak,
- Burun temizliği yapılırken sert ve tahriş edeci şekilde travmatik olmamasına dikkat etmek,
- Ağız bakımı için diş fırçası kullanılacaksa yumuşak diş fırçaları kullanmasını önermek,
- Kanamayı artıracakları için alkollü içkileri yasaklamak,
- Aspirin ve non steroid antiinflamatuvar ilaçlar kullanılmamasını sağlamak,
- İlaç uygulamalarında intramuskuler enjeksiyonu tercih edilmemek. Gerekli hallerde enjeksiyon sonrası bölgeye 3-5 dakika basınç uygulamak,
- Kabız kalmamak,
- Kan değerlerini kontrol etmek (hemogloblin (Hg), hematokrit (Hct), ferritin gibi) (26,108,113,121,123).

Mevcut/Olası Sorun: Yorgunluk

Hastalık ve kemoterapi/radyoterapinin yan etkisi olarak ortaya çıkan bulantı, kusma, ishal, ağrı, hareketsizlik, kansızlık ve beslenme yetersizliğine (anoreksi-malnütrisyon) bağlı olarak gelişir

Amaç; Kadının yorgunluğunun nedenlerini anlatabilmesi, yaşam üzerine yorgunluğun etkilerine ilişkin duygularını paylaşabilmesi, günlük aktiviteleri için önceliklerini belirleyebilmesi, günlük aktivitelerini yerine getirebilmesi, yorgunluğun giderilmesi.

Durum değerlendirilmesi:

- Yorgunluğa neden olabilecek fiziksel ve psikolojik stres yaratan durumları (bulantı-kusma, uykusuzluk, iyileşememe, ölüm korkusu, yalnız kalma korkusu gibi) belirlemek,
- Yorgunluğu artıran ve azaltan durumları belirlemek,
- Yorgunluğu gidermek için kullanılan yöntemlerini belirlemek,
- Günlük dinlenme saatlerini belirlemek (121,123,126).

Hemşirelik Girişimleri:

- Hastanın bakım gereksinimlerini kısa sürede tamamlamak,
- Bakımın sağlanmasında ve sürdürülmesinde (giyim, hijyen, hareket gibi) hastanın katılımın sağlamak ve gerekli hallerde yardım etmek,
- Uykusuzluğa bağlı yorgunluk durumunda neden olabilecek faktörleri (gürültü, ses, ışık, kötü koku gibi, ağrı, yalnız kalmaktan korkma, stres gibi) önlemek,
- Hastanın gece en az 7-8 saat uyumasını sağlamak,
- Gündüz kısa aralarla uyumak
- Gün içerisinde yorucu aktivite ve hareketlerden kaçınmak,
- Tedavinin tipine göre gün içerisinde hafif tempolu yürüyüşler yapmak
- Enerjisinin yüksek olduğu zamanlarda yorgunluk yaratacak aktiviteleri yapmamak,
- Hastanın proteinden zengin (et, süt, yumurta, yoğurt, yeşil yapraklı sebzeler, tahıl, meyve gibi) ve bol kalorili besinlerin tüketmesini önermek,
- Ağrıyı önlemek ya da en aza indirmek,
- Anemiyi önlemek
- Yorgunluğa neden olabilecek fiziksel ve psikolojik stres yaratan durumları önlemek (yalnızlık, bulantı-kusma gibi) (121,123,126).

Mevcut/Olası Sorun: Enfeksiyon Gelişme Riski

Geçirilen operasyon, kemoterapi/radyoterapiye bağlı vücut savunma sistemindeki zayıflamaya bağlı olarak hastalıklara yakalanma (enfeksiyon gelişme) riski artmaktadır.

Amaç; hastada gelişebilecek enfeksiyonları önlemek, hastanın enfeksiyon belirti ve bulgularının öğrenmesi, enfeksiyon ile ilgili risk faktörlerini bilmesi ve enfeksiyonlardan korunmak için uygun önlemleri aldığını göstermesidir.

Hemşirelik Girişimleri:

- Hastada enfeksiyon belirtilerini (ateş, kızarıklık, sıcaklık, ödem, ağrı, iltihap oluşumu vs) gözlemlemek ve hastaya öğretmek,
- Ciltte kızarıklık, şişlik, yaralar, stomatit, öksürük, nefes almada zorlanma, ateş, yan ağrıları, dizüri gibi semptomlarda sağlık personeline yönlendirmek
- Enfeksiyonun en sık görüldüğü bölgeleri (cilt, ağız içi, solunum yolları, idrar yollar, vajen bölgesi) gözlemlemek,
- İdrar ve dışkı yapılan bölgenin her tuvaletten sonra doğru temizlenmesi (ılık su ve yumuşak bir sabunla) sağlamak ve temiz çamaşırlar giyilmesi önermek,
- Kabızlık kalmamak
- Hastanın operasyon sonrası sonda ve kateterlerini aseptik tekniklerle takibini sağlamak,
- Genel vücut temizliğine (haftada 2 kez duş yapmak) dikkat etmek,
- Ağız bakımını (günde 4 kez) düzenli yapmak,
- Tırnakları kısa ve düz kesmek,
- El hijyenine önem vermek,
- Yeterli beslenmek (et,süt,meyve-sebze gibi) ve sıvı almak (günde 6-8 su bardağı su),
- Yeterli dinlenmek (günde 7 saat uyku),
- Kemoterapi/radyoterapi aldığı dönemlerde kan değerleri düştüğünde ziyaretçi kısıtlaması yapmak (113,119,122,123,125,126).

Mevcut/Olası Sorun: Hareket Azlığı (İmmobilizasyon)

Kanser tedavilerinin yan etkilerine (bacak kaslarındaki zayıflık gibi), yorgunluğa, geçirilen operasyona, hareketsiz yaşam şekline, ağrıya bağlı olarak gelişebilir.

Amaç: hastayı mümkün olan ölçüde hareketli tutmak, Günlük yaşam aktivitelerinde (genel vücut temizliği, yemek yeme, ev ortamında yürüme) hastanın kendi kendine yeterli olmasını sağlamak.

Durum değerlendirilmesi

- Hastanın hareket durumunu değerlendirmek,
- Hareketi engelleyen durumlarını belirlemek (ağrı, bacaklarda kuvvetsizlik, bulantı, halsizlik gibi),
- Hareketli olmanın iyileşmesine etkisi konusunda bilgi durumunu değerlendirmek (121,125).

Hemşirelik Girişimleri:

- Ameliyat sonrası hastalar ilk 8 saat içinde yardımla yürütmek,
- Ameliyat sonrası hastaları önce oda içinde yürütmek, daha sonra yürüme alanını genişletmek.
- Bulantı-kusma, baş dönmesi, halsizlik hareketsizliği artırır. Sıkıntılar olmadığı hastayı dönemde harekete yönlendirmek (tuvalete kaldırmak, banyoda yüzünü yıkatmak gibi)
- Yatağa bağımlı hastada akciğerlerinde hareketsizlikten zarar görmesini engellemek için solunum-öksürük egzersizleri yaptırmak,
- Yatağa bağımlı hastaya; günde 4-6 kez yatak içinde kol ve bacaklara pasif egzersiz yaptırmak ve pasif egzersizleri hastaya öğretip yapmasını sağlamak,
- Çok uzun süre oturmamak, ayakta kalmamak (damarlarda pıhtıya neden olur) konusunda hastaya öneride bulunmak,
- Hastaya yemek yeme, banyo yapma, ev işlerini yerine getirme gibi günlük yaşamda yapması gereken aktivitelerde desteklemek ve yapması için teşvik etmek,
- Hastalığın seyri açısından sakıncası yoksa günlük 20-35 dk ya da hastanın gücü doğrultusunda yürüyüş yapma konusunda teşvik etmek,
- Hareketin vücuda etkisi (kanın pıhtılaşmasını engeller, uyumayı kolaylaştırır, kasları güçlendirir gibi) konusunda eğitim yapmak,

- Yatağa bağımlı hastada yatak içersinde pasif egzersizlerin yapılması konusunda öneride bulunmak (121,125).

Mevcut/Olası Sorun: Kabızlık (Konstipasyon)

Ameliyatta bağırsakların hareketinin bozulması, radyoterapi/kemoterapinin etkisi, güçlü ağrı kesicilerin kullanımı, hareketsizlik, yeme düzeninde değişiklikler, vücudun susuz kalması, vücudun mineral eksikliği kabızlığa neden olur. Kabızlık sürekli olduğunda dışkının dışarı atılamamasına ve tıkanıklık yaratmasına bağlı ciddi karın ağrılarına ve bulantı- kusmaya neden olabilir ve yaşam kalitesi bozabilir.

Amaç; hastanın günlük dışkılamaya alışkanlığının normal sıklıkta ve kıvamında olması, dışkılamada ağrı olmaması, dışkıyı yumuşatıcı (laksatifli) lavman ya da fitile (suppozatuvar) gereksinimin azalmasıdır.

Hemşirelik Girişimleri:

- Posalı yiyecekler önermek (kepekli ekmek, sebze, meyve, yulaf vb.),
- Sakıncası yoksa **GÜNDE 8-10 bardak sıvı** önermek (su, meyve suyu, komposto suyu, ılık su gibi),
- Gün içinde mümkün olduğunca hareketli olmak (günlük yürüyüş yapmak),
- Düzenli dışkılama alışkanlığı kazandırmaya çalışmak (her gün aynı saatlerde dışkılamaya çıkmak),
- Dışkılama düzenini günlük kaydetmek,
- Günlük barsak sesleri, bulantı-kusma durumu, karında şişlik (distansiyon) gibi sorunları (paralitik ileus belirtileri) izleyip ve kaydetmek,
- İlaçsız uygulamalar yarar sağlamadığında sakıncalı değilse doktor önerisine göre dışkı yumuşatıcılar (laksatifler) vermek (26,93,123,124).

Mevcut/Olası Sorun: İshal (Diyare)

Radyoterapi/kemoterapi, stres gibi nedenlere bağlı olarak mide ve bağırsaklarda hücrelerin zarar görmesi nedeniyle oluşur. İshal, vücudun aşırı susuz kalması, beslenme yetersizliği ve zayıflık gibi önemli sorunlara neden olabilir

Amaç; ishalin önlenmesi, yeterli ve dengeli bir beslenme ile vücudun gereksinimlerinin karşılanması, sıvı-mineral dengesinin normal seviyede olmasının ve normal kilonun sürdürülmesinin sağlanmasıdır.

Durum değerlendirilmesi:

- Günlük dışkılama sayısı ve dışkının özelliklerini belirlemek,
- Hastada ishal yapan durumların neler olduğunu belirlemek,
- Günlük sıvı-elektrolit alımını değerlendirmek,
- Hastanın ishal durumunda ne tür önlemler alındığını değerlendirmek (124,126).

Hemşirelik Girişimleri:

- Günlük dışkılama sayısı ve dışkının özelliklerini tanılamak ve kaydetmek,
- Hastanın günlük dışkılama alışkanlıklarını tanılamak,
- Hastanın günlük aldığı ve çıkardığı sıvıyı takip etmek, idrar ve dışkı ile kaybedilen (miktarlar ölçülecek) sıvıyı yerine koymak,
- Hastanın dışkı kültürünü değerlendirmek üreme yoksa doktor önerisine göre ishal önleyici ilaçları vermek,
- Anal bölgenin günlük takibini yapmak (kanama, tahriş, yara açısından),
- Anal bölgenin her dışkı sonrası ılık suyla temizlendikten sonra hafifçe kurulanmasını sağlamak,
- Dışkı sayısını kaydetmek ve dışkıyı kanama yönünden gözlemlemek,
- Haşlanmış patates, yumurta, pirinç lapası, makarna, şeftali, muz, tuzlu ayran gibi ishali durduracak az posalı, pişmiş yiyecekleri tüketmek,
- Fındık, taze meyve suları, çiğ sebzeler (marul, maydanoz gibi), kızarmış yiyecekler, hamur işleri, sarımsaklı, acılı, baharatlı ve gaz yapan yiyecekler, çikolata, alkol, çay ve kahve ishali artırır, tüketilmemesi konusunda öneride bulunmak,
- Hastanın ishali olduğu dönemlerde sütlü ürünlerden sakınmasını sağlamak, potasyum kaybı olacağından sakıncası yoksa muz, portakal, patates yemesi konusuna teşvik etmek,
- Yenilen yiyeceklerde yağ miktarını azaltmak (ishali artırır),
- Hastanın fazla sıcak ve soğuk olmayan az şekerli yiyecekleri az ve sık olarak almasını sağlamak,
- Sakıncası yoksa günlük 8-10 su bardağı sıvı almasını sağlamak (su gibi),

- İshal düzeldiğinde sebze gibi yiyeceklerin tüketilen yiyecekler arasına azar azar eklenmesini sağlamak (124-126).

