T.C.

İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

BİLİM DALI

OVER KANSERİ TANILI HASTALARIN DESTEKLEYİCİ BAKIM GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hümeyra AVCI

İstanbul

Ocak-2025

T.C.

İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

BİLİM DALI

OVER KANSERİ TANILI HASTALARIN DESTEKLEYİCİ BAKIM GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hümeyra AVCI

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Ferda ÖZBAŞARAN

İstanbul

Ocak-2025

TEZ ONAYI

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğüne,

Bu çalışma, jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman	Prof. Dr. Ferda ÖZBAŞARAN	(Islak İmza)
Üye	Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK	(Islak İmza)
Üye	Doç. Dr. Yılda Arzu ABA	(Islak İmza)

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

(Islak İmza)

Prof. Dr. Erhan İÇENER

Enstitü Müdürü

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ

Yüksek lisans tezi olarak hazırladığım "**Over Kanseri Tanısı Alan Hastaların Destekleyici Bakım Gereksiniminin Belirlenmesi**" adlı çalışmanın öneri aşamasından sonuçlandığı aşamaya kadar geçen süreçte bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle uyduğumu, tez içindeki tüm bilgileri bilimsel ahlak ve gelenek çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırladığımı, bu çalışmamda doğrudan veya dolaylı olarak yaptığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu beyan ederim.

Hümeyra AVCI

ÖN SÖZ

İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı kapsamında yürüttüğüm tez çalışmamda bana yardımcı olan, bilgi ve donanımını benimle paylaşan, her zaman benimle ilgilenen çok değerli tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Ferda Özbaşaran' a,

Araştırmama destek olmak için aldıkları yorucu tedaviye rağmen anket sorularımı içtenlikle yanıtlayan çok değerli kadınlara,

Her zaman yanımda olan, özellikle bu zorlu yolculukta akademik bilgileri ve deneyimleriyle benimle olan canım arkadaşlarım Şeyda Sinem Yar Gökçek ve Belgin Aygördü Hamitoğlu'na,

Yüksek lisans dönemimde tanıma fırsatı bulduğum ve bu süreçte her zaman destek olan yüksek lisans arkadaşlarıma,

Veri toplama süreci boyunca destek veren Hemşire Cansel Karakobak'a,

Anne karnından itibaren benimle beraber bu yola eşlik eden canım oğlum Ömer Avcı'ya ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, her anımda yanımda olan sevgili eşim Kasım Avcı'ya

Zor zamanlarımda koşup gelen, manevi desteklerini hiç eksik etmeyen, bana kendimi çok şanslı hissettiren ve bugünlere gelmemde çok büyük emekleri olan canım annem Zülbiye Eminç, canım babam Salih Eminç'e ve kardeşim Muhammet Talha Eminç'e tüm içten duygularımla teşekkürlerimi ve sevgilerimi sunarım.

Hümeyra AVCI

İstanbul-2025

ÖZET

OVER KANSERİ TANILI HASTALARIN DESTEKLEYİCİ BAKIM GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ

Hümeyra AVCI

Yüksek Lisans, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Ferda ÖZBAŞARAN

Ocak, 2025-140 Sayfa

Araştırma over kanseri tanılı hastaların destekleyici bakım gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla yürütülmüştür. Çalışma, araştırma türlerinden biri olan tanımlayıcı-kesitsel tipte planlanmıştır. Çalışma verileri Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Jinekolojik Onkoloji Kliniğine ve Kemoterapi Ünitesine başvuran dahil edilme kriterlerini karşılayan over kanseri tanılı hastalarla yüz yüze anket yapılarak elde edilmiştir. Anket formu 23 sorudan oluşan Kişisel Bilgi Formu,31 maddelik Destekleyici Bakım Ölçeği-Kısa Formu ölçeğinden oluşmaktadır. Çalışma için toplamda 139 hastaya ulaşılmıştır. Veriler IBM SPSS version 26 yazılımı kullanılarak istatistiksel programı kullanılarak analiz edilmiştir. İstatistiksel kararlarda $p<0.05$ düzeyi istatistiksel olarak anlamlı olarak kabul edilmiştir. Çalışmamızda over kanseri tanılı hastaların DBGÖ puan ortalaması 114.64 ±24.54 olduğu ve destekleyici bakım gereksinimlerinin yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur. Alt boyutlar incelendiğinde; Ruhsal psikolojik alt boyut puan ortalaması 34.14±9.20, Sağlık sistemi ve Bilgilendirme alt boyut puan ortalaması 36.82±10.56, Hasta bakım desteği alt boyut puan ortalması 13.88±4.17'dir. Fiziksel günlük yaşam alt boyut puan ortalaması 19.99±4.92 ve Cinsellik alt boyut puan ortalaması 9.81±3.72'dir. Araştırmaya katılan hastaların en çok sağlık sistemi ve bilgilendirme ve ruhsal/psikolojik alanlarında gereksinimleri olduğu ve bunu fiziksel/günlük yaşam, hasta bakım ve desteği ile cinsellik alanlarının takip ettiği görülmüştür. Karşılanmamış bakım gereksinimleri, kanser

hastalarının stres yaşamasına, yaşam kalitesinin olumsuz olarak etkilenmesine ve tedaviye uyu zorlaştırmaktadır. Over kanseri tanısı almış kadınların yaşadıkları sorunları erken dönemde belirleyerek uygun girişimlerin planlanması ve yönetilmesi hemşireleirn sorumluluğundadır. Hemşireler tanının konulmasından itibaren hastayı merkeze alarak, bireyleri holistik bakış açısıyla destekleyici bakım gereksinimleri belirlemeli ve gereksinimlere yönelik girşimler yaparak hastanın yaşam kalitesi yükseltmelidir. Bu nedenle, over kanseri tanısı almış kadınların destekleyici bakım gereksinimlerinin bilinmesi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Destekleyici Bakım Gereksinimi,

Over Kanseri, Hemşirelik

ABSTRACT

DETERMINING THE SUPPORTIVE CARE NEEDS OF PATIENTS DIAGNOSED WITH OVARIAN CANCER

Hümeyra AVCI

Master, Women Health and Diseases Nursing

Thesis Advisor: Prof. Dr. Ferda ÖZBAŞARAN

January, 2025- 140 Pages

The research was conducted to determine the supportive care needs of patients diagnosed with ovarian cancer. The study was planned as a descriptive-cross-sectional type, which is one of the research types. Study data were obtained by conducting a face-to-face survey with patients diagnosed with ovarian cancer who met the inclusion criteria and applied to the Gynecological Oncology Clinic and Chemotherapy Unit of Başakşehir Çam and Sakura City Hospital. The survey form consists of a Personal Information Form consisting of 23 questions and a 31-item Supportive Care Scale-Short Form scale A total of 139 patients were reached for the study. Were analyzed using statistical software using IBM SPSS version 26 software. In statistical decisions, $p<0.05$ level was considered statistically significant.

In our study, it was found that the mean DBGO score of patients diagnosed with ovarian cancer was 114.64 ±24.54 and their supportive care needs were at a high level. When the sub-dimensions are examined; The psychological psychological sub-dimension mean score is 34.14±9.20, the Health system and Information sub-dimension mean score is 36.82±10.56, the patient care support sub-dimension mean score is 13.88±4.17. The mean physical daily life subscale score is 19.99±4.92 and the sexuality subscale mean score is 9.81±3.72.It was observed that the patients participating in the research had the most needs in the areas of spiritual/psychological and healthcare system and information, followed by physical/daily life, patient care and support, and sexuality. Unmet care needs cause cancer patients to experience stress, negatively affect their quality of life, and make compliance with treatment difficult. It is the responsibility of nurses to determine the problems experienced by

women diagnosed with ovarian cancer at an early stage and plan and manage appropriate interventions. Nurses focus on the patient from the moment the diagnosis is made and support individuals with a holistic perspective. The care needs should be determined and the patient's quality of life should be improved by taking interventions towards the needs. Therefore, it is important to know the supportive care needs of women diagnosed with ovarian cancer.

Key Words: Supportive Care Need, Ovarian Cancer, Nursing

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI ..... **i**

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ ..... **ii**

ÖN SÖZ ..... **iii**

ÖZET ..... **iv**

ABSTRACT ..... **vi**

İÇİNDEKİLER ..... **viii**

TABLOLAR LİSTESİ ..... **xii**

KISALTMALAR LİSTESİ ..... **xiv**

BİRİNCİ BÖLÜM **1**

1.GİRİŞ **1**

İKİNCİ BÖLÜM **5**

2.GENEL BİLGİLER **5**

2.1. Over Kanseri: Tanım ve Histopatolojik Sınıflandırma 5

2.1.1.Epitelyal Tümörler 5

2.1.2.Germ Hücreli Tümörler 6

2.1.3.Seks kord Stomal Hücreli 7

2.2. Over Kanseri Gelişimi: Teorik Perspektifler 8

2.2.1. Tekrarlayan Ovülasyon Teorisi 8

2.2.2.Gonadotropin Teorisi 8

2.2.3. İnflamasyon Teorisi 8

2.3. Over Kanseri: Dünyada ve Türkiye'de Görülme Sıklığı 9

2.4.Over Kanseri Belirtileri 10

2.5.Over Kanseri Risk Faktörleri 11

2.5.1.Yaş 11

2.5.2. Erken Menarş ve Geç Menopoz 12

2.5.3. Obezite 12

2.5.4. Nulliparite 13
2.5.5. İnfertilite İlaçlarının Kullanılması 13
2.5.6. Endometriyozis 14
2.5.7 Polikistik Over Sendromu 14
2.5.8. Pelvik İnflamatuvar Hastalık 15
2.5.9. Hormon Replasman Tedavisi 15
2.5.10. Genetik 16
2.5.11. Talk Pudrası Kullanımı 17
2.5.12. Sigara Kullanımı 17
2.6.Over Kanserinde Koruyucu Faktörler 18
2.6.1. Emzirme 18
2.6.2. Gebelik 18
2.6.3. Oral Kontraseptif Kullanımı 19
2.6.4. Diyet 19
2.6.5. Salpingo-ooforektomi 20
2.6.6. Tüp Ligasyon 20
2.6.7. Yeşil Çay 20
2.7 Over Kanserinden Korunma Stratejileri 21
2.7.1 Over Kanserinde Birinci Basamaktaki Koruma Stratejileri 21
2.7.2. Over Kanserinde İkinci Basamaktaki Koruma Stratejileri 22
2.7.3. Over Kanserinde Üçüncü Basamaktaki Koruma Stratejileri 22
2.8.Over Kanserinde Tanılama 24
2.9.Over Kanserinde Evreleme 26
2.10.Over Kanserinde Tedavi Yöntemleri 28
2.10.1. Cerrahi 28
2.10.2. Kemoterapi 30
2.10.3.Radyoterapi 31
2.10.4.Hormonal Tedavi 32

2.11. Over Kanserinde Destekleyici Bakım Gereksinimleri ve Hemşirelik Bakımı 32
2.11.1Fizyolojik Etkiler 33
2.11.2.Psikolojik Etkiler 34
2.11.3.Sosyal Etkileri 35
2.11.4.Cinsel Yaşama Olan Etkiler 36
2.11.5. Sosyal Destek ve Baş Etme Yöntemleri 37
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM 39
3.YÖNTEM 39
3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü 39
3.2. Araştırmanın Soruları 39
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman 39
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 39
3.5. Veri Toplama Araçları 40
3.5.1 Kişisel Veriler Formu 40
3.5.2. Destekleyici Bakım Gereksinimleri Değerlendirme Ölçeği (DBGÖ) 41
3.6. Verilerin Toplanması 42
3.7. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi 42
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu 42
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları 43
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM 44
4.BULGULAR 44
4.1.Over Kanseri Tanılı Hastaların Kişisel Özelliklerine Göre Bulgular 44
4.2. Over Kanseri Tanılı Hastaların Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeğinden Elde Edilen Puanlar ve Alt Boyutlara İlişkin Bulgular 55
BEŞİNCİ BÖLÜM 88
5.TARTIŞMA 88
ALTINCI BÖLÜM 96
6.SONUÇ ve ÖNERİLER 96

6.1. Sonuçlar 96
6.2.Öneriler 99
KAYNAKÇA 100
EKLER..... 115
ÖZGEÇMİŞ..... 126

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1: Over Kanserinin FIGO(Uluslararası Jinekoloji ve Obstetrik Federasyonu) Evrelemesi: Uluslararası Standartlar……...…27

Tablo 4.2: Over Kanseri Tanılı Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı (n=139)……....45

Tablo 4.3: Over Kanseri Tanılı Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri Dağılımı (n=139)……47

Tablo 4.4: Over Kanseri Tanılı Hastaların Hastalık Süresince Stresle Mücadele Yöntemleri Dağılımı (n=139)…….49

Tablo 4.5: Over Kanseri Tanılı Hastaların Destekleyici Bakım Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı …….50

Tablo 4.6: Over Kanseri Tanılı Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin ve DBGÖ Toplam Skorunun Karşılaştırılması……51

Tablo 4.7: İkiden Fazla Oluşturulan Grupların Arasında DBGÖ Toplam Skorunun Karşılaştırılması(n=139)…….52

Tablo 4.8: Over Kanseri Tanılı Hastaların Menopoza Girme ve Gebelikten Koruyucu Kullanma Durumunun Hastalık Evresine Göre Oluşturulan Gruplara Göre Karşılaştırılması…….55

Tablo4.9: Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Madde Puan Dağılımları ……...……..56

Tablo 4.10: Over Kanseri Tanılı Hastaların DBGÖ ve AltBoyutlarından Elde Edilen Puanların Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması …….….60

Tablo 4.11: Over Kanseri Tanılı Hastaların DBGÖ ve Alt Boyutlarından Elde Edilen Puanların Eğitim Düzeylerine Göre Karşılaştırılması……...62

Tablo 4.12: Over Kanseri Tanılı Hastaların DBGÖ ve AltBoyutlarından Elde Edilen Puanların Medeni Durumlarına Göre Karşılaştırılması……..65

Tablo 4.13: Over Kanseri Tanılı Hastaların DBGÖ ve Alt Boyutlarından Elde Edilen Puanların Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Karşılaştırılması ……..…..67

Tablo 4.14: Over Kanseri Tanılı Hastaların DBGÖ ve AltBoyutlarından Elde Edilen Puanların Çocuk Sayısına Göre Karşılaştırılması ……..69

Tablo 4.15: Over Kanseri Tanılı Hastaların DBGÖ ve Alt Boyutlarından Elde Edilen Puanların Çalışma Durumlarına Göre Karşılaştırılması…….....70

Tablo 4.16: Over Kanseri Tanılı Hastaların DBGÖ ve AltBoyutlarından Elde Edilen Puanların Maddi Durumlarına Göre Karşılaştırılması……72

Tablo 4.17: Over Kanseri Tanılı Hastaların DBGÖ ve Alt Boyutlarından Elde Edilen Puanların Hastalık Evrelerine Göre Karşılaştırılması…….....75

Tablo 4.18: Over Kanseri Tanılı Hastaların DBGÖ ve Alt Boyutlarından Elde Edilen Puanların Tanı Aşamalarına Göre Karşılaştırılması……77

Tablo 4.19: Over Kanseri Tanılı Hastaların DBGÖ ve Alt Boyutlarından Elde Edilen Puanların Hastalık Sürelerine Göre Karşılaştırılması…….……78

Tablo 4.20: Over Kanseri Tanılı Hastaların DBGÖ ve Alt Boyutlarından Elde Edilen Puanların Kemoterapi Alıp Almama Durumlarına Göre Karşılaştırılması ……81

Tablo 4.21: Over Kanseri Tanılı Hastaların DBGÖ ve Alt Boyutlarından Elde Edilen Puanların Kemoterapide Kaçıncı Kür Olduklarına Göre Karşılaştırılması…….83

Tablo 4.22: Over Kanseri Tanılı Hastaların DBGÖ ve Alt Boyutlarından Elde Edilen Puanların Tedavi Türlerine Göre Karşılaştırılması……86

KISALTMALAR LİSTESİ

WHO: World Health Organization,

GLOBOCAN: Global Kanser Gözlemevi

ACS: American Chemical Society

HSGM: Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

BKİ: Beden Kitle İndeksi

PCOS: Polikistik over sendromu

CA-125: Cancer Antigen 125

BT: Bilgisayarlı Tomografi

MR: Manyetik Rezonans

DBGÖ: Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği

HE4: Human Epididymis Protein 4

IARC: Uluslararaso Kanser Araştırmaları Ajansı

HIPEC: Hipertermik intraperitoneal kemoterapi

USG: Ultrasonografi,

BRCA: BReast CAncer

BİRİNCİ BÖLÜM

1.GİRİŞ

Kanser, düzensiz hücre büyümesi ve hücrelerin birincil köken yerinden yakın dokulara ve vücudun diğer bölgelerine yayılması ile karakterize edilen heterojen bir hastalık grubudur ve içinde bulunduğumuz 21.yüzyılın en önemli morbidite ve mortalite nedenlerinden biridir. Kanser insanın kendisinde veya aile üyelerinden birinde ortaya çıkarak her 3 kişiden birinin yaşamını biyolojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik boyutlarla etkilemektedir (Aydın,2019).

Dünyada ölüm nedenleri arasında kardiyovasküler hastalıkları takip ederek ikinci sırada yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2018). Globocan 2018 verilerine göre, dünya genelinde kanser yükü 18,1 milyon vaka ve 9.6 milyon kanser ölümüne ulaşmıştır. Ayrıca, 2040 yılına kadar kanser vakalarının 29.5 milyona çıkacağı öngörülmektedir (WHO, 2018). Bu veriler, kanserin global sağlık üzerindeki büyük etkisini ve bu hastalığın yönetimi ve tedavisi için devam eden çalışmalara duyulan ihtiyacı vurgulamaktadır.

Kadınlarda tüm yaş gruplarında en sık görülen kanser türleri sırasıyla meme (%24.5), kolerektal (%9.4), akciğer (%8.4) ve serviks (%6.5) kanseridir. Jinekolojik kanserler, görülen tüm kanser vakalarının ortalama %10'unu oluşturmaktadır. DSÖ'nün (Dünya Sağlık Örgütü) 2019 yılında yayımladığı veriler incelendiğinde, 70 yaş grubundaki bireylerde ölüm sebepleri arasında, 183 ülkenin büyük bir bölümünde ilk iki sırada yer almakta; 23 ülkede ise üçüncü ya da dördüncü sırada yer almaktadır. Türkiye'nin 2020 yılı raporları incelendiğinde jinekolojik kanser türlerinin hem sıklık hem ölüm oranları bakımından kadınlar arasında en sık görülen ilk on kanser türü arasında olduğu belirlenmiştir (World Health Statistics, 2020).

Jinekolojik kanserler, serviks, over, uterus, vajinal, vulvar ve çok nadir görülen fallop tüpü kanserlerini içerir. Her biri, kanserin başladığı vücut kısmına göre adlandırılmaktadır (Ledford ve Lockwood, 2019). Serviks kanseri jinekolojik kanserler arasında en yaygın olanıdır ve ikinci sırada endometrium kanseri yer almaktadır. Global Kanser Gözlemevi'nin 2020 yılı verilerine göre, dünya genelinde toplam 19 milyon 292 bin 789 yeni kanser vakası saptanmış ve bu vakalardan 9 milyon 958 bin 133'ü kanser nedeniyle yaşamını yitirmiştir. Bu vakaların %3.1'inin serviks

kanseri, %2.2'sinin uterus kanseri, %1.6'sının over kanseri, %0.2'sinin vulvar kanseri ve %0.1'inin vajinal kanser olduğu tespit edilmiştir (Sung, vd., 2020).

2019 yılı Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre ise, Türkiye'de 40-59 yaş aralığındaki kadınların en sık hayatını kaybetme nedenleri arasında serviks kanseri dokuzuncu, over kanseri ise yedinci sıradadır (WHO, 2019). Over kanseri tüm jinekolojik kanserlerin%25'ini oluştursada, jinekolojik kanser ölümlerinin %50'sinden daha fazlasına(yılda 14.420 ölüm)neden olmaktadır. Bu veriler, jinekolojik kanserlerin hem global hem de yerel sağlık sorunları arasında önemli bir yer tuttuğunu ve etkili tarama, teşhis ve tedavi yöntemlerinin önemini vurgulamaktadır.

Over kanserinde etkili bir tarama yönteminin olmaması hastalığın ileri evrede tanı almasına sebep olmaktadır. İleri evrede tanı alan kadınların çoğunun prognozu kötüdür. Erken teşhis, bu hastalığın düşük hayatta kalma oranları göz önüne alındığında büyük öneme sahiptir. Yapılan çalışmalar, over kanserinin erken teşhis edilmesiyle beş yıllık sağkalımın %93'e ulaştığını ortaya koymaktadır.Bu sebeple yapılan çalışmaların temel hedefi bu hastalık hakkında bilgiyi arttırma ve erken teşhisi mümkün kılacak olanaklar yaratmak amacıyla şekillendirilmelidir(Torre,vd., 2018).

Günümüzde teknolojik gelişmelerin ışığında tanı ve tedavi yöntemlerindeki ilerlemeler, kanser tanısı almış bireylerin sağkalım sürelerinin uzamasına olanak sağlamıştır. Bununla birlikte, uzayan yaşam süresi, tedavi süreçlerinin uzun ve maliyetli olması, hastanede kalış süresinin uzaması, hastalığın metastaz yapabilmesi veya nüks edebilmesi, ilaçların yan etkilerinin yoğunluğu ve organ kayıpları gibi etkenler, bireylerde çeşitli fizyolojik, psikolojik ve sosyal sorunların ortaya çıkmasına neden olmuştur (Altınova ve Duyan, 2013).

Jinekolojik kanserler, kadınların üreme organlarını etkileyerek bireylerin cinselliği, doğurganlığı ve beden imajı üzerinde olumsuz etkiler yaratmaktadır. Üreme organlarının kaybı, doğurganlığın, çekiciliğin ve cinselliğin sonlanması olarak algılanmakta; bu durum, kadınların beden imgelerini ve benlik saygılarını olumsuz yönde etkileyerek hem fiziksel hem de psikolojik açıdan çeşitli sorunları beraberinde getirmektedir (Oskay,vd., 2011). Bu sorunlara ek olarak, jinekolojik kanser tanısı almış kadınlarda tedavi süresince manevi/dini, bakıma yönelik, sosyal ve bilişsel sorunlar da gözlemlenmektedir (Eker ve Aslan, 2017). Tüm bu problemlerin çözümü ve hastaların gereksinimlerinin karşılanması amacıyla, jinekolojik kanserli kadınların

destekleyici bakım hizmetlerine ihtiyaç duydukları belirtilmektedir (Yıldırım,vd., 2013).

Destekleyici bakım, bireyi merkeze alarak hastanın yaşam kalitesini arttırmayı amaçlar (Demirkol,2016). Destekleyici bakım, kanser tedavisi gören ya da bu hastalıktan etkilenen, kanser teşhisi öncesi dönem, tanı ve tedavi sürecinin ardından sağkalım aşamalarında ortaya çıkan fiziksel, ruhsal, duygusal, cinsel ve sosyal yaşam koşulllarının yanı sıra günlük yaşam ve bilgi ihtiyaçlarının karşılaması amacıyla, kişi odaklı bakımdır (Afyanti,vd., 2018). Bu ihtiyaçların birbiriyle etkileşimlerini de anlamak önemlidir. Gereksinimleri belirlemek hastanın distresini, kötü yaşam kalitesini, bakım memnuniyetsizliğini azaltacak, sağlık hizmeti kullanımının ve maliyetinin artmasını önleyebilecektir. Hastayı merkeze alarak, her bireyin holistik bakış açısıyla destekleyici bakım gereksinimlerinin tanılanması ve karşılanması gerekmektedir (Yıldırım, 2013).

Tedavinin yararlarını en üst düzeye çıkarmak ve hastalığın etkileriyle mümkün olduğu kadar kaliteli yaşamak için hastaya yardım eden aktiviteleri ve sağlık hizmetlerini içerir (Yıldırım,vd., 2013). Kanser hastalarının bakımında, destekleyici bakım ihtiyaçlarının tespiti ve uygulanması hemşirelik hizmetlerinin yükümlüğündedir (Işık, 2014; Yıldırım,vd., 2013).

Yapılan çalışmalar ışığında, Şenturan ve Aksuoğlu (2015)'nun gerçekleştirdiği "Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması" ve Türkan Özbayır ve çalışma arkadaşlarının (2016) gerçekleştirdiği "An Adaptation of the Short-Form Supportive Care Needs Survey Questionnaire (SCNS-SF 34) to Turkish" bu alanda mevcut çalışmalardır. Bu alanda yapılan çalışmalar kısıtlıdır. Bu nedenle, yeterince karşılanmayan bakım ihtiyaçları, kanserle mücadele eden kadınların stres düzeylerinin artmasına hayat kalitelerinin istenmeyen bir şekilde değişmesine yol açmaktadır. Over kanseri teşhisi konmuş kadınların karşılaştıkları sorunların ilk dönemde belirlenmesi ve uygun müdahalelerin yapılması, sağlık profesyonellerinin başlıca sorumlulukları arasında yer almaktadır. Bu bağlamda, hemşireler kadınların destekleyici bakım gereksinimlerinin belirlenmesinde etkili bir rol oynamaktadır. Hemşireler, tanı anından itibaren hastayla birlikte ailesine odaklanarak, stres yaratan faktörleri, kadınların yaşam tarzı ve inanışlarını göz önünde bulundurularak etkili bir şekilde yönetilmesi sağlanmalıdır. Aynı zamanda, yaşam kalitesini iyileştirmek

amacıyla destekleyici bakım ihtiyaçlarını belirlemeli ve bu ihtiyaçlara yönelik uygun müdahaleler gerçekleştirmelidirler.

Bu bağlamda, over kanseri teşhisi almış kadınların destekleyici bakım gereksinimlerinin tespit edilmesi, hastaların iyilik halinin sürdürülebilmesi açısından büyük önem taşımaktadır.

İKİNCİ BÖLÜM
2.GENEL BİLGİLER

2.1. Over Kanseri: Tanım ve Histopatolojik Sınıflandırma

Overler, her biri badem büyüklüğünde ve ortalama 6-9 gram ağırlığında olan, uterusun her iki yanında tüplerin fimbria uçlarında yerleşmiş, kadın üreme sisteminin en önemli organlarıdır(Yıldız,vd., 2017). Histolojik olarak incelendiğinde, overlerde dışta korteks ve içte medulla olmak üzere iki ana tabaka bulunur. Medulla tabakası; düz kas demetleri, sinirler, bağ dokusu, lenf ve kan damarlarını içerir. Korteks tabakası ise overlerin fonksiyonel kısmıdır ve burada foliküller bulunur. Bir kız bebek dünyaya geldiğinde overlerinde 200.000 ila 400.000 arasında folikül bulunur. Ancak ergenlik dönemiyle birlikte, her ay bu foliküllerin sayısı azalır(Taşkın, 2016; Yıldız,vd., 2017).

Overlerin başlıca görevleri, dişi üreme hücresi olan ovumun olgunlaşmasını sağlamak, ovülasyonu gerçekleştirmek ve üreme döngüsünde önemli bir rol oynayan östrojen ve progesteron hormonlarını üretmektir (Yıldız,vd., 2017). Kadınlarda her ay gerçekleşen ovulasyon döngüsü, over epitelyumunun bu süreçten etkilenmesi nedeniyle over kanseri riskini artırabilmektedir. Bu durum, over kanserinin hormonal etiyolojisinin temel sebeplerinden biri olarak kabul edilmektedir (Momenimovahed,vd., 2019; Şennur,vd., 2014; Taşkın, 2016).

Over dokusu, farklı embriyolojik kökenlerden gelen dokuların birleşiminden oluşur, bu nedenle over tümörleri çeşitlilik gösterir (Atasü ve Şahmay, 2001; Yıldırım, 2012). Over kanserlerinin yaklaşık %90'ı over yüzeyinde başlayıp epitel kökenlidir. Kalan tümörler ise seks kord-stromal hücrelerden veya germ hücrelerinden kaynaklanmaktadır (Avcı, 2015).

2.1.1.Epitelyal Tümörler

Overin malign tümörlerinin yaklaşık %85'ini epitel kökenli tümörler oluşturmaktadır. Bu tümörler, epitel dokusunun over stromasından kaynaklanması nedeniyle potansiyel olarak hormon salgılayıcı özelliklere sahiptir (Taşkın, 2016). Tümörlerin gelişimiyle birlikte, tümör hücreleri overin dış yüzeyinden peritoneal boşluğa geçiş yaparak, periton zarı ve omentum üzerinde mikroskobik metastazlar oluşmasına neden olur.

Dağılım, genellikle para-aortik ve pelvik lenf nodlarına, mesaneye ve bağırsaklara doğru gerçekleşmektedir (Taşkın, 2000; Beji ve Bilgiç, 2020). Epitelyal over kanseri, jinekolojik maligniteler arasında en ölümcül olanıdır. Epitel kökenli tümör tipleri ise şu şekilde sınıflandırılmaktadır:

- **Seröz Adenokarsinom:** Over kanserlerinin yaklaşık %75'ini oluşturur ve yüksek maligniteye sahip olup seröz sıvı içerir (Taşkın, 2016). Bu tümörler, basit folikül kistlerinden ayırt edilmesi güç olabilir ve genellikle 5-15 cm arasında bir boyuta sahiptir(Aynacı, 2023).
- **Müsinöz Adenokarsinom:** Over kanserlerinin ortalama %20'sini oluşturur (Taşkın, 2016). Seröz tümörlere göre daha büyük olan bu tümör, genellikle yalnızca bir overi etkiler(Aynacı, 2023; Taşkın, 2016).
- **Endometrioid Adenokarsinom:** Over kanserlerinin yaklaşık %10'unu oluşturan bu tür, yaş ilerledikçe görülme sıklığı artan bir hastalıktır (Avcı, 2015). Mikroskobik düzeyde, endometriumda tübüler bez yapılarıyla tanımlanır (Aynacı, 2023). Çoğunluğu endometriozis kökenli olup, %30-40 oranında endometriyal tümörlerle birlikte görülür ve genellikle erken evrede teşhis edilir (Avcı, 2015).
- **Berrak Hücreli Kanserler:** Oldukça nadir görülen bu tümör, over kanserlerinin yaklaşık %5'ini oluşturur. Evre I'de teşhis edilen hastalarda prognoz daha iyiyken, ileri evrelerde seröz over kanserlerine kıyasla prognoz daha olumsuzdur. Ayrıca, ileri evrelerde kemoterapiye karşı direnç geliştirebilir (Avcı, 2015).
- **Transizyonel Hücreli Kanserler:** Over kanserlerinde daha az görülen bir tümör tipidir (Avcı, 2015; Aynacı, 2023).

2.1.2.Germ Hücreli Tümörler

Germ hücreli tümörler, overde ovumu üreten hücrelerden kaynaklanmaktadır. Bu tümörler genellikle genç kadınlarda ve adolesanlarda ortaya çıkmaktadır. Germ hücreli over tümörleri şu şekilde sınıflandırılmaktadır:

- **Disgerminom:** Vakalar genellikle adolesan dönem ve yirmili yaşlardaki genç kadınlarda görülmektedir. Bu tümörler genellikle yavaş büyür ve overde sınırlı kalma eğilimindedir.

Bu nedenle, hastaların %75'inden fazlası cerrahi müdahale ile tedavi edilebilmektedir. Tümör ilerlede bile cerrahi tedaviye ek olarak kemoterapi ve radyoterapi uygulamaları ile hastaların %90'ında olumlu sonuçlar elde edilebilmektedir (ACS, 2018).

- **Endodermal Sinüs Tümörü:** Ortalama tanı yaşı 23 olmakla birlikte bu tümör hızlı büyüme eğilimindedir. Hızlı büyüme nedeniyle hastalarda genellikle pelvik kitle ve ağrı şikayetleri gözlemlenir (Avcı, 2015).
- **Embriyonel Karsinom:** Overdeki en agresif kanser türlerinden biridir. Tanı konulma yaşı 15 olup, bu tümör genellikle hCG üretimi ile ilişkilidir (Avcı, 2015).
- **Teratom:** Çoğunlukla benign tümörlerdir ve genç kadınlar ile 18 yaş altı kızlarda daha sık görülmektedir. Tedavi, kistin cerrahi olarak çıkarılması ile gerçekleştirilir; ancak cerrahi müdahale sonrası yeniden kist oluşma riski bulunmaktadır (ACS, 2018).
- **Koryokarsinom:** Hızlı metastaz yapma eğiliminde olan bu tümörler, genellikle plesental kaynaklıdır ve tüm koryokarsinom vakalarında hCG salınımı söz konusudur (ACS, 2018).

2.1.3.Seks kord Stomal Hücreli

Seks kord stromal tümörler, over hormonlarını (östrojen ve progesteron gibi) üreten ve overi destekleyen yapısal doku kökenli hücrelerden gelişen tümörlerdir (American Chemical Society, 2018). Bu tümörler, seks steroidleri üretme özelliğine sahip oldukları için vakalarda genellikle hormon fazlalığı belirtileri görülür (Özçimen ve Gürbüz, 2021). Östrojen seviyesinin fazla olması, anormal uterin kanamalara yol açarken, yüksek testosteron düzeyleri yüz ve vücutta kıllanma gibi belirtilerle kendini gösterir (Alınca, 2020). Ortalama tanı yaşı 52 olup, her yaş grubundaki kadınlarda görülebilir(Alınca, 2020; Özçimen ve Gürbüz, 2021). Siyah kadınlarda bu tümörlerin daha sık görüldüğüne dair çalışmalar mevcuttur; ancak bu durumun nedeni tam olarak açıklanamamaktadır. Seks kord stromal tümörler genellikle yavaş büyüyen, lokalize kalma eğiliminde olan ve düşük nüks oranına sahip tümörlerdir (Alınca, 2020).

2.2. Over Kanseri Gelişimi: Teorik Perspektifler

Overleri çevreleyen peritoneal mezotelyom, her ay endokrin yanıtlarla epitel dokusunun sürekli olarak değişmesine ve farklılaşmasına yol açar. Bu süreçte malignleşme, genellikle epitel doku ya da ovülasyon sonrası salınan hormonlar ve sitokinlerle ilişkili olan enklüzyon kistlerinin varlığı ile bağlantılıdır (Beji ve Bilgiç, 2015). Over kanseri patogenezi konusunda üç ana varsayım öne çıkmıştır:

2.2.1. Tekrarlayan Ovülasyon Teorisi

Teoriye kapsamında, tekrarlayan yumurtlama süreci overin yüzeyindeki epitel hücrelerinin kanserleşme sürecini tetikler. Gebelik dışında over epitelindeki sürekli hücre bölünmesi ve rejenerasyonun, hücrelerin malignleşmesine neden olduğu tahmin edilmektedir. Epitel dokusunun yineleyen tahribat ve yenilenme süreçlerinin DNA (Deoksiribo Nükleik Asit) tahribatını artırarak malignite sürecini tetiklediği öne sürülmektedir. Bu teorinin temelinde, bir kadının yaşamı süresince geçirdiği ovülasyon sayısının, kanser riskini artırdığı fikri yatmaktadır. Dolayısıyla, gebelik, emzirme ve oral kontraseptif kullanımı gibi durumlar, ovülasyon sıklığını azaltarak kanser riskini düşürdüğü düşünülmektedir (Beji ve Bilgiç, 2015; Webb ve Jordan, 2017).

2.2.2.Gonadotropin Teorisi

Overde düzenli aralıklarla enklüzyon kistlerinin ve yarıkların oluştuğunu öne sürer. Bu süreçte, overin dışındaki hücreler içeriye geçerek stromaya kaçarlar. Teorinin savunduğu görüşe göre, bu epitel hücreleri, kökeni muhtemelen fallop tüpünden gelen epitel ile ilişkilidir. Stromaya geçen epitel hücreleri, enklüzyon kistleri oluşturur. Kistlerin salgıladığı gonadotropinlerin, overin yüzeyindeki epitel hücrelerinin malignleşmeye yol açtığı öne sürülmektedir. Ayrıca, doğrudan veya dolaylı yoldan uyarılan steroidogenez sürecinin, kanserojenik süreçlerin başlamasına zemin hazırlayabileceği öne sürülmüştür (Beji ve Bilgiç, 2015; Webb ve Jordan, 2017).

2.2.3. İnflamasyon Teorisi

Over kanseri oluşumunda uzun süreli inflamasyon sürecinin bu süreçte belirleyici bir etki yapabileceğini ileri sürer. Bu teoriye göre, inflamatuar olayların salgıladığı sitokinler, prostaglandinler ve diğer bileşenler, mutajenik stres yanıtlarını tetikleyebilir ve böylece over kanseri oluşumunu teşvik edebilir.

Ayrıca, talk ve retrograd menstrasyon gibi faktörlerin, uzun süreli inflamasyonu tetikleyerek kanser gelişimi için uygun bir ortam yaratabileceği ileri sürülmektedir (Beji ve Bilgiç, 2015).

2.3. Over Kanseri: Dünyada ve Türkiye'de Görülme Sıklığı

Over kanseri, dünyada yılda ortalama 314.000 yeni vakaya (%6.6) ve 207.252 kişinin (%4.2), kişinin yaşamını yitirmesine neden olarak Kadın kanserleri arasında, hem hastalık sıklığı hem de ölüm oranları bakımından sekizinci sırada bulunmaktadır (GLOBOCAN, 2020). Ülkemizde GLOBOCAN (2020) sonuçlarına göre kadınlarda 7. en sık görülen kanserdir ve yılda 4059 over kanseri görülür (GLOBOCAN, 2020)

2021 yılı için Amerikan Kanser Derneği (ACS) 21.410 kadının over kanseri tanısı alacağını 13.770'inin bu kanserden hayatını kaybedeceğini öngörmektedir. Over kanseri, kansere bağlı ölümler arasında beşinci sırada yer almaktadır. ACS (Amerikan Kanser Derneği) raporuna göre, over kanseri tanısı almış kadınların çoğunluğu 63 yaş ve üzerindedir. Türkiye'de 2019 yılına ait kanser istatistiklerine göre, 2016 yılında yaş durumuna göre ayrılmış over kanseri oranı 6.4/100.000 olarak belirlenmiştir.

Over kanseri, yüksek gelişmişlik özelliklerine sahip sistemlerde 40 yaş ve üzerindeki meme kanserinden sonra en yaygın görülen kanser türüdür. Jinekolojik kanserler arasında ise endometriyal kanserlerden sonra gelmektedir. Jinekolojik kanser türleri arasında mortalitesi en yüksek olandır. Over kanserinin en yüksek insidansı Kuzey ve Orta/Doğu Avrupa, Kuzey Amerika, Avustralya ve Batı Avrupa'da görülürken, Asya ve Afrika'da daha düşük orandır. Erken tanı problemleri ve tarama yöntemlerinin eksikliği nedeniyle tanı koyulduğunda kadınların çoğu ileri evredir. İleri evrede tanı alan %70 kadının yalnızca %30'u beş yıl hayatta kalabilmektedir. Erken dönemde teşhis edilen hastaların beş yıllık sağlık oranı ise %90'dır (Menon,vd., 2018; Stewart,vd., 2019;Younes ve Zayed, 2018; Webb ve Jordan, 2017). Genel nüfusta ömür boyu over kanser riski %1.8'dir. Hastalık genellikle 40-85 yaşları arasında daha sık görülmekle birlikte ortalama yaşı 63 olduğu bulunmuştur. Kalıtsal olarak yüksek riskli kadınlarda ortalama yaşın 54.3 e düştüğü gözlemlenmektedir (Beji ve Bilgiç 2020).

2.4.Over Kanseri Belirtileri

Erken evrede over kanseri genellikle belirti vermediği veya belirtiler çok az olduğu için teşhis koymak zor olabilmektedir. Kanser, genellikle ilerleyen evrelerde belirgin semptomlar göstermeye başlar, bu nedenle over kanseri literatürde "sessiz katil" olarak tanımlanır. Bu durum, kadınların ve sağlık profesyonellerinin erken belirtileri göz ardı edebilmelerinden ortaya çıkmıştır(Avcı, 2015; Taşkın, 2016; Bilgiç, 2015; Şahin ve Bal, 2015).

Tanı konan hastaların çoğunluğu yaklaşık 50 yaş civarındadır ve 100 hastadan 70'i genellikle ileri dönemlerde, yani Evre III'te ve Evre IV'te bulunmaktadır. Over kanserine özgü belirgin bir semptom yoktur. En yaygın olarak göürülen semptomlar arasında karın ve kasık bölgesinde sürekli ağrı, karın çevresinin büyümesi, sürekli şişkinlik, hazımsızlık, bağırsak sorunları, halsizlik, kilo kaybı, sık idrara çıkma ihtiyacı ve/veya idrara çıkmada aciliyet hissidir (Avcı, 2015; ACS, 2020; HSGM, 2022). Bu belirtiler genellikle hastalığın erken evrelerinde ortaya çıkabilir.Hastameye geliş sebepleri genelde karın ağrısı veya rahatsızlık, adet düzenindeki değişiklikler, hazımsızlık ve kısa süreli sindirim sorunlarıdır (ACS, 2020; Berek,vd., 2021; Afşin,vd., 2022). Hastalıığın ilerlemesiyle, sırt ve karın bölgelerinde ağrı şiddetlenir, batında ele gelen kitle, karın şişkinliği ve asitten kaynaklanan rahatsızlıklar artmaktadır (Berek,vd., 2021; Önder, 2022).Artan karın içi basıncından veya sıvının plevral boşluklara transüdasyonuyla solunum problemleri de başlayabilmektedir (Beji ve Bilgiç, 2015; Şahin ve Bal, 2015; Berek ve ark., 2021; Afşin,vd., 2022).

Bazı hastalar postmenopozal kanama ile başvurabilmektedir. Ancak, postmenopozal kanaması olan kadınların, over kanseri değerlendirmesi yapılmadan önce uterus patolojisi açısından detaylı bir şekilde incelenmesi gerekmektedir. Over kanseri olan bazı hastalarda rektal kanama görülebilmekle birlikte, bu semptom tek başına over kanseri tanısı koymak için yeterli değildir (Alınca, 2020). Pelvik ağrı ve basınç şikayetleri nedeniyle yapılan jinekolojik muayenede adneksiyal kitleler tespit edilebilir ya da pelvik muayenede görüntüleme teknikleriyle patolojik bulgular ortaya çıkabilir. Ayrıca, over kanseri olan bazı hastalarda klinik bağırsak tıkanıklığı gelişebilir ve bu durum genellikle şiddetli bulantı ve kusma ile birlikte seyreder (Alınca, 2020; Önder, 2022).

Mevcut bilgiler doğrultusunda, over kanserinin erken safhada semptom görülmediği düşünülmüşse de, yapılan çalışmalar hastaların %95'inin tanı öncesinde çeşitli belirtiler yaşadığını ortaya koymuştur. Bu semptomların en yaygın olanları gastrointestinal sistemle ilgili belirtiler iken, jinekolojik semptomlar daha az rastlanmaktadır. Erken teşhis amacıyla geliştirilen semptom indeksi çalışmasında, belirtiler pelvik ve abdominal ağrı, şişkinlikve karın çevresinde genişleme ve yutma zorluğu ve doygunluk hissi olarak kategorilendirilmiştir. Ayda 12 kez veya daha sık meydana gelen ve bir yıldan kısa süreli semptomlar pozitif olarak değerlendirilmiştir. Ayrıca, 68 yaş ve üstündeki kadınları kapsayan bir çalışmada, tanı konmadan önce en sık karşılaşılan semptom karın ağrısı olarak rapor edilmiştir (Roett ve Evans, 2009).

2.5.Over Kanseri Risk Faktörleri

Literatür incelemeleri, çeşitli etkenlerin over kanseri riskini artırdığını ortaya koymaktadır. Over yüzey epitelinin dönüşümünü öngören doku biyobelirteç değişiklikleri hakkında bilgi mevcut olsa da, overlerin batın içindeki yerleşimi nedeniyle kısmi erişilemezliği, bu etkenlerin risk altında olan kadınları belirlemede kullanımını güçleştirmektedir (Uçar ve Bekar, 2010). Over kanserinin gelişiminde hormonlar, genetik yatkınlık ve çevresel faktörler belirleyici bir rol oynar. Risk faktörleri arasında nulliparite (hiç doğum yapmamış olmak), infertilite tedavisinde kullanılan ilaçlar, PIH (Pelvik İnflamatuar Hastalık), azalmış gonadotropin seviyeleri, vulvar temizliği için kullanılan spreylerin veya talk pudrasının kullanımı, ailede meme veya over kanseri öyküsü, yağ oranı yüksek besinlerin tüketimi, fazla kilo, tekrarlayan ovulasyon, mesane kanseri ,kolon kanseri ve meme kanseri öyküsü, erken yaşta menarşa başlama, ileri yaşta menopoz, ileri yaşta çocuk sahibi olma ve endometriozis öyküsü gibi unsurlar bulunmaktadır(Beji ve Bilgiç, 2015; Roett ve Ivans, 2009; Yetimalar,vd., 2007).

2.5.1.Yaş

Yaş, birçok kanser türü için risk faktörü oluşturduğu gibi, over kanseri gelişiminde de önemli bir rol oynamaktadır. Over kanseri genellikle menopoz sonrası dönemde ortaya çıkan bir hastalık olarak kabul edilmektedir (ACS, 2020; Gaona-Luviano,vd., 2020). Yaş ilerledikçe over kanseri riski artmakta olup, bu hastalık 40 yaş altındaki bireylerde nadiren görülmektedir (ACS, 2020).

İleri yaş, ayrıca daha agresif tümörlerin oluşum riskini de artırmaktadır (Gaona-Luviano,vd., 2020). Over kanserinin medyan tanılama yaşı 63 olup, bu yaş değeri bölgesel farklılıklar gösterebilmektedir (ACS, 2020).

Erken yaşta tespit edilen over kanseri vakalarının tedaviye yanıtının genellikle daha iyi olduğu bilinmektedir. Birçok araştırmacı, yaşın bağımsız bir risk faktörü olarak değerlendirildiğini ifade etmektedir (Chan, 2006; Mohammadian,vd., 2017).

2.5.2. Erken Menarş ve Geç Menopoz

Menarş yaşının 12 yaşından önce başlaması ve menopozun 52 yaşından sonra görülmesi, epitelyal over kanseri riskini artıran önemli faktörler arasında yer almaktadır (Avcı, 2015). Erken menarş ve geç menopoz, kadınların yaşamları boyunca daha fazla sayıda ovulasyon yaşamasına neden olmakta ve bu durum, over fonksiyonlarında meydana gelen değişikliklerle birlikte hormonel dengesizliklere yol açabilmektedir. Bu hormonal değişikliklerin, over kanseri riskini artırabileceği düşünülmektedir (Zayyan, 2020; Li,vd., 2021). Yapılan bir araştırmada, menopoz yaşının beş yıl geç başlamasının over kanseri riskini %6 oranında artırabileceği öne sürülmüş ve bu artışın özellikle endometrioid tip ve berrak hücreli kanser türlerinde belirgin olacağı vurgulanmıştır (Webb ve Jordan, 2017).

2.5.3. Obezite

Obezitede, artan yağ dokusu nedeniyle androjenlerin periferik üretimi artar ve bu durum, östrojen üretimini de artırır (Joon,vd., 2022). Ayrıca, obeziteye bağlı olarak gelişen insülin direnci, hiperinsülinemi nedeniyle overlerin androjen üretim hızlarını artırabilir, bu da androjen fazlalığının gelişmesine katkıda bulunur. Bir taraftada adipoz dokuda fazla androjenin östrojene dönüşümü hiperöstrojenizme yol açabilir (Özcan Dağ ve Dilbaz, 2015). Fazla üretilen östrojen, over epitel hücrelerinin çoğalmasını teşvik edebilir ve adipoz yağ dokusunun artışı, over kanser hücrelerinin büyümesine katkıda bulunabilir (Bakır ve ark., 2018). Menopoz sonrası dönemde obezitenin östrojen ve androjen düzeylerini artırması, over kanseri riskini de artırmaktadır ve bu dönem riskli bir dönem olarak değerlendirilmektedir (Bakır,vd., 2018).

Obezite ile over kanseri arasındaki bağlantı konusunda kesin bir görüş birliği bulunmamaktadır. Meta-analizler, BKİ (Beden Kitle İndeksi) beş puanlık bir artışın

over kanseri oranını %5 artırdığını göstermektedir (Amerikan Klinik Onkoloji Derneği, 2013).

Obezite ile birlikte hipertansiyon ve diyabet gibi kronik hastalıkların varlığı, over kanseri olan bireylerde sağkalım oranlarını olumsuz etkileyebilir (Bae,vd., 2014; Franco, 2012; ACS, 2018).

Ayrıca, fazla kilolu olma ve obezitenin over kanseri üzerindeki etkisini araştıran bir meta-analizde, fazla kilolu ve obez bireylerde artmış risk gözlemlenmiştir. Bu araştırmada, postmenopozal ve premenopozal dönemdeki BKİ artışı arasında anlamlı bir belirgin fark bulunmamıştır (Liu,vd., 2015).

2.5.4. Nulliparite

Nulliparite terimi, hiçbir gebelik geçirmemiş olmayı ifade eder. Araştırmalar, over kanseri riski ile doğum sayısı arasında belirgin bir ters ilişki olduğunu ortaya koymaktadır (Koushik,vd., 2017). Nullipar kadınların over kanseri riski, multipar kadınlara göre %30-40 oranında daha yüksektir (Taşkın, 2016). Bunun nedeni, nullipar kadınların daha fazla sayıda ovülasyonlu siklus geçirmeleridir; bu durum, bu gruptaki kanser riskini artırmaktadır. Yıl boyunca sürekli ovülasyon döngüsü yaşayan kadınlarda, dinlenme periyotlarının olmaması nedeniyle over epitelinde sürekli hücre bölünmesi ve folikül rüptürü yaşanabilir. Bu durumun, yüksek doz gonadotropin ve östrojen stimülasyonuna bağlı olarak overlerde inklüzyon kistlerinin gelişmesine ve bu kistlerin kansere dönüşme riski taşıdığı hipotezi öne sürülmektedir (Taşkın, 2016). Over kanseri riski, her geçen yıl %6 oranında artmaktadır.

İlk gebeliğini 35 yaşından sonra yaşayan kadınların over kanseri riski, diğer kadınlarla kıyaslandığında daha fazla olabileceği öngörülmektedir (ACS, 2020; Beji ve Bilgiç, 2015; Beji ve Dişsiz, 2015) Literatürdeki araştırmalar, gebeliğin over kanseri riskini azaltmada etkili bir rol oynadığını göstermektedir (La Vecchia, 2017).

2.5.5. İnfertilite İlaçlarının Kullanılması

Araştırmalar, İnfertilite tedavisinde kullanılan ilaçların, epitelyal ve borderline over kanseri riskini artırabileceğini göstermektedir, ancak bu ilişkinin karmaşık olduğu vurgulanmaktadır. Bu karmaşıklığın nedenini, over kanserinde inferilitenin risk faktörlerinden biri olmasıdır (Tomao,vd.,2014). İnfertilite ilaçlarının over kanseri riskini arttırabileceğine dair iki temel teori bulunmaktadır. İlk olarak, aralıksız ovülasyon teorisi öne sürülmektedir. Bu teoriye göre, over yüzeyindeki epitelde

meydana gelen sürekli ovülasyon hasarları ve onarımlar, DNA hasarına yol açarak over kanseri riskini artırabilir (Asante,vd., 2013).

Diğer bir görüş ise gonadotropin teorisidir. Bu teori, hipofizden yüksek gonadotropin salımının over hücrelerinin kanserleşmesinde önemli bir rol oynadığını savunmaktadır. Gonadotropin seviyelerini yükselterek yumurtlama sürecini hızlandıran ilaçların kullanımının over kanseri riskini artırabileceği düşünülmektedir (Asante,vd., 2013).

Çoğu vaka kontrol çalışması, infertilite ilaçlarının özellikle bir yıldan uzun süre kullanılmasının riskleri artırdığını belirtse de, güncel araştırmalar, infertilite grubundaki artmış riskin bu ilaçlara bağlı olmadığını, artışın daha çok nulliparitedeن kaynaklandığını öne sürmektedir (Afşin,vd., 2022; Alınca, 2020). Diğer bir çalışmada ise, infertilite tedavisinde kullanılan klomifen sitrat adlı maddenin over kanseri riskini artırdığı tespit edilmiştir (Silva,vd., 2009).

2.5.6. Endometriyozis

Birçok çalışma, endometriozis ile over kanserinin benzer bir patogeneze sahip olduğunu göstermektedir. Kronik inflamasyon, pek çok kanser türüne özgü risk faktöri oluşturmakla beraber endometriyozis ve over kanseri için de ortak nedenlerden biri olarak kabul edilmektedir. Endometriyozis varlığında over kanseri riski 1.42 olarak belirlenmiştir. Araştırmalar, endometriyozis ile endometrioid ve berrak hücreli over kanserlerinin ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu bağlamda, endometriozisle ilişkili over kanserinin, overyal endometrial kistlerden kaynaklandığı ve endometriotik kistlerdeki demirin yol açtığı oksidatif stres nedeniyle kistin zamanla kansere dönüşebileceği hipotezi ileri sürülmüştür (Ito,vd., 2017; Murakami,vd., 2020).

İnvazif over kanseri teşhisi almış 7.911 kadının yer aldığı bir araştırmada, 738 kadının endometriyozis öyküsüne sahip olduğu bulunmuştur. Yapılan geniş çaplı araştırmalar, endometriyozis vakalarının %5 ila %10'unun kansere dönüşme riski taşıdığını ortaya koymuştur (Pearce,vd., 2012; Brilhante,vd., 2017).

2.5.7 Polikistik Over Sendromu

Polikistik Over Sendromu (PCOS), androjen/progesteron hipotezi ve gonadotropin hipotezi çerçevesinde ele alınmaktadır (Aytan, 2015). Bu teorilere göre, PCOS'ta androjen maruziyetindeki artış, over kanseri riskinin de yükselmesine neden olabilir (Harris ve Terry, 2016). PCOS'lu kadınlarda, overlerdeki androjen üretiminin

artmasının temel mekanizması, düzensiz luteinize edici hormon (LH) uyarısı ve insülin direncine bağlı olarak yükselen insülin seviyeleridir (Aytan, 2015).

Artan androjen konsantrasyonları, foliküllerin normal olgunlaşma sürecini durdurur, atreziyi teşvik eder ve yeni foliküllerin gelişimini sürdürür.

Tam olgunlaşma sağlanamadığından, hiperplastik tek hücreli foliküller çevresinde LH stimulasyonunun artışıyla küçük foliküler kistlere dönüşür. Bu foliküller, over stromasının hacminde artış ve genişlemeye yol açarak, androjen üreten hücresel kitlelelerin çoğalmasına neden olur (Aytan, 2015).

2.5.8. Pelvik İnflamatuvar Hastalık

Pelvik inflamatuvar hastalık (PIH) ile over kanseri arasındaki ilişki, birçok çalışma tarafından belgelenmiştir. Kronik inflamasyon, overin yüzeyindeki epitel hücrelerinde dönüşüme yol açabilir, fallop tüplerindeki kanser öncüsü lezyonların malign lezyonlara dönüşümünü tetikleyebilir veya over çevresindeki dokularda kanser hücrelerinin salınımını artırarak over kanserinin başlangıcını teşvik edebilir (Zhou,vd.,2017;Momenimovahed,vd.,2019).PIH,inflamatuvar süreçler aracılığıyla over epitelinde meydana gelen değişiklikler ve dokular arasında kanser hücrelerinin yayılmasına katkıda bulunarak, over kanseri riskini artırmaktadır.

2.5.9. Hormon Replasman Tedavisi

Uzun süreli östrojen içeren hormon replasman tedavisi (HRT) uygulamasının, epitelyal over kanseri riskini artırma potansiyeline sahip olduğu ifade edilmektedir.. 20 yıldan uzun süre östrojen tedavisi gören kadınlarda bu riskin belirgin şekilde yükseldiği bulunmuştur (Alınca, 2020). Postmenopozal 44.241 kadının takip edildiği bir kohort çalışmasında, 329 kadında over kanseri teşhis edilmiştir. Bu çalışmada, postmenopozal dönemde 10 yıldan uzun süre yalnızca östrojen tedavisi alan kadınlarda over kanseri riskinin arttığı, östrojen tedavisinin süresi 20 yılın üzerine çıktığında riskin 3.2 katına çıktığı gözlemlenmiştir (Lacey,vd., 2002).

HRT (Hormon Replasman Tedavisi) ile over kanserinin ilişkisini ele alan 52 farklı hastalığın yayılımını araştıran çalışmada, menopoz sonrası hormon tedavisi uygulanan (beş yılın altında) 50'li yaşlardaki kadınlarda kanser riskinin arttığını ortaya koymuştur. Ayrıca, tedavi sonlandırılsa dahi bu artan riskin en az beş yıl daha süreceği tahmin edilmektedir (Beral, vd., 2015; Webb ve Jordan, 2017).

Yapılan bir meta-analiz çalışmasında yalnızca östrojen destek tedavisinin menopoz sonrası dönemde over kanseri riskini yükselttiğini, ancak östrojenle birlikte progestin kullanan kadınlarda bu ilişkinin çelişkili olduğu tespit edilmiştir (Shi,vd., 2016).

2.5.10. Genetik

Epitelyal over kanserlerinin yaklaşık %10'u ailevi kökenli olarak tanımlanmaktadır. Ailede iki veya daha fazla bireyde over kanseri öyküsünün bulunması, ailevi over kanseri olarak adlandırılmaktadır. Meme veya over kanseri öyküsü bulunan ailelerde, over kanserine yakalanma olasılığı daha yüksektir (Glud,vd., 2004; Zhang,vd., 2018). Bir kadının yaşamı boyunca over kanseri tanısı alma olasılığı 1/70 iken, birinci derece akrabalarında over kanseri öyküsü bulunan kadınlarda bu riskin 1/30'a yükseldiği vurgulanmaktadır. Birinci derece akrabalarında over kanseri öyküsü bulunan kadınlarda riskin üç kat arttığı gözlemlenmiştir (Kazan,vd., 2021). Birinci derece akrabasında over kanseri öyküsü bulunan bireylerde risk 3,6 kat, ikinci derece akrabasında bu hastalık öyküsü olanlarda ise 2.9 oranında artmaktadır. Aile öyküsünde over kanseri tanısı olanlarda risk 4.3 oranında yükselmektedir (Agarwal,vd., 2014; Arvas ve Gezer, 2004).