Mevcut/Olası Sorun: Cerrahi Sutürların Açılma Riski

Hastanın ani hareket etmesi, hastalık ve tedavilere (KT/RT) bağlı doku onarımının yetersiz olması, ameliyat yerinde enfeksiyon gelişmesi, yetersiz beslenme neden olabilir.

Amaç: Ameliyat yerindeki dikişlerin açılmasını önlemek ve ameliyat yerinin iyileşmesini sağlamak.

Hemşirelik Girişimleri:

- Hastanın ameliyat sonrası dikiş yerlerinin kontrol etmek ve hastayı bilgilendirmek,
- Ameliyat yapılan yerdeki dikişlerde atma, kızarıklık, akıntı (kanlı ya da sarı renkli), ağrı, ateşi takip etmek varsa doktora/hemşireye bildirmek,
- Ani hareketlerden kaçınmak (aniden kalkma, oturma, uzanma, ağır kaldırma gibi),
- Ameliyat sonrası ayağa kalkarken otururken ameliyat bölgesini yastıkla desteklemek,
- Yatak içinde hareket ederken ameliyat bölgesini desteklemek,
- Kabız kalmamak (karında şişlik dikişleri zorlar),
- Yeterli dinlenme ve beslenmeye dikkat etmek,
- Taburcu olduktan sonrada ameliyat bölgesini otururken, kalkarken desteklemek (93,113,125,126).

Mevcut/Olası Sorun: Perine Hijyeninde Yetersizlik

Ameliyat sonrası ve tedavilerin yan etkileri nedeniyle hastanın günlük hijyeninde yetersizlik gelişmesi, bakım veren yada hastanın doğru perine hijyeni alışkanlığının yetersizliği neden olabilir.

Amaç: Hastaya doğru perine hijyeni alışkanlığı kazandırmak ve perine hijyenini devam ettirmek.

Hemşirelik Girişimleri:

- Tuvalete girmeden önce ve sonra, pedlerinizi değiştirmeden önce ve sonra mutlaka elleri yıkamak,
- Perine temizliğini önden arkaya doğru yapmak,
- Temiz pedleri ya da bezleri önden arkaya doğru yerleştirmek, ve 3-4 saatte değiştirmek (enfeksiyon gelişme riski nedeniyle),
- Her gün iç çamaşırınızı değiştirmek ve pamuklu iç çamaşırı kullanmak,
- İç çamaşırlarını ütüleyip kullanmak,
- Kötü kokulu akıntı, ağrı, kanama şikayetleri olduğunda sağlık personeline başvurmak (122,126).

Hastanın Beden İmajının Değişmesine Bağlı Benlik Kavramında Bozulma Olması

Hastalık ve uygulanan tedaviler sonucu kaybı yaşanan üreme organına bağlı kadının vücut bütünlüğündeki değişim ve kadının bu duruma verdiği anlam beden imajını ve benlik kavramını bozabilmektedir.

Amaç: Kadının vücut bütünlüğündeki değişimin beden imajı ve benlik saygısına olacak etkisini en aza indirmek.

Durum değerlendirilmesi:

- Hastanın fiziksel görünümündeki değişime ilişkin düşünceleri ve duyguları belirlenmek ve hasta için üreme organındaki kaybın anlamını değerlendirmek.
- Hastanın kullandığı etkisiz başetme yöntemlerini (hastalığından dolayı sürekli kendini suçlama, kendine acıma gibi, hastalığı yok sayıp kendi kaderine bırakma gibi) belirlenmek ((93,120,122).

Hemşirelik Girişimleri:

- Hastada beden imajının bozulması ve benlik saygısında azalmaya ilişkin belirtilerin kendi öz bakımını üstlenmemesi (giyinme, temizlik gibi), kendi bakımı için işbirliği yapmayı reddetmesi, kendini suçlayıcı düşüncelerinin olması (hastalığa kendinin sebep olduğunu düşünmesi, ceza olduğunu düşünmesi gibi), görünümüne ilişkin olumsuz düşüncelerinin olması (erkek gibiyim, çirkinim, çekiciliğimi kaybettim, kadın gibi hissetmiyorum gibi

ifadelerinin olması) gibi durumları tespit etmek ve hastanın duruma adapte olmasını sağlamak.

- Kadının görünümündeki değişimi kabullenebilmesi için zaman tanımak, bu dönemde kadının öfke, sinirlilik, suçluluk gibi olumsuz duygularını yaşamalarına izin vermek, davranışlarından dolayı yargılamamak, duygu ve düşüncelerini paylaşıp desteklemek.
- Hastanın operasyon bölgesi ile ilgilenme durumunu izlenmek, ameliyat yerine bakması ve dokunması için cesaretlendirmek.
- Hastanın öz bakım sorumluluğunu (temiz giyinme, vücut temizliğini sürdürme, banyo yapma, saçların tarama ve düzeltme gibi) alması için teşvik etmek ve yapabildikleri için olumlu geri bildirim vererek olumsuz durumdan olumlu olana odaklanmasını sağlamak.
- Hastanın dikkatinin güçlü ve başarılı olduğu yönlere çekilerek olumlu yönlerini fark etmesini sağlamak.
- Hastanın kullandığı etkisiz başetme yöntemlerini (hastalığından dolayı sürekli kendini suçlama, kendine acıma gibi, hastalığı yok sayıp kendi kaderine bırakma gibi) hastaya da fark ettirip hasta ile birlikte etkili olabilecek baş etme yöntemleri saptamak.
- Hastanın kendini kadın gibi görmeme, çirkin-çekiciliğini kaybetmiş bir kadın gibi hissetme, kendini üretken olmadığı için değersiz hissetme, sosyal ilişkilere girmeme (özellikle eşle iletişimin bozulması) , öz bakımını üstlenmeme gibi davranışları ile olumsuz beden imajı arasındaki ilişkiyi görmesine yardımcı olunarak hastanın beden imajındaki olumsuz değişimi fark etmesinin sağlanmak.
- Hastanın beden imajına yönelik duyguları, gösterebileceği davranışlar ve yardıma gereksinimi olduğuna ilişkin eşi ya da birlikte yaşadığı aile üyeleri ile konuşmak.
- Aile ve eşin desteğini sağlamak (93,120,122,125,126).

EV ZİYARETİ 1. HAFTA

Deri Bütünlüğünde Bozulma, Ameliyat Yerinde Dikişlerin Açılması, Bulantı-Kusma, İştahsızlık, Sıvı-Elektrolit Dengesizliği, Beslenme Düzeninde Değişim, Ağrı, Kanamaya Yatkınlık, İshal, Kabızlık, Uykusuzluk, Yorgunluk, Solunum Fonksiyonlarında Bozulma. Hastanın Beden İmajının Değişmesine Bağlı Benlik Kavramında Bozulma Olması, Dış Üreme Organı Temizliğinde Yetersizlik, Nedeni Belirsiz İç Sıkıntı gibi sorunlar hastalarda gelişmiştir.

Mevcut/Olası Sorun: Ağızda Yara (Stomatit)

Ağız içinde,boğaz bölgesindeki yumuşak dokularda kemoterapi ve radyoterapi tedavilerine bağlı, bulantı-kusma, ağız içi temizliğinin yeterince yapılmaması, yeterli su almama (dehidratasyon), vücut direncinin düşük olması, kanamaya yatkınlık gibi nedenler ağızda yaralara neden olur. Ağız içi ve boğazda kızarıklık, şişlik, kırmızı-beyaz lekeler, soyulmalar, ülserler gelişir. Sert yiyecekler ve sert diş fırçaları kanamalı ülserlere neden olabilir. Ağız içi ve dudaklara yanma hissi ve uçuğa benzer yaralar da gelişebilir.

Amaç; ağız içi ve boğaz bölgesinde yaraların, yaralara bağlı ağrının ve enfeksiyonun görülmemesidir.

Durum değerlendirilmesi:

- Ağız içi ve boğaz bölgesini her gün kırmızılık, beyazlık, sarılık yönünden kontrol edilip değerlendirmek,
- Hastanın günlük ağız bakımı sayısını ve ağız bakımında kullandığı malzemeleri değerlendirmek (119,121,123).

Hemşirelik Girişimleri:

- Hastanın her yemekten önce ve sonra ağız bakımını yapmasını sağlamak,
- 4 saatte bir yumuşak diş fırçası ile dişleri fırçalamak ve mukostatin ve betadin ile gargara yapmak,
- Gerekli durumlarda 2 saatte bir sodyum bikarbonat ile ağız bakımı yapıp arkadan dudakları vazelinlemek,
- Ağız bakımında (temizliği) ranitidinli ve E vitaminli sıvılarla 4 saatte bir bakım önermek,

- Diş protezleri varsa ağız içine uygun olup olmadığını değerlendirmek, rahatsız etmesi halinde hastaya takılmaması gerektiğini söylemek (ağız içi yaraları artırır),
- Hastanın yeterli sıvı almasını sağlamak,
- Sıcak yiyeceklerden kaçınmak, yumuşak, protein ve vitamin yönünden zengin yiyecekler önermek (beslenme düzenine uygun et, süt, yumurta, meyve, sebze gibi),
- Asitli, tuzlu, baharatlı besinlerden kaçınmasını önermek,
- Çok çiğneme gerektiren yiyeceklerden (az pişmiş et, çiğ ya da yarı pişmiş sebzeler) kaçınmak,
- Alkol ve sigara kullanılmamasını sağlamak,
- Kadının ağız içinde kanaması varsa kanamayı önlemek ve durdurmak için ağzına küçük bir buz parçası alması konusunda öneride bulunmak,
- Ağız içi yaralardan dolayı kadının ağrısı varsa doktor önerisine göre ağız içi için kullanılan ağrı kesici spreyler kullanmak (119,121,123,125).

Mevcut/Olası Sorun: Kansızlık (anemi)

Ameliyat sonrası kan kaybına, var olan kansızlığın artmasına, yetersiz beslenmeye bağlı gelişir. KT gibi tedavilerden üç ay sonra da kansızlık (anemi) görülme ihtimali artmaktadır.

Amaç; kadınlarda kansızlığı erken belirlemek, gerekli önlemleri almak ve kansızlığa bağlı gelişecek komplikasyonları önlemektir.

Hemşirelik Girişimleri:

- Yorgunluk, baş dönmesi, titreme ya da hızlı solunum gibi anemi belirtilerini takip etmek ve hastaya öğretmek,
- Yorgunluğu önlemek,
- Hastanın yeterli beslenmesini sağlamak (et,süt, yeşil yapraklı sebze ve bunlarla birlikte portakal, limon, brokoli yemesini önermek),
- Kan ilaçlarını düzenli almasını sağlamak,
- Aşırı halsizliği ve solunum güçlüğü varsa, hastaya oksijen tedavisi yapmak,
- Kan değerleri çok düşükse kan vermek

- Sağlık kontrollerinde kan değerlerini kontrol etmek ve hastayı yönlendirmek (113,121,125,126).

Mevcut/Olası Sorun: Cinsel Yaşamda Değişim

Hastalığa ve uygulanan tedavilere (cerrahi, KT/RT) bağlı olarak hastaların cinsel yaşamlarında değişiklik meydana gelebilir.

Amac: Cinsel yaşamdaki değişimleri en aza indirmek ve değişimlere uyumu sağlamak.

Hemşirelik Girişimleri:

- Hastanın cinsel yaşamına ilişkin duygu ve düşüncelerini ifade etmesini sağlamak,
- Cerrahiye bağlı cinsel yaşamda erteleme (ameliyat sonrası 6 hafta cinsel ilişki ertelenir) konusunda hasta ve eşine bilgi vermek.
- Hasta ve eşinin; organ kaybına uyum sağlama ve baş etme durumunu değerlendirmek.
- Hasta ve eşine tedavi süresince cinsel açıdan hangi sorunlarla karşılaşabileceği (cinsel ilgi ve istekte azalma, vajinal kuruluk, cinse ilişkide ağrı gibi) konusunda bilgi vermek.
- Eşlerin bu dönemde desteğinin önemini vurgulamak (26,122,125,126).

EV ZİYARETİ 6. HAFTA

Bulantı-Kusma, İştahsızlık, Ağızda Yara, Sıvı-Elektrolit Dengesizliği, Beslenme Düzeninde Değişim, Ağrı, Hareketsizlik, İshal, Kabızlık, Yorgunluk, Uykusuzluk, Hastanın Beden İmajının Değişmesine Bağlı Benlik Kavramında Bozulma Olması gibi sorunlar gelişmektedir.

Mevcut/Olası Sorun: Saç Dökülmesi (Alopesi)

Kemoterapik ilaç ve radyoterapi dozuna bağlı saç, kaş, kirpik ve tüm vücut kıllarında kayıp yaşanır. Saç kökleri hızla büyüyen hücreler içerdiği için, kemoterapik ilaçlardan 2-4 hafta sonra dökülme başlar ve tedavi bittikten 4-6 hafta sonra saç tekrar çıkmaya başlamaktadır. Saç dökülmesi, beden görüntüsünde değişime neden olmasından dolayı hastalarda ciddi psikolojik sorunlara neden olabilmektedir.

Amaç; Kadının vücudundaki değişikliğe uyumunu sağlamak ve oluşabilecek sıkıntıları en aza indirmektir.

Hemşirelik Girişimleri:

- Hastaya tedavileri aldığı esnada saç kaybı olacağı, ancak tedavi bitiminden sonra yeniden çıkacağını açıklamak,
- KT uygulamaları esnasında saçlı deriye buz uygulamak (30dk bir 10 dk ara). Böylece saçlı derideki saç hücrelerine kan akımı azalacak, KT ilaç bölgeye daha az gidecek ve saç dökülmesi kısmen azalacaktır.
- Saçların çıkarken yapı ve renk yönünden farklılık olabileceğine ilişkin hastaya açıklama yapmak,
- Hastaları saçlı deriyi hoş gözüktürmek için şapka, eşarp, bone, peruk gibi değişik materyaller konusunda bilgilendirmek,
- Saç kayıplarını azaltmak için hastalara kemoterapiden önce saçlarını kısaltmalarını, sert boyalar kullanmamalarını önermek,
- Saçları temiz tutmak, yumuşak, geniş dilli fırçalarla fırçalanmak
- Kalan saçlar için sık şampuan uygulamamak,
- Saçları havlu arasında yumuşak hareketlerle kurutmak, saç kurutma makinesi, bigudi, saç spreyi, jöle kullanmamak
- Saç kaybı arttıkça, hastalara kalan saçlarını tamamen kestirmek konusunda öneride bulunmak,
- Saçın ve derideki kılların dökülmesi sonucunda kafa derisinin ve cildin şapka, bone gibi materyaller ile güneş, sıcak ve soğuktan korunmak,
- Kirpik ve kaş dökülmelerine yönelik hastaya göz kalemi, kaş kalemi, takma kirpik önermek ve uygulamasında yardım etmek,
- Hasta ve aile üyeleriyle beklenen fiziksel değişiklik hakkında duygu ve düşüncelerini paylaşmak ve destek olmak,
- Tedavi bitiminden 4 hafta sonra tekrar çıkacağını hastaya anlatmak,
- Saç ve tüylerin döküldüğü evrelerde derinin üzerindeki kuruluk, yanık gibi durumları izlemek,
- Saçın dökülme durumunun hasta ve ailesi açısından önemini belirlemek.

- Hasta açısından saça verilen değer ve döküldüğünde uyum açısından yapılacak uygulama planları geliştirmek(şapka, eşarp, bone gibi) (26,113,121,122,124,125,126).

Mevcut/Olası Sorun: Cinsel İstek Ve İlgide Azalma

Hastaların ameliyatta yumurtalıkların alınması ve KT bağlı kadınlık hormonlarındaki azalma cinsel ilgi ve isteğini azaltabilmektedir.

Amaç: Hastanın cinsel ilgi ve isteğinin eşlerin cinsel uyumunu sağlayacak düzeyde tutmak.

Hemşirelik Girişimleri:

- Hastaya cinsel istek ve ilgide azalmanın geçirilen operasyonlara ve tıbbi tedavilere bağlı gelişebileceği anlatmak,
- Eşlerin cinsel birliktelik dışında farklı cinsel temaslara yönelebileceklerini (dokunma, öpme gibi) anlatmak,
- Eşlerin cinsel ilgi ve isteği artırmak için daha fazla iletişime geçmeleri sağlamak ve birbirlerine olan yakınlıklarının devamını sağlamak,
- Hastanın geçmişteki güzel deneyimleri anımsaması sağlanarak cinsel ilgi ve isteğini artırmaya yönelik girişimlerde bulunmak,
- Bazı durumlarda ağrı, stres, korku cinsel ilgi ve isteği azaltabilir. Cinsel ilgi ve isteği azaltan durumlar saptanmak ve hasta ile çözüm yolları belirlemek (122,125,126).

Mevcut/Olası Sorun: Vajinal Kayganlıkta Azalma

Geçirilen ameliyata ve tedavilere bağlı olarak gelişir.

Amaç; Haznede kuruluğun önlenmesi kayganlığın sağlanması, vajinal enfeksiyonların gelişiminin önlenmesi ve sağlıklı cinsel yaşamın sürdürülmesi.

Hemşirelik Girişimleri:

- Hastalara hazneye uygulanan duştan kaçınmayı önermek (kuruluğu ve enfeksiyon riskini artırır).
- Haznenin sabunla yıkanmaması gerektiğini anlatmak.
- Hastalara haznede kuruluğun kaşıntı, enfeksiyon yapabileceğini anlatmak. Hastaya haznede kuruluğu önlemek için yağlı kayganlaştırıcılar kullanmalarını önermek,

- Özellikle cinsel ilişkiden önce bu yağların kullanılmasının cinsel ilişki sırasında ve sonrasında ağrıyı azaltacağını anlatmak (122,126).

Mevcut/Olası Sorun: Cinsel İlişki Sırasında Ve Sonrasında Ağrı

(Disparoni)

Amaç: Hastanın cinsel ilişki sırası ve sonrasında ağrısını azaltmak, önlemek ve bu durum nedeniyle eşler arasında gelişebilecek cinsel sorunları önlemektir.

Hemşirelik Girişimleri:

- Hastanın kansere yönelik aldığı cerrahi tedavilerin (uterusun alınması vajinal darlık-kısalığa, vulva cerrahisi vajinal darlığa neden olabilir, menopozda vajinal kayganlığın azalmasına bağlı gelişebilir) cinsel ilişkide ağrıya neden olabileceğini hastaya açıklamak,
- Hasta cerrahi menopoza girmişse (yumurtalıkları (overler) alınmışsa), haznedeki akıntılarında olan azalmaya bağlı kuruluk nedeniyle cinsel ilişkide ağrı yaşayabilir. Bunun için vajinal kayganlaştırıcılar ilişki öncesi önermek,
- Operasyonlar bağlı haznede darlık gelişmişse hastaya doktor önerisi ile hazneyi genişletici aletler kullanmasını önermek (böylece haznedeki darlığın yarattığı sıkıntılar azaltılabilir),
- Hasta ve eşine cinsel ilişki öncesi rahat, sakin bir ortamda rahat edebilecekleri bir pozisyon almalarını önermek,
- Zaman içerisinde cinsel ilişkide ağrının azalabileceği hasta ve eşine söylemek,
- Hastaya cinsel ilişkide ağrının olması durumunun cinsel fonksiyonları engelleyemeyeceği konusunda bilgi vermek,
- Eşle birlikte sıkıntının paylaşılmasını önermek,
- Cinsel ilişkinin eşler açısından istenilen zaman aralığında gerçekleşmesini önermek (26,119,122,126).

EV ZİYARETİ 12. HAFTA

Hastanın Beden İmajının Değişmesine Bağlı Benlik Kavramında Bozulma Olması, Nedeni Belli Olmayan İç Sıkıntı, Cinsel İstek ve İlgide Azalma, Haznedeki Kayganlıkta Azalma, Disparoni gibi sorunlar gelişmektedir.

EK-8. EVDE BAKIM HİZMETİ İÇİN REHBER FORM
(4,7,10,13,14,21,22,30,38,98,100):

Ülkemizde oldukça yaygın görülen jinekolojik kanserlerin kadın sağlığı üzerinde diğer organ kanserlerinde yaşanan sorunların yanı sıra beden imajı, cinsel kimlik ve üreme yeteneği ile ilgili birey ve ailesinin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen sağlık sorunlarının ortaya çıkması hemşirenin bu alanda rol ve sorumlulukları artırmaktır. Hemşire; jinekolojik kanserli hastalarda bakım verici, eğitmen, danışman, planlayıcı ve araştırmacı görevlerini yerine getirmektedir. Özellikle hemşire, jinekolojik kanserli hastalara hastanede ve evde bakım hizmeti verirken hasta ve diğer ekip üyeleri arasında liazon görevi yapmaktadır.

Jinekolojik kanserli hastalar, hastalığın her aşamasında farklı tanı-tedavi yöntemleri ve bunlara bağlı çeşitli sorunlarla karşılaşabilmektedirler. Ayrıca hastalar hastane tedavisi sonrası evde de hastalık ve tedavilere bağlı sorunlar yaşayabilmektedir. Jinekolojik kanserli hastaların hemşirelik bakım hizmeti alma, bilgi alma, psikolojik destek ve danışmanlık gereksinimleri buldukları aşamalara (evde ya da hastanede) bağlı olarak değişmektedir. Jinekolojik kanserli hastaların gereksinimleri, gereksinimlerindeki değişiklikler, sorunlar, çözüm önerileri ve evde bakım ihtiyacını değerlendirecek, bakım hizmeti verecek, bilgi, destek ve danışmanlık sağlayacak en önemli sağlık personeli hemşiredir. Çünkü jinekolojik kanserli hastalar hastalık tanı-tedavi ve kontrollerinin devam ettiği süreç boyunca diğer sağlık personeli içersinde en fazla hemşire ile bir arada bulunmaktadır. Hastaların tanı-tedavi işlemleri esnasında işlemlere yönelik bilgi veren, işlemler esnasında hastanın yanında olan, işlemler sonrası bakım veren, hastalıkta kullanılan ilaçların nasıl kullanılacağını anlatan, taburculuk sonrası evde günlük yaşamını nasıl devam ettirmesi gerektiğini anlatan, evde sorunlarla karşılaştığında neler yapması gerektiğini söyleyen, gerekli hallerde evde bakım hizmeti veren yeğane kişi hemşiredir.

Bu açıdan hemşirenin mesleki bilgi ve beceri ile hasta ilişkileri yönünden donanımlı olması gerekmektedir. Hemşire, bakım, eğitim ve danışmanlık gibi mesleki rollerini profesyonelce yerine getirmelidir. Hemşire hastalık sürecinin her aşamasında hastaların duygu ve düşüncelerini değerlendirilmesi önemlidir.

Hemşirenin hastalarla ilk görüşmeden itibaren bakım, eğitim ve danışmanlık rollerini üstlenmesi gerekmektedir.

Hemşirenin bu rollerini sürecin her aşamasına yönelik gruplandırarak olursak;

1.BİRİNCİ GÖRÜŞME (Hastaneye Yatış Sonrası)

A-Pre-Operatif Dönem

- a. Hastane ortamında hasta ve aile ile tanışılıp, olumlu bir iletişim ortamı sağlamak.
- b. Hasta ile iletişimin sürekliliği için araştırmacı tarafından, hastaya telefon numarasını vermek, hastadan telefon numarası ve ev ziyaretleri için ev adresini öğrenmek.
- c. Hastanın kapsamlı sağlık hikayesi, hastalık ve tedavi durumu hakkında hasta, ailesi ve hastane kayıtlarından güvenli bilgi almak.
- d. Hastanede müdahale grubundaki hastalara hemşirelik bakım planı hazırlamak ve bakım planını uygulamak.
- e. Hastaya hastalık, hastalığa yönelik tanı ve tedavi yöntemleri hakkında bilgi vermek
- f. Hastalığa özel kan testleri, ultrasonografi hakkında bilgi vermek
- g. Hastaya uygulanacak cerrahi operasyon hakkında bilgi vermek (preoperatif hazırlık- bakım, postoperatif bakım).