Over kanseri üzerinde kalıtım, üç temel kategoriye göre değerlendirilebilir:

- **BRCA1 ve BRCA2 Gen Mutasyonları Taşıyan Ailelerde Görülen Kalıtımsal Over Kanseri**
- **Meme ve Over Kanseri Sendromunun BRCA1 ve BRCA2 Gen Mutasyonlarıyla İlişkisi**
- **HNPCC (Herediter Nonpoliposis Kolorektal Kanser Sendromu) ve Over Kanseri İlişkisi**

BRCA1 gen mutasyonuna sahip bireylerde, 70 yaşına kadar over kanseri gelişme riski %16 ile %44 arasındayken BRCA2 gen mutasyonuna sahip olanlarda ise %27 olarak saptanmıştır. BRCA1 genetik mutasyonu taşıyan kişilerde over kanseri görülme durumu, genetik olmayan over kanseri vakalarına göre geç yaşta görülme olasılığı daha yüksektir. BRCA genetik mutasyonlarını taşıyan bireyler, yalnızca over ve meme kanserinin yanı sıra rahim, serviks, prostat ve pankreas kanserleri için de yüksek risk taşımaktadırlar. BRCA2 gen mutasyonuna sahip olanlarda ise pigment hücreli kanser,

prostat, safra yolu hastalıkları, mide ve pankreasta kanser oluşumu riskini artmaktadır (Agarwal,vd., 2014; Arvas ve Gezer, 2004).

Epitelyal kökenli kanserlerin büyük bir kısmı, esasen fallop tüpünün fimbriyasından kaynaklandığından, salpenjektomi prosedürü over kanseri riskini %35-50 oranında azaltabilir. BRCA gen mutasyonu taşıyan ve kalıtımsal yatkınlığı bulunan bireylerde ise over kanseri riskini düşürmek amacıyla salpingoooforektomi, etkili bir seçenek olarak kabul edilmektedir (Momenimovahed,vd., 2019).

Lynch Sendromu, kolorektal kanser riskini yükselten genetik bir bozukluktur. Lynch sendromunda, kolorektal kanserlerden sonra en fazla görülen endometriyal kanserlerin yanı sıra over kanseri sıklığı da artmaktadır. Lynch sendromu, over kanserli kadınların %1'inde sorumlu bir etken olarak tanımlanmaktadır (Avcı, 2015).

2.5.11. Talk Pudrası Kullanımı

Talk, silikon, oksijen ve magnezyumdan oluşan ve genital tozlarda yaygın olarak bulunan bir mineral olup, perineal döküntüleri ve sürtünmeleri önlemek ile nemi emmek amacıyla kullanılmaktadır. Ancak talk, kanserojen özellik gösteren asbeste benzerlik arz etmektedir (Zayyan, 2020). Over kanseri örneklerinde talk materyalinin tespiti, talk kullanımının over kanseri ile ilişkili olduğu düşüncesini güçlendirmektedir (Cramer,vd., 2007).

Hem in-vivo hem de in-vitro çalışmaların yer aldığı bir meta-analizde, talk pudrası kullanan kadınlarla kullanmayanlar karşılaştırılmış ve perineal talk maruziyetinin, over kanseri riskini yaklaşık %30 oranında artırdığı tespit edilmiştir (Kadry Taher,vd., 2019). Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı (IARC) tarafından 2006 yılında yapılan epidemiyolojik çalışmalara dayanarak, genital talk kullanımının insanlarda kanserojen olarak sınıflandırıldığı bildirilmiştir (kanserojen grup 2B) (IARC, 2012). Ayrıca, yaklaşık 20 yayınlanmış çalışmayı içeren bir meta-analizde, talk pudrası kullanan kadınlarda kanser riskinin %35 oranında arttığı gözlemlenmiştir (Zayyan, 2020).

2.5.12. Sigara Kullanımı

Sigara kullanımının, özellikle müsinöz over kanseriyle ilişkili olduğu gösterilmiştir (La Vecchia, 2017).Bir meta-analizde, sigara içenlerle ile hiç sigara içmeyenler arasında karşılaştırma yapıldığında sigara içenlerde %79 oranında ve müsinöz over tümörü riskinin yükseldiği bulunmuştur (Alınca,2020).Bu bağlamda, 300.000 kadının

yer aldığı bir araştırmada, sigara kullanım süresi ve günlük sigara içme miktarı, hem invaziv hem müsinöz over kanseri riski ile ilişkilendirildiği bulunmuştur (Licaj,vd., 2017).

Kadınlar üzerinde yapılan bir başka araştırmada ise, 314 kadının over kanseri risk faktörleri incelenmiş ve menopoza girme, sigara kullanma ve gebelik geçirmeme gibi faktörlerin öne çıktığı belirlenmiştir (Teskereci,vd., 2020).

2.6.Over Kanserinde Koruyucu Faktörler

Over kanseri riskini azaltan faktörler arasında, 18 ay ve daha uzun süreli emzirme, erken yaşta menopoz, az yağlı beslenme düzeni, çoklu gebelik geçmişi, ilk menarş yaşının geç olması, doğum kontrol hapı kullanımı, tüp ligasyonu ve histerektomi operasyonu geçirme, yer almaktadır (Roett ve Ivans, 2009, Erkek ve Karakoç, 2014).

2.6.1. Emzirme

Emzirme, östrojen seviyelerinin düşmesine ve laktasyonel amenore (LAM) periyoduna neden olarak anovülasyona yol açar, bu da gonadotropin salgısını baskılar ve bu durum overlerin over kanseri gelişimine karşı korunmasına katkıda bulunur (Del Ciampo ve Del Ciampo, 2018). Emzirmenin süresi uzadıkça, özellikle doğumdan sonra en az altı ay ve tercihen on sekiz ay veya daha uzun bir süre boyunca emzirmenin, kadınları over kanserinden koruduğu görüşü yaygındır. İlk doğumda over kanseri riskinin %30 olduğu düşünülürken, doğum sonrası altı ay süresince emzirmenin bu riski önemli ölçüde azalttığı belirtilmektedir (Beji ve Bilgiç, 2015). Emzirmenin over kanseri üzerindeki etkilerini inceleyen 17,139 kadının dahil olduğu beş kohort araştırması ve 35 vaka kontrol araştırmasında, kadınların emzirme durumu incelenmiş ve emzirmenin over kanseri riskini %30 oranında azalttığı bulunmuştur (Li,vd., 2014).

2.6.2. Gebelik

Gebeliğin over kanserine karşı koruma etkisi, ovülasyonu kesintiye uğratarak over kanseri görülme sıklığını azalttığı düşünülmektedir (Taşkın, 2016). Birden fazla doğum yapmış kadınlarda, hiç doğum yapmamış kadınlara kıyasla over kanseri insidansının %10-30 oranında daha düşük olduğu rapor edilmiştir (Afşin,vd., 2022; Stewart,vd., 2013;Taşkın, 2016).

La Vecchia'nın çalışmasında, multipar kadınlarda over kanseri görülme oranının %50 oranında azaldığı belirtilmiştir (La Vecchia, 2017). Hiç doğum yapmamış kadınlarla en az bir kez doğum yapmış kadınların karşılaştırıldığı bir çalışmada, doğum yapmış kadınların over kanserinden korunma oranının %93 olarak tespit edildiği bulunmuştur (Beji ve Bilgiç, 2015).

Gebeliğin, over epitelinde sürekli hücre bölünmesi veya folikül rüptürü gibi durumları engelleyerek, yüksek doz gonadotropin ve östrojenin stimülasyonu ile oluşabilecek inklüzyon kistlerinin kanserleşme riski yaratmasını engellediği hipotezi ileri sürülmektedir (Momenimovahed,vd., 2019).

2.6.3. Oral Kontraseptif Kullanımı

Kombine oral kontraseptiflerin kullanılma süresine bağlı olarak over kanseri gelişme riskini %30-40 oranında azalttığı tespit edilmiştir (Taşkın, 2016; ACS, 2020). Oral kontraseptiflerde yer alan progestin hormonu, hasar görmüş over hücrelerini onararak, kanserleşmeden önce gerilemesine yardımcı olmaktadır (Havrilesky,vd., 2013; Taşkın, 2016). Yapılan araştırmada, uzun süreli oral kontraseptif kullanımının over kanseri riskini %40 oranında azalttığı tespit edilmiştir. (Michels,vd., 2018). Başka bir araştırma, oral kontraseptif kullanan kadınların over kanseri tanısı alma olasılıklarının kullanmayanlara göre daha az olduğunu ve oral kontraseptif kullanımının over kanseri riskini azalttığını göstermektedir (Karlsson,vd., 2021). 21 ülkeden 45 çalışmanın incelendiği meta-analizde ise oral kontraseptif kullanan kadınların over kanseri riskinin %30 oranında daha düşük olduğu tespit edilmiştir (Tokalaş, 2006).

2.6.4. Diyet

Bazı çalışmalar, yağ tüketiminin sınırlandırılması ve sebze tüketiminin artırılmasının over kanseri sıklığını azalttığını belirtmektedir (Plagens-Rotman ,vd., 2018; Tang ,vd., 2014). Diğer bir çalışmada, beta karoten ve B vitaminleri ile plazmadaki D vitamini seviyesinin artırılmasının over kanseri riskini azalttığı bulunmuştur (Momenimovahed,vd., 2019). Ong ve arkadaşlarının 2016 yılındaki çalışmasında, plazmadaki artan D vitamini konsantrasyonunun over kanseri riskini azaltabileceği ortaya konmuştur (Ong,vd., 2016). Ayrıca, yüksek hayvansal yağ tüketimi ile over kanseri arasındaki ilişki üzerinde yapılan araştırmalar, bu tür bir diyetin over kanseri gelişimi üzerinde ciddi bir etkisi olabileceğini ileri sürmektedir (Beji ve Bilgiç, 2015). Özellikle, yağların tümör gelişimini ve inflamasyonu artırarak over kanseri riskini

yükseltme potansiyeline sahip olduğu düşünülmektedir. Japonya dışındaki sanayileşmiş ülkelerde over kanseri insidansının yüksek olması, çoklu diyetlerin etkisiyle ilişkilendirilmektedir. Galaktoz metabolizmasının over kanseri riskini artırabileceği düşünülmekte olup, galaktozun oositlere olan toksik etkileri ve galaktosemik kadınlarda erken menopoz görülmesi bu düşüncenin dayanaklarını oluşturmaktadır (Taşkın, 2016).

Risch ve arkadaşlarının 1996 yılındaki araştırmasında doymuş yağ tüketiminin over müsinöz tümörlerinin riskini artırdığına işaret etmiştir (Risch,vd., 1996).

2.6.5. Salpingo-ooforektomi

Ailesinde over kanseri öyküsü bulunan ve BRCA gen mutasyonu taşıyan yüksek riskli bireylerde, profilaktik olarak bilateral salpingo-ooforektomi (BSO) uygulanmasının over kanseri riskini anlamlı derecede azalttığı gösterilmiştir (Selçuk,vd., 2018; Sung,vd., 2016). Yüksek dereceli seröz karsinomların fallop tüplerinden kaynaklanabileceğine dair bulgular, ooferektomi uygulanan hastalara ek olarak salpinjektomi yapılmasını önermektedir (Rice,vd., 2014). Chan ve arkadaşlarının araştırmalarında, overlerin çıkarılmasının over ve periton kanserlerinin insidansını düşürdüğü, ayrıca tek bir overin çıkarılmasının da over kanseri insidansını düşürebileceğini belirtmiştir (Chan ,vd., 2014).

2.6.6. Tüp Ligasyon

Tüp ligasyonunun over kanseri riskini azaltma mekanizması tam olarak anlaşılmamış olsa da, bu prosedürün over kanserine yol açan hücrelerin fallop tüplerinden dökülmesini engellediği düşünülmektedir. Over kanseri hücrelerinin endometrial kaviteden retrograd yolla tüplere geçtiği öne sürülen bulgular, tüp ligasyonunun bu hücrelerin endometriyal kaviteye geçişini engellediği hipotezini desteklemektedir (Rice,vd., 2014). Ayrıca, gebelikten korunmak için tüp ligasyonu uygulanan kadınlarda over kanseri insidansının azaldığı bildirilmiştir (Gaitskell,vd., 2016). Bir çalışma, kanser riski olmayan kadınlarda tüp ligasyonunun over kanseri riskini %34 oranında azalttığını göstermiştir (Eroğlu ve Koç, 2013).

2.6.7. Yeşil Çay

Yeşil çayın kanser üzerindeki etkileri ile ilgili yapılan çalışmalar, bu içeceğin çeşitli mekanizmalar aracılığıyla kanser riskini azaltabileceğini göstermektedir. Yeşil çayın, hücrelerdeki DNA yapıları, proteinler, organ morfolojisi ve hücre döngüsü gibi birçok

mekanizma üzerinde etkili olduğu görülmüştür. Özellikle over kanseri üzerine yapılan araştırmalar, yeşil çayın kanser hücrelerinin ve over kanserinin nükslerinin ortadan kalkmasında olumlu etkiler gösterdiğini ortaya koymaktadır (Şahin, 2015).

2.7 Over Kanserinden Korunma Stratejileri

2.7.1 Over Kanserinde Birinci Basamaktaki Koruma Stratejileri

Birinci basamak koruma stratejileri, kanser gelişimini önlemeye yönelik olarak çevresel karsinojenlerin etkilerini azaltmayı ve kemopreventif ajanların kullanımını içeren stratejilerden oluşur (Eroğlu ve Koç, 2014). Bu stratejiler, bireylerin kanser risklerini azaltarak hastalığın oluşumunu engellemeye odaklanır. Genellikle bilinen risk faktörlerini hedef alan birincil koruma, özellikle etiyolojisi iyi anlaşılan kanser türlerinde etkili bir yaklaşım olarak kabul edilir. Birinci basamak koruma stratejileri şunları içerir:

- **Farkındalık Geliştirme:** Toplumda kanser risk faktörleri ve korunma yöntemleri hakkında bilgi vermek, bireylerin bilinçlenmesini sağlar. Bu, riskli davranışlardan kaçınma ve sağlıklı yaşam alışkanlıkları geliştirme konusunda önemli bir adımdır (Aksu ,vd., 2021).
- **Sağlıklı Yaşam Stili Geliştirme:** Dengeli beslenme, düzenli egzersiz ve sigara içmeme gibi sağlıklı yaşam alışkanlıkları, genel sağlık durumunu iyileştirir ve kanser riskini azaltır (Kadın Kanserleri Derneği, 2022).
- **Oral Kontraseptif Kullanımı:** Uzun süreli doğum kontrol hapı kullanımı, over kanseri riskini azaltabilir. Oral kontraseptifler, overlerde ovülasyon sıklığını azaltarak kanser riskini düşürür (Aksu ,vd., 2021).
- **Profilaktik Cerrahi:** Yüksek risk taşıyan bireyler için profilaktik cerrahiler, örneğin BRCA gen mutasyonları taşıyan kadınlarda over ve rahim alınması, kanser riskini önemli ölçüde azaltabilir (Kabacaoğlu ve Karaca, 2020).

Bu birinci bassamak korunma stratejileri, over kanseri ve diğer kanser türlerinin gelişimini önlemeye yönelik etkili yöntemlerdir ve kişisel risk profiline göre uygulanabilir. Bu stratejiler, hem bireylerin hem de toplum sağlığını korumak için kritik öneme sahiptir.

2.7.2. Over Kanserinde İkinci Basamaktaki Koruma Stratejileri

İkinci basamak koruma stratejileri, erken tanı ve prekanseröz lezyonların cerrahi müdahale olmadan tedaviyi içerir. Bu yaklaşım, kanserin erken aşamalarda tespit edilmesini ve tedavi edilmesini sağlayarak, hastalığın ilerlemesini önlemeyi amaçlar (Eroğlu ve Koç, 2014).

- **Erken Tanı ve Tarama:** Over kanserinin erken tanısı, hastalığın belirti vermediği aşamalarda bile saptanmasını sağlar. Ancak, toplum genelinde tüm kadınlar için kesin bir tarama programı bulunmamaktadır (Afşin ,vd., 2022).
- **Genetik Riskli Kadınlar için Tarama:** Genetik yatkınlığı olan kadınlar için yıllık transvajinal ultrasonografi (USG), pelvik muayene ve CA-125 testi gibi tarama yöntemleri önerilmektedir. (Afşin ,vd., 2022; Daly,vd., 2021; Eroğlu ve Koç, 2014).
- **Tarama Yöntemleri:** Bazı çalışmalar, erken teşhis testleri uygulanan gruplarda over kanserine bağlı mortalite oranlarında anlamlı bir azalma göstermemiştir (Buys,vd., 2011; Menon,vd., 2021; Pinsky,vd., 2019). Bu nedenle, günümüzde etkili bir erken teşhis testi hala mevcut değildir (Berek,vd., 2021). Türkiye'de ise ulusal bir kanser tarama programında over kanseri için tarama önerisi bulunmamaktadır (Eroğlu ve Koç, 2014).
- **Danışmanlık ve Eğitim:** Kadınların düzenli jinekolojik muayenelerini yaptırmaları ve risk faktörleri hakkında bilgilendirilmeleri teşvik edilmelidir (Boyd ve Rubin, 1997; Eroğlu ve Koç, 2014).

İkinci basamak koruma stratejileri, over kanserinin erken aşamalarda tespit edilmesini ve tedavi edilmesini sağlayarak, hastalığın ilerlemesini ve ölüm oranlarını azaltmayı hedefler. Risk faktörlerinin ve genetik yatkınlığın dikkate alınarak, kişiselleştirilmiş tarama ve korunma stratejileri geliştirilmelidir.

2.7.3. Over Kanserinde Üçüncü Basamaktaki Koruma Stratejileri

- Üçüncü basamaktaki koruma stratejileri, mevcut kanserin tedavi edilmesi ve tedavi sonrası dönemde semptomların yönetilmesini ve hastanın yaşam kalitesinin artırılmasını kapsar.

Bu aşama, hastalığın nüksünü önlemeyi, komplikasyonları yönetmeyi ve rehabilitasyonu içermektedir (Akman,vd., 2019; Njoku,vd., 2020).

Tedavi Yönetimi:

- **Cerrahi Tedavi:** Over kanserinin tedavisinde genellikle invaziv cerrahi uygulanır. Cerrahinin amacı, tümörün tamamen çıkarılması ve mümkünse çevresel dokuların da temizlenmesidir. Bu, hastalığın kontrol altına alınmasında ve nüks riskinin azaltılmasında önemli bir adımdır.
- **Kemoterapi:** Platin ve taksan bazlı kemoterapi, over kanserinin tedavisinde standart yaklaşımdır. Kemoterapi, kanser hücrelerini öldürerek veya büyümelerini durdurarak tümörün kontrol altına alınmasına yardımcı olur. Nüks riskini azaltmak ve hastalığın ilerlemesini engellemek amacıyla tedavi sürecinde kritik bir rol oynar.
- **Radyoterapi:** Over kanseri tedavisinde radyoterapi, genellikle nadiren kullanılmaktadır. Radyoterapi, bazı histolojik alt tiplerde veya tedaviye yanıt vermeyen vakalarda alternatif bir seçenek olabilir. Ancak, yüksek toksisitesi ve sınırlı etkinliği nedeniyle genellikle cerrahi ve kemoterapiye tercih edilmez (Akman,vd., 2019; Njoku,vd., 2020).

Rehabilitasyon Süreci:

- **Semptom Yönetimi:** Kanser tedavisi sırasında ve sonrasında ortaya çıkabilecek semptomlar, hastaların yaşam kalitesini etkileyebilir. Ağrı yönetimi, bulantı ve kusma kontrolü, gastrointestinal semptomların yönetimi ve psikolojik destek bu süreçte önemli yer tutar.
- **Psikososyal Destek:** Kanser hastalarının psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarına yönelik destek sağlamak, hastaların tedaviye uyumunu artırabilir ve yaşam kalitesini iyileştirebilir. Psikolojik danışmanlık, destek grupları ve rehabilitasyon hizmetleri bu bağlamda önemlidir.
- **Takip ve İzleme:** Tedavi sonrası düzenli takipler, nüks riskinin erken saptanması ve tedaviye yanıtın değerlendirilmesi için gereklidir. Erken dönemde ortaya çıkabilecek belirtiler ve laboratuvar testleri ile hastanın durumu izlenir.

Üçüncü basamak koruma, hastalığın mevcut aşamasında en iyi tedavi yönetimini ve yaşam kalitesini sağlamak için gereklidir. Bu süreçte multidisipliner bir yaklaşım ve hasta merkezli bir bakım stratejisi uygulanmalıdır.

2.8.Over Kanserinde Tanılama

Özellikle, over kanseri tanısı konan 1770 hasta üzerinde araştırmalarda, hastalığın en çok metastatik safhadayken teşhis edildiği gözlemlenmiştir (Güzel,vd., 2019). Erken safhadaki over kanseri olan hastalar için doğru tanının invaziv yöntemlerle konulması gerekmektedir ve ince iğne aspirasyon biyopsisi, bu durumda uygulanmamalıdır. Ancak, invaziv müdahale mümkün olmayan büyük kitleler söz konusu olduğunda, ince iğne biyopsisi tercih edilebilir (Avcı, 2015).

Over kanseri tanısında erken belirtiler genellikle abdominal şişkinlik, alt abdominal bölgede basınç hissi, hazımsızlık, konstipasyon ve çabuk doyma gibi semptomlardır. Bu belirtiler 2-3 haftadan uzun sürdüğünde, tanı sürecinde şu test ve değerlendirmeler yapılmalıdır (Avcı, 2015):

1. **CA 125 Kan Testi**: CA 125, over kanserinin tanısında kullanılan bir tümör belirtecidir. Birinci evre over kanserinde yüksek görülme oranı %50 iken, ileri evrelerde bu oran %85'e çıkmaktadır. CA 125 düzeyinin, benign hastalıklarda (örneğin, endometriyozis, over kistleri, pelvik inflamatuar hastalık) ve non-jinekolojik kanserlerde de yükselebileceği unutulmamalıdır, bu nedenle tanıda tek başına güvenilir bir belirteç değildir(Avcı, 2015; Güzel,vd., 2019; Şennur,vd., 2014).
2. **Transvajinal Ultrason**: Adneksiyel kitlelerin görünüm, şekil ve boyut yönünden değerlendirilmesinde yüksek değere sahiptir.
3. **Renkli Doppler Ultrasonografi**: Kitlenin vaskülarizasyonunu değerlendirmek için kullanılır. Malignite riski yüksek olan kitlenin içindeki doppler akımı, maligniteyi düşündürür.
4. **HE4 (İnsan Epididim Proteini-4) Kan Testi**: CA 125 kan testiyle birlikte kullanılarak Malignite Riski Hesaplama Algoritması (ROMA) belirlenebilir. FDA tarafından 2011 yılında HE4'ün kullanımını onaylanmıştır. Kadınlar; menopoz öncesi dönemde HE4 düzeyi %13,1'den küçük menopoz sonrası dönemde ise %27,7'den küçük olması hastalık riski düşük olarak değerlendirilir.

5. **Malignite Risk İndeksi (RMI)**: Jinekolojik onkologlar tarafından kullanılan bu kapsamsada menopoza girme durumu, ultrasonografi ve serum CA-125 değerleri tanı ve izlemde yararlı parametrelerdir.RMI'nin sınır değeri 200 olup, 2200'ün üzerinde olması malignite yönünden pozitif bulgu olarak kabul edilir (Geomini,vd., 2009).
6. **BT ve MR**: İleri düzey görüntüleme yöntemleri, hastalığın yayılma durumunun belirlenmesinde kritik rol oynamaktadır.

Malignite yönünden yüksek risk taşıyan olgular genellikle cerrahi müdahale için alınır. Bu süreçte izlenen adımlar şunlardır:

1. **Cerrahi Müdahale**: Riskli görülen adneksiyel kitleler ve diğer anormallikler cerrahi olarak çıkarılır. Bu işlem sırasında kitlelerin patolojik değerlendirilmesi için özel yöntemler kullanılır.
2. **Frozen Section (Buzlu Kesit) Patolojik İnceleme**: Operasyon sırasında, çıkarılan kitlenin hızlı bir şekilde patolojik incelemesi yapılır. Bu işlem, tümörün malign olup olmadığını hemen belirlemek için kullanılır. Frozen section yöntemi, ameliyat sırasında hızlı bir şekilde sonuç almayı sağlar ve cerrahın ameliyatın yönünü belirlemesine yardımcı olur.
3. **Kesin Tanı için Parafin Değerlendirme**: Frozen section incelemesiyle elde edilen sonuçlar, kesin tanı için parafin blokları kullanılarak detaylı bir şekilde incelenir. Parafin değerlendirme, daha detaylı histopatolojik analizlerin yapılmasını sağlar ve nihai tanıyı koymak için kullanılır (Çelik ve Ateş, 2022).

Bu süreç, over kanserinin tanısının doğruluğunu artırmak ve uygun tedavi yöntemlerini belirlemek için kritik öneme sahiptir.

Topfedaisi Özkan ve arkadaşlarının (2022) gerçekleştirdiği çalışmada, 2013-2017 yılları arasında primer over kanserli cerrahi müdahale yapılan ve yüksek dereceli seröz over kanseri (HGSK) teşhisi alan 142 hastanın D-dimer değerleri incelenmiştir. Çalışma bulgularına göre, yüksek gradeli seröz over kanseri hastalarında yüksek plazma D-dimer değerleri, ileri evre hastalık ve yüksek rezidüel hastalık yükü ile ilişkilendirilmiştir. D-dimerin kolay ölçülebilir bir parametre olması nedeniyle kliniklerde kullanılabilir bir parametre olarak değerlendirilmiştir (Topfedaisi Özkan, vd., 2022). Ayrıca, Chen ve arkadaşlarının 49 over kanseri hastası ve 192 endometriozis hastasını değerlendirdikleri araştırmada, kanser tanısı konan olgularda

ortalama plazma D-dimer düzeylerinin anlamlı bir şekilde yüksek olduğu gözlemlenmiştir (Chen,vd., 2019).

Bu bulgular, D-dimer seviyelerinin over kanserinin evrelemesi ve prognozunun değerlendirilmesinde potansiyel bir biyomarker olarak kullanılabileceğini desteklemektedir.

D-dimer, genellikle koagülasyon ve fibrinoliz süreçlerinin bir göstergesi olarak kabul edilir ve kanser hastalarında yüksek seviyeleri, hastalığın ilerlemesi ve yayılması ile ilişkilendirilebilir.

Over kanseri tanısı koyulurken, hastanın muayene bulguları ve öyküsü dikkate alınarak bazı önemli unsurlar sorgulanmalıdır. Soygeçmişinin öyküsü alınırken, aşağıdaki faktörlere sahip birinci veya ikinci derece akrabaların varlığı sorgulanmalıdır: iki taraflı memede oluşan kanser, 50 yaşında önce memede kanser oluşması, erkeklerde görülen memede oluşan kanser, kişide veya ailede endometrial ya da kolon kanseri geçmişi ve over kanseri öyküsü. Bu faktörlerin varlığı kanser riskinin değerlendirilmesinde önemli bir rol oynamaktadır (Roett ve Evans 2009; Beji ve Bilgiç 2015).

2.9.Over Kanserinde Evreleme

Over kanserinin yaklaşık %70'i, hastalık ilerlemiş evrelere ulaşmış olarak tespit edilmektedir. Bu, tanı anında abdominopelvik bölgede yayılımın bulunduğunu gösterir. Over kanserinin evrelemesi, tümörün yayılma düzeyi ve histolojik özelliklerine göre yapılır. Cerrahi sınıflandırma için en yaygın kullanılan sistem, Uluslararası Jinekoloji ve Obstetrik Federasyonu (FIGO) tarafından belirlenen evreleme sistemidir. Dünya genelinde bu sınıflama tek tip olarak kullanılarak, cerrahinin amacı en iyi sitoredüksiyonun sağlanmasıdır (Beji ve Bilgiç 2015). 1988'de kabul edilen evreleme sistemi, over kanserinin histolojik ve moleküler özellikleri üzerine yapılan araştırmalar ışığında 2013 yılında güncellenmiş ve 1 Ocak 2014'ten itibaren yeni evreleme sistemi uygulanmaya başlanmıştır (Prat, 2014). Tablo 1.’de, 2014’ te yayınlanan Uluslararası Jinekoloji ve Obstetrik Federasyonu kılavuzuna göre over kanseri için belirlediği güncel evreleme sistemi yer almaktadır.

Tablo 1: Over Kanserinin FIGO(Uluslararası Jinekoloji ve Obstetrik Federasyonu) Evrelemesi: Uluslararası Standartlar

Evre 1: Tümör over veya tubada sınırlı	
1A	Tümör tek over veya tubada sınırlı, yüzeyde tümör yok, kapsül intakt, asit/periton yıkantı sıvısı negatif
1B	Tümör her iki over veya tubada sınırlı, yüzeyde tümör yok, kapsül intakt, asit/peritoneal yıkantı sıvısı negatif
1C	Tümör tek veya her iki over veya tubada sınırlı, fakat
1C1	Cerrahi sırasında kapsül rüptürü
1C2	Cerrahi öncesi kapsül rüptürü veya over/tuba yüzeyinde tümör
1C3	Asit veya periton yıkama sıvısında malign hücre pozitifliği
Evre 2: Tümör tek/her iki overde veya tek/her iki tubada ancak pelvik yayılım var (pelvik girimin altı) ya da primer peritoneal kanser mevcut	
2A	Uterus ve/veya over ve/veya tubalara yayılım
2B	Diğer pelvik dokulara yayılım
Evre 3: Tümör tek veya her iki over/tubada bunlara ek olarak pelvis dışı peritona sitolojik veya histolojik olarak kanıtlanmış yayılım mevcut ve/veya retroperitoneal lenf nodlarında metastaz	
3A	Retroperitoneal lenf nodu tutulumu ve/veya pelvis dışı mikroskobik peritoneal yayılım
3A1	Yalnızca retroperitoneal lenf nodu tutulumu
3A1(i)	Metastaz ≤10mm
3A1(ii)	Metastaz >10mm
3A2	Mikroskobik pelvis dışı peritoneal yayılım ± retroperitoneal lenf nodu tutulumu
3B	Makroskobik pelvis dışı peritoneal yayılım ≤2cm, ± retroperitoneal lenf nodu tutulumu
3C	Makroskobik pelvis dışı perytoneal yayılım > 2cm, ± retroperitoneal lenf nodu tutulumu (dalak ve karaciğer kapsülüne metastaz dahil)
Evre 4: Peritoneal metastazlar dışındaki uzak metastaz	
4A	Pozitif sitoloji ile birlikte plevral efüzyon
4B	Dalak ve/veya karaciğer parankim metastazı veya abdomen dışı organlara yayılım (inguinal lenf nodu ve abdomen dışı lenf nodları dahil)

2.10.Over Kanserinde Tedavi Yöntemleri

Her ne kadar önemli ilerlemeler kaydedilmiş olsa da, over kanseri halen en ölümcül kadın jinekolojik kanserlerden biri olmaya devam etmektedir (Stewart,,vd., 2019). Over kanseri tedavisinde temel hedef, hastaların uzun vadede sağkalımını artırmak amacıyla cerrahi müdahalelerin etkinliğini sağlamak ve hastalık kontrol altına alınamıyorsa semptomların yönetimini sağlamaktır (Beji ve Bilgiç, 2015).

Tedavi yönteminin seçimi, yaş, üreme sağlığı beklentisi ve kronik hastalıklarının varlığı gibi faktörlere bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Doğurganlık isteği olan, klinik Evre IA ve Evre IB'deki hastalarda ise doğurganlığı koruma prosedürü (sitoloji alınması, unilateral salpingooferektomi) bir seçenek olarak değerlendirilebilir. Cerrahi öncesi görüntüleme ve işlem sırasında metastaz tespit edilen durumlarda tüm metastazların tamamen çıkarılması hedeflenmelidir; bu bağlamda, ileri düzey abdominal cerrahi prosedürler tercih edilebilir. Ancak, optimum cerrahi sitoredüksiyonun mümkün olmadığı hastalarda primer cerrahi müdahalenin ek bir yararı olmayıp, aksine bu durum morbiditeyi artırarak hastanın kemoterapiye başlama sürecini geciktirebilir (Şimşek ve Tuncer, 2016).

2.10.1. Cerrahi

Over kanseri tanısı konmasıyla beraber primer tedavi seçeneği cerrahi müdahale ile başlamaktadır. Operasyon sonrasında tamamlayıcı kemoterapi tedavisinin uygulanması tavsiye edilmektedir. Cerrahi evreleme sırasında, TAH (total abdominal histerektomi, BSO (bilateral salpingo-ooforektomi), pelvik ve paraaortik lenf nodlarının diseksiyonu, omentektomi, diyaframın sağ alt yüzeyinin sıyrılması ve apendektomi gibi operasyonlar gerçekleştirilir. Ayrıca, operasyon sırasında rastgele periton biyopsileri sürece dahil edilmektedir. Hastalığın evresi ne olursa olsun, cerrahi tedaviye ek olarak kemoterapi uygulanması tavsiye edilmektedir (Beji ve Bilgiç, 2015; Roett ve Evans, 2009).

Over cerrahisinde Uluslararası Jinekoloji ve Obstetrik Federasyonu (FİGO) evrelemesine dayalı referans yöntem olarak gerçekleştirilen debulking/sitoredüktif evreleme cerrahisidir. Sitoredüksiyon sonrası kalan rezidüel hastalık miktarı, over kanserinin en önemli prognostik faktörü olarak kabul edilmektedir. Maksimal sitoredüktif cerrahinin temel amacı, gözle görülebilir tümör kalmamasını sağlamaktır.

Yapılan çalışmalar, maksimum sitoredüksiyon sağlandığında her %10'luk artışın, ortalama sağkalımda %5.5 oranında bir iyileşme sağladığını göstermektedir. Ancak geniş çaplı cerrahi işlemler çeşitli komplikasyon risklerini de beraberinde getirmektedir; bu komplikasyonlar arasında kanama, tromboembolizm, miyokard enfarktüsü, enfeksiyon, bağırsak yaralanmaları ve fistül gelişimi yer almaktadır (Elattar,vd., 2011; Coleridge,vd., 2019).

Peritoneal metastazlar için sitoredüktif cerrahi ve HİPEC (Hipertermik İntraperitoneal Tedavi) sıklıkla tercih edilen tedavi yöntemlerindendir. Over kanserinde, kan ve lenfatik sistem aracılığıyla yayılımın yanı sıra, peritoneal alana yayılma en önemli metastaz yollarından biri olup, peritoneal karsinomatozis gelişimine neden olmaktadır. Peritoneal kavite ve visseral prosedürlerin tamamlanmasının ardından, doğrudan batın içine uygulanan sıcak kemoterapi, over kanseri tedavisinde etkili bir yöntem olarak kabul edilmektedir. Yapılan çalışmalar, HİPEC'in hastaların yaşam sürelerini uzattığını ve hastalıksız sağkalıma olumlu etkiler sağladığını göstermektedir. Ancak, peritoneal bölge dışında herhangi bir alanda metastaz gelişen hastalarda HİPEC tedavisinin uygulanması tavsiye edilmemektedir (Spiliotis,vd., 2014; Hotouras, vd., 2016; Cortez,vd., 2018).

HİPEC'in etki mekanizması net olarak aydınlatılmamıştır. Bununla birlikte, sıcağın tümör hücrelerini yok edici etkisi olduğu, intravenöz kemoterapiye kıyasla intraperitoneal tedavi ile tümör üzerinde daha yüksek konsantrasyonlarda kemoterapi ilacı sağlandığı ve sıcaklık sayesinde kemoterapi ilaçlarının lezyonlara penetrasyonunun arttığı önörülmektedir. HİPEC, hem açık hem de kapalı yöntemlerle uygulanabilir ve işlem süresi genellikle 90-150 dakika arasında değişmektedir (Helm, 2009).

Yapılan bazı araştırmalar, over kanseri vakalarının %7.2'sinin 40 yaş altı bireylerde, %2.7'sinin ise 29 yaş ve altındaki bireylerde görüldüğünü göstermektedir. Erken başlangıçlı over kanserinde, fertilitenin korunmasının yanı sıra endokrin fonksiyonunun da sürdürülmesi tedavi hedeflerinden biridir. Ancak bu tedavi seçenekleri bütün over tümör türlerinde uygulama için uygun bulunmamıştır. Çalışmalar, Evre IA'da ve Grade I'deki tümörlerde, overin dokusunun muhafaza edilerek tümörün çıkarılmasına yönelik cerrahi işlemler, güvenli bir seçenek olarak değerlendirilmektedir. Bu yaklaşımın uygulanabilirliğini, tümörün histopatolojik özellikleri, tümörün evresi gibi durumlar değerlendirilerek karar verilir. Özellikle

berrak hücreli over tümörlerinde koruyucu tedavi uygun bir seçenek olarak kabul edilmektedir.

Cerrahi tedavinin sağladığı avantajlar arasında, hastanın tümör yükünün azalması önemli bir yer tutmaktadır. Tümör yükünün azalması, tümörün getirdiği basının ortadan kalkmasını ve buna bağlı gelişen asit birikiminin yok olmasını sağlar. Ayrıca, cerrahi müdahale ile tümör yükü azaltıldığında, tümör hücrelerindeki mutasyon oranının düşmesiyle kemoterapiye karşı direnç gelişme olasılığı da azalır. Cerrahi tedavi sonrasında uygulanacak kemoterapi dozunun da daha düşük tutulması mümkün olur. Kemoterapi dozunun azalması, tedaviye bağlı yan etkilerin ve bu yan etkilerden kaynaklanan sorunların da önemli ölçüde azalmasını sağlar (Berek,vd., 2018).

2.10.2. Kemoterapi

Kemoterapi, tümörlerin bölünmesini durdurmak için damar yolu ile sitotoksik ilaçların uygulanmasıdır. Over kanserli hastalar, cerrahi tedavinin ardından, Evre 1A ve 1B dışındaki tüm evrelerde kemoterapi uygulaması gerekmektedir. Over kanseri kemoterapiye en iyi cevap veren tümörlerdendir (Taşkın, 2016).

Uzun vadeli kemoterapi alan hastalar, daha şiddetli yan etkilerle karşılaşmasına rağmen, sağkalım açısından çok az bir fayda görmekte oldukları belirtilmiştir (Mei,vd., 2013).

Kemoterapi genel olarak üç klinik düzende uygulanmaktadır (Chu ve Sartorelli, 2014):

1. **Primer İndüksiyon Tedavisi**: İlerlemiş hastalıklar için veya mevcut tedavi yaklaşımlarının etkisiz olduğu kanser türlerinde uygulanır. Bu düzende kemoterapi, tümör yükünü azaltmak ve hastalığın kontrol altına alınmasını sağlamak amacıyla ilk adım olarak kullanılır.
2. **Adjuvan Tedavi**: Bu yaklaşım, primer cerrahi veya radyoterapi sonrası uygulanır ve hastalığın nüks etme riskini azaltmak için kullanılır. Adjuvan tedavi, cerrahi tedaviye yanıt olarak hastalıksız sağkalımı artırmayı hedefler.
3. **Neoadjuvan Tedavi**: Tümörün cerrahi müdahale öncesinde küçültülmesi amacıyla uygulanır. Bu yöntem, tümörün boyutunu azaltarak cerrahinin daha etkili ve güvenli bir şekilde yapılmasına yardımcı olur. Kabul görmüş tedavi protokolü, tümör hacmini küçültmek amacıyla genellikle üç kür neoadjuvan kemoterapi

uygulanmasını içerir. Bu tedaviye yanıt alınması durumunda, debulking ameliyatı gerçekleştirilmekte ve ardından altı kür daha kemoterapi uygulanmaktadır.

Kombinasyon Kemoterapisi; Kombinasyon kemoterapi tedavisinin amacı, öldürülen tümör hücrelerinin sayısını artırmaktır (Somalı, 2015). Bu yaklaşım, özellikle Evre III ve Evre IV over kanseri hastalarında standart bir tedavi yöntemidir.

İntraperitoneal Kemoterapi; Over kanserinin tedavisinde bir diğer seçenek olarak değerlendirilmektedir. Over kanserinin kemoterapiye duyarlılığı ve periton yüzeyinde yayılım yapma eğiliminden dolayı, intraperitoneal tedavi uygulaması yapılabilmektedir. Bir çalışmada, 2.119 kadın üzerinde yapılan değerlendirmelerde, intravenöz ve intraperitoneal kemoterapi yöntemleri karşılaştırılmıştır. Bu çalışmada, intraperitoneal kemoterapi alan hastaların hastalıksız yaşam süresinin daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Ancak, intravenöz tedavilere kıyasla intraperitoneal tedavi daha yüksek yan etki ve toksisiteye yol açmaktadır; sindirim sistemindeki değişiklikler, yüksek ateş, enfeksiyon ve ağrı daha çok görülmektedir (Cortez,vd., 2018; Rooth, 2013).

Planlanan sürecinin sonunda yapılan görüntüleme testleri ve tümör marker ölçümleri normal sonuçlar verirse, kemoterapi kesilir. Takip protokolü şu şekildedir: İlk iki yıl boyunca hastalar, her üç ayda bir takip edilir; eğer bu dönemde her şey normalse, sonraki iki yıl boyunca her altı ayda bir izlenir. Sonraki dönemde ise, ömür boyu yıllık takip yapılır.

2.10.3.Radyoterapi

Radyoterapinin over kanserinin tedavisinin üzerindeki etkisi son yıllarda gelişim ve değişim göstermiştir. Eskiden temel tedavi seçeneklerinden biri olarak kullanılan radyoterapi, günümüzde platin ve taksan bazlı kemoterapilerin ön plana çıkmasıyla daha sınırlı bir şekilde kullanılmaktadır.Yüksek toksisite profili ve klinik olarak anlamlı sonuçların elde edilememesi, radyoterapinin yerini diğer tedavi yöntemlerine bırakmasına neden olmuştur (Iorio,vd., 2019).

Radyoterapi, yalnızca lokalize semptomları olan over kanserli hastalarda palyatif tedavi olarak önerilmektedir. Modern radyoterapi, özellikle nüks eden veya ilerleyici hastalıklarda, hafif toksisite profiliyle etkili ve güvenilir bir tedavi seçeneği sunmaktadır (Iorio,vd., 2019). Ancak, radyoterapi tedavisi sonrası hastalarda deri toksisitesi, yorgunluk, bulantı ve kusma gibi yan etkiler görülebilir (Kızılkaya, 2015).

2.10.4.Hormonal Tedavi

Kemoterapiye olumlu yanıt vermeyen ileri evre over kanseri hastalarında, östrojen ve progestin antagonistleri hormonal tedavi seçeneği olarak uygulanmaktadır(Sakai,vd., 2015). Ancak, bu tedavi yöntemlerinin etkinlik oranlarının düşük olması nedeniyle hormon tedavileri hâlâ tartışmalıdır ve bu alanda daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir (Taşkın, 2016).

2.11. Over Kanserinde Destekleyici Bakım Gereksinimleri ve Hemşirelik Bakımı

Günümüzde tanı ve tedavi yöntemlerinin gelişmesi, kanser tanısı almış bireylerin yaşam süresinin uzamasını sağlamıştır. Yaşam süresinin uzamasıyla beraber kişiler kanser ve tedavisinin beraberinde getirdiği birçok sorunla hayatlarını sürdürmeye çalışmaktadırlar. Literatürde, kanser hastalarının özellikle psikolojik ve fiziksel alanlardaki destekleyici bakım ihtiyaçlarının büyük oranda karşılanmadığı bildirilmektedir (Boyes ve ark., 2015; McDowell ve ark., 2010; Ölmez, 2020).

Destekleyici bakım, kanserin her aşamasında (tanı, tedavi, iyileşme,terminel dönem , yas süreci) hastanın ve ailesinin baş etmesine yardım ederek hastanın yaşam kalitesini arttırmayı hedefler (Harrison,vd.,2009;Patterson,vd.2012). Kanser tanısı almış bireylerin hastalık nedeniyle yaşadıkları sorunların erken evrede belirlenerek girişimde bulunulması, sağlık profesyonellerinin görevlerinden biridir. Over kanserli hastalarda hemşireler her bireyin kendi bireysel özelliklerini gözeterek bakım vermeli ve kişilerin fizyolojik, sosyokültürel ve spiritual ve psikolojik yönlerini gözeterek bu doğrultuda hastaların bakımını planlayıp uygulamalıdır (Evgin, 2020). Bu gereksinimleri ve birbirleriyle ilişkilerini anlamak ve karşılanması son derece önemlidir. Destekleyici bakım gereksinimlerinin karşılanmaması; kanser hastalarının stres yaşamasına, etkisiz başa çıkmaya neden olmakta ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir.

Destekleyici bakım, multisdisipliner bir çalışma gerektirmektedir. Destekleyici bakım hekim, hemşire, psikolog, sosyal hizmet çalışanı gibi birçok sağlık profesyoneli tarafından uygulanabilmektedir (Özçelik,vd., 2010).

Hemşirelerin, destekleyici bakım gereksinimlerinin belirlenmesinde ve karşılanmasında merkezi bir role sahiptir. Destekleyici bakım gereksinimlerini ölçen standart ölçüm araçlarının kullanılarak; hemşirelik sürecinin erken evrede uygulanmasının, hastaların yaşam kalitesine, hastalığa uyumuna ve iyileşmesine olumlu etkisi olacağı düşünülmektedir (Özçelik,vd., 2010)

2.11.1.Fizyolojik Etkiler

Over kanseri tedavisi sürecinde hastalar çeşitli fizyolojik semptomlarla karşı karşıya kalmaktadır. Bu semptomlar genellikle tedaviye bağlı yan etkilerden kaynaklanır ve hastaların yaşam kalitesini ciddi şekilde etkileyebilir. Tek başına bir semptomu yönetmek bile zorken kanser hastalarının yaşadığı kümelenmiş semptomlar hastaların yaşam kalitelerini önemli ölçüde etkilemektedir. Over kanseri tedavisi sürecinde karşılaşılan bazı yaygın semptomlar ve etkileri:

1. **Yorgunluk**: Tedavi sürecinde en yaygın ve şiddetli semptomlardan biridir. Yorgunluk, fonksiyonel yaşam kalitesini ciddi şekilde etkileyebilir ve hastaların günlük aktivitelerini yerine getirmelerini zorlaştırabilir. Yorgunluk düzeyinin düzenli olarak değerlendirilmesi ve hasta ile ailesine destek verilmesi önemlidir (Vardar,2017; Özkan ve Akın,2017).
2. **Ağrı**: İleri evre kanser hastalarında ağrı, hastanın fiziksel ve psikolojik deneyimlerini olumsuz yönde etkileyebilir. Ağrı, tedavi sürecinde sık karşılaşılan bir sorundur ve bireysel farklılıklar gösterebilir (Erol,vd., 2018).
3. **Uykusuzluk**: Uykusuzluk, hastaların genel sağlığı ve yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkiler yaratabilir. Yetersiz uyku, yorgunluğu ve genel halsizliği artırabilir (Seven, vd., 2013).
4. **İştahsızlık ve Kilo Kaybı**: İştahsızlık, kilo kaybına ve genel sağlık durumunun bozulmasına neden olabilir. Ayrıca, tedavi sürecinde bulantı ve kusma da sık görülen semptomlardır (Vardar, 2017; Akkuzu, 2013).
5. **Cilt ve Tırnak Değişiklikleri**: Kemoterapi tedavisi sırasında ciltte ve tırnaklarda değişiklikler gözlemlenebilir. Bu değişiklikler hasta üzerinde fiziksel ve psikolojik etkiler yaratabilir (Vardar, 2017).
6. **Güçsüzlük ve Halsizlik**: Bu semptomlar, hastaların genel yaşam kalitesini etkileyebilir ve tedavi sürecinin zorluklarını artırabilir (Vardar, 2017).

7. **Bulantı ve Kusma**: Kemoterapi tedavisine bağlı olarak sık görülen bu semptomlar, hastaların genel sağlık durumunu ve tedaviye uyumunu etkileyebilir (Akkuzu, 2013).
8. **Konstipasyon ve Ödem**: Konstipasyon, sindirim sistemi üzerinde olumsuz etkiler yaratabilirken, ödem vücudun su dengesini bozabilir ve hastanın rahatsızlık yaşamasına neden olabilir (Vardar, 2017).
9. **Beden İmajında Bozulma**: Tedavi sürecinde saç dökülmesi ve diğer fiziksel değişiklikler, hastaların beden imajını etkileyebilir ve psikolojik sorunlara yol açabilir (Vardar, 2017).

Bu semptomların yönetimi, tedavi sürecinin önemli bir parçasıdır ve hasta bakımında multidisipliner bir yaklaşım gerektirir. Semptomların etkili bir şekilde yönetilmesi, hastaların yaşam kalitesini artırabilir ve tedavi sürecinde daha iyi bir uyum sağlamalarına yardımcı olabilir.

2.11.2.Psikolojik Etkiler

Over kanserinin bireyler üzerinde hem duygusal hem de psikolojik anlamda önemli etkileri olduğu belgelenmiştir. Kanser ile mücadele eden hastalar, genellikle hüzün, gerginlik, kızgınlık, kaygı bozukluğu ve panik gibi duygusal tepkiler yaşamaktadır. Ayrıca, bazı hastalar kendilerini cezalandırılmış gibi hissedebilir, durumu reddedebilir veya inkâr edebilmektedirler (Shirali,vd., 2020; Gemalmaz ve Avşar, 2015).

Bu duygusal ve psikolojik etkiler, hastaların sosyal hayatlarını da etkileyebilmektedir. Örneğin, bazı hastalar kendilerini duygusal olarak daha kırılgan ve içe dönük hissedebilir, etkileşimde bulunmada isteksizlikleri artabilir, tek başına hissedebilir ve belirsiz gelecek hakkında kaygılar yaşayabilmektedirler (Vardar, 2017). Bu durumlar, hastaların genel yaşam kalitesini ve tedaviye uyumlarını etkileyebilir, bu yüzden destekleyici psikolojik ve sosyal hizmetlerin önemi büyüktür.

Kanser tanısı alan hastalar, depresyon ve anksiyete gibi psikolojik sorunlar yaşamakta ve bu durumların intihar düşüncelerine yol açabileceği bildirilmektedir (Vardar, 2017; Seven, vd., 2013). Bu hastalar, sağlıklarına yeterince dikkat etmediklerini düşünerek suçluluk duygusu yaşamakta ve çocuklarının geleceği için endişe duymaktadır (Gemalmaz ve Avşar, 2015; Vardar, 2017). Ayrıca, over kanseri tanısı alan hastaların gelecek kaygıları nedeniyle bazı özel ilişkilerini sonlandırdığı belirtilmektedir.

Tedavi sürecinde, hastalar psikososyal zorluklarla karşılaşabilmekte ve aile desteğinin yanı sıra aşırı ilgi ve davranışların olumsuz duygulara neden olabileceği ifade edilmektedir (Vardar, 2017; Yazgı ve Yılmaz, 2020). Kemoterapi ve enfeksiyon kapma korkusu da hastalar üzerinde ek stres yaratmaktadır (Vardar, 2017; Akkuzu, 2013). Cerrahi tedavi gören hastalar, cerrahi menopoz nedeniyle huzursuzluk, çabuk sinirlenme ve mutsuzluk yaşamakta, ayrıca beden imajı üzerinde olumsuz etkiler gözlemlenmektedir (Yazgı ve Yılmaz, 2020). Histerektomi ameliyatı olan kadınlar, beden imajı, özsaygı ve partner ilişkileri konusunda daha zorlayıcı deneyimler yaşayabilmektedir (Yazgı ve Yılmaz, 2020).

Tedavi sürecini tamamlayan hastalar, kanserin nüks etme korkusu yaşayabilmektedir. Bir araştırmada, hastaların %47'sinde kanserin yeniden yakalanma korkusunun orta-yüksek seviyelerde olduğu ve bu korkunun alkol tüketimini artırarak fiziksel aktiviteyi azaltabileceği ifade edilmiştir (Hall ve ark, 2019).

Kanser hastalarının karşılanmayan psikososyal sorunları, hastaların ek psikiyatrik hastalıklar yaşamasına ve hastalık seyrinin olumsuz etkilenmesine neden olacağından çözümü son derece önemlidir (Demirkol, 2016; Yazgı ve Yılmaz, 2020).Hemşireler etkili iletişim ile hastayı bütüncül değerlendirerek ihtiyaçlarına uygun girişimler planlamalıdır.

2.11.3.Sosyal Etkileri

Over kanserinin sosyal etkileri geniş çaplı ve derinlemesine olabilir. Kadın üreme organları, dişilikle özleştirildiğinden bu organların yitirmeleri kişilerin benlik algısında radikal değişikliklere neden olabilir. Bu durum, bireyin hem kişisel işlevselliğini hem de sosyal yapısını doğrudan etkiler (Solbrække ve Bondevik, 2015).

Over kanseri tanısı alan kadınlar, iletişim kurmada zorluklar yaşayabilir ve çevrelerinden gelen olumsuz geri bildirimler, kişilerin kendilerini geri çekmelerine sebep olabilir (Vardar, 2017). Ayrıca, süreç boyunca günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmekte zorluk çekebilirler; bu durum ev işleri ve diğer rutin rollerin aile üyeleri arasında paylaşılmasına neden olabilir (Vardar, 2017; Erol,vd., 2018).

Kadınlar, enfeksiyonlardan korunmak amacıyla sosyal yaşamlarını sınırlamak zorunda kalabilir ve tedavinin yan etkileri sosyal etkileşimlerini etkileyebilir (Vardar, 2017). Bu sosyal değişiklikler, bireylerin genel yaşam kalitesini ve sosyal ilişkilerini önemli ölçüde etkileyebilmektedir.

2.11.4.Cinsel Yaşama Olan Etkiler

Literatürde yapılan çalışmalarda, cinsellik ihtiyacının diğer gereksinimlere göre düşük oranda bulan çalışma sonuçları bulunmaktadır (Danışkan, 2022; Karabulut, 2021). Bazı çalışmalarda kanser tedavisi gören hastaların cinsel yaşamlarının etkilendiği, fakat bu konuda sıkıntı yaşayan kanser hastalarının gereksinimlerini dile getirirken rahatsızlık duydukları bildirilmiştir (Gardner, 2008; Yıldırım, 2013).

Kadınlar, organ kaybı nedeniyle fiziksel görünüşle ile ilgili kaygılar, özsaygı kaybı ve eşleriyle ilişkilerinde sorunlar yaşadıkları belirtilmektedir (Wilmoth, 2013). Bu kadınlar, çocuk sahibi olamama ihtimali nedeniyle mevcut ilişkilerini sonlandırıp bir daha ilişki kurmaktan kaçınabilirler.

Araştırmalar, jinekolojik onkoloji tedavisi sonrasında kadınlarda cinsel işlev bozukluklarının yaygın olduğunu ve kalıcı işlev bozuklukları nedeniyle birçok kadının cinsel yaşamda inaktif hale geldiğini göstermektedir (Zeng, vd., 2012; Grimm, vd., 2015) Fakat birçok kadın cinsel işlev sorunlarına rağmen evliliklerini sürdürmek, eşlerini üzmemek ve eşlerinin mutluluğunu sağlamak amacıyla cinsel ilişkide bulunmak zorunda hissedebilir (Sercekuş Ak,vd., 2020). Bu durum, hem duygusal hem de fiziksel açıdan ek bir yük oluşturabilir ve kadınların cinsel yaşamlarını daha da karmaşık hale getirebilir.

Over kanseri tedavisinden sonra cinsel işlev bozukluklarının çeşitli nedenlerle ortaya çıkabileceği ifade edilmektedir. Bu nedenler arasında kanserin kendisi, cerrahi sonuçlar, kemoterapi, hormon tedavisi ve radyoterapi gibi tedavi yöntemleri bulunmaktadır (Huffman,vd., 2015;Carr, 2015). Ayrıca, tedavi sürecinden sonra kadınların büyük bir kısmının cinsellikten tatmin olmadıklarını ve en az bir tür cinsel sorunla karşılaştıklarını ifade edilmiştir (Roberts,vd., 2020). Bu durum, hem bireysel hem de ilişki düzeyinde önemli psikososyal etkiler yaratabilir.

Kemoterapinin vücutta oluşturduğu değişiklikler nedeniyle, hastalar cinsel tatmin yaşayamama, cinsel ilgisizlik ve cinsel aktivite sıklığının düşmesi gibi sorunlarla karşılaştıklarını belirtilmiştir (Akkuzu,2013; Sercekuş Ak,vd., 2020). Ayrıca, cerrahi tedavi sonrası oluşan cerrahi menopoz, kadınların cinsel yaşamını olumsuz etkileyebilmektedir (Sercekuş Ak,vd., 2020).

Radyoterapi gören hastalar ise genellikle disparoni (ağrılı cinsel ilişki), sıcak basmaları, cinsel isteklerinde düşme ve vajinal kuruluk gibi şikayetler yaşadıklarını

ifade etmişlerdir (Özmen ve Mert, 2020). Jinekolojik kanser tedavisi sonrasında cinsel aktivite ve cinsel haz düzeylerinin düşük olduğu belirlenmiş, ancak uzun süreli izlemelerde bazı iyileşmeler olduğu görülmüştür (Yavas,vd., 2017). Bu bulgular, tedavi sürecinin cinsel sağlık üzerindeki etkilerini ve uzun dönem takiplerin önemini vurgulamaktadır.

Ülkemizde cinselliğin konuşulmaması, ciddi bir sorun olarak devam etmektedir (Aygin,vd., 2017). Bu durum, over kanseri tanısı alan hastaların cinsel sağlık ve işlevleri hakkında yeterli bilgi alamamalarına ve utandıkları için sorularını dile getirmekte çekinmelerine neden olmaktadır (Akkuzu, 2013; Sercekuş Ak,vd., 2020). Bu bağlamda, sağlık personelinin kanser teşhisiyle cinsel yaşamı olumsuz yönde etkilenen kadınlara yönelik cinsel sağlık ve cinsel fonksiyonlar hakkında bireysel eğitimler planlaması ve uygulaması büyük önem taşımaktadır (Özbek ve Kılıç Uçar, 2021). Bu tür eğitimler, hastaların yaşadıkları sorunlar hakkında bilgi sahibi olmalarına, tedavi süreçlerini daha iyi yönetmelerine ve genel yaşam kalitelerini artırmalarına yardımcı olabilir.

2.11.5. Sosyal Destek ve Baş Etme Yöntemleri

Sosyal destek, over kanseri tedavisi gören hastaların duygusal ve fiziksel zorluklarını azaltarak, sağlık durumlarını ve yaşam kalitelerini iyileştirebilir (Nazik ve Özdemir, 2013). Over kanseri tanısı koyulan hastalar, sıklıkla yoğun umutsuzluk ve ölüm korkusu yaşarlar; sosyal desteğin bu kaygıları azaltmada faydalı olduğu vurgulanmaktadır (Uslu-Sahan ve Terzioglu, 2019).