B-Post-Operatif Dönem

- a. Hastanın operasyon sonrası bakımını hazırlanan bakım planına göre sağlamak (yaşam bulgularının kontrolü, kanama,insizyon bölgesi kontrolü, hareket, sıvı-elektrolit dengesinin kontrolü, idrar çıkarımı gibi)
- b. Hastalığa özel uygulanan tedavilerden (kemoterapi, radyoterapi, cerrahi gibi) sonra günlük yaşamda uygulaması gereken aktivitelere yönelik öneriler (beslenme, hareket, uyku, dinlenme, beden temizliği gibi), gelişebilecek sorunlar (bulantı-kusma, ağızda yara, kanama, ishal, anksiyete, beden algısında değişim gibi) ve çözüm önerileri konusunda bilgi vermek.
- c. Hastalıkta kullanılacak ilaçlar (kemoterapik ilaçlar, ağrı kesiciler, antibiyotikler gibi) ve kullanımı hakkında bilgi vermek

- d. Beslenme programı ve günlük aktiviteleri hakkında bilgi vermek.
- e. Taburculuk eğitimi planlama ve taburculuk eğitimine başlamak (Hastaya hastaneye yatışından 2 gün sonra durumu değerlendirilerek)
- f. Hastanede hastalara (müdahale-kontrol grubu) hasta değerlendirme formları, ölçek ve skalalar tam olarak uygulamak
- g. Görüşme sonrası değerlendirme notları oluşturmak. Ekip ile hasta tedavi ve bakımı konusunda işbirliği sağlamak
- h. Hasta taburcu olmadan önce evde bakım açısından engelleri var mı değerlendirmek (telefonun olmaması gibi)

B.1. Taburculuk Eğitimi

1. Pelvik muayene, pap-test kontrolleri ilk 2 yıl için 2 ayda, üçüncü yılda 4 ayda, dördüncü yılda 6 ayda bir yaptırılmalıdır,
2. Her 6 ayda göğüs röntgeni çektilir, doktor tarafından değerlendirilmelidir,
3. İlk 2 yılla 6 ayda bir IVP ile böbrek fonksiyonları değerlendirilmelidir,
4. Hastaya önce üreme sistemine yönelik yapılan operasyonun ne olduğu (histerektomi gibi), niçin ve nasıl yapıldığı, onun için yararları ve zorlukları anlayacağı bir dille görsel materyallerle anlatılmalıdır.
5. Üreme organlarında kayıp yaşamasına rağmen halen kadın olduğu güvencesi verilmelidir. Duygu ve düşüncelerini ifade etmesi sağlanmalıdır.
6. Operasyonda overleri de kapsayan bir cerrahi işlem yapıldı ise menopoza gireceği hastaya söylenmelidir.
7. Menopozla birlikte vajende kuruluk yaşayacağı, cinsel ilişkide ağrısının olabileceği, vajinal uyarılma durumunun azalabileceği söylenmelidir.
8. Vajinal kuruluğu önlemek, cinsel ilişkide ağrıyı azaltmak için likid yağlar kullanabileceği söylenir.
9. Eve çıktığında sakıncası yoksa günlük 6-8 bardak su içmesi gerektiği ve ona uygun verilen beslenme programına uyması gerektiği söylenir.
10. Uzun süre oturur pozisyonda kalmaktan sakınması gerektiği önerilir (tromboembolizm riski)
11. 2 ay boyunca elektrikli süpürge kullanmak, çamaşır asmak, ağır kaldırmak gibi karın bölgesinin zorlanmasına neden olacak işlerden kaçınması gerektiği vurgulanır.

12. Eve çıkışın ilk haftasında halsizlik, yorgunluk, sinirlilik, ağlama nöbetleri olabilir ancak bu durum zamanla geçecektir.
13. Cinsel ilişkiye 6-8 hafta sonra başlanmalıdır. Çünkü, erken cinsel ilişki vajinal bölgede insizyon alanlarının zedelenmesine ve kanamaya neden olur. Histerektomi (rahim, rahim ağzı, yumurtalıkların alınması) cinsel ilişkinizi etkilemez.
14. Geçirmiş olduğunuz cerrahi operasyon sonrası menapozu girmişseniz sıcak basması, terleme, kalp hızında artma, vajinal sorunlar (vajinal kuruluk, disparoni gibi) yaşayabilirsiniz.
15. Banyonuz dikişlerin alınmasından sonra olmalıdır ve duş şeklinde ayakta yapmanız daha uygundur.
16. Ateşiniz 38 C, fazla vajinal kanama, kötü kokulu akıntınız, kasıkta şişlik, sık ve ağrılı idrar olduğunda mutlaka doktor/hemşirenize danışınız.
17. Ameliyat sonrası mutlaka varis çoraplarınızı giyiniz.
18. Uzun süre oturmak, ayakta durmak, bacak bacak üstüne atmak, karın kaslarını zorlamak (ağır kaldırma, uzak yere uzanma, kabız kalma gibi), sıkın giyeceklerden sakınınız. Aralıklı otururken bacaklarınızı yükseltiniz.
19. Alt bölgenizi her zaman temiz ve kuru tutunuz. Yumuşak bir sabun ve su ile yıkayınız kurulayınız ve pamuklu sıkmayan bir külot giyiniz ve günlük mutlaka değiştiriniz.
20. İyileşmenizi hızlandırmak için size önerilen beslenme programı ve ilaçları düzenli bir şekilde uygulayınız.
21. Asla kabız kalmayınız. Önerilen miktarda sıvı ve sebze-meyve içerikli bir beslenme ve hafif hareketler kabız kalmanızı önler.
22. Düzenli aralıklarla gün içersinde dinleniniz.

TABURCULUK SONRASI EV ZİYARETLERİ

1. İKİNCİ GÖRÜŞME (1. Hafta Ev Ziyareti)

- a. Ev ortamında hemşire, hasta ve aile arasında açık, dürüst, güvenilir bir iletişim başlatmak

- b. Hemşire; bakım, eğitim ve danışmanlık açısından ulaşılabilir, bakım konusunda hastaya zaman ayırıcı, hasta ile beraber bakımı planlayıcı, uygulayıcı nitelikte olmak
- c. Evde bakım hizmetine hasta ve ailesinin katılımını sağlamak
- d. Hastada tedavi sonrası gelişebilecek fiziksel (ağrı, bulantı-kusma, iştahsızlık, ağızda yara, kanamaya yatkınlık, insizyon bölgesinde açılma ya da enfeksiyon, yorgunluk, uykusuzluk, hijyende yetersizlik gibi), sosyal (aile içi rollerde değişim gibi) ve psikolojik (beden imajında değişime bağlı benlik saygısında azalma, cinsel yaşamda değişim, anksiyete gibi) sorunların belirlenmesi
- e. Gelişebilecek sorunlara yönelik hasta katılımlı bakım hizmeti ve çözüm yollarının belirlenmesi
- f. Hastaya hastalığa yönelik, günlük yaşam aktivitelerine yönelik ihtiyaç duyduğu konularda eğitimlerin verilmesi (üreme organları, hangi üreme organına yönelik operasyon gerçekleştiği, operasyon geçirilen üreme organının fonksiyonu, operasyon sonrası yapılması gerekenler, sağlık kontrolleri, beslenme, ağrı ile baş etme gibi)
- g. Kullanılan ilaçların kullanım amacı, etki ve yan etkileri, kullanım şekli, düzenli kullanımın önemi, ilaç kullanma süreleri ve dozunun açıklanması
- h. Hastanın hastalık ve tedavilerle ilgili endişe ve sorularının paylaşılması
- i. Hastanın hastalık, tanı, tedavi ve bakım süreci içerisindeki destek sistemlerinin belirlenmesi ve geliştirilmesi
- j. Evde hastalara (müdahale-kontrol grubu) hasta değerlendirme formları, ölçek ve skalalar tam olarak uygulanması
- k. Görüşme sonrası değerlendirme notları oluşturulacak. Gerekli hallerde (yeniden beslenmenin düzenlenmesi, hareketin sağlanması, hareket kısıtlılıkları gibi durumlarda) diğer sağlık personellerinden (diyetisyen, fizyoterapist) hasta tedavi ve bakımı konusunda işbirliği sağlamak.
- l. Bir sonraki görüşme için gerekli planlamalar yapmak(gelişebilecek potansiyel sorunlara yönelik bakım hizmeti, eğitim ve danışmanlık)

2. ÜÇÜNCÜ GÖRÜŞME (2. Hafta 1. Telefon Görüşmesi)

- a. Hastanın sağlık açısından kendini algılama durumunu belirlemek.

- b. Evde birinci haftada uygulanan bakımın değerlendirilmesi. Değerlendirmede sorun devam ediyorsa farklı alternatif çözüm önerilerinin sunulması.
- c. Bu esnada farklı sorunlar var ise tespit etmek ve gerekli yönlendirmelerde bulunmak.
- d. Görüşme sonrası değerlendirme notları oluşturmak.

3.DÖRDÜNCÜ GÖRÜŞME (3. Hafta 2. Telefon Görüşmesi)

- a. Hastanın sağlık açısından kendini algılama durumunu belirlemek.
- b. Telefonla ikinci haftada uygulanan bakımın değerlendirilmesi. Değerlendirmede sorun devam ediyorsa farklı alternatif çözüm önerilerinin sunulması.
- c. Görüşme sonrası değerlendirme notları oluşturmak.

4.BEŞİNCİ GÖRÜŞME (6. Hafta Ev Ziyareti)

- a. Önceki görüşmede var olan ve devam eden soruna yönelik ya da potansiyel sorunlara yönelik bakım planı kapsamında hizmet vermek
- b. Potansiyel gelişebilecek sorunları belirlemek ve sorunlara yönelik önlemler almak (distansiyon, ödem, malnütrisyon, sosyal iletişimde bozulma, yetersiz baş etme, beden imajında bozulma gibi)
- c. Hasta ihtiyacına göre eğitim vermek (sağlık kontrolleri, tedavide kullanılan ilaçların etki yan etkileri, hijyen, beslenme, hareket, gelecekle ilgili duygu ve düşünceler, cinsellikle ilgili eğitim, danışmanlık alabileceği sağlık kuruluşları)
- d. Kan değerleri, USG değerlendirilmesi
- e. Hastalığın birey ve aile için önemi
- f. Hastalığın tedaviye yanıtının hasta ile tartışılması
- g. Hastanın kemoterapi, radyoterapi tedavileri esnasında ve sonrasındaki yaşadıkları sorunları belirlenmek (saç dökülmesi, ağızda yara, enfeksiyon riski, anemi, kanamaya yatkınlık, bulantı, yorgunluk, günlük işlevleri yerine getirememe, sosyal çekilme, ölüm korkusu, beden saygısında azalma gibi) ve uygun bakım vermek
- h. Hastanın cinsellikle ve kadınlıkla ilgili duygu ve düşüncelerini paylaşmak

- i. Cinsellikle ilgili korku ve endişelerini dile getirmesi için cesaretlendirmek
- j. Cinsel yaşam başlamış ise cinsellikle ilgili yaşayabileceği sağlık sorunlarını belirlemek
- k. Cinsellikle ilgili sorunlara yönelik hasta ile birlikte bakım hizmeti ve çözüm yolları belirlemek. Gerekli danışmanlıklar için hastayı sağlık kuruluşlarına yönlendirmek
- l. Hastanın ihtiyacına göre cinsellikle ilgili eğitim vermek
- m. Görüşme sonrası değerlendirme notları oluşturmak.

5.ALTINCI GÖRÜŞME (12. Hafta Ev Ziyareti)

- a. Önceki görüşmede planlanan hastaya uygun eğitimleri vermek,
- b. Sorunlara yönelik bakım planını uygulamak
- c. Olası ya da var olan cinsel sorunları belirlemek
- d. Cinsel sorunlara yönelik bakım, eğitim ve danışmanlık yapmak
- e. Cinsel sorunlara yönelik gerekli hallerde danışmanlık için sağlık kuruluşlarına yönlendirme yapmak
- f. Görüşme sonrası değerlendirme notları oluşturmak
- g. Görüşmelerin etkinliğini değerlendirmek

**JİNEKOLOJİK KANSERLİ HASTALARDA EVDE BAKIM HİZMETİNİN
HASTA İLE GÖRÜŞME SKALASI**

<u>MÜDAHALE GRUBU</u>	<u>KONTROL GRUBU</u>
<p><u>1. Görüşme (Pre-Op)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta ile tanışma ve iletişim kurma • Hastanın hastalığa yönelik hikayesi • Üreme sistemi ve hastalığa (serviks, endometrium ve over kanserine) yönelik tanı-tedavi hakkında eğitim ve danışmanlık <p><u>Post-Op (1-5.Gün)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Operasyon sonrası uygulanılacak hemşirelik bakım planının hazırlanması ve uygulanması • Tedavilere bağlı yan etkilere yönelik bakımın verilmesi, eğitim ve danışmanlık • Günlük beslenme ve aktivitelere yönelik bilgilendirme • Taburculuk sonrası eğitimi (günlük yaşam aktiviteleri, beslenme, ilaçlar, karşılaşılabilecek sorunlar ve çözümüne yönelik eğitim) • Ev ziyaretine yönelik hazırlık (engellerin olup olmaması gibi) <p><u>Kullanılacak Formlar</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Veri toplama (Görüşme)formu • Yaşam kalitesi ölçeği/Kanser hastası • Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği 	<p><u>1.Görüşme (Pre-Op)</u></p> <p>Hasta ile tanışma ve iletişim kurma</p> <p>Hastanın hastalığa yönelik hikayesi</p> <p><u>Post-Op (1-5.Gün)</u></p> <p>Hastane Rutinleri İzlenecek (Hastada Komplikasyon Gelişme Durumu, Taburculuk Süresi Dosyadan Takip Edilecek)</p> <p><u>Kullanılacak Formlar</u></p> <p>Veri toplama (Görüşme)formu</p> <p>Yaşam kalitesi ölçeği/Kanser hastası</p> <p>Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği</p>
<p><u>2.Görüşme (1. Hafta Ev ziyareti)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Bireysel evde bakım planı ile gelişen 	<p><u>2.Görüşme (1. Hafta Ev ziyareti)</u></p> <p><u>Kullanılacak Formlar</u></p>

<p>sorunlara (ağrı, yara iyileşmesi, hareket, beslenme, korku gibi) yönelik bakım ve eğitim</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hastalık ve tedavilere yönelik eğitim ve danışmanlık • Hastalık nedeniyle evde olmanın verdiği endişe ve korkunun paylaşılması • İlaç kullanımına yönelik eğitim • Destek faktörlerin belirlenmesi • Bir sonraki görüşme planı <p><u>Kullanılacak Formlar</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ev ziyaret izlem formu • Yaşam kalitesi ölçeği/Kanser hastası • Görsel Analog Skala 	<p>Ev ziyaret izlem formu</p> <p>Yaşam kalitesi ölçeği/Kanser hastası</p> <p>Görsel Analog Skala</p>
<p><u>3.Telefon Görüşmesi (T.S 2. Hafta)</u></p> <p>1. hafta verilen bakımın değerlendirilmesi ve danışmanlık</p> <p><u>4.Telefon Görüşmesi (T.S 3. Hafta)</u></p> <p>1.hafta verilen bakımın değerlendirilmesi ve danışmanlık</p>	
<p><u>5.Görüşme (6. Hafta Ev ziyareti)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Bireysel evde bakım planı ile gelişen sorunlara yönelik bakım ve eğitim • Cinsellik ve kadınlıkla ilgili korkuların paylaşılması • Cinsel yaşam ile ilgili endişelerin paylaşılması • Cinsel sorunların belirlenmesi <p><u>Kullanılacak Formlar</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ev ziyaret izlem formu 	

<ul style="list-style-type: none"> • Yaşam kalitesi ölçeği/Kanser hastası • Görsel Analog Skala 	
<p><u>6.Görüşme (12. Hafta Ev ziyareti)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Bireysel Evde Bakım Planı ile gelişen sorunlara yönelik bakım ve eğitim • Cinsel sorunların belirlenmesi • Cinsel sorunlara yönelik çözüm önerileri • Cinsel sorunlara yönelik danışmanlığa yönlendirme <p><u>Kullanılacak Formlar</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ev Ziyaret İzlem Formu • Yaşam Kalitesi Ölçeği/Kanser Hastası • Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği • Görsel Analog Skala 	<p><u>3.Görüşme (12. Hafta Ev ziyareti)</u></p> <p><u>Kullanılacak Formlar</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ev ziyaret izlem formu • Yaşam kalitesi ölçeği/Kanser hastası • Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği • Görsel Analog Skala

PRE-OPERATİF/POST-OPERATİF DANIŞMANLIK HİZMETİNİN
ÖĞRETİM PLANI

KONULAR	YÖNTEM
<p>1. Servis Rutinleri</p> <ul style="list-style-type: none"> Yemek saatleri Ziyaret gün ve saatleri Refakatçi kalma koşulları 	Anlatma
<p>2.Ameliyat Öncesi Uygulanan Servis Rutinleri</p> <ul style="list-style-type: none"> Kan ve idrar testleri Akciğer filmi EKG Pap-test Endometrial biyopsi Ultrasonografi Yaşam bulguları 	Anlatma

<p>Hemşire öykü formu</p> <p>Anestezi muayenesi</p> <p>3.Kadın Üreme Organlarının Vücutta Bulunma Yerleri Ve Görevleri, Kadın kanserleri</p> <p>Dış üreme organlarının vücutta bulunduğu yerler</p> <p>İç üreme organlarının vücutta bulunduğu yerler</p> <p>İç üreme organlarının görevleri</p> <p>Kanser tanımı</p> <p>Kadın kanserleri tanımı (over, serviks endometrium)</p> <p>Risk faktörleri</p> <p>Korunma yolları</p> <p>Tedavi ve sağlık kontrolleri</p> <p>Evde bakım</p> <p>4.Histerektomi, Kemoterapi/Radyoterapi</p> <p>Histerektomi tanımı</p> <p>Histerektomi endikasyonları</p> <p>Histerektomi tipi/tipleri</p> <p>Histerektomi yolları</p> <p>Kemoterapi/Radyoterapi tanımı</p> <p>Kemoterapi/Radyoterapi endikasyonları</p> <p>Kemoterapi/Radyoterapi etki ve yan etkileri</p> <p>Kemoterapi/Radyoterapi uygulama yolları</p> <p>5.Histerektomi, Kemoterapi/Radyoterapi Sonrası Görülebilecek Sorunlar</p> <p>Ağrı</p> <p>Ateş</p> <p>Bulantı</p>	<p>Görsel Materyal (broşür)</p> <p>Anlatma</p> <p>Görsel Materyal</p> <p>Anlatma</p> <p>Görsel Materyal</p> <p>Anlatma</p> <p>Demonstrasyon</p> <p>Anlatma</p>
--	--

<p>Kabızlık</p> <p>Sıvı kaybı</p> <p>Enfeksiyon (idrar yolu, yara yeri, genel gibi)</p> <p>Solunum fonksiyonlarında bozulma</p> <p>Saç dökülmesi</p> <p>Ağızda yara</p> <p>Nedeni belirsiz iç sıkıntısı</p> <p>Sinirlilik</p> <p>Kadınlığı kaybı korkusu</p> <p>Bedenen çirkinlik hissi</p> <p>Cinsel yaşamda değişim</p> <p>Cinsel ilgi ve istekte azalma</p> <p>6.Ameliyattan önceki gün ve ameliyat sabahı yapılacak uygulamalar</p> <p>Gece ağızdan yiyecek ve içecek yasağı</p> <p>Ameliyat bölgesinin traşı</p> <p>Banyo</p> <p>Lavman</p> <p>Uyku</p> <p>Ameliyat önlüğünün giydirilmesi</p> <p>Damar yolu açma</p> <p>Ameliyat öncesi ilaçları yapma (premedikasyon)</p> <p>7.Ameliyat sonrası yapılacak uygulamalar</p> <p>Derin solunum egzersizi</p> <p>Öksürük egzersizi</p> <p>Yatak içi dönme hareketleri</p> <p>Mobilizasyon</p> <p>Ağızdan beslenme</p> <p>Yara bakımı</p> <p>Perine ve sonda bakımı</p>	<p>Anlatma</p> <p>Demonstrasyon</p> <p>Anlatma</p> <p>Anlatma</p> <p>Demonstrasyon</p>
--	--

TABURCULUK ÖNCESİ HİZMET ÖĞRETİM PLANI

KONULAR	YÖNTEM
1.Taburculuk Sonrası Günlük Yaşam Aktiviteleri Beslenme Banyo Uyku Ev işleri Dinlenme ve oturma Perine hijyeni Kegel egzersizleri Seyahat Araba kullanma İş yaşamına başlama Sağlık kontrollerine gelme Cinsel ilişkiye başlama	Anlatma Demonstrasyon Görsel materyal Görsel materyal Anlatma
2.Doktora başvurması gereken durumlar Ateş Ağrı Vajinal kanama Pis kokulu vajinal akıntı İnsizyon bölgesinde iyileşmede gecikme ve açılma	Görsel materyal Anlatma
3.İyileşme Sürecinde Karşılaşılabilecek Sorunlar ve Çözümüne Yönelik Uygulamalar <u>Fiziksel sorunlar</u> Alopesi (Saç dökülmesi) Deri bütünlüğünde bozulma Ağız yaraları Bulantı-kusma Yorgunluk	

<p>Uykusuzluk Kilo kaybı Kanama Anemi İştahsızlık Yutma güçlüğü Enfeksiyon Ödem İdrar kaçırma Ateş basması Terleme Kabızlık Güç kaybı (kol ve bacak)</p> <p><u>Psikolojik sorunlar</u></p> <p>Korku Sinirlilik Nedeni belli olmayan içsıkıntı Konsantrasyonda azalma Mutsuzluk Çaresizlik Değersizlik Ümitsizlik</p> <p><u>Sosyal sorunlar</u></p> <p>Kadın olarak hissetmeme Çekicilik kaybı Çirkin hissetme Bedene güvenin azalması Benlik saygısında azalma Eş tarafından beğenilmeme hissi Terk edilme Eşler arası çatışma</p>	<p>Görsel materyal Anlatma</p>
--	-------------------------------------

Aktivitelerde çevreden yardım alma Dışlanma hissi <u>Cinsel sorunlar</u> Cinsel ilgi ve istekte azalma Cinsel yakınlıktan kaçınma Vajinal kuruluk Vajinal duyarsızlık Disparoni Düzenli Cinsel Yaşam	
--	--

EV ZİYARETİ HİZMETİNİN ÖĞRETİM PLANI

KONULAR	YÖNTEM
<u>1.HAFTA EV ZİYARETİ</u> 1.Yara iyileşme durumu 2.Ağrı 3.Hareket durumu 4.Beslenme 5. Sağlık kontrolleri 6.İyileşme Sürecinde Karşılaşılabilecek Sorunlar ve Çözümüne Yönelik Uygulamalar <u>Fiziksel sorunlar</u> Deri bütünlüğünde bozulma Ağız yaraları Bulantı-kusma Yorgunluk Uykusuzluk Kilo kaybı Distansiyon Kanama	Anlatma Görsel materyal Anlatma Görsel materyal

<p>Anemi İştahsızlık Yutma güçlüğü Enfeksiyon Ödem İdrar kaçırma Ateş basması Terleme Kabızlık Güç kaybı (kol ve bacak)</p> <p><u>Psikolojik sorunlar</u></p> <p>Korku Sinirlilik Nedeni belli olmayan içsıkıntı Konsantrasyonda azalma Mutsuzluk Çaresizlik Değersizlik Ümitsizlik Başetmede yetersizlik</p> <p>7.Kadın Üreme Organlarının Vücutta Bulunma Yerleri Ve Görevleri, Kadın kanseri</p> <p>Dış üreme organlarının vücutta bulunduğu yerler İç üreme organlarının vücutta bulunduğu yerler İç üreme organlarının görevleri Kanser tanımı Kadın kanserleri tanımı (over, serviks, endometrium)</p>	<p>Anlatma Görsel materyal</p>
--	-------------------------------------

<p>Risk faktörleri Korunma yolları Tedavi ve sağlık kontrolleri Evde bakım</p> <p>8.Histerektomi, Kemoterapi/Radyoterapi</p> <p>Histerektomi tanımı Histerektomi endikasyonları Histerektomi tipi/tipleri Histerektomi yolları Kemoterapi/Radyoterapi tanımı Kemoterapi/Radyoterapi endikasyonları Kemoterapi/Radyoterapi etki ve yan etkileri Kemoterapi/Radyoterapi uygulama yolları</p> <p>9.İlaç kullanımı</p> <p><u>6.HAFTA EV ZİYARETİ</u></p> <p>1.Kan testleri 2.Ultrasonografi 3.İyileşme Sürecinde Karşılaşılabilecek Sorunlar ve Çözümüne Yönelik Uygulamalar</p> <p><u>Fiziksel sorunlar</u></p> <p>Alopesi Deri bütünlüğünde bozulma Ağız yaraları Bulantı-kusma Yorgunluk Uykusuzluk Kilo kaybı</p>	<p>Anlatma Görsel materyal</p> <p>Anlatma Görsel materyal</p> <p>Anlatma Görsel materyal</p>
--	--