Sosyal destek, hastalığın seyri esnasında hastalıkla mücadelede kritik bir rol oynamaktadır (Sercekuş Ak,vd., 2020). Bu destek genellikle eş ve çocuklardan alınmakta, ayrıca kardeşler, arkadaşlar, çevre ve sağlık personelinden de sağlanmaktadır (Vardar, 2017; Sercekuş Ak,vd., 2020). Ancak bazı hastalar, aile ve çevrelerinin sağladığı sosyal desteğin yetersiz olduğunu belirtmiş ve sağlık personelinin daha duyarlı olması gerektiğini ifade etmişlerdir (Vardar, 2017).

Hastalar, hastalık ve tedavi süreciyle başa çıkmak için pozitif düşünme, dinlenme, televizyon izleme, müzik dinleme, hobi çalışmaları, açık hava aktiviteleri, bitki bakımı yapma, beslenmeye özen gösterme, sosyal etkinliklere katılma ve sevdikleriyle zaman geçirme gibi çeşitli yöntemlere başvurmaktadırlar (Vardar, 2017). Ayrıca, dini inançların ve duaların olumlu etkileri olduğu ifade edilmektedir; teşhis konulduktan

sonra spiritüel (namaz kılmak, dua etmek, Kur'an-ı Kerim okumak) baş etme yöntemlerinden faydalandıkları bulunmuştur (Vardar, 2017).

Bununla birlikte bazı hastalar stresten kurtulmak için alkol tüketimi veya hareketsiz bir yaşam tarzı gibi olumsuz baş etme yöntemlerine yönelmeleri mümkündür. (Hall DL,vd., 2019). Bu noktada, güçlü yanlarını ve olumlu özellikleri güçlendirerek süreci daha etkili bir şekilde yönetmelerine yardımcı olunmalıdır (Myers, vd., 2013).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
3.YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü

Araştırma Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi'nin Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi Kliniği ve Kemoterapi ünitesine başvuran over kanseri tanılı hastaların destekleyici bakım gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel tasarımla gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Soruları

1. Over kanseri tanılı hastaların destekleyici bakım gereksinimi hangi düzeydedir?
2. Over kanseri tanılı hastaların destekleyici bakım gereksinimlerinin alt boyutlarının düzeyleri nedir?
3. Over kanseri tanılı hastaların destekleyici bakım gereksinimlerini etkileyen faktörler nelerdir?

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, İstanbul ili Başakşehir ilçesi sınırları içerisinde yer alan, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi'nin Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi Kliniği ve Kemoterapi ünitesinde Mart 2024-Temmuz 2024 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, İstanbul İlinde Avrupa yakasında bulunan Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi'nin 2022 yılı 12 ayına ait jinekolojik onkoloji cerrahisi polikliniğine başvuran toplam 200 over kanseri tanılı hasta çalışmanın evrenini oluşturmaktadır. Örneklem sayısı; evrendeki birey sayısının bilindiği durumlarda örneklemdeki birey sayısını belirlemek amacıyla kullanılan formül ile hesaplanmıştır.

$$n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1)+t^2pq}$$

N: Evrendeki birey sayısı

n: Örnekleme alınacak birey sayısı

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı

q: İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen ± sapma

$$\mathbf{n} = \frac{(200)(1.96)^2\ (0.50)(0.50)}{(0.05)^2\ (200-1)+(1.96)^2\ (0.50)(0.50)}$$

n = 132 minimum toplam over kanseri tanılı hasta sayısı

Çalışmanın gücü 1-β (β = II. tip hata olasılığı) olarak ifade edilir ve genel olarak araştırmaların %80 güce sahip olmaları gerekmektedir. Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi Kliniğine 1 yıl içinde gelen toplam 200 over kanseri tanılı hasta α=0,05 düzeyinde %80 güç elde etmek için çalışmaya alınacak hasta sayısı 132 olarak saptanmış ancak kayıplar göz önüne alınarak bu sayının %10 fazlası olan 144 over kanseri tanılı hasta ile yapılması planlanmıştır. Veri toplama sürecinde 139 over kanseri tanılı hastaya ulaşılmıştır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında Kişisel Veriler Formu (Ek-2), Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği (DBGÖ) (Ek-3) kullanılmıştı

3.5.1 Kişisel Veriler Formu

Araştırmacı, hastaların tanımlayıcı özelliklerine hakkında bilgi edinebilmek amacıyla literatüre dayalı olarak bir anket hazırlamıştır. Bu anket, 23 sorudan oluşmakta ve sosyodemografik veriler (yaş, eğitim düzeyi, meslek, gelir durumu gibi) ile over kanseri ile ilgili bilgileri (evre, uygulanan tedavi türü ve tedavi kürleri) kapsamaktadır (Aksuoğlu, 2015; Danışkan, 2022).

3.5.2. Destekleyici Bakım Gereksinimleri Değerlendirme Ölçeği (DBGÖ)

Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği, kanser ile mücadele eden hastaların gereksinimlerini tanımlamak ve değerlendirmek için tasarlanmıştır (Boyes ve Girgis , 2009).Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması, Aksuoğlu ve Şenturan (2015) tarafından yapılmıştır. Orijinal ölçekteki üç madde, diğer alt boyutlarla olan yüksek korelasyonları sebebiyle kapsam dışı bırakılmıştır. Toplam 31 maddeden oluşan ölçek, ruhsal/psikolojik durum, sağlık hizmetleri ve bilgilendirme, fiziksel ve günlük yaşam, hasta bakım ve destek, ayrıca cinsellik gibi beş farklı alt boyut içermektedir. Ölçek, beşli Likert tipi bir derecelendirme sistemi üzerinden puanlandırılıyor. Seçenekler, 'hiç ihtiyacım olmadı' (1 puan), 'ihtiyacım olmadı' (2 puan), 'az ihtiyacım oldu' (3 puan), 'biraz ihtiyacım oldu' (4) puan) ve 'çok fazla ihtiyacım oldu' (5 puan) şeklindedir. Orjinal ölçekteki üç madde, diğer alt boyutlarla olan yüksek korelasyonları nedeniyle ölçekten çıkarılmıştır. Faktör analizi sonucunda ölçeğin alt boyutlarındaki madde sayıları şu şekilde belirlenmiştir: Ruhsal/psikolojik alt boyutunda duygular ve başa çıkma ile ilgili gereksinimleri incelemektedir. Madde sayısı 9 (6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14),alınabilecek en düşük puan 9, en yüksek puan ise 45; sağlık sistemi ve bilgilendirme alt boyutunda tanı, tedavi ve sonrası için ihtiyaç duyulan bilgileri incelemektedir. Madde sayısı 10 (21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 30, 31) alınabilecek en düşük puan 10,en yüksek puan ise 50; hasta bakım ve desteği alt boyutundas sağlık çalışanlarının, bireylerin mahremiyetine, tercihlerine ve fiziksel ve duygusal ihtiyaçlarını incelemektedir. Madde sayısı 4 madde (17, 18, 19, 20) alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan ise 20; fiziksel/günlük yaşam alt boyutunda fiziksel yaşam ve tedavilerin yan etkileriyle başa çıkma ile ilgili ihtiyaçları incelemektedir. Madde sayısı 5 (1, 2, 3, 4, 5) alınabilecek en düşük puan 5,en yüksek puan ise 25; cinsellik alt boyutunda ise cinsellikle ilgili ihtiyaçları incelenmiştir. Madde sayısı 3 (15, 16, 28) alınabilecek en düşük puan 3 en yükske puan ise 15'tir.Ölçekten alınabilecek en düşük puan 31, en yüksek puan ise 155'tir. Yüksek puan, destekleyici bakım ihtiyacının fazla olduğunu, düşük puan ise bu ihtiyacın düşük olduğunu göstermektedir (Aksuoğlu, 2016). Bu çalışmada, Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği 'nin bu çalışmada kullanılabilmesi için Şenturan'dan izin alınmıştır (Ek-4).

3.6. Verilerin Toplanması

Araştırmacı tarafından over kanseri tanılı hastalara araştırma ile ilgili gerekli bilgilendirme yapıldıktan sonra çalışmaya katılmaya gönüllü olarak kabul eden hastalara veri toplama araçlarıyla yüz yüze görüşerek toplanmıştır.

3.7. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi

Çalışmada toplanan verilerin istatiksel analizi IBM SPSS version 26 yazılımı kullanılarak yapıldı. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemler (Kolmogorov-Smirnov/Shapiro-Wilk testler) kullanılarak incelendi.

Analiz sonuçları nicel veriler için ortalama, standart sapma, ortanca (minimum – maksimum) şeklinde ve kategorik veriler frekans (yüzde) olarak sunuldu.

Tanımlayıcı analizler normal dağılan değişkenler için ortanca ve çeyrekler arası aralık kullanılarak verildi. Ordinal ve nominal değişkenler için ise sayı ve % verildi. Sayısal değerlerin gruplar arasında karşılaştırılmasında; iki grup için bağımsız gruplar arasında ortalama farkın önemlilik testi (T test), ikiden fazla grup arasında ise Oneway ANOVA testi kullanıldı.

Kategorik değişkenler arası ilişkiyi incelemek için Ki-kare testi (Pearson ki-kare, Yates düzeltmeli ki-kare veya Fisher kesin ki-kare) kullanıldı.

Değişkenler arasındaki ilişkiye Spearman Korelasyon analizi ile bakıldı. İstatistiksel anlamlılık için toplam tip-1 hata düzeyi %5 olarak belirlendi. İstatistiksel kararlarda $p<0.05$ düzeyi istatistiksel olarak anlamlı olarak kabul edildi.

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Etik Kurulu'ndan (Ek-5) ve ilgili hastanede araştırma yapılması için İl Sağlık Müdürlüğünden yazılı izin alınmıştır (Ek-6).

Örneklem kapsamına alınan her bir over kanseri tanılı hastaya araştırma öncesinde araştırmanın amacına yönelik açıklama yapıldıktan sonra gönüllü olarak katılmak isteyen over kanseri tanılı hastalar bilgilendirilerek yazılı olarak onam formu alınmıştır. Ayrıca çalışmada kullanılacak olan veri toplama araçları ile ilgili yazılı izin alınmıştır.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmadan elde edilen veriler, çalışmaya katılan yanlızca bir hastanenin Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi Kliniğine başvuran ve orada kemoterapi alan over kanseri hastaların görüşleri ile sınırlıdır. Ek olarak araştırmanın kesistel tipte tasarlanması nedeniyle nedensellik ilişkisi kurulamamıştır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4.BULGULAR

Araştırma over kanseri tanılı hastalarının destekleyici bakım gereksinimlerini belirlemek amacıyla, İstanbul ilinde bulunan Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesinde Jinekolojik Onkoloji Kliniğine başvuran 139 kadın ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmadan elde edilen bulgular aşağıdaki başlıklar altında sunulmaktadır.

4.1.Over Kanseri Tanılı Hastaların Kişisel Özellikleri ile İlgili Bulgular

4.2.Over Kanseri Tanılı Hastaların Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeğinden Elde Edilen Puanlar ve Alt Boyutlara İlişkin Bulgular

4.1.Over Kanseri Tanılı Hastaların Kişisel Özelliklerine Göre Bulgular

Bu kısımda over kanseri tanılı hastaların sosyodemografik özelliklerine, tanımlayıcı özelliklerine, hastalık süresince stresle mücadele yöntemlerine ve son olarakta bu özelliklerin Destekleyici Bakım Ölçeği Toplam Skoruna ilişkin dağılımlara yer verilmiştir.

Tablo 4.2: Over Kanseri Tanılı Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı (n=139)

	Sayı (n)	X±SS	Minimum	Maksimum
Yaş Ortalaması	139	55.92±13.32	21	92
İlk Menarj Yaş Ortalaması	139	12.45±1.79	11	17
Menopoz Yaş Ortalaması	123	45.85±6.17	21	57
Eğitim durumu			**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**
Okuryazar			44	31.7
İlkokul			49	35.3
Ortaokul			6	4.3
Lise			17	12.2
Üniversite			20	14.4
Yüksek lisans ve üzeri			3	2.1
Çalışma durumu				
Çalışıyor			27	19.4
Çalışmıyor			112	80.6
Aile tipi				
Çekirdek			132	95.0
Geniş aile			7	5.0
Medeni Durum				
Evli			129	92.8
Bekar			10	7.2
Meslek				
Memur			6	4.3
Emekli			42	30.2
İşçi			12	8.7
Serbest Meslek			4	2.9
Diğer			75	53.9
Çalışma Mesaisi				
Tam gün			23	16.5
Yarım gün			6	4.3
Çalışmıyor			110	79.1
Gelir durumu				
Gelir giderden fazla			5	3.6
Gelir gidere denk			67	48.2
Gelir giderden az			67	48.2

Tablo 4.2: Over Kanseri Tanılı Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı (n=139) (Devamı)

Sosyal Güvence	**Sayı (n)**	**Yüzde(%)**
Var	123	88.5
Yok	16	11.5
Evlilik Süresi		
1-5 yıl	16	11.5
6-10 yıl	13	9.3
11 yıl ve üzeri	110	79.2
Çocuk Sayısı		
Çocuk yok	20	14.5
1 çocuk	22	15.9
2 çocuk	35	25.1
3 çocuk	27	19.4
4 çocuk ve üzeri	35	25.1

Tablo 4.2.'de hastaların sosyodemografik özellikleri yer almaktadır. Hastaların yaş ortalaması 55.92±13.32 yıl, ilk menarj yaş ortalaması 12.45±1.79 yıl ve menopoz yaş ortalaması 45.85±6.17 yıldır. Hastaların çoğunluğu (%35.3) ilkokul mezunu ve %80.6'sı çalışmamaktadır. %95'i çekirdek aile içerisinde yaşayan hastaların, %92.8'i evli ve çoğunluğu (%79.2'si) 11 yıl ve üzerinde evliliği bulunmaktadır. %88.5'inin sosyal güvencesi bulunan olgularda çoğunluğunun; ya geliri giderine denk (%48.2) ya da geliri giderinden az (%48.2) durumdadır. Hastaların çoğunluğu; ya 2 (%25'1'i) çocuk ya da 4 (%25'1'i) çocuk sahibidir.

Tablo 4.3: Over Kanseri Tanılı Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri Dağılımı (n=139)

Değişken	Sayı (n)	Yüzde (%)
Menopoza Girme Durmu		
Giren	123	88.5
Girmeyen	16	11.5
Gebelikten Korunma Yöntemi Kullanma Durumu		
Kullanan	6	4.3
Kullanmayan	133	95.7
Gebelikten Korunma Yöntemi		
Doğum kontrol hapı	1	0.7
Prezarvatif	3	2.2
RİA	2	1.4
Kullanmıyorum	133	95.7
Ailede Over Kanserli Birey Bulunma Durumu		
Var	75	54.0
Yok	64	46.0
Kanser Evresi		
Evre 1	15	10.8
Evre 2	30	21.5
Evre 3	75	54.0
Evre 4	19	13.7
Hastanede Olma Nedeni		
İlk tanı	76	54.7
Nüks	63	45.3
Hastalık Süresi		
1 yıldan az	53	38.1
1-5 yıl	76	54.7
6 yıldan fazla	10	72
Uygulanan Tedavi		
Cerrahi	37	26.6
Cerrahi ve Kemoterapi	79	56.9
Kemoterapi	18	13.0
Hepsi	5	3.5

Tablo 4.3: Over Kanseri Tanılı Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı (n=139) (Devamı)

Kemoterapi Alınan Kür Sayısı	**Sayı (n)**	**Yüzde(%)**
1. kür	9	6.5
2. kür	4	2.9
3. kür	11	7.9
4. kür	9	6.5
5. kür	6	4.3
6. kür	9	6.5
6 kür üzeri	57	41.0
Almıyorum	34	24.4
Radyoterapi Alınan Kür Sayısı		
1. kür	1	0.7
6. kür	2	1.4
6 kür üzeri	4	2.9
Almıyorum	132	95.0
Tedavi Sürecinde Yardım Eden Kişinin Varlığı		
Var	135	97.1
Yok	4	2.9
Tedavi Süresince Yardımcı olan Kişiler		
Eş	36	25.9
Eş, Çocuk, Akraba, Arkadaş,	132	91.8
Arkadaş	12	8.6
Sağlık Profesyonelleri	4	2.9

Tablo 4.3.'de hastaların hastalık süresince tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Hastaların çoğunluğunun (%88.5'inin) menopoza girdiği belirlenmiştir. %95.7'sinin gebelikten korunmadığını ancak %4.3'ünün gebelikten korunma yöntemini uyguladığını; bunlarında %2.2'sinin prezarvatif, %1.4'ünün RİA, % 0.7'sinin doğum kontrol hapı uyguladığı belirtilmiştir. Hastaların ailesinde çoğunluğunun (%54) over kanseri olduğu, olguların çoğunluğunun(%54) kanserde Evre 3'de bulunduğu belirlenmiştir. %54.7'sinin ilk tanı ile hastanede bulunduğu belirlenen hastaların çoğunluğunun (%54.7'sinin) 1-5 yıl arasında hastalıkla mücadele ettiği görülmektedir.

Hastalarda uygulanan tedavi yöntemi çoğunlukla (%56.8) cerrahi ve kemoterapidir. Hastaların kemoterapi de alınan kür sayısı açısından; çoğunluğunun (%41) 6 ve

üzerisidir. Radyoterapi de ise %95'i almamaktadır. %97.1'ine tedavi süresince bakım açısından yardımcı olunan hastalarda; yardımcı olanların çoğunluğunun sırasıyla eş, çocuk ve yakın çevre (%91.8), eş (%25.9) olduğu belirlenmiştir. Bu sorumuza birden fazla cevap verilmiştir.

Tablo 4.4: Over Kanseri Tanılı Hastaların Hastalık Süresince Stresle Mücadele Yöntemleri Dağılımı (n=139)

Stresle Mücadele Yöntemleri	Sayı (n)	Yüzde (%)
El işi	16	13.1
Ağlamak	5	3.6
Çalışmak	2	1.4
Ev işi	8	5.8
Ibadet	42	29
Kahve ve Sigara içmek	10	7
Konuşmak	8	5.8
Müzik	6	4.3
Yürüyüş	24	17.1
Tv izlemek	7	5.0
Uyumak	8	5.8
Uzman desteği	3	2.1

Tablo 4.4.'te hastaların hastalık süresince stresle mücadele açısından uyguladıkları yöntemlere dair dağılım yer almaktadır. Stresle mücadelede olguların çoğunluğunun sırasıyla %29 ile ibadet, %17.1'sının yürüyüş ve %13.1'inin el işi yaparak sağladığı görülmektedir.

Tablo 4.5: Over Kanseri Tanılı Hastaların Destekleyici Bakım Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı

Ölçek Alt Boyutları	$\bar{X}$	SS	Min	Maks	%		
					25	50 Median	75
Ruhsal psikolojik alt boyutu	34.14	9.20	9.00	45.00	28.00	36.00	41.00
Sağlık sistemi ve bilgilendirme alt boyutu	36.82	10.56	10.00	50.00	30.00	39.00	46.00
Hasta bakım desteği alt boyutu	13.8	4.17	4.00	20.00	11.00	14.00	17.00
Fiziksel günlük yaşam alt boyutu	19.99	4.92	5.00	25.00	16.00	20.00	25.00
Cinsellik alt boyutu	9.8	3.72	3.00	15.00	7.00	10.00	13.00
DBGÖ Toplam	114.6	24.54	45.00	155.00	97.00	116.00	137.00

Over kanseri tanılı hastaların Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği (DBGÖ)'den elde edilen puan ve alt boyutlardaki puan dağılımları Tablo 4.5.'te verilmiştir. Bu tabloya göre hastaların DBGÖ 'den elde ettikleri toplam puan ortalaması 114.64±24.54'tür. Ruhsal/ psikolojik alt boyutu puan ortalaması 34.14±9.20, Sağlık sistemi ve bilgilendirme alt boyutu puan ortalaması 36.82±10.56, Hasta bakım desteği alt boyutu puan ortalaması 13.88±4.17, Fiziksel günlük yaşam alt boyutu puan ortalaması 19.99±4.92 ve Cinsellikte boyutu puan ortalaması 9.81±3.72 'dir.

Tablo 4.6: Over Kanseri Tanılı Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin ve DBGÖ Toplam Skorunun Karşılaştırılması

Değişken	DBGÖ Toplam Puanı				
	n	$\bar{X}$	SS	T	P
Çalışma durumu					
Çalışıyor	27	107.56	25.65	-1.652	0.100
Çalışmıyor	112	116.22	24.13		
Sosyal güvence durumu					
Var	123	115.71	24.51	1.304	0.194
Yok	16	106.93	25.43		
Medeni durum					
Evli	129	114.64	24.44	-0.008	0.994
Bekar	10	114.70	27.15		
Menopoza girme durumu					
Giren	123	116.16	23.28	2.109	***0.037**
Girmeyen	16	102.13	32.01		
Gebelik koruycu kullanma durumu					
Kullanan	6	99.00	37.01	-1.586	0.115
Kullanmayan	133	115.14	23.76		
Ailede Over Kanserli Birey Bulunma Durumu					
Var	75	113.24	24.50	-0.727	0.468
Yok	64	116.28	24.67		
Hastanede olma nedeni					
İlk tanı	76	111.22	25.95	-1.834	0.069
Nüks	63	118.89	22.38		
Tedavi Sürecinde Destek Veren Birinin Varlığı					
Var	135	114.02	24,43	-1.738	0.084
Yok	4	135.50	20,92		

Bağımsız Gruplar arasındaki ortalama farkın önemlilik testi (T-test); t:Anlamlılığın kaynağı, p:Anlamlılık *; $p<0.05$, X; ortalama, SS; Standart Sapma

Tablo 4.6.'da sosyodemografik özelliklerine göre hastaların ikili gruplar arasında Destekleyici Bakım Ölçeği toplam puanının gruplar arasında karşılaştırılması yapıldı. Buna göre; menopoza girme durumu açısından DBGÖ toplam puanının gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaştığı ($p<0.05$) belirlenmiştir. Destekleyici Bakım Gereksinimleri toplam puanının menopoza girmeyen hastalara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Diğer taraftan çalışma durumu, sosyal güvence, çalışma durumu, gebelik koruyucu kullanıp kullanmama durumu, aile meme/over kanser olup olmama durumu, hastanede bulunma nedeninin ilk tanı ya da nüks olması ve tedavi süresince yardımcı olan olup olmama durumunun DBGÖ toplam puanının belirlenen gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmasına neden olmadığı ($p>0.05$) belirlenmiştir.

Tablo 4.7: İkiden Fazla Oluşturulan Grupların Arasında DBGÖ Toplam Skorunun Karşılaştırılması (n=139)

Değişken	**DBGÖ Toplam Puanı**			
Eğitim Düzeyine Göre Grup	$\bar{X}$	**SS**	**F**	**P**
Okuryazar	114.23	26.09		
İlkokul	115.33	23.40		
Ortaokul	108.17	21.61	0.242	0.943
Lise	112.35	17.58		
Üniversite	118.90	31.40		
Yüksek Lisans	111.50	21.92		
Meslek Grupları	$\bar{X}$	**SS**	**F**	**P**
Memur	100.00	23.26		
Emekli	116.86	19.04		
İşçi	110.25	18.71	0.728	0.574
Serbest Meslek	118.00	20.41		
Diğer	114.74	28.17		
Çalışma Şekline Göre Grup	$\bar{X}$	**SS**	**F**	**P**
Tam gün	104.30	23.54		
Yarım gün	118.17	26.48	2.511	0.085
Çalışmıyor	116.61	24.31		
Gelir Durumuna Göre Grup	$\bar{X}$	**SS**	**F**	**P**
Geliri giderinden az	113.30	23.84		
Geliri giderine denk	116.13	23.29	0.239	0.796
Geliri giderinden fazla	112.60	48.69		
Evlilik Süresine Göre Grup	$\bar{X}$	**SS**	**F**	**P**
1-5 yıl	116.29	29.61		
6-10 yıl	114.18	30.34	0.035	0.965
11 yıl ve üzeri	114.47	23.46		

Tablo 4.7: İkiden Fazla Oluşturulan Grupların Arasında DBGÖ Toplam Skorunun Karşılaştırılması (Devamı)

Değişken	**DBGÖ Toplam Puanı**			
Sahip Olunan Çocuk Sayısına Göre Oluşturulan Grup	$\bar{X}$	**SS**	**F**	**P**
Çocuk yok	116.53	27.55		
1 çocuk	118.09	17.55		
2 çocuk	109.51	25.63	1.438	0.225
3 çocuk	122.00	24.35		
4 çocuk ve üzeri	110.14	24.90		
Gebelikten Korunma Yöntemi	$\bar{X}$	**SS**	**F**	**P**
Doğum Kontrol Hapı	110.00	0		
Prezarvatif	130.67	15.31	2.635	0.219
RİA	103.00	9.90		
Gebelikten Korunma Yöntemi Kullanma Yılı	$\bar{X}$	**SS**	**F**	**P**
1 yıl	110.00	0		
2 yıl	130.67	15.31	2.635	0.219
3 yıl	103.00	9.90		
Hastalık Evresine Göre Grup	$\bar{X}$	**SS**	**F**	**P**
1.Evre	103.67	28.57		
2.Evre	111.97	24.44	1.556	0.203
3.Evre	116.68	23.90		
4.Evre	119.47	22.70		
Kaçıncı Kür Kemoterapi Aldığına Göre Oluşturulan Grup	$\bar{X}$	**SS**	**F**	**P**
1. kür	111.00	27.77		
2. kür	107.75	37.02		
3. kür	119.55	19.96		
4. kür	114.00	25.38	1.273	0.268
5. kür	129.33	19.00		
6. kür	119.33	18.40		
6 kür üzeri	117.82	23.11		
Almıyorum	105.82	6.94		

Tablo 4.7: İkiden Fazla Oluşturulan Grupların Arasında DBGÖ Toplam Skorunun Karşılaştırılması (Devamı)

Değişken	DBGÖ Toplam Puanı			
Kaçıncı Kür Radyoterapi Aldığına Göre oluşturulan Grup	$\bar{X}$	**SS**	**F**	**P**
1. kür	71.00	0.00		
6. kür	121.75	30.67	1.271	0.287
6 kür üzeri	121.75	30.67	1.438	0.225
Almıyorum	114.61	24.34		

ANOVA, X; ortalama, SS; Standart Sapma, **p<0.01, *p<0.05, F=Anlamlılık kaynağı, P: Anlamlılık, *; p<0.05, X; ortalama, SS; Standart Sapma

Tablo 4.7.'de ikiden fazla grupların arasında DBGÖ toplam puanının karşılaştırılması yapıldı. Eğitim düzeyine göre, meslek gruplarına göre, çalışma şekline göre, gelir durumu, evlilik süresi ve sahip olunan çocuk sayısına göre oluşturulan grupların arasında destekleyici bakım ölçeği toplam puanı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p>0.05). Gebelikten korunma yöntemine, gebelikten korunma yılına, hastalık evresine, hastalık süresine, kaçıncı kür kemoterapi aldığına, kaçıncı kür radyoterapi aldığına göre oluşturulan gruplar arasında Destekleyici Bakım Ölçeği toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p>0.05).

Tablo 4.8: Over Kanseri Tanılı Hastaların Menopoza Girme ve Gebelikten Koruyucu Kullanma Durumunun Hastalık Evresine Göre Oluşturulan Gruplara Göre Karşılaştırılması

Değişken			Hastalık evresi 1	2	3	4	Toplam	X^2	p
Menopoza girme durumu	Giren	n	7	26	72	18	123		
		%	46.7	86.7	97.8	94.7	89.1		
	Girmeyen	n	8	4	2	1	16	33.81	***0.000**
		%	53.3	13.3	2.7	5.3	10.9		
Gebelik koruyucu yöntem kullanma durumu	Kullanan	n	4	1	1	0	6		
		%	26.7	3.3	1.4	0.0	4.3	15.16	***0.002**
	Kullanma Yan	n	11	29	73	19	132		
		%	73.3	96.7	98.6	100	95.7		

Pearson Kikare test, x; ortalama, ss; standart sapma, **p<0.01, *p<0.05

Tablo 4.8.'de hastaların menopoza girme ve gebelikten koruyucu kullanma durumunun hastalık evresine göre oluşturulan gruplara göre karşılaştırılması yapıldı. Hastaların menopoza girip girmeme durumu hastalık evresine göre belirlenmiş gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmıştır (p<0.05). Evre 1 hastaların çoğunluğu menopoza girmezken, evre 2, 3, ve 4 grup hastaların menopoza girdiği belirlenmiştir. Hastaların gebelikten korunup korunmama durumu açısından hastalık evresine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p<0.05). 1. evre hastaların 2, 3, ve 4. Evre hastalara göre daha yüksek oranda gebelikten korunduğu görülmektedir.