<p>Distansiyon</p> <p>Kanama</p> <p>Anemi</p> <p>İştahsızlık</p> <p>Yutma güçlüğü</p> <p>Enfeksiyon</p> <p>Ödem</p> <p>İdrar kaçırma</p> <p>Ateş basması</p> <p>Terleme</p> <p>Kabızlık</p> <p>Güç kaybı (kol ve bacak)</p> <p><u>Psikolojik sorunlar</u></p> <p>Korku</p> <p>Sinirlilik</p> <p>Nedeni belli olmayan içsıkıntı</p> <p>Konsantrasyonda azalma</p> <p>Mutsuzluk</p> <p>Çaresizlik</p> <p>Değersizlik</p> <p>Ümitsizlik</p> <p>Başetmede yetersizlik</p> <p><u>Sosyal sorunlar</u></p> <p>Kadın olarak hissetmeme</p> <p>Çekicilik kaybı</p> <p>Çirkin hissetme</p> <p>Bedene güvenin azalması</p> <p>Benlik saygısında azalma</p> <p>Eş tarafından beğenilmeme hissi</p> <p>Terk edilme</p> <p>Eşler arası çatışma</p>	<p>Anlatma</p> <p>Görsel materyal</p>
--	---------------------------------------

<p>Aktivitelerde çevreden yardım alma</p> <p>Dışlanma hissi</p> <p>4.Cinsel sorunların belirlenmesi ve Çözüm önerileri</p> <p><u>Cinsel sorunlar</u></p> <p>Cinsel ilgi ve istekte azalma</p> <p>Cinsel yakınlıktan kaçınma</p> <p>Vajinal kuruluk</p> <p>Vajinal duyarsızlık</p> <p>Disparoni</p> <p>Düzenli Cinsel Yaşama</p> <p><u>12.HAFTA EV ZİYARETİ</u></p> <p>1.İyileşme Sürecinde Karşılaşılabilecek Sorunlar ve Çözümüne Yönelik Uygulamalar</p> <p>Fiziksel sorunlar</p> <p>Psikolojik sorunlar</p> <p>Sosyal sorunlar</p> <p><u>Cinsel sorunları belirleme ve çözüm önerileri</u></p> <p>Cinsel ilgi ve istekte azalma</p> <p>Cinsel yakınlıktan kaçınma</p> <p>Vajinal kuruluk</p> <p>Vajinal duyarsızlık</p> <p>Disparoni</p> <p>Düzenli Cinsel Yaşam</p> <p>Cinsel danışmanlığa yönlendirme</p>	<p>Anlatma</p> <p>Görsel materyal</p> <p>Anlatma</p> <p>Görsel materyal</p>
--	---

EK-9. İZİN BELGELERİ

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
DR. ZEKAİ TAHİR BURAK KADIN SAĞLIĞI
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞTABIPLIĞI



Karar No:37
Konu: Çalışma Başvurusu

28/11/2011

EĞİTİM PLANLAMA KOORDİNASYON KURULU KARARI

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Doktora öğrencisi Demet AKTAŞ'ın "Jinekolojik Kanserli Hastalarda Evde Bakım Hizmetinin Yaşam Kalitesine Etkisi" konulu tez çalışmasını hastanemiz Onkoloji Kliniği'nde yapması, Hastanemiz Eğitim Planlama Koordinasyon Kurulu tarafından kabul edilmiştir.

Doç.Dr.Cavidan GÜLERMAN
Eğitim Görevlisi/EPKK Üyesi

Doç.Dr.Nuri DANIŞMAN
Eğitim Görevlisi/EPKK Üyesi

Doç.Dr.Gülnur ÖZAKŞİT
Eğitim Görevlisi/EPKK Üyesi

Op.Dr.Leyla MOLLAMAHMUTOĞLU
EPKK Başkanı/Başhekim

EK-10. İZİN BELGELERİ
FATİH ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı

SAYI : B 30 2 FTH 0 20 00 00/ 334

07.02.2012

KONU : Klinik Araştırmalar Etik Kurul Kararı

SAYIN DOÇ. DR. FÜSUN TERZİOĞLU

Fakültemiz Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun 02.02.2012 tarih ve 04 sayılı toplantısında sunulan **“Jinekolojik Kanserli Hastalarda Evde Bakım Hizmetinin Yaşam Kalitesine Etkisi”** başlıklı araştırma projesi öneriniz incelenmiş ve etik ilkelere uygun olduğuna oybirliğiyle karar verilmiştir.

Konu hakkında bilgilerinizi rica eder, çalışmalarınızda başarılar dilerim.

Prof. Dr. Şenol DANE
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

EK-11. ARAŞTIRMANIN POWER ANALİZİ

Two-Sample T-Test Power Analysis

Numeric Results for Two-Sample T-Test

Null Hypothesis: Mean1=Mean2. Alternative Hypothesis: Mean1<>Mean2

	Allocation								
Power	N1	N2	Ratio	Alpha	Beta	Mean1	Mean2	S1	S2
0,95059	35	35	1,000	0,05000	0,04941	6,7	8,1	1,3	1,8
0,96544	35	40	1,143	0,05000	0,03456	6,7	8,1	1,3	1,8
0,97518	35	45	1,286	0,05000	0,02482	6,7	8,1	1,3	1,8
0,98172	35	50	1,429	0,05000	0,01828	6,7	8,1	1,3	1,8
0,98624	35	55	1,571	0,05000	0,01376	6,7	8,1	1,3	1,8
0,98943	35	60	1,714	0,05000	0,01057	6,7	8,1	1,3	1,8
0,99173	35	65	1,857	0,05000	0,00827	6,7	8,1	1,3	1,8
0,99342	35	70	2,000	0,05000	0,00658	6,7	8,1	1,3	1,8
0,95800	40	35	0,875	0,05000	0,04200	6,7	8,1	1,3	1,8
0,97177	40	40	1,000	0,05000	0,02823	6,7	8,1	1,3	1,8
0,98052	40	45	1,125	0,05000	0,01948	6,7	8,1	1,3	1,8
0,98622	40	50	1,250	0,05000	0,01378	6,7	8,1	1,3	1,8
0,99003	40	55	1,375	0,05000	0,00997	6,7	8,1	1,3	1,8
0,99263	40	60	1,500	0,05000	0,00737	6,7	8,1	1,3	1,8
0,99445	40	65	1,625	0,05000	0,00555	6,7	8,1	1,3	1,8
0,99575	40	70	1,750	0,05000	0,00425	6,7	8,1	1,3	1,8
0,96335	45	35	0,778	0,05000	0,03665	6,7	8,1	1,3	1,8
0,97620	45	40	0,889	0,05000	0,02380	6,7	8,1	1,3	1,8
0,98415	45	45	1,000	0,05000	0,01585	6,7	8,1	1,3	1,8
0,98919	45	50	1,111	0,05000	0,01081	6,7	8,1	1,3	1,8
0,99246	45	55	1,222	0,05000	0,00754	6,7	8,1	1,3	1,8
0,99462	45	60	1,333	0,05000	0,00538	6,7	8,1	1,3	1,8
0,99609	45	65	1,444	0,05000	0,00391	6,7	8,1	1,3	1,8
0,99711	45	70	1,556	0,05000	0,00289	6,7	8,1	1,3	1,8
0,96736	50	35	0,700	0,05000	0,03264	6,7	8,1	1,3	1,8
0,97944	50	40	0,800	0,05000	0,02056	6,7	8,1	1,3	1,8
0,98674	50	45	0,900	0,05000	0,01326	6,7	8,1	1,3	1,8
0,99124	50	50	1,000	0,05000	0,00876	6,7	8,1	1,3	1,8
0,99409	50	55	1,100	0,05000	0,00591	6,7	8,1	1,3	1,8

0,99592	50	60	1,200	0,05000	0,00408	6,7	8,1	1,3	1,8
0,99713	50	65	1,300	0,05000	0,00287	6,7	8,1	1,3	1,8
0,99794	50	70	1,400	0,05000	0,00206	6,7	8,1	1,3	1,8
0,97045	55	35	0,636	0,05000	0,02955	6,7	8,1	1,3	1,8
0,98189	55	40	0,727	0,05000	0,01811	6,7	8,1	1,3	1,8
0,98865	55	45	0,818	0,05000	0,01135	6,7	8,1	1,3	1,8
0,99272	55	50	0,909	0,05000	0,00728	6,7	8,1	1,3	1,8
0,99523	55	55	1,000	0,05000	0,00477	6,7	8,1	1,3	1,8
0,99681	55	60	1,091	0,05000	0,00319	6,7	8,1	1,3	1,8
0,99782	55	65	1,182	0,05000	0,00218	6,7	8,1	1,3	1,8
0,99848	55	70	1,273	0,05000	0,00152	6,7	8,1	1,3	1,8
0,97290	60	35	0,583	0,05000	0,02710	6,7	8,1	1,3	1,8
0,98379	60	40	0,667	0,05000	0,01621	6,7	8,1	1,3	1,8
0,99009	60	45	0,750	0,05000	0,00991	6,7	8,1	1,3	1,8
0,99381	60	50	0,833	0,05000	0,00619	6,7	8,1	1,3	1,8
0,99605	60	55	0,917	0,05000	0,00395	6,7	8,1	1,3	1,8
0,99743	60	60	1,000	0,05000	0,00257	6,7	8,1	1,3	1,8
0,99829	60	65	1,083	0,05000	0,00171	6,7	8,1	1,3	1,8
0,99885	60	70	1,167	0,05000	0,00115	6,7	8,1	1,3	1,8
0,97488	65	35	0,538	0,05000	0,02512	6,7	8,1	1,3	1,8
0,98530	65	40	0,615	0,05000	0,01470	6,7	8,1	1,3	1,8
0,99122	65	45	0,692	0,05000	0,00878	6,7	8,1	1,3	1,8
0,99465	65	50	0,769	0,05000	0,00535	6,7	8,1	1,3	1,8
0,99667	65	55	0,846	0,05000	0,00333	6,7	8,1	1,3	1,8
0,99789	65	60	0,923	0,05000	0,00211	6,7	8,1	1,3	1,8
0,99863	65	65	1,000	0,05000	0,00137	6,7	8,1	1,3	1,8
0,99910	65	70	1,077	0,05000	0,00090	6,7	8,1	1,3	1,8
0,97651	70	35	0,500	0,05000	0,02349	6,7	8,1	1,3	1,8
0,98652	70	40	0,571	0,05000	0,01348	6,7	8,1	1,3	1,8
0,99212	70	45	0,643	0,05000	0,00788	6,7	8,1	1,3	1,8
0,99530	70	50	0,714	0,05000	0,00470	6,7	8,1	1,3	1,8
0,99714	70	55	0,786	0,05000	0,00286	6,7	8,1	1,3	1,8
0,99823	70	60	0,857	0,05000	0,00177	6,7	8,1	1,3	1,8
0,99888	70	65	0,929	0,05000	0,00112	6,7	8,1	1,3	1,8
0,99928	70	70	1,000	0,05000	0,00072	6,7	8,1	1,3	1,8

EK-12. Ek Tablo 1. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Sosyo-Demografik Bazı Özelliklerinin Toplam Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları ve İzlem Dönemlerine Göre Karşılaştırılması

n: 70

Sosyo- Demografik Özellikler	Bazı	İzlem Dönemleri											
		Taburculuk Öncesi				1.Hafta				12.Hafta			
		Müdahale Grubu (n: 35)		Kontrol Grubu (n: 35)		Müdahale Grubu (n: 35)		Kontrol Grubu (n: 35)		Müdahale Grubu (n: 35)		Kontrol Grubu (n: 35)	
		$\bar{x} \pm SS$	p	$\bar{x} \pm SS$	p	$\bar{x} \pm SS$	p	$\bar{x} \pm SS$	p	$\bar{x} \pm SS$	p	$\bar{x} \pm SS$	p
Yaş Grubu													
<45 Yaş		6,05±0,53		5,18±0,78		6,19±0,28		3,91±0,83		6,05±0,51		3,41±0,98	
45-55 Yaş	0,941	6,03±0,64	0,941	5,51±0,94	0,628	5,93±0,68	0,404	4,49±0,62	0,140	6,00±0,73	0,115	3,59±0,89	0,610
55 Yaş Üstü		5,94±0,90		5,35±0,70		5,78±0,90		4,25±0,63		6,53±0,31		3,24±0,63	
Eğitim Durumu													
İlköğretim ve Altı		6,03±0,68		5,30±0,85		5,88±0,65		4,21±0,75		6,12±0,65		3,44±0,91	
Lise ve Üzeri	0,645	5,89±0,55	0,645	5,89±0,42	0,042	6,52±0,44	0,774	4,50±0,34	0,224	6,21±0,48	0,409	3,42±0,16	0,884
Çalışma Durumu													
Çalışıyor		6,17±0,54		5,45±0,68		6,18±0,45		4,19±0,61		6,01±0,84		3,33±0,44	
Çalışmıyor	0,254	5,91±0,72	0,254	5,35±0,86	0,781	5,83±0,74	0,130	4,27±0,74	0,784	6,22±0,43	0,395	3,47±0,92	0,697
Gelir Düzeyi													
Yeterli		6,04±0,67		5,66±0,45		6,10±0,51		4,28±0,66		6,38±0,36		3,28±0,42	
Yetersiz	0,890	6,00±0,67	0,890	5,29±0,88	0,291	5,90±0,72	0,399	4,25±0,73	0,928	6,00±0,70	0,088	3,48±0,92	0,583
Aile Tipi													
Çekirdek		6,00±0,68		5,51±0,78		5,92±0,68		4,27±0,77		6,15±0,62		3,51±0,89	
Geniş	0,741	6,12±0,61	0,741	4,80±0,76	0,038	6,38±0,20	0,184	4,17±0,44	0,729	5,98±0,77	0,595	3,15±0,54	0,312