4.2. Over Kanseri Tanılı Hastaların Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeğinden Elde Edilen Puanlar ve Alt Boyutlara İlişkin Bulgular

Bu kısımda over kanseri tanılı hastaların Destekleyici Bakım Ölçeği'nden elde edilen puanlar ve alt boyutlara ilişkin puan dağılımı ve bu puanları etkileyen faktörlerin karşılaştırılmasına yer verilmiştir

Tablo 4.9: Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Madde Puan Dağılımları

	Hiç ihtiyaç olmadı		İhtiyaç olmadı		Az ihtiyacım oldu		Biraz ihtiyacım oldu		Çok fazla ihtiyacım oldu	
Ölçek Maddeleri*	**N**	**%**	**n**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
"1.Ağrı"	4	2,9	12	8,6	28	20,1	34	24,5	61	43,9
"2. Enerji Eksikliği/Yorgunluk"	4	2,9	10	7,2	28	20,1	32	23,0	65	46,8
"3. Çoğunlukla kendini iyi hissetmeme"	4	2,9	10	7,2	24	17,3	33	23,7	68	48,9
"4.Ev işlerini yapma"	8	5,8	10	7,2	28	20,1	30	21,6	63	45,3
"5.Eskiden yaptığı şeyleri yapamama"	9	6,5	11	7,9	24	17,3	28	20,1	67	48,2
"6.Kaygı/Gerginlik"	10	7,2	5	3,6	22	15,8	33	23,7	69	49,6
"7.Çöküntüde ya da depresyonda hissetme"	13	9,4	9	6,5	21	15,1	33	23,7	63	45,3
"8. Hüzünlü hissetme"	11	7,9	9	6,5	23	16,5	31	22,3	65	46,8
"9. Kanserin yayılmasıyla ilgili endişe"	9	6,5	7	5,0	24	17,3	30	21,6	69	49,6
"10. Tedavinin sonuçlarının kendi kontrolünüz dışında olmasından endişelenme"	11	7,9	15	10,8	24	17,3	37	26,6	52	37,4
"11. Gelecek hakkında belirsizlik"	11	7,9	12	8,6	25	18,0	46	33,1	45	32,4
"12. Durumunuzla ilgili kontrolün sizde olduğu hissini öğrenme"	9	6,5	16	11,5	25	18,0	41	29,5	48	34,5
"13.Olumlu bir bakış açısını sürdürme"	9	6,5	20	14,4	38	27,3	32	23,0	40	28,8
"14. Ölüm ve ölme ile ilgili duygular"	13	9,4	19	13,7	34	24,5	34	24,5	39	28,1
"15.Cinsel duygularda değişiklikler"	23	16,5	21	15,1	30	21,6	32	23,0	33	23,7

Tablo 4.9: Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Madde Puan Dağılımları(Devamı)

	Hiç ihtiyaç olmadı		İhtiyaç olmadı		Az ihtiyacım oldu		Biraz ihtiyacım oldu		Çok fazla ihtiyacım oldu	
Ölçek Maddeleri*	**N**	**%**	**n**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
"16.Cinsel ilişkilerde değişiklikler"	28	20,1	20	14,4	25	18,0	34	24,5	32	23,0
"17.Hangi kanser uzmanına gideceğiniz hakkında daha fazla seçenek sunulması"	15	10,8	27	19,4	26	18,7	28	20,1	43	30,9
"18. Hangi hastaneye gideceğiniz hakkında daha fazla seçenek sunulması"	11	7,9	29	20,9	25	18,0	28	20,1	46	33,1
"19. Hissettiğiniz şeylerin normal olduğunun tıbbi ekip tarafından belirtilmesi"	6	4,3	16	11,5	27	19,4	29	20,9	61	43,9
"20. Hastane personelinin fiziksel ihtiyaçlarınıza gecikmeden yardım etmesi"	24	17,3	39	28,1	16	11,5	21	15,1	39	28,1
"21.Tedavinizin önemli kısımlarıyla ilgili bilgilerin yazılı olarak size iletilmesi"	8	5,8	23	16,5	23	16,5	29	20,9	56	40,3
"22. Tedavi süreciniz ve yan etkiler ile evde baş etmeniz için gereken bilgilerin size iletilmesi	9	6,5	26	18,7	19	13,7	33	23,7	52	37,4
"23. Yapılacak testler ile ilgili bilgi istediğinizde gerekli açıklamaların yapılması"	6	4,3	26	18,7	23	16,5	32	23,0	52	37,4
"24.Tedavinizi seçmeden önce tedavi seçeneklerinin yararları ve yan etkileri açısından yeterli bilgilendirmelerin yapılması"	8	5,8	24	17,3	25	18,0	31	22,3	51	36,7
"25.Test sonuçlarınızın mümkün olan en kısa sürede size iletilmesi"	6	4,3	22	15,8	16	11,5	28	20,1	67	48,2
"26. Kanserin kontrol altında olduğunun ya da gerilemekte olduğunun size iletilmesi"	9	6,5	22	15,8	26	18,7	29	20,9	53	38,1

Tablo 4.9: Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Madde Puan Dağılımları(Devamı)

	Hiç ihtiyaç olmadı		İhtiyaç olmadı		Az ihtiyacım oldu		Biraz ihtiyacım oldu		Çok fazla ihtiyacım oldu	
Ölçek Maddeleri*	**N**	**%**	**n**	**%**	**N**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
"27.İyileşmenize yardımcı olacak şeyler hakkında bilgilendirilme"	7	5,0	22	15,8	29	20,9	28	20,1	53	38,1
"28. Cinsel ilişkiler hakkında bilgilendirilme"	18	12,9	25	18,0	23	16,5	26	18,7	47	33,8
"29. Herhangi bir vaka gibi değil bir birey olarak tedavi edilmek"	5	3,6	21	15,1	24	17,3	31	22,3	58	41,7
"30. Fiziksel koşulları mümkün olduğu kadar iyi olan bir tesiste tedavi görmek"	26	18,7	46	33,1	22	15,8	15	10,8	30	21,6
"31. Hastalığınız, tedaviniz ve takip süreciniz ile ilgili tüm durumları konuşabileceğiniz bir tıbbi personelin bulunması"	3	2,2	15	10,8	22	15,8	29	20,9	70	50,4
Ruhsal/psikolojik alt boyutu :6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14; Sağlık sistemi ve bilgilendirme psikolojik alt boyutu 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 30, 31; Hasta bakım ve desteği alt boyutu: 17, 18, 19, 20; Fiziksel/günlük yaşam psikolojik alt boyutu : 1,2,3,4,5; Cinsellik psikolojik alt boyutu: 15,16,28.										

Hastaların DBGÖ madde puan dağılımları Tablo 4.9.'da verilmiştir. Verilen yanıtlar değerlendirildiğinde hastaların fiziksel/günlük yaşam alt boyutunda; %48.9'u "Çoğunlukla kendini iyi hissetmeme"; %48.2'si "Eskiden yaptığı şeyleri yapamama"; %46.8'i "Enerji Eksikliği/Yorgunluk"; %43.9'u ise "Ağrı" maddelerinde destekleyici bakım ihtiyaçlarının yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Hastaların ruhsal/psikolojik alt boyutunda; %49.6'sı "Kaygı/Gerginlik" ve "Kanserin yayılmasıyla ilgili endişe" konusunda destekleyici bakıma ihtiyaçlarının yüksek olduğu tespit edilmiştir. Hastaların cinsellik alt boyutundaki maddelerde ise; %23.7'sinin "Cinsel duygularda değişiklikler" için çoğunlukla çok fazla desteğe ihtiyacı olduğu, %24.5 oranında ise "Cinsel ilişkilerde değişiklikler" ile ilgili biraz desteğe ihtiyacı olduğu, %33.8'inin "Cinsel ilişkiler hakkında bilgilendirilme" konusunda çok fazla desteğe ihtiyacının olduğu belirlenmiştir.

Sağlık sistemi ve bilgilendirme alt boyutunda hastaların %50.4' ünün ' Hastalığınız, tedaviniz ve takip süreciniz ile ilgili tüm durumları konuşabileceğiniz bir tıbbi personelin bulunması" maddesinde desteğe ihtiyaç duyduğu görülmektedir.

Tablo 4.10: Over Kanseri Tanılı Hastaların DBGÖ ve Alt Boyutlarından Elde Edilen Puanların Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması

Değişken	Yaş	N	X±SS	Min-Maks	25	% 50 Median	75	Test İstatistiği	p
DBGÖ	18-49 yaş	39	111.85±26.18	45.00-155.00	92.00	111.00	133.00	F=0.541	0.583
	50-65 yaş	70	116.73±21.79	65.00-155.00	102.75	118.00	134.00		
	66 ve üstü	30	113.40±28.54	60.00-155.00	88.25	116.00	139.25		
Ruhsal Psikolojik alt boyutu	18-49 yaş	39	34.46±10.57	9.00-45.00	27.00	38.00	45.00	X^2=1.072	0.585
	50-65 yaş	70	33.94±8.07	9.00-45.00	27.00	35.50	40.00		
	66 ve üstü	30	34.20±10.04	11.00-45.00	30.00	37.50	42.00		
Sağlık sistemi ve bilgilendirme alt boyutu	18-49 yaş	39	34.62±11.42	10.00-50.00	28.00	34.00	46.00	X^2=2.287	0.319
	50-65 yaş	70	38.11±9.58	10.00-50.00	31.00	40.00	47.00		
	66 ve üstü	30	36.67±11.44	18.00-50.00	23.75	39.00	47.25		
Hasta bakım desteği alt boyutu	18-49 yaş	39	13.64±4.07	6.00-20.00	10.00	14.00	17.00	X^2=0.542	0.763
	50-65 yaş	70	14.14±3.93	4.00-20.00	11.75	14.00	17.00		
	66 ve üstü	30	13.57±4.87	4.00-20.00	9.00	13.00	18.25		

Tablo 4.10: Over Kanseri Tanılı Hastaların DBGÖ ve Alt Boyutlarındam Elde Edilen Puanların Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması (Devamı)

Değişken	Yaş	N	X±SS	Min-Maks	%			Test İstatistiği	p
					25	50 Median	75		
Fiziksel/günlük yaşam alt boyutu	18-49 yaş	39	19.44±5.74	5.00-25.00	15.00	20.00	25.00		
	50-65 yaş	70	20.40±4.29	10.00-25.00	16.75	20.00	25.00	X^2 =0.345	0.842
	66 ve üstü	30	19.77±5.21	9.00-25.00	15.75	20.50	24.25		
Cinsellik alt boyutu	18-49 yaş	39	9.69±4.03	3.00-15.00	6.00	10.00	13.00		
	50-65 yaş	70	10.13±3.56	3.00-15.00	8.00	11.00	13.00	X^2=1.497	0.473
	66 ve üstü	30	9.20±3.69	3.00-15.00	6.00	8.50	13.00		

F: Varyans analizi ANOVA test istatistiği, X^2: Kruskal Wallis test istatistiği, X; ortalama, SS; Standart Sapma, p: İstatistiksel anlamlılık, **p<0.01,*p<0.05

Hastaların DBGÖ ve alt boyutları ortalama puanları yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde, aralarında anlamlı farklılık görülmemektedir (p>0.05).

Tablo 4.11: Over Kanseri Tanılı Hastaların DBGÖ ve Alt Boyutlarından Elde Edilen Puanların Eğitim Düzeylerine Göre Karşılaştırılması

Değişken	Eğitim Düzeyi	N	X±SS	Min-Maks	25	% 50 Median	75	Test İstatistiği	p
DBGÖ	Okuryazar	44	114.23±26.09	60.00-55.00	96.50	119.50	138.00		
	İlkokul	50	114.98±23.29	65.00-155.00	97.75	115.00	133.25		
	Ortaokul	6	108.17±21.61	83.00-141.00	89.75	103.50	129.75	F=0.259	0.904
	Lise	17	112.35±17.58	81.00-139.00	100.00	113.00	127.00		
	Üniversite	20	118.23±30.33	45.00-155.00	96.00	122.00	141.25		
Ruhsal Psikolojik alt boyutu	Okuryazar	44	33.23±10.50	9.00-45.00	26.25	37.50	41.00		
	İlkokul	50	34.14±8.64	9.00-45.00	29.50	35.00	41.00		
	Ortaokul	6	37.50±3.27	34.00-42.00	34.75	36.50	41.25	X^2 =0.577	0.966
	Lise	17	35.18±7.98	17.00-45.00	29.00	36.00	40.00		
	Üniversite	22	34.27±9.94	9.00-45.00	27.00	33.00	45.00		
Sağlık sistemi ve bilgilendirme alt boyutu	Okuryazar	44	38.27±9.45	20.00-50.00	31.00	39.50	47.00		
	İlkokul	50	35.78±11.08	10.00-50.00	27.75	38.00	46.25		
	Ortaokul	6	30.17±15.37	10.00-49.00	18.25	27.00	47.50	X^2 =2.505	0.644
	Lise	17	36.65±10.41	13.00-50.00	31.00	39.00	44.50		
	Üniversite	22	38.23±10.16	22.00-50.00	30.25	40.50	47.25		

Tablo 4.11: Over Kanseri Tanılı Hastaların DBGÖ ve Alt Boyutlarından Elde Edilen Puanların Eğitim Düzeylerine Göre Karşılaştırılması (Devamı)

Değişken	Eğitim Düzeyi	n	X±SS	Min-Maks	%			Test İstatistiği	p
					25	50	75		
						Median			
Hasta bakım desteği alt boyutu	Okuryazar	44	13.39±4.14	6.00-20.00	10.00	13.00	16.75		
	İlkokul	50	14.12±4.37	4.00-20.00	11.75	14.00	18.00		
	Ortaokul	6	12.33±4.63	8.00-20.00	8.00	12.00	15.50	X^2 =3.002	0.557
	Lise	17	13.82±3.11	8.00-20.00	12.00	14.00	16.00		
	Üniversite	22	14.77±4.44	6.00-20.00	10.75	16.00	19.25		
Fiziksel/günlük yaşam alt boyutu	Okuryazar	44	19.93±4.61	9.00-25.00	17.00	20.00	23.00		
	İlkokul	50	21.18±4.41	9.00-25.00	17.00	23.50	25.00		
	Ortaokul	6	19.00±3.85	15.00-25.00	15.00	19.00	22.00	X^2 =10.616	***0.031**
	Lise	17	16.82±5.19	5.00-25.00	15.00	17.00	20.00		
	Üniversite	22	20.14±5.87	5.00-25.00	15.00	22.00	25.00		
Cinsellik alt boyutu	Okuryazar	44	9.41±4.09	3.00-15.00	6.00	10.00	13.00		
	İlkokul	50	9.76±3.53	3.00-15.00	7.00	10.00	13.00		
	Ortaokul	6	9.17±2.79	5.00-13.00	7.25	9.00	11.50	X^2 =1.497	0.473
	Lise	17	9.88±3.37	3.00-15.00	7.00	10.00	12.50		
	Üniversite	22	10.82±3.91	3.00-15.00	8.00	11.50	15.00		

F: Varyans analizi ANOVA test istatistiği, X^2: Kruskal Wallis test istatistiği, X; ortalama, SS; Standart Sapma, ***Mann Whitney U Testi Z:Anlamlılığın kaynağı , p: İstatistiksel anlamlılık, **p<0,01,*p<0,05 ***Z=(1-4 ,2-4)

Hastaların DBGÖ ve alt boyutları ortalama puanlarının eğitim düzeylerine göre değerlendirilmesi Tablo 4.11.'de sunulmuştur. Bu değerlendirmede, normal dağılım özelliği taşıyan verilerde ANOVA (Varyans Analizi), normal dağılım özelliği göstermeyen verilerde ise Kruskal-Wallis Testi uygulanmıştır. Analiz sonucunda, DBGÖ ve alt boyutları; ruhsal/psikolojik, sağlık sistemi ve bilgilendirme ve hasta bakım ve desteği alt boyutları eğitim düzeyine göre değerlendirildiğinde aralarında anlamlı farklılık görülmemektedir ($p>0.05$).

Çalışmamıza katılan over kanserli kadınların fiziksel/günlük yaşam alt boyutundan elde ettikleri puanlar değerlendirildiğinde aralarında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Bu farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla, ikili grup karşılaştırmalarında Mann-Whitney U Testi uygulanmıştır. Buna göre fiziksel günlük yaşam alt boyutundaki farklılık eğitim durumu okuryazar olan ile lise mezunu ve ilköğretim mezunu ile lise mezunuları arasında olduğu ve Üniversite mezunlarının cinsellik alt boyutunda elde ettikleri puanların, lise mezunu olanların ise fiziksel/günlük yaşam alt boyutunda daha yüksek puanlar elde ettiği tespit edilmiştir.

Tablo 4.12: Over Kanseri Tanılı Hastaların DBGÖ ve AltBoyutlarından Elde Edilen Puanların Medeni Durumlarına Göre Karşılaştırılması

Değişken	Medeni Durumu	n	X±SS	Min-Maks	%			Test İstatistiği	p
					25	50 (Median)	75		
DBGÖ	Evli	129	114.64±24.44	45.00-155.00	96.50	116.00	137.00	F=0.010	0.994
	Bekar	10	114.70±27.15	65.00-155.00	97.25	116.00	135.00		
Ruhsal /psikolojik alt boyutu	Evli	129	34.16±8.97	9.00-45.00	27.50	36.00	41.00	X^2 = -0.409	0.585
	Bekar	10	33.90±12.39	9.00-45.00	27.50	37.50	45.00		
Sağlık Sistemi ve bilgilendirme alt boyutu	Evli	129	36.73±10.78	10.00-50.00	28.00	39.00	46.50	X^2 =-0.204	0.319
	Bekar	10	38.00±7.54	31.00-50.00	31.00	34.00	46.50		
Hasta bakım desteği alt boyutu	Evli	129	13.83±4.22	4.00-20.00	11.00	14.00	17.00	X^2 =-0.545	0.763
	Bekar	10	14.50±3.44	10.00-20.00	10.00	16.00	16.25		
Fiziksel günlük yaşam alt boyutu	Evli	129	20.12±4.86	5.00-25.00	16.50	21.00	25.00	X^2 =-0.947	0.842
	Bekar	10	18.40±5.62	10.00-25.00	12.75	18.50	25.00		
Cinsellik alt boyutu	Evli	129	9.80±3.67	3.00-15.00	7.00	10.00	13.00	X^2 =-0.131	0.473
	Bekar	10	9.90±4.53	3.00-15.00	5.00	9.50	15.00		

t: Bağımsız örneklem t test istatistiği, U: Mann Whitney U test istatistiği, *p<0,05 X; ortalama, SS; Standart Sapma, Z:Anlamlılığın kaynağı ,p: İstatistiksel anlamlılık, **p<0.01,*p<0.05

Hastaların DBGÖ ve alt boyutlarından elde edilen ortalama puanlarının medeni durumlarına göre değerlendirilmesi Tablo 4.12.'de sunulmuştur. Hastaların medeni durumlarına bağlı olarak elde ettikleri puanlar arasındaki istatistiki farklılık, normal dağılım gösteren veriler için bağımsız örneklem t testi, normal dağılım göstermeyen veriler için ise Mann Whitney U testi kullanılarak incelenmiştir. İnceleme sonucunda hastaların DBGÖ ve alt boyutlarından elde edilen puanlarının medeni durumlarına göre anlamlı bir farklılık olmadığını ortaya koymuştur ($p>0.05$).

Tablo 4.13: Over Kanseri Tanılı Hastaların DBGÖ ve Alt Boyutlarından Elde Edilen Puanların Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Karşılaştırılması

Değişken	Çocuk Sahibi Olma Durumu	n	X±SS	Min-Maks	%			Test İstatistiği	p
					25	50 Medyan	75		
DBGÖ	Yok	20	117.75±27.37	65.00-155.00	91.75	120.00	139.00	F=0.416	0.520
	Var	119	114.12±24.11	45.00-155.00	97.00	116.00	137.00		
Ruhsal/psikolojik alt boyutu	Yok	20	36.70±10.67	9.00-45.00	31.00	41,.50	45.00	X^2 = -2.012	***0.044**
	Var	119	33.71±8.90	9.00-45.00	27.00	36.00	41.00		
Sağlık sistemi ve bilgilendirme alt boyutu	Yok	20	37.75±10.40	10.00-50.00	31.00	36.50	47.75	X^2 =-0.601	0.548
	Var	119	36.66±10.62	10.00-50.00	28.00	39.00	46.00		
Hasta bakım desteği alt boyutu	Yok	20	14.55±3.82	8.00-20.00	10.25	15.00	16.75	X^2 =-0.776	0.438
	Var	119	13.76±4.23	4.00-20.00	11.00	14.00	17.00		
Fiziksel günlük yaşam alt boyutu	Yok	20	18.95±6.13	5.00-25.00	15.00	19.50	25.00	X^2 =-0.584	0.559
	Var	119	20.17±4.69	5.00-25.00	17.00	21.00	25.00		
Cinsellik alt boyutu	Yok	20	9.80±4.53	3.00-15.00	5.50	9.50	15.00	X^2 =-0.145	0.885
	Var	119	9.81±3.58	3.00-15.00	7.00	10.00	13.00		

t: Bağımsız örneklem t test istatistiği, U: Mann Whitney U test istatistiği, *p<0,05 X; ortalama, SS; Standart Sapma, Z:Anlamlılığın kaynağı, p: İstatistiksel anlamlılık, **p<0,01,*p<0,05

Hastaların DBGÖ ve alt boyutlarından elde ettikleri ortalama puanların çocuk sahibi olma durumuna göre değerlendirilmesi Tablo 4.13.'te sunulmuştur. Çocuk sahibi olma durumuna göre DBGÖ ve alt boyutlarında elde edilen puanlar arasındaki anlamlı farklılık olup olmadığını belirlemek için, normal dağılım gösteren veriler için bağımsız örneklem t testi, normal dağılım göstermeyen veriler için ise Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Hastaların çocuk sahibi olma durumuna göre DBGÖ'den elde ettikleri ortalama puan, fiziksel/günlük yaşam, cinsellik, sağlık sistemi ve bilgilendirme alt boyutlarından elde ettikleri ortalama puanlar değerlendirildiğinde, aralarında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Ancak, çocuk sahibi olma durumuna göre ruhsal/psikolojik alt boyutunda elde ettikleri puanlar incelendiğinde, aralarındaki farkın istatistiki olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Çocuk sahibi olan bireylerin, olmayanlara kıyasla ruhsal/psikolojik alt boyutundan elde ettikleri puanların daha düşük olduğu gözlemlenmiştir.

Tablo 4.14: Over Kanseri Tanılı Hastaların DBGÖ ve AltBoyutlarından Elde Edilen Puanların Çocuk Sayısına Göre Karşılaştırılması

Değişken	Çocuk Sayısı	n	X±SS	Min-Maks	%			Test İstatistiği	p
					25	50 Median	75		
DBGÖ	1-2	57	112.82±23.07	45.00-144.00	96.00	111.00	133.50	F=0.559	0.577
	3 ve üzeri	62	115.31±25.17	60.00-155.00	97.75	116.50	139.00		
Ruhsal psikolojik alt boyutu	1-2	57	33.51±8.69	9.00-45.00	27.50	36.00	40.00	-1.282	0.200
	3ve üzeri	62	33.90±9.16	11.00-45.00	27.00	36.00	41.00		
Sağlık sistemi ve Bilgilendirme alt boyutu	1-2	57	35.95±11.44	10.00-50.00	26.00	39.00	47.00	-0.583	0.560
	3ve üzeri	62	37.32±9.85	18.00-50.00	30.50	39.00	46.00		
Hasta bakım desteği alt boyutu	1-2	57	13.88±3.95	6.00-20.00	11.00	14.00	17.00	-0.770	0.441
	3ve üzeri	62	13.66±4.50	4.00-20.00	10.00	14.00	17.25		
Fiziksel günlük yaşam alt boyutu	1-2	57	19.70±4.96	5.00-25.00	16.00	20.00	25.00	-0.653	0.514
	3ve üzeri	62	20.60±4.44	9.00-25.00	17.00	21.00	25.00		
Cinsellik alt boyutu	1-2	57	9.79±3.30	3.00-15.00	7.50	10.00	12.50	-0.710	0.478
	3ve üzeri	62	9.82±3.86	3.00-15.00	6.00	10.00	13.00		

t: Bağımsız örneklem t test istatistiği, U: Mann Whitney U test istatistiği, *p<0.05 X; ortalama, SS; Standart Sapma, Z:Anlamlılığın kaynağı ,p: İstatistiksel anlamlılık, **p<0.01,*p<0.05

Hastaların DBGÖ ve alt boyutları ortalama puanlarının çocuk sayısı durumuna göre değerlendirilmesi Tablo 4.14'.te gösterilmektedir. Yapılan analizlerde, hastaların çocuk sayısına göre DBGÖ ve alt boyutlarından elde ettikleri puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 4.15: Over Kanseri Tanılı Hastaların DBGÖ ve Alt Boyutlarından Elde Edilen Puanların Çalışma Durumlarına Göre Karşılaştırılması

Değişken	Çalışma Durumu	n	X±SS	Min-Maks	%			Test İstatistiği	p
					25	50 Median	75		
DBGÖ	Çalışan	27	107.56±25.65	45.00-155.00	88.00	110.00	125.00	t=-1.652	0.101
	Çalışmayan	111	116.22±24.13	60.00-155.00	98.00	119.00	138.00		
Ruhsal/ psikolojik alt boyutu	Çalışan	27	32.85±10.95	9.00-45.00	27.00	34.00	45.00	X^2 = -0.460	0.645
	Çalışmayan	111	34.49±8.78	9.00-45.00	30.00	37.00	41.00		
Sağlık sistemi ve bilgilendirme alt boyutu	Çalışan	27	34.85±10.70	10.00-50.00	28.00	32.00	45.00	X^2 =-1.027	0.305
	Çalışmayan	111	37.18±10.50	10.00-50.00	30.00	39.00	47.00		
Hasta bakım desteği alt boyutu	Çalışan	27	13.81±4.33	6.00-20.00	10.00	14.00	17.00	X^2 =0.113	0.910
	Çalışmayan	111	13.89±4.16	4.00-20.00	11.00	14.00	17.00		
Fiziksel günlük yaşam alt boyutu	Çalışan	27	17.19±6.13	5.00-25.00	13.00	18.00	23.00	X^2 =-2.691	****0.007**
	Çalışmayan	111	20.63±4.35	9.00-25.00	17.00	21.00	25.00		
Cinsellik alt boyutu	Çalışan	27	8.85±4.10	3.00-15.00	5.00	9.00	13.00	X^2 =-1.402	0.161
	Çalışmayan	111	10.03±3.61	3.00-15.00	7.00	10.00	13.00		

t: Bağımsız örneklem t test istatistiği, U: Mann Whitney U test istatistiği, *p<0.05 X; ortalama, SS; Standart Sapma, Z:Anlamlılığın kaynağı ,p: İstatistiksel anlamlılık, **p<0.01,*p<0.05

Hastaların DBGÖ ve alt boyutlarından elde ettikleri ortalama puanların çalışma durumuna göre değerlendirilmesi Tablo 4.15.'te sunulmuştur.

Hastaların DBGÖ'den elde ettikleri puanların çalışma durumuna göre değerlendirilmesinde, hasta bakım ve desteği, cinsellik, ruhsal/psikolojik, sağlık sistemi ve bilgilendirme alt boyutlarından elde ettikleri ortalama puanlar değerlendirildiğinde aralarında anlamlı farklılık görülmemektedir ($p>0.05$). Bununla birlikte, fiziksel/günlük yaşam alt boyutunda hastaların çalışma durumlarına göre elde ettikleri ortalama puanları değerlendirildiğinde, aralarında anlamlı bir fark gözlemlenmiştir ($p<0.05$). Fiziksel/günlük yaşam alt boyutu, çalışan hastaların ortalama puanlarının çalışmayan hastalara göre daha düşük olduğu görülmüştür.

Tablo 4.16: Over Kanseri Tanılı Hastaların DBGÖ ve Alt Boyutlarından Elde Edilen Puanların Maddi Durumlarına Göre Karşılaştırılması

Değişken	Maddi Durum	N	X±SS	Min-Maks	%			Test İstatistiği	p
					25	50 Median	75		
DBGÖ	Gelir gidere eşit	67	113.30±23.84	60.00-155.00	97.00	111.00	132.00	F=0.239	0.788
	Gelir giderden az	67	116.13±23.29	69.00-155.00	98.00	119.00	134.00		
	Gelir giderden fazla	5	112.60±48.69	45.00-155.00	61.00	143.00	149.00		
Ruhsal psikolojik alt boyutu	Gelir gidere eşit	67	33.66±8.80	9.00-45.00	30.00	36.00	41.00	X^2 = 0.892	0.640
	Gelir giderden az	67	34.96±8.66	13.00-45.00	27.00	37.00	42.00		
	Gelir giderden fazla	5	29.80±19.06	9.00-45.00	9.00	41.00	45.00		
Sağlık sistemi ve bilgilendirme alt boyutu	Gelir gidere eşit	67	35.96±10.67	10.00-50.00	29.00	38.00	46.00	X^2 =1.244	0.537
	Gelir giderden az	*67*	37.51±10.45	10.00-50.00	30.00	39.00	47.00		
	Gelir giderden fazla	*5*	39.20±11.82	22.00-50.00	27.00	45.00	48.50		

Tablo 4.16: Over Kanseri Tanılı Hastaların DBGÖ ve Alt Boyutlarından Elde Edilen Puanların Maddi Durumlarına Göre Karşılaştırılması (Devamı)

Değişken	Maddi Durum	n	X±SS	Min-Maks	%			Test İstatistiği	p
					25	50 (Median)	75		
Hasta bakım desteği alt boyutu	Gelir gidere eşit	67	13.72±4.40	4.00-20.00	10.00	14.00	17.00	X^2 =0.132	0.936
	Gelir giderden az	67	14.06±3.85	8.00-20.00	11.00	14.00	17.00		
	Gelir giderden fazla	5	13.60±5.86	6.00-20.00	8.50	12.00	19.50		
Fiziksel günlük yaşam alt boyutu	Gelir gidere eşit	67	20.27±4.40	9.00-25.00	16.00	21.00	25.00	X^2 =0.475	0.788
	Gelir giderden az	67	19.73±5.15	5.00-25.00	16.00	20.00	25.00		
	Gelir giderden fazla	5	19.80±8.67	5.00-25.00	12.00	25.00	25.00		
Cinsellik alt boyutu	Gelir gidere eşit	67	9.70±3.50	3.00-15.00	7.00	10.00	12.00	X^2 =0.338	0.844
	Gelir giderden az	67	9.88±3.82	3.00-15.00	7.00	10.00	13.00		
	Gelir giderden fazla	5	10.20±5.76	3.00-15.00	4.00	13.00	15.00		

F: Varyans analizi ANOVA test istatistiği, X2: Kruskal Wallis test istatistiği, X; ortalama, SS; Standart Sapma, Z:Anlamlılığın kaynağı , p: İstatistiksel anlamlılık, **p<0.01,*p<0.05

Araştırmaya katılan hastaların tablo 4.16.'da DBGÖ ve alt boyutlarından elde ettikleri puanlar maddi duruma göre aralarında anlamlı farklılık olup olmadığının değerlendirlirken, ANOVA (Varyans Analizi) normal dağılım gösteren veriler için, Kruskal-Wallis testi ise normal dağılım göstermeyen veriler için kullanılmıştır.

Hastaların DBGÖ ve alt boyutlarından elde ettikleri ortalama puanlarının maddi durumlarına göre değerlendirildiğinde aralarında anlamlı farklılık görülmemektedir ($p>0.05$).

Tablo 4.17: **Over Kanseri Tanılı Hastaların DBGÖ ve Alt Boyutlarından Elde Edilen Puanların Hastalık Evrelerine Göre Karşılaştırılması**

Değişken	Hastalık Evresi	N	X±SS	Min-Maks	%			Test İstatistiği	p
					25	50 (Median)	75		
DBGÖ	Evre I	15	103.67±28.57	45.00-155.00	86.00	104.00	113.00	F=1.556	0.203
	Evre II	30	111.97±24.44	60.00-155.00	96.00	111.00	134.00		
	Evre III	75	116.68±23.90	65.00-155.00	98.00	119.00	138.00		
	Evre IV	19	119.47±22.70	80.00-155.00	106.00	119.00	133.00		
Ruhsal psikolojik alt boyutu	Evre I	15	31.67±10.54	9.00-45.00	25.00	35.00	42.00	X^2 = 2.530	0.470
	Evre II	30	33.30±9.47	9.00-45.00	27.00	36.50	40.25		
	Evre III	75	34.36±9.18	9.00-45.00	30.00	37.00	41.00		
	Evre IV	19	36.58±7.63	17.00-45.00	33.00	37.00	42.00		
Sağlık sistemi ve bilgilendirme alt boyutu	Evre I	15	33.67±11.21	10.00-50.00	25.00	34.00	45.00	X^2 =1.764	0.623
	Evre II	30	36.53±12.14	10.00-50.00	31.00	40.00	47.00		
	Evre III	75	37.15±10.39	18.00-50.00	28.00	39.00	47.00		
	Evre IV	19	38.47±8.02	25.00-50.00	32.00	38.00	46.00		
Hasta bakım desteği alt boyutu	Evre I	15	12.07±4.10	6.00-20.00	8.00	12.00	14.00	X^2 =4.273	0.233
	Evre II	30	14.70±4.21	6.00-20.00	11.75	14.50	18.25		
	Evre III	75	13.97±4.02	4.00-20.00	11.00	14.00	17.00		
	Evre IV	19	13.63±4.60	4.00-20.00	10.00	15.00	16.00		

Tablo 4.17: Over Kanseri Tanılı Hastaların DBGÖ ve Alt Boyutlarından Elde Edilen Puanların Hastalık Evrelerine Göre Karşılaştırılması (Devamı)

Değişken	Hastalık Evresi	n	X±SS	Min-Maks	% 25	50 Medyan	75	Test İstatistiği	p
Fiziksel/günlük yaşam alt boyutu	Evre I	15	17.20±6.24	5.00-25.00	15.00	17.00	24.00		
	Evre II	30	18.97±5.15	5.00-25.00	16.75	20.00	23.00	X^2 =7.272	0.064
	Evre III	75	20.91±4.24	10.00-25.00	17.00	22.00	25.00		
	Evre IV	19	20.21±5.17	9.00-25.00	19.00	21.00	25.00		
Cinsellik alt boyutu	Evre I	15	9.07±3.71	3.00-15.00	6.00	8.00	13.00		
	Evre II	30	8.47±3.56	3.00-15.00	5.75	8.50	11.25	X^2 =6.829	0.078
	EvreIII	75	10.29±3.62	3.00-15.00	8.00	10.00	13.00		
	Evre IV	19	10.58±3.98	3.00-15.00	7.00	12.00	13.00		

F: Varyans analizi ANOVA test istatistiği, X^2: Kruskal Wallis test istatistiği, X; ortalama, SS; Standart Sapma, Z:Anlamlılığın kaynağı ,
p: İstatistiksel anlamlılık, **p<0.01,*p<0.05

Hastaların DBGÖ ve alt boyutlarından elde ettikleri puanların hastalık evresine değerlendirilmesi Tablo 4.17'de verilmiştir. DBGÖ ve alt boyutları ortalama puanlarının hastalık evresine göre değerlendirildiğinde aralarında anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0.05).

Tablo 4.18: Over Kanseri Tanılı Hastaların DBGÖ ve Alt Boyutlarından Elde Edilen Puanların Tanı Aşamalarına Göre Karşılaştırılması

Değişken	Tanı Aşaması	n	X±SS	Min-Maks	%			Test İstatistiği	p
					25	50 Median	75		
DBGÖ	İlk tanı	76	107.56±25.65	45.00-155.00	92.25	111.00	132.25		
	Nüks	63	116.22±24.13	76.00-155.00	101.00	120.00	138.00	t=-1.652	0.101
Ruhsal psikolojik alt boyutu	İlk tanı	76	33.08±9.78	9.00-45.00	27.00	34,.50	41.00	X^2 = -1.391	0.164
	Nüks	63	35.43±8.34	13.00-45.00	31.00	37.00	42.00		
Sağlık sistemi ve bilgilendirme alt boyutu	İlk tanı	76	35.63±10.83	10.00-50.00	28.00	36.50	46.00	X^2 =-1.468	0.142
	Nüks	63	38.25±10.13	10.00-50.00	31.00	39.00	47.00		
Hasta bakım desteği alt boyutu	İlk tanı	76	13.47±4.40	4.00-20.00	10.00	13.50	17.00	X^2 =-1.191	0.233
	Nüks	63	14.37±3.84	8.00-20.00	11.00	14.00	17.00		
Fiziksel günlük yaşam alt boyutu	İlk tanı	76	19.63±5.32	5.00-25.00	16.00	20.50	25.00	X^2 =-0.670	0.503
	Nüks	63	20.43±4.39	9.00-25.00	17.00	20.00	25.00		
Cinsellik alt boyutu	İlk tanı	76	9.41±3.76	3.00-15.00	6.00	10.00	13.00	X^2 =-1.388	0.165
	Nüks	63	10.29±3.63	3.00-15.00	8.00	10.00	13.00		

t: Bağımsız örneklem t test istatistiği, U: Mann Whitney U test istatistiği, *p<0.05 X; ortalama, SS; Standart Sapma, Z:Anlamlılığın kaynağı ,p: İstatistiksel anlamlılık, **p<0.01,*p<0.05

Hastaların DBGÖ ve alt boyutlarından elde ettikleri ortalama puanlarının tanı aşamasına göre değerlendirilmesi Tablo 4.18.'de gösterilmiştir. DBGÖ ve alt boyutlarından edilen ortalama puanların tanı aşamasına göre değerlendirildiğinde aralarında anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0.05).

Tablo 4.19: Over Kanseri Tanılı DBGÖ ve Alt Boyutlarından Elde Edilen Puanların Hastaların Hastalık Sürelerine Göre Karşılaştırılması

Değişken	Hastalık Süresi	N	X±SS	Min-Maks	%			Test İstatistiği	P
					25	50 (Median)	75		
DBGÖ	1 yıldan az	53	109.06±26.21	45.00-155.00	87.00	111.00	128.50		
	1-5 yıl	76	117.17±22.25	65.00-155.00	98.25	119.00	137.75	F=1.957	0.123
	5 yıl üstü	9	123.33±29.07	76.00-155.00	93.00	129.00	148.00		
Ruhsal psikolojik alt boyutu	1 yıldan az	53	33.08±10.29	9.00-45.00	27.00	36.00	40.50		
	1-5 yıl	76	34.30±8.25	9.00-45.00	27.75	36.00	41.00	X^2=2.530	0.230
	5 yıl üstü	9	37.89±9.73	17.00-45.00	31.00	42.00	45.00		
Sağlık sistemi ve bilgilendirme alt boyutu	1 yıldan az	53	34.83±11.01	10.00-50.00	24.50	36.00	45.50		
	1-5 yıl	76	38.01±9.94	10.00-50.00	31.00	40.00	46.75	X^2=2.733	0.255
	5 yıl üstü	9	37.22±12.40	20.00-50.00	24.50	39.00	49.00		
Hasta bakım desteği alt boyutu	1 yıldan az	53	13.08±4.33	4.00-20.00	9.50	13.00	16.00		
	1-5 yıl	76	14.38±3.99	4.00-20.00	12.00	14.00	18.00	X^2=2.776	0.250
	5 yıl üstü	9	14.11±4.59	8.00-20.00	10.00	14.00	19.00		

Tablo 4.19: Over Kanseri Tanılı DBGÖ ve Alt Boyutlarından Elde Edilen Puanların Hastaların Hastalık Sürelerine Göre Karşılaştırılması (Devamı)

Değişken	Hastalık Süresi	N	X±SS	Min-Maks	%			Test İstatistiği	p
					25	50 (Median)	75		
Fiziksel günlük yaşam alt boyutu	1 yıldan az	53	19.43±5.79	5.00-25.00	15.50	20.00	25.00	X^2 =3.882	0.144
	1-5 yıl	76	20.08±4.34	9.00-25.00	16.25	20.00	25.00		
	5 yıl üstü	9	23.00±3.04	16.00-25.00	21.50	25.00	25.00		
Cinsellik alt boyutu	1 yıldan az	53	8.64±3.80	3.00-15.00	6.00	8.00	12.00	X^2 =8.487	***0.014**
	1-5 yıl	76	10.39±3.37	3.00-15.00	8.25	11.00	13.00		
	5 yıl üstü	9	11.11±4.48	4.00-15.00	6.00	13.00	15.00		

F: Varyans analizi ANOVA test istatistiği, X^2: Kruskal Wallis test istatistiği, X; ortalama, SS; Standart Sapma, Z:Anlamlılığın kaynağı , p: İstatistiksel anlamlılık, **p<0.01,*p<0.05

Hastaların DBGÖ ve alt boyutlarından elde ettikleri ortalama puanların hastalık süresine göre değerlendirilmesi Tablo 4.19.'da verilmiştir. Çalışmaya katılım sağlayan hastaların hastalık süresi durumuna göre DBGÖ ortalama puanı ruhsal/psikolojik alt boyutu, sağlık sistemi ve bilgilendirme alt boyutu, hasta bakım desteği alt boyutu, fiziksel günlük yaşam alt boyutu açısından olgularda hastalık süresine göre belirlenen gruplar arasında istatistiki farklılığın anlamlı olmadığı ($p>0.05$) ancak cinsellik alt boyutu açısında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Farkın hangi gruplara arasında olduğunu görmek için yapılan Mann Whitney U testi ile ikili karşılaştırmalarda 5 yıldan fazla hasta olanlar ile 1 yıldan daha az süreli hasta olan grup arasında cinsellik alt boyutunun farkından kaynaklandığı belirlenmiştir.

Tablo 4.20: Over Kanseri Tanılı Hastaların DBGÖ ve Alt Boyutlarından Elde Edilen Puanların Kemoterapi Alıp Almama Durumlarına Göre Karşılaştırılması

Değişken	Kemoterapi Alma Durumu	n	X±SS	Min-Maks	%			Test İstatistiği	p
					25	50 Median	75		
DBGÖ	Almayan	34	105.82±26.94	45.00-150.00	86.75	110.00	131.50	t=-2.454	***0.015**
	Alan	105	117.50±23.13	65.00-155.00	101.50	119.00	137.50		
Ruhsal psikolojik alt boyutu	Almayan	34	31.00±9.75	9.00-45.00	26.75	31.00	39.00	X^2 =-2.456	***0.014**
	Alan	105	35.16±8.82	9.00-45.00	31.00	37.00	41.50		
Sağlık sistemi ve bilgilendirme alt boyutu	Almayan	34	34.91±11.39	10.00-49.00	28.00	35.00	46.00	X^2 =-1.058	0.290
	Alan	105	37.44±10.26	13.00-50.00	30.00	39.00	47.00		
Hasta bakım desteği alt boyutu	Almayan	34	13.56±4.03	6.00-20.00	10.00	13.50	17.25	X^2 =-569	0.569
	Alan	105	13.98±4.22	4.00-20.00	11.00	14.00	17.00		
Fiziksel günlük yaşam alt boyutu	Almayan	34	17.26±5.22	5.00-25.00	15.00	17.00	22.00	X^2 =-3.739	****0.000**
	Alan	105	20.88±4.50	5.00-25.00	18.50	22.00	25.00		
Cinsellik alt boyutu	Almayan	34	9.09±3.36	3.00-15.00	6.00	9.00	12.00	X^2 =-1.408	0.159
	Alan	105	10.04±3.81	3.00-15.00	7.00	10.00	13.00		

t: Bağımsız örneklem t test istatistiği, U: Mann Whitney U test istatistiği, *p<0,05 X; ortalama, SS; Standart Sapma, Z:Anlamlılığın kaynağı ,p: İstatistiksel anlamlılık, **p<0.01,*p<0.05

Hastaların DBGÖ ve alt boyutlarından elde ettikleri ortalama puanların kemoterapi tedavisi alıp almama durumuna göre değerlendirilmesi Tablo 4.20.'de verilmiştir. Çalışmaya katılanlardan kemoterapi alan ile almayanlar arasında DBGÖ ve alt boyutlarından elde ettikleti puanların sağlık sistemi ve bilgilendirme alt boyutu ile cinsellik alt boyutu açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$). Ruhsal psikolojik alt boyutu, fiziksel günlük yaşam alt boyutu ve DBGÖ toplam puanı açısından kemoterapi alan ve kemoterapi almayan olgular arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Kemoterapi alanların ruhsal/psikolojik alt boyutu, fiziksel günlük yaşam alt boyutu ve DBGÖ ortalama puanların kemoterapi almayan olgulardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.21: Over Kanseri Tanılı Hastaların DBGÖ ve Alt Boyutlarından Elde Edilen Puanların Kemoterapide Kaçıncı Kür Olduklarına Göre Karşılaştırılması

Değişken	Kür Sayısı	n	X±SS	Min-Maks	%			Test İstatistiği	P
					25	50 Median	75		
DBGÖ	1. kür	9	111.00±27.77	71.00-155.00	86.50	108.00	132.50	F=1.273	0.268
	2. kür	4	107.75±37.02	65.00-155.00	74.00	105.50	143.75		
	3. kür	11	119.55±19.96	84.00-142.00	105.00	127.00	134.00		
	4. kür	9	114.00±25.38	76.00-155.00	92.50	113.00	133.50		
	5. kür	6	129.33±19.00	111.00-155.00	111.0	124.50	151.25		
	6. kür	9	119.33±18.40	77.00-140.00	112.50	126.00	129.50		
	6 kür üzeri	57	117.82±23.11	70.00-155.00	98.00	119.00	139.00		
Ruhsal /psikolojik alt boyutu	1. kür	9	32.67±10.98	9.00-45.00	27.00	34.00	39.50	X^2 = 2.497	0.869
	2. kür	4	35.75±12.74	18,00-45.00	22.25	40.00	45.00		
	3. kür	11	36.27±6.87	25.00-45.00	32.00	39.00	41.00		
	4. kür	9	33.44±11.33	14.00-45.00	22.50	38.00	42.00		
	5. kür	6	39.33±5.68	30.00-45.00	33.75	41.50	43.50		
	6. kür	9	35,44±10.32	13.00-45.00	29.00	40.00	43.00		
	6 kür üzeri	57	35.09±8.38	13.00-45.00	30.50	36.00	41.50		
Sağlık sistemi ve bilgilendirme alt boyutu	1. kür	9	33.44±11.17	20.00-50.00	23.00	32.00	44.50	X^2 =4.868	0.561
	2. kür	4	27.25±16.40	13.00-50.00	14.25	23.00	44.50		
	3. kür	11	36.09±9.93	20.00-50.00	28.00	34.00	46.00		
	4. kür	9	37.00±12.62	20.00-50.00	21.50	42.00	47.50		
	5. kür	6	39.83±10.83	23.00-50.00	29.00	42.50	50.00		
	6. kür	9	41.89±3.92	36.00-47.00	39.00	41.00	45.50		
	6 kür üzeri	57	38.16±9.77	20.00-50.00	30.50	40.00	47.00		

Tablo 4.21: Over Kanseri Tanılı Hastaların DBGÖ ve Alt Boyutlarından Elde Edilen Puanların Kemoterapide Kaçıncı Kür Olduklarına Göre Karşılaştırılması (Devamı)

Değişken	Kür Sayısı	n	X±SS	Min-Maks	%			Test İstatistiği	p
					25	50 (Median)	75		
Hasta bakım desteği alt boyutu	1. kür	9	23.00±3.61	15.00-25.00	10.00	12.00	16.00	X^2 =4.146	0.657
	2. kür	4	12.00±7.30	4.00-20.00	5.00	12.00	19.00		
	3. kür	11	15.00±4.36	8.00-20.00	12.00	16.00	20.00		
	4. kür	9	13.00±4.77	8.00-20.00	9.00	12.00	18.50		
	5. kür	6	15.00±4.38	10.00-20.00	10.75	14.50	20.00		
	6. kür	9	15.67±2.92	11.00-20.00	14.00	16.00	18.00		
	6 kür üzeri	57	13.88±4.08	4.00-20.00	11.00	14.00	17.00		
Fiziksel /günlük yaşam alt boyutu	1. kür	9	23.00±3.61	15.00-25.00	21.00	25.00	25.00	X^2 =9.264	0.159
	2. kür	4	23.50±3.00	19.00-25.00	20.50	25.00	25.00		
	3. kür	11	21.27±4.00	15.00-25.00	17.00	23.00	25.00		
	4. kür	9	21.22±4.15	13.00-25.00	19.00	20.00	25.00		
	5. kür	6	23.83±2.04	20.00-25.00	22.25	25.00	25.00		
	6. kür	9	18.33±7.21	5.00-25.00	12.00	20.00	25.00		
	6 kür üzeri	57	20.32±4.31	8.00-25.00	16.50	20.00	25.00		
Cinsellik alt boyutu	1. kür	9	9.00±3.35	5.00-15.00	6.00	8.00	12.00	X^2 =5.160	0.523
	2. kür	4	9.25±4.65	5.00-15.00	5.25	8.50	14.00		
	3. kür	11	10.91±4.28	3.00-15.00	7.00	13.00	15.00		
	4. kür	9	9.33±3.97	3.00-15.00	5.50	10.00	12.00		
	5. kür	6	11.33±2.88	9.00-15.00	9.00	10.00	15.00		
	6. kür	9	8.00±4.30	3.00-13.00	3.50	8.00	12.00		
	6 kür üzeri	57	10.39±3.73	3.00-15.00	7.00	11.00	13.50		

F: Varyans analizi ANOVA test istatistiği, X^2: Kruskal Wallis test istatistiği, X; ortalama, SS; Standart Sapma, Z:Anlamlılığın kaynağı , p: İstatistikselanlamlılık, **p<0.01,*p<0.05

Kemoterapi tedavisi alanlar arasında kaçıncı kürde olduğuna göre belirlenen gruplar arasında DBGÖ ve alt boyutlarından elde ettikleri puanlar arasında farka tablo 4.21. ile bakıldı. Buna göre kemoterapide kaçıncı kür tedavi göre olgular arasında DBGÖ toplam ve alt boyutlarından elde ettikleri puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.22: Over Kanseri Tanılı Hastaların DBGÖ ve Alt Boyutlarından Elde Edilen Puanların Tedavi Türlerine Göre Karşılaştırılması

Değişken	Tedavi Türü	n	X±SS	Min-Maks	%			Test İstatistiği	p
					25	50 (Median)	75		
DBGÖ	Cerrahi+Kemoterapi	78	116.22±25.71	45.00-155.00	96.75	119.00	138.25	F=1.957	0.123
	Cerrahi	37	113.97±24.07	60.00-155.00	96.00	116.00	136.00		
	Kemoterapi	18	109.56±21.06	70.00-140.00	97.75	110.50	124.00		
Ruhsal psikolojik alt boyutu	Cerrahi+Kemoterapi	78	34.37±9.88	9.00-45.00	30.00	37.00	42.00	X^2 = 1.684	0.431
	Cerrahi	37	34.76±8.24	11.00-45.00	28.50	37.00	41.00		
	Kemoterapi	18	32.50±8.14	13.00-45.00	26.50	33.00	40.00		
Sağlık sistemi ve bilgilendirme alt boyutu	Cerrahi+Kemoterapi	78	37.96±10.03	13.00-50.00	31.00	39.50	47.00	X^2 =3.090	0.213
	Cerrahi	37	35.03±11.72	10.00-50.00	27.00	38.00	46.00		
	Kemoterapi	18	34.44±10.46	20.00-49.00	26.75	33.50	45.25		
Hasta bakım desteği alt boyutu	Cerrahi+Kemoterapi	78	13.83±4.17	4.00-20.00	11.00	14.00	17.25	X^2 =0.136	0.934
	Cerrahi	37	14.08±4.18	6.00-20.00	10.50	14.00	17.00		
	Kemoterapi	18	13.67±4.46	8.00-20.00	8.00	14.00	17.50		
Fiziksel günlük yaşam alt boyutu	Cerrahi &Kemoterapi	78	20.15±5.20	5.00-25.00	16.75	22.00	25.00	X^2 =0.396	0.820
	Cerrahi	37	19.97±4.15	9.00-25.00	16.00	20.00	25.00		
	Kemoterapi	18	20.44±4.54	12.00-25.00	16.50	20.50	25.00		
Cinsellik alt boyutu	Cerrahi&Kemoterapi	78	9.00±3.85	3.00-15.00	6.75	10.50	13.00	X^2 =2.851	0.240
	Cerrahi	37	10.14±3.57	3.00-15.00	7.50	10.00	13.00		
	Kemoterapi	18	8.50±3.42	3.00-15.00	5.75	8.00	11.25		

F:Varyans analizi ANOVA test istatistiği;X^2: Kruskal Wallis test istatistiği, X; ortalama, SS; Standart Sapma, Z:Anlamlılığın kaynağı,p:İstatistiksel anlamlılık,**<0.01,*p<0.05

Hastaların DBGÖ ve alt boyutlarından elde ettikleri ortalama puanların tedavi türlerine göre değerlendirilmesi Tablo 4.22.'de verilmiştir.

Hastaların DBGÖ ve alt boyutlarından elde ettikleri oartalama puanları tedavi türü durumuna göre değerlendirildiğinde aralarında anlamlı farklılık görülmemektedir ($p>0.05$).

BEŞİNCİ BÖLÜM

5.TARTIŞMA

Over kanseri tanılı hastaların destekleyici bakım gereksinimlerine yönelik yapılan bu çalışmada elde edilen bulgular, ilgili literatür ışığında tartışılmıştır (Aksuoğlu,2015; Çelik,2021; Danışkan, 2022). Çalışmamızda over kanseri tanılı hastaların DBGÖ puan ortalaması 114.64±24.54'tür (min-max: 45.00-155.00) olduğu ve hastaların destekleyici bakım gereksinimlerinin yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. Bu çalışmaya katılan hastaların destekleyici bakım gereksinimlerinin ortalamanın üzerinde olduğu ve bu gereksinimlerin çoğunun karşılanmadığı tespit edilmiştir. Literatürde yer alan bir çalışmada, Williams ve arkadaşları (2018), 343 jinekolojik onkoloji hastasının destekleyici bakım ihtiyaçlarını incelemiş ve 100 hastadan 83'ünün orta düzeyde veya yüksek düzeyde desteğe gereksinim duydukları bulunmuştur (Williams ve ark, 2018).Aksuoğlu'nun (2015) yapmış olduğu çalışmada, kemoterapi ünitesinde tedavi gören 340 hastanın Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği (DBGÖ) ortalama puanı 101.03±29.19 bulunmuştur. Buradan yola çıkarak, hastaların tedavi sürecinin fiziksel, psikolojik, sosyal ve ruhsal açıdan yoğun bir şekilde geliştirilmesine ihtiyaç duyulduğu sonucu çıkmaktadır. Ölçek puanlarının bu seviyede olması, özellikle kanser tedavisi gören bireylerde destekleyici bakım gereksinimlerinin yüksek olduğuna işaret eder. Aksuoğlu'nun çalışması, kanser hastalarının sadece tedavi sürecinde değil, aynı zamanda tedavi sonrası dönemde de kapsamlı bir bakım ve desteğe ihtiyaç duyduğunu ortaya koymaktadır (Aksuoğlu,2015). Jinekolojik onkoloji hastaları üzerinde yapılan bir başka çalışmada DBGÖ'den elde edilen puan ortalaması 77.74±16.14 (minimum: 41, maksimum: 119) olup, hastaların destekleyici bakım gereksinimlerinin orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (Danışkan, 2022). Sonuçlar kişilerin farklı alanlarda ve farklı düzeylerde destekleyici bakım gereksinimine ihtiyaç duyduğunu göstermektedir. Bu nedenle kişilerin ihtiyaçları düzenli olarak sorgulanmalı, ihtiyaca yönelik, anlaşılır şekilde, uygun zamanda ihtiyaç duydukları bakım gereksinimlerinin karşılanması önemlidir.

Çalışmamıza katılan over kanserli hastaların DBGÖ alt boyutlarından elde ettikleri puan ortalamaları; Ruhsal psikolojik alt boyutu puan ortalaması 34.14±9.20, Sağlık sistemi ve Bilgilendirme alt boyutu puan 36.82±10.56 Hasta bakım desteği alt boyutu

puan ortalaması 13.88±4.17'dir. Fiziksel günlük yaşam alt boyutu puan ortalaması 19.99±4.92 ve Cinsellik alt boyutu puan ortalaması 9.81±3.72 olarak bulunmuştur.

Elde edilen bulgulara göre hastaların sağlık sistemi ve bilgilendirme alt boyutu ve ruhsal/psikolojik alt boyutu yüksek olanların bu alanda ihtiyaçlarının fazla olduğu ve bu alanları fiziksel/günlük yaşam alt boyutu, hasta bakım ve desteği alt boyutu ile cinsellik alt boyutunun takip ettiği gözlemlenmiştir. Jinekolojik kanserli hastalarla yapılan başka bir çalışmada hastaların destekleyici bakım ihtiyaçları incelenmiş ve sonuç olarak en yüksek psikolojik alanda destekleyici bakım ihtiyacı olurken ardından sağlık sistemi ve bilgilendirme alt boyutunun ve bunu fiziksel/günlük yaşam alt boyutunun, hasta bakım ve desteği alt boyutu ile cinsellik alt boyutu izlemiştir (Danışkan,2022). Over kanserli kadınlarla yapılan başka araştırmalarda hastaların %57-63'ü psikolojik ihtiyaçlarının olduğunu bildirilmiştir (Fitch,vd.,1999; Miler,vd.,2003).

Literatürde kanser hastalarında psikiyatrik belirti geliştirme riskini; sürece ilişkin endişeler, psikolojik ve fiziksel problemler, hastalığı kendine yakıştıramama, maddi sorunlar ve tedavi süresince karşılaşılan yan etkiler artırdığı sonucuna ulaşılmıştır (Erol, 2009). Yapılan başka bir araştırmada en çok ifade edilen destekleyici bakım ihtiyaçlarının psikolojik/ruhsal ile fiziksek/günlük yaşam alt boyutlarında olduğu belirlenmiştir (Fitch ve Steele 2010).

Sanson-Fisher ve arkadaşları (2000) tarafından yapılan bir araştırmada, kanser tanısı alan hastaların öncelikli olarak sağlık sistemi ve bilgilendirme, ruhsal/psikolojik destek, fiziksel/günlük alt boyutlarında destekleyici bakım ihtiyaçları olduğu belirlenmiştir. Avustralya'da jinekolojik kanser tedavisini tamamlamış hastalarla yapılan bir başka araştırmada ise, en sık giderilmemiş ihtiyaçlar arasında kaygı yönetimi, tüm doktorlarla iletişim kurabilme, hayatların negatif yönde ilerleyeceği algısı ve kanser sürecini deneyimleyen kadınlarla iletişim kurabilme fırsatı öne çıkmıştır (Urbaniec, vd., 2011). Diğer bir çalışmada ise hastaların destekleyici bakım ihtiyaçlarının tedavi başladıktan sonra arttığını ve en yaygın gereksinimlerinin psikolojik ve bilgilendirilme ihtiyaçları olduğu bildirilmiştir (Yıldırım,vd.,2013).