Ek Tablo 2. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Hastalıklarına İlişkin Bazı Özelliklerinin Toplam Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları ve İzlem Dönemlerine Göre Karşılaştırılması

n: 70

Hastalıklarına İlişkin Bazı Özellikler	Taburculuk Öncesi				1.Hafta				12.Hafta			
	Müdahale Grubu (n: 35)		Kontrol Grubu (n: 35)		Müdahale Grubu (n: 35)		Kontrol Grubu (n: 35)		Müdahale Grubu (n: 35)		Kontrol Grubu (n: 35)	
	$\bar{x} \pm SS$	p	$\bar{x} \pm SS$	p	$\bar{x} \pm SS$	p	$\bar{x} \pm SS$	p	$\bar{x} \pm SS$	p	$\bar{x} \pm SS$	p
Hastalık Tanısı												
Over Kanseri ^a	6,13±0,62		5,27±0,86		6,30±0,37		4,08±0,77		6,09±0,49		3,08±0,62	
Endometrium Kanseri ^b	6,03±0,76	0,361	5,38±0,92	0,693	5,69±0,82	0,030	4,31±0,70	0,295	6,30±0,50	0,273	3,80±1,01	0,054
Serviks Kanseri ^c	5,64±0,30		5,61±0,48		5,83±0,27	a-b, a-c	4,60±0,47		5,79±1,16		3,63±0,63	
Hastalık Evresi												
Evre I ^a	5,88±0,75		5,25±0,22		6,39±0,62		3,73±0,69		6,21±0,55		3,11±0,64	
Evre II ^b	5,89±0,74	0,501	5,60±0,93	0,274	5,63±0,84	0,027	4,45±0,57	0,178	6,00±0,74	0,578	3,74±0,85	0,117
Evre III ^c	6,16±0,57		5,13±0,71		6,14±0,23	b-a, b-c	4,13±0,81		6,23±0,55		3,16±0,78	
Uygulanan Tedavi												
Cerrahi+Radyoterapi	-	-	-	-	-	-	-	-	6,14±0,78	0,987	3,85±0,88	0,023
Cerrahi+Kemoterapi	-	-	-	-	-	-	-	-	6,13±0,53		3,19±0,73	
Ameliyat Tipi												
Tip 3 Histerektomi	6,00±0,65	0,601	5,36±0,85	0,887	5,95±0,67	0,655	4,26±0,73	0,912	6,09±0,64	0,214	3,37±0,83	0,113
Tip 2 Histerektomi	6,21±0,94		5,43±0,53		6,13±0,47		4,21±0,53		6,57±0,14		4,18±0,70	

Ek Tablo 3. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Hastaların Toplam Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Özgeçmiş ve Soygeçmişlerine İlişkin Bazı Özellikleri ile Karşılaştırılması

n:70

Özgeçmiş ve Soygeçmişlerine İlişkin Bazı Özellikler	Toplam Yaşam Kalitesi Puan Ortalaması						İstatistiksel Analiz	
	a. Taburculuk Öncesi		b. 1.Hafta		c. 12.Hafta			
	$\bar{x} \pm SS$	p	$\bar{x} \pm SS$	p	$\bar{x} \pm SS$	p		
Kronik hastalık								
Müdahale (n=35)	Var	5,94±0,67	0,537	6,07±0,50	0,385	6,41±0,38	0,009	0,001 c-a, c-b, b-a
	Yok	6,08±0,67		5,87±0,78		5,88±0,70		
Kontrol (n=35)	Var	5,31±0,77	0,719	4,09±0,82	0,207	3,09±0,76	0,023	
	Yok	5,41±0,88		4,39±0,58		3,73±0,81		
Hipertansiyon								
Müdahale (n=35)	Var	5,85±0,70	0,303	5,96±0,46	0,937	6,47±0,40	0,020	
	Yok	6,10±0,64		5,98±0,75		5,96±0,65		
Kontrol (n=35)	Var	5,48±0,63	0,539	4,36±0,59	0,502	3,13±0,48	0,097	
	Yok	5,30±0,92		4,19±0,78		3,62±0,96		
Diyabet								
Müdahale (n=35)	Var	6,21±0,65	0,236	6,02±0,49	0,777	6,48±0,30	0,004	0,001 c-a, c-b, b-a
	Yok	5,92±0,66		5,95±0,73		5,98±0,67		
Kontrol (n=35)	Var	5,50±0,00	0,818	4,95±0,00	0,156	3,48±0,00	0,95	
	Yok	5,36±0,84		4,21±0,71		3,44±0,87		
Astım								
Müdahale (n=35)	Var	5,41±0,27	0,189	6,66±0,83	0,124	6,16±0,02	0,949	
	Yok	6,05±0,66		5,93±0,63		6,13±0,64		
Kontrol (n=35)	Var	4,58±1,01	0,083	2,90±0,61	0,001	2,92±1,72	0,625	
	Yok	5,44±0,78		4,38±0,58		3,49±0,75		
Ailede jinekolojik kanser öyküsü								
Müdahale (n=35)	Var	6,05±0,84	0,872	6,09±0,39	0,632	6,07±0,67	0,789	0,001 c-a, c-b, b-a
	Yok	6,01±0,63		5,94±0,70		6,15±0,63		
Kontrol (n=35)	Var	5,63±0,50	0,502	4,05±0,79	0,552	3,27±0,74	0,675	
	Yok	5,33±0,85		4,28±0,71		3,46±0,86		

Ek Tablo 3'e devam. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Hastaların Toplam Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Özgeçmiş ve Soygeçmişlerine İlişkin Bazı Özellikleri ile Karşılaştırılması

n:70

Özgeçmişe İlişkin Bazı Özellikler	Toplam Yaşam Kalitesi Puan Ortalaması						İstatistiksel Analiz	
	a. Taburculuk Öncesi		b. 1.Hafta		c. 12.Hafta			
	$\bar{x} \pm SS$	p	$\bar{x} \pm SS$	p	$\bar{x} \pm SS$	p		
Üreme sistemi rahatsızlığı geçirme								
Müdahale (n=35)	Var	5,88±0,76	0,368	5,66±0,82	0,030	6,18±0,43	0,730	0,001 c-a, c-b, b-a
	Yok	6,09±0,60		6,15±0,47		6,11±0,72		
Kontrol (n=35)	Var	5,02±0,87	0,068	4,19±0,63	0,709	3,33±0,76	0,595	
	Yok	5,55±0,75		4,29±0,76		3,49±0,89		
Üreme sistemine yönelik tedavi alma								
Müdahale (n=35)	Var	5,93±0,77	0,602	5,68±0,85	0,060	6,19±0,44	0,732	0,001 c-a, c-b, b-a
	Yok	6,06±0,61		6,12±0,48		6,11±0,71		
Kontrol (n=35)	Var	4,87±0,94	0,047	4,09±0,75	0,470	3,23±0,89	0,437	
	Yok	5,52±0,73		4,30±0,71		3,50±0,83		

Ek Tablo 4. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Toplam GRCDO Puan Ortalamalarının Sosyo-Demografik Özelliklerine ve İzlem Dönemlerine Göre Karşılaştırılması **n:70**

Sosyo- Demografik Özellikler	Taburculuk Öncesi				12.Hafta			
	Müdahale (n: 35)		Kontrol (n: 35)		Müdahale (n: 35)		Kontrol (n: 35)	
	$\bar{x} \pm SS$	p	$\bar{x} \pm SS$	p	$\bar{x} \pm SS$	p	$\bar{x} \pm SS$	p
Yaş Grubu								
<45 Yaş ^a	5,50±1,62		5,47±2,32	0,005	6,77±2,00		8,71±1,85	
45-55 Yaş ^b	6,50±1,75	0,147	6,35±1,98	a-b, a-c	6,68±1,02	0,011	9,37±1,82	0,075
<56 ^c	6,79±1,16		8,66±2,01	b-c	8,61±1,45	a-c, b-c	10,34±0,96	
Eğitim Düzeyi								
İlköğretim ve Altı	6,56±1,49	0,470	7,29±1,63	0,344	7,11±2,28	0,005	9,47±1,81	0,125
Lise ve Üzeri	4,60±1,56		6,31±1,50		4,63±2,15		9,40±1,00	
Çalışma Durumu								
Çalışıyor	5,94±2,04	0,212	6,84±1,85	0,161	5,55±2,40	0,333	10,00±1,36	0,416
Çalışmıyor	6,50±1,30		7,35±1,47		7,06±2,34		9,33±1,78	
Gelir Düzeyi								
Yeterli	6,42±1,51	0,645	8,04±1,68	0,245	5,78±3,04	0,014	9,84±1,36	0,629
Yetersiz	6,20±1,72		6,68±1,42		7,01±2,21		9,37±1,79	
Aile Tipi								
Çekirdek	6,43±1,62	0,107	7,26±1,45	0,329	6,56±2,52	0,243	9,47±1,85	0,948
Geniş	5,07±1,35		6,29±2,78		7,55±1,77		9,43±1,04	

Ek Tablo 5. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Toplam GRCDO Ortalamalarının Özgeçmiş ve Soygeçmişlerine İlişkin Bazı Özelliklerine ve İzlem Dönemlerine Göre Karşılaştırılması

n: 70

Özgeçmiş İlişkin Bazı Özellikler		Toplam GRCDO Puan Ortalaması				İstatistiksel Analiz (TÖ-12. Hafta)	
		Taburculuk Öncesi		12.Hafta			
		$\bar{x} \pm SS$	p	$\bar{x} \pm SS$	p		
Kronik Hastalık							
Müdahale (n=35)	Var	6,76±1,43	0,049	7,83±1,57	0,012	0,001	
	Yok	5,82±1,72		6,50±1,43			
Kontrol (n=35)	Var	8,21±1,83	0,001	10,38±0,95	0,001		
	Yok	5,53±2,14		8,68±1,83			
Hipertansiyon							
Müdahale (n=35)	Var	7,18±1,49	0,005	8,00±1,65	0,021		0,001
	Yok	5,81±1,53		6,70±1,45			
Kontrol (n=35)	Var	7,99±1,90	0,012	10,35±0,99	0,003		
	Yok	6,03±2,40		8,94±1,83			
Diyabet							
Müdahale (n=35)	Var	7,06±1,31	0,037	7,23±1,23	0,891	0,001	
	Yok	5,92±1,67		7,11±1,80			
Kontrol (n=35)	Var	5,00±0,00	0,001	9,29±0,00	0,998		
	Yok	6,87±2,43		9,47±1,76			
Astım							
Müdahale (n=35)	Var	6,36±0,91	0,948	9,14±1,82	0,072		0,001
	Yok	6,27±1,68		7,03±1,56			
Kontrol (n=35)	Var	9,19±1,32	0,049	10,52±0,91	0,262		
	Yok	6,53±2,36		9,36±1,74			
Ailede Jinekolojik Kansere Öyküsü							
Müdahale (n=35)	Var	4,33±1,32	0,001	6,26±1,64	0,781	0,001	
	Yok	6,68±1,40		7,33±1,59			
Kontrol (n=35)	Var	7,18±3,08	0,132	10,25±1,40	0,344		
	Yok	6,71±2,35		9,36±1,73			
Üreme Sistemi Rahatsızlığı Geçirme							
Müdahale (n=35)	Var	6,20±1,66	0,975	6,52±1,21	0,086		0,015
	Yok	6,32±1,66		7,52±1,74			
Kontrol (n=35)	Var	6,81±2,46	0,934	9,65±1,96	0,757		
	Yok	6,73±2,42		9,36±1,60			
Üreme Sistemine Yönelik Tedavi Alma							
Müdahale (n=35)	Var	6,06±1,66	0,160	6,39±1,18	0,860	0,012	
	Yok	6,39±1,65		7,54±1,71			
Kontrol (n=35)	Var	6,55±2,16	0,226	9,95±2,31	0,585		
	Yok	6,82±2,50		9,32±1,51			

Ek Tablo 6. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Toplam GRCDO Puan Ortalamalarının Hastalıklarına İlişkin Bazı Özelliklerine ve İzlem Dönemlerine Göre Karşılaştırılması

n:70

Üreme Fonksiyonlarına Yönelik Bazı Özellikler	Taburculuk Öncesi				12.Hafta			
	Müdahale Grubu (n: 35)		Kontrol Grubu (n: 35)		Müdahale Grubu (n: 35)		Kontrol Grubu (n: 35)	
	$\bar{x} \pm SS$	p	$\bar{x} \pm SS$	p	$\bar{x} \pm SS$	p	$\bar{x} \pm SS$	p
Hastalık Tanısı								
Over Kanseri	5,66±1,74		6,15±1,89		6,56±1,85		9,81±1,17	
Endometrium Kanseri	6,65±1,48	0,106	7,56±2,93	0,375	7,34±1,03	0,112	9,42±2,06	0,477
Serviks Kanseri	7,03±1,31		6,64±2,18		8,31±1,90		8,62±2,07	
Hastalık Evresi								
Evre I	5,40±2,20		5,48±5,03		7,09±1,64		9,71±2,23	
Evre II	6,66±1,53	0,338	6,84±2,37	0,652	7,30±1,53	0,961	9,45±1,80	0,995
Evre III	6,21±1,53		6,92±1,87		7,04±1,79		9,42±1,62	
Uygulanan Tedavi								
Cerrahi+Radyoterapi	6,64±0,83	0,212	7,78±1,43	0,209	7,44±2,72	0,104	9,33±2,01	0,929
Cerrahi+Kemoterapi	6,06±1,95		6,77±1,65		6,36±2,15		9,54±1,54	
Ameliyat Tipi								
Tip 3	6,36±1,50	0,687	7,08±1,61	0,107	6,54±2,28	0,444	9,38±1,74	0,465
Tip 2	5,43±3,09		7,86±1,92		9,14±2,72		10,33±1,08	

Ek Tablo 7. Müdahale Grubundaki Kadınların Altıncı Haftada Yaşadıkları Fiziksel Bazı Sorunların İzlem Dönemlerine Göre Dağılımı n:35

Yaşanan Bazı Fiziksel Sorunlar	6. Hafta	
	n	%
Alopesi	19	54,3
Deri Bütünlü. Bozulma	9	25,7
Tat Almada Değişim	12	34,3
Stomatit	8	22,9
Yutma Güçlüğü	2	5,7
Kilo Kaybı	10	28,6
Anemi	11	31,4
Enfeksiyon	4	11,4
Ödem	8	22,9
İdrar Kaçırma	2	5,7
Kanama	0	0,0
Terleme	9	25,7
Ateş Basması	20	57,1
Güçsüzlük	18	51,4

Ek Tablo 8. Müdahale Grubundaki Kadınların Altıncı Haftada Yaşadıkları Psikolojik ve Sosyal Bazı Sorunların Dağılımı n: 35

Yaşanan Bazı Psikolojik ve Sosyal Sorunlar	6. Hafta	
	n	%
Sinirlilik	14	40,0
Korku*	13	37,1
Umutsuzluk	8	22,9
Çaresizlik hissi	10	28,6
Değersizlik hissi	2	5,7
Ölüm korkusu	8	22,9
Eş ile ilgilenmeme	2	5,7
Eşlerarası Çatışma	3	8,6
Yapacağı işlere yönelik yardım/destek gereksinimi	7	20,0

Ek Tablo 9. Müdahale Grubundaki Kadınların Ameliyat Sonrası Altıncı Haftada Yaşadıkları Bazı Sorunların Dağılımı n:35

Ameliyat Sonrası Yaşanan Bazı Sorunlar	6. Hafta	
	n	%
Yara iyileşmesinde gecikme	2	5,7
Yarada Akıntı	2	5,7
Hareket Etmede Sınırlılık	10	28,6
Kemoterapinin Beslenmeyi Etkilemesi	21	60,0
Radyoterapinin Beslenmeyi Etkilemesi(n:11)	9	81,4

**Ek Tablo 10. Müdahale Grubundaki Kadınların Taburculuk Sonrası
Altıncı Haftada Ağrıya İlişkin Yaşadıkları Bazı Özelliklerinin
Dağılımı** **n:35**

Ağrıya İlişkin Bazı Özellikler	6. Hafta	
	n	%
Ağrının Sıklığı*		
Aralıklı	20	57,1
Sürekli	7	20,0
Yok	8	22,9
Ağrının Şiddeti		
0	10	28,6
2-4	15	42,8
6-8	9	25,7
8+	1	2,9
Ağrı Kesici Kullanma Durumu/gün		
Evet	15	42,9
Hayır	20	57,1

Ek Tablo 11. Müdahale Grubundaki Kadınların Ameliyat Sonrası Altıncı Haftada Beden İmajındaki Bazı Değişimlerinin İzlem Dönemlerine Göre Dağılımı **n:35**

Ameliyat Sonrası Beden İmajındaki Bazı Değişimler*	6. Hafta	
	n	%
Kadın Gibi Hissetmeme	17	48,5
Cinsel Olarak Çekici Bulmama	11	31,4
Çirkin Hissetme	9	25,7
Eksik/Kusurlu Görme	13	37,1
Bedene olan güvenin azalması	5	14,3
Vücut Görüntüsünden Memnun Olmama	12	34,3
Eş tarafından beğenilmeme korkusu	6	17,1
Yetersizlik Hissetme**	8	22,8
Hijyen gereksinimlerini karşılamada isteksizlik***	4	11,4
Eş ile Fiziksel Yakınlıktan Kaçma	11	31,4
EşeVücudunu Göstermek istememe	7	20,0

*Beden imajında aşağıdaki değişimleri yaşadığını ifade eden kadınlar bu soruya yanıt vermişlerdir.

**Bu soruya ameliyat sonrası kendini yarım insan olarak ifade eden kadınlar (Ör: günlük alış-veriş yapmada yetersizlik, evini düzenlemede yetersizlik gibi) cevaplamıştır.

***Ameliyat sonrası vücuttaki değişime bağlı genel hijyende yetersizlik (saç tarama, banyo yapma, kıyafet temizliği ve değişimi gibi).

Ek Tablo 12. Müdahale Grubundaki Kadınların Yaşam Kalitesi Puan Ortalaması ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Altıncı İzlem Haftasına Göre Dağılımı **n:35**

Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları ve Alt boyut Puan Ortalamaları	6. Hafta
	$\bar{x} \pm SS$
Fiziksel İyilik Hali	7,36±1,07
Psikolojik İyilik Hali	5,55±0,63
Sosyal İyilik Hali	6,46±0,88
Manevi İyilik Hali	5,10±0,81
Yaşam Kalitesi	6,12±0,59

Ek Tablo 13. Müdahale Grubundaki Kadınların Sosyo-Demografik Bazı Özelliklerinin Toplam Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları ve Altıncı İzlem Haftasına Göre Karşılaştırılması **n:35**

Sosyo-Demografik Özellikler	Bazı	6. Hafta	
		$\bar{x} \pm SS$	p
Yaş Grubu			
<45 Yaş		6,12±0,28	0,044
45-55 Yaş		5,92±0,72	
55 Yaş Üstü		6,54±0,31	
Eğitim Durumu			
İlköğretim ve Altı		6,07±0,65	0,569
Lise ve Üzeri		6,13±0,32	
Çalışma Durumu			
Çalışıyor		5,83±0,70	0,016*
Çalışmıyor		6,31±0,41	
Gelir Düzeyi			
Yeterli		6,34±0,36	0,104
Yetersiz		6,00±0,66	
Aile Tipi			
Çekirdek		6,14±0,60	0,615
Geniş		5,98±0,57	

Ek Tablo 14. Müdahale Grubundaki Kadınların Hastalıklarına İlişkin Bazı Özelliklerinin Toplam Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları ve Altıncı İzlem Haftasına Göre Karşılaştırılması **n:35**

Hastalıklarına İlişkin Bazı Özellikler	6. Hafta	
	$\bar{x} \pm SS$	p
Hastalık Tanısı		
Over Kanseri	6,13±0,38	0,096
Endometrium Kanseri	6,27±0,47	
Serviks Kanseri	5,62±1,12	
Hastalık Evresi		
Evre I	6,01±0,67	0,846
Evre II	6,09±0,82	
Evre III	6,17±0,27	
Uygulanan Tedavi		
Cerrahi+Radyoterapi	6,06±0,84	0,643
Cerrahi+Kemoterapi	6,15±0,40	
Ameliyat Tipi		
Tip 3 Histerektomi	6,11±0,61	0,803
Tip 2 Histerektomi	6,01±0,67	

Ek Tablo 15. Araştırmaya Katılan Müdahale Grubundaki Hastaların Toplam Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Özgeçmiş ve Soygeçmişlerine İlişkin Bazı Özellikleri ve Altıncı İzlem Haftasına Göre Karşılaştırılması n:35

Özgeçmiş ve Soygeçmişlerine İlişkin Bazı Özellikler	Toplam Yaşam Kalitesi Puan Ortalaması 6. Hafta	
	$\bar{x} \pm SS$	p
Kronik Hastalık		0,009
Var	6,38±0,30	
Yok	5,87±0,69	
Hipertansiyon		0,097
Var	6,35±0,34	
Yok	6,00±0,66	
Diyabet		0,057
Var	6,40±0,29	
Yok	5,99±0,65	
Astım		0,118
Var	6,75±0,11	
Yok	6,08±0,58	
Ailede jinekolojik kanser öyküsü		0,807
Var	6,06±0,31	
Yok	6,13±0,63	
Üreme sistemi rahatsızlığı geçirme		0,497
Var	6,21±0,45	
Yok	6,06±0,66	
Üreme sistemine yönelik tedavi alma		0,441
Var	6,23±0,46	
Yok	6,06±0,65	

Ek Tablo 16. Müdahale Grubundaki Kadınların Altıncı Hafta Ev**Ziyaretlerinde Belirlenen Hemşirelik Tanılarının Dağılımı n: 35**

Hemşirelik Tanıları	n	%
Bilgi Eksikliği (Hastalık Tanı-Tedavi Yöntemleri)	-	-
Bilgi Eksikliği (Ameliyat Çeşidi, Tipi)	-	-
Bilgi Eksikliği (Ameliyat Sonrası Beslenme)	5	14,3
Beslenme düzeninde değişim	5	14,3
Bulantı- Kusma	8	22,9
İştahsızlık	12	34,3
Sıvı Elektrolit Dengesizliği	2	5,7
Malnütrisyon	-	-
Distansiyon	6	17,1
Konstipasyon	10	28,6
Diyare	5	14,3
Üriner Eliminasyonda Değişim	6	17,1
Aktivite İntoleransı	3	8,6
İmmobilizasyon	3	8,6
Eviserasyon Riski	-	-
Solunum Fonksiyonlarında Değişim	3	8,6
Uykusuzluk	10	28,6
Yorgunluk	10	28,6
Beden İmajında Değişim	5	14,3
Benlik Saygısında Azalma	5	14,3
Nedeni Belli Olmayan İç Sıkıntı	9	25,7
Baş Etme Güçlüğü	5	14,3
Yalnızlık	6	17,1
Rol Performansında Değişim	10	28,6
Cinsel Yaşamda Değişim	-	-
Cinsel İstek Ve İlgede Azalma	13	37,1
Vajinal Kuruluk	18	51,4
Disparoni	-	-
Kanamaya Yatkınlık	8	22,9

ÖZGEÇMİŞ

1977 Ankara doğumlu olan araştırmacı, ilk ve orta öğrenimini Ankara’da tamamladı. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu’ndan 1999 yılında mezun oldu. 2006 yılında Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü’nde yüksek lisans eğitimine başlayan araştırmacı, 2008 yılında “Doğum Sonu Dönemde Depresyon Görülme Durumu ve Depresyon Gelişmesini Etkileyen Risk Faktörleri” adlı tez ile Bilim Uzmanlığı derecesi aldı.

Mezuniyet sonrası, 1999-2001 tarihleri arasında Özel Keçiören Hastanesi’nde servis sorumlu hemşiresi, 2001-2009 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi’nde servis hemşiresi olarak çalıştı. 2009 yılında Fatih Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu’nda Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği öğretim görevlisi olarak çalışmaya başladı. Halen aynı yerde görevini sürdürmektedir.