Bir başka araştırmada, jinekolojik kanser hastalarının yaşam kalitesiyle ilişkili olarak karşılanmamış destekleyici bakım ihtiyaçları incelenmiş ve en yüksek oranda %80.4 oranında psikolojik alanda olduğu, en düşük oranda ise %35.3 cinsellik ile ilgili ihtiyaçlarının karşılanmadığı belirlenmiştir (Hediya,vd.,2018).

Yapılan bu çalışmalar ışığında, çalışmamızda da benzer şekilde, over kanseri hastalarının en belirgin destekleyici bakım gereksinimlerinin sağlık sistemi ile bilgilendirme ve psikolojik alanda yoğunlaştığı görülmüştür. Kanser ile yaşam bireyi öncelikle psikoloji destek ve bilgilendirilme alanında oluşan etki sebebiyle daha fazla destekleyici bakım gereksinimi ihtiyacını ortaya çıkarmaktadır. Her kanser hastasının tanı ile beraber psikolojik alanda bir uzmandan danışmanlık alması süreci daha uyumlu geçirmesine olanak sağlayacaktır. Hastaların uzman desteğini ilaç kullanmakla bağdaştırması, yeterli yönlendirilme yapılamaması nedenleriyle bu süreçte danışmanlık almak yerine kendi kendilerine baş etme yöntemleri geliştirmektedirler.

Ülkemizde ve dünyada yapılan çalışmalarda çalışmamızla paralellik gösteren bir diğer gereksinim hastaların bilgilendirme ihtiyacının yeterli bir şekilde karşılanamamasıdır. Çalışmamızda Sağlık sistemi ve bilgilendirme alt boyutunda hastaların %50.4'ü ' Hastalığınız, tedaviniz ve takip süreciniz ile ilgili tüm durumları konuşabileceğiniz bir tıbbi personelin bulunması" konusunda desteğe ihtiyaç duyduğu görülmektedir.

Bizim çalışmamız ile literatür arasında farklılık yaratan sağlık bilgilendirme sisteminden elde edilen alt boyut puanının ruhsal/psikolojik alt boyutundan yüksek olmasıdır. Bu farklılığın sebebi çalışmanın yapıldığı yerde çalışan sağlık profesyonellerinin deneyim yılının az olması, hastaların her geldiğinde farklı sağlık profesyoneliyle karşılaştığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Hemşireliğin modern rollerinden olan eğitici ve iletişim rolümüzü daha etkin ve yeterli düzeyde kullanmamız gerekmektedir. Yeterli bilgiye ulaşamayan, tedavisinin gidişatı hakkında bilgi alamayan kanser hastalarının kaygılarının artması, tedaviyi devam ettirmekte güçlük yaşamasına neden olmaktadır.

Literatürde jinekolojik kanser tanısı almış kadınların cinsel yaşam kalitelerinin genellikle orta düzeyde olduğu görülmüştür (Hediya, 2018; Boyes, vd., 2009). Birçok kadın için cinsellik, kadınlık hissini, dış görünüşünü, çocuk doğurabilme yetisini ve cinsellik fonksiyonlarını sürdürebilme kabiliyetini içeren kompleks duyguları ifade etmektedir. Halsizlik, yorgunluk, vajinal kanama ve karın ağrısı gibi semptomlar,

cinsel fonksiyonları ve genel yaşam kalitesini bozabilir. Bu belirtiler, hastaların cinsel ilişkilerindeki rahatsızlıkları artırabilir, cinsel isteksizlik ve performans kaygısına neden olabilir. Ayrıca, bu durumlar cinsel özgüvenin azalmasına ve duygusal olarak zorlanmaya yol açabilir. Yapılan bir çalışmada kemoterapi tedavisi alan kadınların cinsel sağlık ve yaşam kalitelerinin düşük olduğu ifade edilmiştir (Koca, 2017).

Çalışmamızda elde edilen bulguların literatürden farklı olmasının nedeninin kültürel özellikler olduğu düşünülmektedir. Ülkemizde cinsellik genellikle tabu olarak kabul edildiğinden, jinekolojik kanserli kadınlar cinsel sağlıklarıyla ilgili sorunlarıyla ilgili konuları sağlık profesyonellerine bilgi vermede isteksiz olabilmektedir.

Sağlık profesyonellerinin bu durumu göz önünde bulundurarak, jinekolojik kanser tedavisi gören kadınların yaşayabileceği cinsel sorunların farkına varması ve bireye özgü bir bakım planı sunması kritik önem taşır(Zehra,vd., 2023).

Bireysel olarak planlanan ve empatik bir yaklaşımla sunulan cinsel sağlık desteği, bu hastaların yaşam kalitelerini artırabilir. Sağlık profesyonelleri, kültürel hassasiyetleri dikkate alarak ve güven oluşturacak bir iletişim tarzı benimseyerek, hastaların ihtiyaçlarını daha iyi anlayabilir ve etkili bir şekilde destekleyebilir.

Over kanseri, kadınların yaşam kalitesini çeşitli yönlerden etkileyen bir hastalıktır. Hastalığın tanısıyla beraber yoğun bir bir tedavi sürecine başlanması, kemoterapi, radyoterapi ve cerrahi gibi yöntemlerle birlikte yan etkiler ve tedavi sürecinin getirdiği belirsizlikler nedeniyle stres ve anksiyeteyi artırabilir. Kronik stres, bağışıklık sistemini zayıflatabilir ve tedaviye yanıtı etkileyebilir, bu yüzden stres yönetimi ve psikolojik destek büyük önem taşır. Çalışmamızda stresle mücadelede eden over kanserli hastaların çoğunluğunun sırasıyla %29 ile ibadet, %17.1'inin el işi ve %13.1'inin yürüyüş yaparak sağladığı görülmektedir. Hastaların hastane ortamında da streslerini azaltabilecek aktivitilere ulaşımlarının sağlanması hasta bakım kalitesini olumlu yönde etkileyecektir.

Yaş kontrol edilemeyen bir risk faktörüdür. Over kanseri tanısı alan kadınların DBGÖ ve alt boyutlarından elde ettikleri ortalama puanların yaşa göre değerlendirildiğinde, aralarında anlamlı farklılık görülmemektedir. Çalışma bulgularımızdan farklı olarak Danışkan'ın (2022) araştırmasında, hastaların bulunduğu yaş grubuna göre cinsellik alt boyut ortalama puanlarıyla hasta bakım ve desteği alt boyut ortalama puanları değerlendirildiğinde aralarında anlamlı farklılık gözlemlenmiştir (Danışkan, 2022).

Ayvat'ın (2019) yaptığı ayaktan kemoterapi alan kanser hastalarının destekleyici bakım ihtiyaçlarının yaş bağlamında incelendiği araştırmasında ise yaşlı kanser hastalarında sağlık hizmeti ve iletişim ihtiyacını genç hastalara göre düşük bulmuştur (Ayvat,2019). Yaş ilerledikçe hastalar kendi bakımından uzaklaşabilmektedirler. İhtiyacının farkına varamama veya ihitiyacını dile getirememe durumu gözlemlenebilmektedir. Burada yaşlı hastaya bakım verenler iyi değerlendirilmelidir.

Eğitim düzeyi üniversite olan kadınların cinsellik alt boyutundan aldıkları puan daha yüksektir. Eğitim düzeyinin artmasıyla kadınların cinsellik alt boyutunda daha yüksek oranda ihtiyaç ifade etmeleri; eğitim düzeyinin artmasıyla bireylerin güçlü güçsüz yönleri konusunda farkındalıkları artarak ihtiyaçlarını etkin bir şekilde ifade edebildikleri düşünülebilir. Eğitim, bireylerin sağlık konularında bilgi edinmelerini ve kendi ihtiyaçlarını daha açık bir şekilde ifade etmelerini sağlayabilir. Bu bağlamda, eğitim düzeyi yüksek bireyler genellikle cinsel sağlık, cinsellik ve tedavi süreçleri hakkında daha fazla bilgi sahibi olabilirler ve bu bilgileri kullanarak kendilerine yönelik destek ihtiyaçlarını daha net bir şekilde dile getirebilirler. Bu durum, eğitim düzeyinin bireylerin sağlıkla ilgili farkındalıklarını ve ihtiyaçlarını ifade etme yeteneklerini artırdığına işaret eder.

Çalışmamıza benzer olarak Çelik (2021) ve Danışkan(2022) çalışmasında over kanserli hastaların eğitim düzeyi ile DBGÖ, cinsellik alanında daha fazla gereksinim belirttiklerini belirtmişlerdir (Çelik,2021;Danışkan,2022).

Hastaların DBGÖ ve alt boyutlarından elde edien ortalama puanlarının medeni durumuna göre değerlendirildiğinde, aralarında anlamlı farklılık gözlemlenmemiştir. Çalışmamıza katılan hastaların %92.8'nin evli olması bu durumu etkilemiş olabilir. Aynı zamanda kültürümüzde destekleyici sosyal çevrenin güçlü olması, aile fertlerinin ve arkadşlık bağlarının güçlü olması, evli ve bekar bireyler karşılaştırıldıklarında destekleyici bakım gereksinimlerinde belirgin bir fark çıkmamasına neden olmuş olabilir. Sosyal destek, bireylerin fiziksel ve duygusal ihtiyaçlarını karşılamada önemli bir rol oynar ve bu durum, evli ve bekar bireyler arasındaki farklılıkların azalmasına yol açabilir.

Katılımcıların çocuk sahibi olup olmadıkları dikkate alındığında, ruhsal/psikolojik alt boyutunda aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir. Bu bağlamda çocuk sahibi olanların olmayanlara göre hasta bakım ve

desteği alt boyutundan aldıkları puanların daha düşük bulunmuştur. Çalışmaya bulgularına göre hastaların 97.1'ine tedavi süresince bakım açısından yardımcı olunan olgularda; yardımcı olanların çoğunluğunun sırasıyla eş, çocuk ve yakın çevre (%91.8), eş (%25.9) olduğu belirlenmiştir. Bu sorumuza birden fazla cevap verilmiştir. Literatürde de kanser hastalarınıa yardımcı olan kişinin, duygusal yakınlığına göre kaygı düzeylerinin azaldığı ifade edilmektedir (Korkmaz, 2010).

Olgularda çalışma durumu incelendiğinde fiziksel/günlük yaşam alt boyutunda alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Bu bağlamda çalışan hastalar çalışmayan hastalarla karşılaştırıldığında fiziksel/günlük yaşam alt boyutundan elde ettikleri ortalama puanların düşük olduğu gözlemlenmiştir. Burada bireylarin maddi gücünün ihtiyaçları karşılamada bir etken olması akla gelmektedir. Ekonomik özgürlüğü olan kadınların fiziksel/günlük yaşam konusunda ev işlerinde dışarıdan bir yardımcı kaynak elde edebilmektedir.

Çalışmamızın bulgularında hastaların DBGÖ ve alt boyutları ortalama puanlarının maddi durumuna göre değerlendirildiğinde aralarında anlamlı fark bulunmamıştır. Çalışmamızın sonucu literatürden farklı çıkmıştır. Çalışmamızın farklılık göstermesinin sebebi çalışmaya katılan kişilerin gelir dağılımının birbirine benzer olması olduğu düşünülmektedir. Çalışmamıza katılan kişileirn %48.2'i gelir gidere denk %48.2 'si gelirini giderden az olarak tanımlamıştır. Literatürde birçok çalışmada ekonomik durumu daha düşük olan hastaların, karşılanmayan ihtiyaçlarının ve bakım gereksinimlerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu çalışmalara örnek olarak; Danışkanın çalışmasında edilen bulgular, gelir düzeyi düştükçe, günlük yaşamın fiziksel ihtiyaçları artmakta; gelir düzeyi yükseldikçe ise cinsel ihtiyaçların daha fazla ön plana çıktığı bulunmuştur (Danışkan, 2022). Aksuoğlu'nun (2015) araştırmasında fiziksel/günlük yaşam ve cinsellik alt boyutlarında elde edilen ortalama puanların, kanser ile mücadele eden hastalarının maddi durumuna bağlı olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği bulunmuştur. Bu bulgu, gelir düzeyinin, kanser hastalarının fiziksel ve cinsel sağlık gereksinimlerini etkileyen önemli bir faktör olduğunu ortaya koymaktadır. Yüksek gelir düzeyi genellikle daha iyi sağlık hizmetleri ve destek erişimi sağlar, bu da yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemektedir. Düşük gelir düzeyindekiler ise bu hizmetlere erişimde zorluklar yaşayabilmektedir.

Çalışmamıza katılan hastaların Destekleyici Bakım Ölçeği (DBGÖ) ve alt boyutları; ruhsal/psikolojik, sağlık sistemi ve bilgilendirme, hasta bakım desteği, fiziksel günlük yaşamda hastalık süresine göre değerlendirildiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak, cinsellik alt boyutunda hastalık süresine göre belirlenen gruplar arasında anlamlı bir farklılık gözlemlenmiştir. Özellikle, 5 yıldan fazla süredir hasta olanlar ile 1 yıldan daha az süreli hasta olanlar arasında cinsellik alt boyutunda belirgin bir fark olduğu saptanmıştır. Bu farklılık, hastalık süresinin cinsellik alanındaki gereksinim ve algılar üzerindeki etkisini göstermektedir. Araştırma bulgularını destekleyen bir başka çalışmada, meme kanseri tanısı alan kadınlarda tanı süresinin uzamasıyla birlikte destekleyici bakım ihtiyacının arttığı ve bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (Edib,vd.,2016). İleri evre kanserle mücadele eden hastalar, genellikle fiziksel rahatsızlıklar ve psikososyal zorluklar yaşadıkları için yüksek ihtiyaç düzeyleri ve artan bakım yükü ile karşılaşmaları beklenen bir sonuçtur. Bu hastalar, hastalığın ilerlemesi ve tedavi sürecinin zorlukları nedeniyle daha kapsamlı destek ve bakım gereksinimleri ortaya koyabilmesi beklenmektedir. Bu durum, hemşireler ve sağlık profesyonellerinin, hastaların karmaşık ihtiyaçlarını karşılamak için daha yoğun ve bütüncül bir bakım sunmaları gerektiğini vurgular.

Ruhsal psikolojik alt boyutu, fiziksel günlük yaşam alt boyutu ve DBGÖ toplam puanı açısından kemoterapi alan ve kemoterapi almayan olgular arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Kemoterapi alanların Ruhsal psikolojik alt boyutu, fiziksel günlük yaşam alt boyutu ve DBGÖ toplam puanlarının kemoterapi almayan olgulardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Kemoterapötik ilaçlar, çeşitli belirtilere (ağrı, kusma, halsizlik, yorgunluk, mukozit) yol açarak bireyin yaşam kalitesini negatif yönde etkileyebilir. Bu belirtiler, cinsel, bedensel, sosyal etkileşim, bilgilendirilme, manevi, psikolojik ve sosyal ihtiyaçların artmasına sebep olabilir. Tedaviye bağlı gelişen bu semptomların iyileştirilme durumu, hastaların tedaviye karşı tutumu ve yaşam kalitesini doğrudan ilişkilendirilmektedir. Bulgularımıza göre kemoaterapiyi alıyor olmak kür sayısı farketmeksizin hastaların yaşam kalitesini etkileyip destekleyici bakım gereksinimlerini arttırmaktadır.

Hastaların tedavi türüne göre DBGÖ ve alt boyutlarından elde ettikleri puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Literatürde, çalışmamızla benzer sonuçlar yer almaktadır. Yapılan bir araştırmada, tedavi

protokollerine göre giderilemeyen destekleyici bakım ihtiyaçları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir (Liao,vd., 2011).

Over kanseri tanılı hastaların destekleyici bakım gereksinimlerine yönelik yapılan bu çalışmada elde edilen bulgular, ilgili literatür ışığında değerlendirilmiştir. Bu alanda yapılan çoğu araştırma jinekolojik onkoloji hastaları üzerinde yapılmıştır. Hastalıklar bazında tek tek çalışılmamıştır. Türkiye'de yapılan araştırmalar, kanser hastalarının bu alandaki gereksinimlerine yeterince odaklanmamış ve bu durum, bakım yönetiminde kritik bir boşluk yaratmıştır. Özellikle hemşireler hasta ve aileleriyle daha fazla etkileşim içinde olmaları nedeniyle hastaların bakımında kilit bir rol oynamaktadır. Bu bağlamda, kanser hastalarının destekleyici bakım gereksinimlerinin doğru şekilde tanımlanması ve planlanması, hemşirelerin temel sorumluluklarından biri olarak öne çıkmaktadır (Erdoğan, 2011; Işık, 2014; Aksuoğlu, 2015).

Literatürde, kanser hastalarının ihtiyaçlarının zaman içinde değişebileceği ve tedavi süreçlerinin de bireysel farklılıklara göre şekillenmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Ek olarak, kültürel faktörlerin de destekleyici bakım ihtiyaçlarını etkilediği unutulmamalıdır. Ülkemizde kadınlara yüklenen kültürel faktrörler; hastalığına, ihtiyacı olan destekleyici bakıma, cinsel sağlığına dair konuşulamayan veya göz ardı edilen konular, hastaların sağlık hizmetlerinden yeterince faydalanmasını zorlaştırabilir. Bu durum, özellikle jinekolojik kanserler gibi hassas konularda daha da belirgin hale gelmektedir. Dolayısıyla, hemşirelerin sadece fizyolojik bakım değil, aynı zamanda kültürel ve duygusal hassasiyetleri de dikkate alarak holistik bir yaklaşım benimsemeleri gerekmektedir (Erdoğan, 2011; Işık, 2014; Aksuoğlu, 2015).

Hastaların fiziksel, psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarının yeterince karşılanamaması, hemşirelerin bu alanlardaki bakım süreçlerini güçlendirmeleri gerektiğine işaret etmektedir. Hemşirelerin, hastaların bireysel gereksinimlerini daha yakından takip ederek multidisipliner bir yaklaşımla kapsamlı bakım sunmaları, hasta memnuniyeti ve iyilik halini artırmada kritik bir rol oynamaktadır. Literatürde bu konunun yeterince incelenmemesi, hem hastalar hem de sağlık profesyonelleri için önemli bir engel teşkil etmekte olup, sağlık çalışanlarının bu alanda daha fazla bilgi ve beceriyle donatılması gerekmektedir.

ALTINCI BÖLÜM

6.SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu çalışmada, over kanseri hastalarının destekleyici bakım ihtiyaçlarının belirlenmesi amacıyla elde edilen sonuçlar aşağıda sunulmuştur:

1. Çalışmamızın bulgularında over kanseri tanılı hastaların DBGÖ puan ortalaması 114.64±24.54'tür (min-max: 45.00-155.00) olduğu ve hastaların destekleyici bakım gereksinimlerinin yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır.
2. Çalışmamıza katılan hastalar, en belirgin gereksinimlerinin sağlık sistemi ve bilgilendirme ile ruhsal/psikolojik alt boyutunda ifade etmiş bunları ise fiziksel/günlük yaşam, hasta bakım desteği ve cinsellik alt boyutları takip etmiştir.
3. Kadınların en az cinsellik alanında destekleyici bakım gereksinimine ihtiyaç duydukları bulunmuştur.
4. Sağlık sistemi ve bilgilendirme alt boyutu maddelerine; %50.4' ünün ' Hastalığınız, tedaviniz ve takip süreciniz ile ilgili tüm durumları konuşabileceğiniz bir tıbbi personelin bulunması" konusunda desteğe ihtiyaç duyduğu görülmektedir.
5. Hastaların ruhsal/psikolojik alt boyutu maddelerine; %49.6'sı " Kaygı/ Gerginlik " ve "Kanserin yayılmasıyla ilgili endişe" konusunda destekleyici bakıma ihtiyacının yüksek olduğu tespit edilmiştir.
6. Hastaların cinsellik alt boyutu maddelerine; %23.7'sinin "Cinsel duygularda değişiklikler" için çoğunlukla çok fazla desteğe ihtiyacı olduğu, %24.5 oranında ise "Cinsel ilişkilerde değişiklikler" ile ilgili biraz desteğe ihtiyacı olduğu, %33.8'inin "Cinsel ilişkiler hakkında bilgilendirilme" konusunda çok fazla desteğe ihtiyacının olduğu belirlenmiştir.
7. Menopoza girenlerin Destekleyici Bakım Ölçeği toplam puanının menopoza girmeyen olgulara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Diğer taraftan çalışma durumu, sosyal güvence, gebelik koruyucu kullanıp kullanmama durumu, ailede over kanser olup olmama durumu, hastanede bulunma nedeninin ilk tanı ya da nüks olması ve tedavi süresince yardımcı olan olup olmama durumunun Destekleyici Bakım Ölçeği toplam puanının belirlenen

gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmasına neden olmadığı bulunmuştur. Eğitim durumuna göre, meslek gruplarına göre, çalışma şekline göre, gelir durumu, evlilik süresi ve sahip olunan çocuk sayısına göre oluşturulan grupların arasında destekleyici bakım ölçeği toplam puanı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

8. Gebelikten korunma yöntemine, gebelikten korunma yılına, hastalık evresine, hastalık süresine, kaçıncı kür kemoterapi aldığına, kaçıncı kür radyoterapi aldığına göre oluşturulan gruplar arasında Destekleyici Bakım Ölçeği toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.
9. Hastaların DBGÖ ve fiziksel/günlük yaşam, ruhsal/psikolojik ve sağlık sistemi ve bilgilendirme alt boyutlarından elde ettikleri puanların yaşlarına göre değerlendirmesiyle arasında istatistiksel anlamlı farklılığın bulunmadığı gözlenmiştir.
10. Hastaların DBGÖ ve fiziksel/günlük yaşam alt boyutundan elde ettikleri puanların eğitim düzeyine göre değerlendirildiğinde aralarında istatistiki anlamlı farklılık bulunmuştur. Buna göre fiziksel günlük yaşam alt boyutundaki farklılık eğitim durumu ilköğretim mezunu ile lise mezunuları arasında olduğu ve eğitim düzeyi üniversite olanların cinsellik alt boyutundan elde ettikleri puanın daha fazla olduğu belirlenmiştir.
11. Hastaların DBGÖ ve alt boyutlardan medeni durumuna göre elde ettikleri ortalama puanların aralarında anlamlı farklılık gözlemlenmemiştir.
12. Hastaların DBGÖ ve fiziksel/günlük yaşam, cinsellik, sağlık sistemi ve bilgilendirme alt boyutlarından çocuğu sahibi olma durumuna göre elde edilen puanlar arasında istatistiki anlamlı farklılığın bulunmadığı tespit edilmiştir. Hastaların çocuğu olup olmadığına göre ruhsal/psikolojik alt boyutundan aldıkları puanlar incelendiğinde aralarında istatistiki anlamlı farklılık bulunduğu tespit edilmiştir.
13. Hastaların DBGÖ ve alt boyutları puanlarının çocuk sahibi olma durumuna göre değerlendirildiğinde, aralarında anlamlı farklılık gözlenmemiştir.
14. Hastaların çalışma durumları göz önünde bulundurularak incelenen fiziksel/günlük yaşam alt boyutunda aldıkları puanlar arasında istatistiki anlamlı bir farklılığın olduğu saptanmıştır. Buna göre çalışan katılımcıların

çalışmayan katılımcılara göre fiziksel/günlük yaşam alt boyutundan aldıkları puanların daha az olduğu tespit edilmiştir.

15. Hastaların DBGÖ ve alt boyutlarından elde ettikleri ortalama puanlar maddi durumlarına göre değerlendirildiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.
16. Hastaların DBGÖ ve alt boyutları ortalama puanlarının hastalık evresi ve tanı aşaması durumuna göre değerlendirildiğinde, aralarında anlamlı farklılık görülmemektedir.
17. Araştırmaya katılım sağlayan hastaların DBGÖ ve ruhsal/psikolojik alt boyutu, sağlık sistemi ve bilgilendirme alt boyutu, hasta bakım desteği, fiziksel günlük yaşam alt boyutları hastalık süresine göre belirlenen gruplar arasında istatistiki farklılığın anlamlı olmadığı ancak cinsellik alt boyutu açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Bu farkın 5 yıldan fazla hasta olanlar ile 1 yıldan daha az süreli hasta olan grup arasında cinsellik alt boyutunun farkından kaynaklandığı belirlenmiştir.
18. Ruhsal psikolojik alt boyutu, fiziksel günlük yaşam alt boyutu ve DBGÖ toplam puanı açısından kemoterapi alan ve kemoterapi almayan olgular arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Kemoterapi alanların ruhsal psikolojik alt boyutu, fiziksel günlük yaşam alt boyutu ve DBGÖ toplam puanlarının kemoterapi almayan olgulardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
19. Hastaların DBGÖ toplam ve alt boyutları ortalama puanlarının kaçıncı kür kemoterapi aldığı ve tedavi türü durumuna göre değerlendirildiğinde aralarında anlamlı farklılık görülmemektedir.

6.2.Öneriler

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Over kanseri tanısı almış hastaların tanıdan itibaren hastalığın tüm dönemlerinde gereksinim duydukları destekleyici bakımın saptanması,
- Sağlık merkezlerinde kanser hastalarına özel psikolojik danışmanlık hizmeti verilmesi,
- Hastaların sosyalleşebileceği, aynı tanıdaki hastalarla bilgi alışverişi yapabileceği ortamların sağlanması,
- Çalışma bulgularının araştırmanın yürütüldüğü kliniğe sunarak hemşirelerin bu konuda farkındalık oluşturmasına ve sağlık profesyonellerine destekleyici bakım ihtiyaçları konusunda birim içi eğitimler tasarlanması,
- Kliniklerde hastaların stresle mücadele edebileceği aktiviteleri yapabilecekleri alanların oluşturulması,
- Hastaların ifade edebildiği ihtiyaçlarının yanında ifade edemediği üstüne konuşamadığı ihtiyaçları olduğunun göz ardı edilmemesi,
- Hastaların sağlık profesyonellerine ulaşımının kolaylaştırılması, sürekli sabit eğitim odaları veya kişiye özel danışmanlık programları yapılması hasta bakım ve yaşam kalitesini arttırılması,
- Sosyodemografik özellikleri daha çeşitli ve örneklem sayısı daha yüksek grupların destekleyici bakım gereksiniminin araştırılması,
- Destekleyici bakım gereksinimlerini daha derinlemesine anlamak için kalitatif yöntem kullanılarak araştırma yapılması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

Agarwal, R., Liebe, S., Turski, M.L., Vidwans, S.J., Janku, F., Garrido- Laguna, I., Munoz, J., Schwab, R., Rodon, J., Kurzrock, R. ve Subbiah, V.(2014). Targeted Therapy for Hereditary Cancer Syndromes: Hereditary Breast and Ovarian Cancer Syndrome, Lynch Syndrome, Familial Adenomatous Polyposis, and Li-Fraumeni Syndrome. Discovery Medici. 18(101), 331-339.

Afşin, Y. ve Kamalak, Z., (2022). Over Kanserinde Güncel Yaklaşımlar ve Tedavi Yöntemlerinin Değerlendirilmesi. Aysun Ekinci (Ed.). Epidemiyoloji Teşhis Tedavi İçinde.ss.16-38. Ankara: İksad Yayınevi.

Akman, L.,Yıldırım, N., Terek, MC.(2019) Korpus Uteri Kanserlerinin Epidemiyoloji ve Sağ Kalım Özellikleri. Ege Tip Dergisi / Ege Journal of Medicine; (58): 33-38.

Akkuzu, G.,Ayhan, A.(2013). Sexual Functions fo Turkish Women with Gynaecologic Cancer during the Chemotherapy Process. Asian Pacific J Cancer Prev; 14(6): 3561-3564.

Aksuoğlu, A.(2015).Kanser Hastaları İçin Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeğinin Türk Toplumunda Geçerlilik ve Güvenirliğinin İncelenmesi. İstanbul: Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Alınca, C. M. (2020). Jinekolojik Kanserler. Ankara: Akademisyen Kitabevi.

Altınova, HH, Duyan, V.(2013) Onkolojik Sosyal Hizmet. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care (TJFMPC) ; 7(3): 40-5.

American Canceer Society. (2024). Ovarian Cancer Causes, Risk Factors, and Prevention.Erişim:08.06.2024,https://www.cancer.org/cancer/types/ovariancancer/causes-risks-prevention.htm

Arvas, M., ve Gezer, A. (2004). Ailevi Over Kanseri, BRCA Genleri ve Over Kanseri Tarama Programları. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi, 7(2), 53-58.

Asante, A., Leonard, P.H., Weaver, A.L., Goode, E.L., Jensen, J.R., Stewart, E.A. ve Coddington, C.C. (2013). Fertility Drug Use and the Risk of Ovarian Tumors in Infertile Women: A Case-Control Study. Fertil Steril, 99(7), 2031–2036.

Avcı, N., (2015). Onkoloji El Kitabı. Adana: Nobel Tıp Kitabevi.

Aygin, D. Açıl, H., Yaman, Ö.(2017) .Üniversitede Okuyan Kadın Öğrencilerin Cinsel Mitler İle İlgili Görüşleri. Androl Bul,; 19(2): 44-49.

Aynacı, G. (2023). Kadın Hastalıkları ve Doğumda Kavramsal Çerçeve. İstanbul: Efe Akademi Yayıncılık.

Aytan, A. N. (2015). Polikistik Over Sendromlu Hastalarda Androjen Hormon ve İnflamatuar Belirteçlerin Kandaki Seviyelerinin Değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi. İstanbul:İstanbul Üniversitesi.

Ayvat İ.(2019).Ayaktan Kemoterapi Alan Kanser Hastalarının Karşılanmamış Destekleyici Bakım Gereksinimlerinin Yaş Bağlamında İncelenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi.

Babacan Gümüş, A.(2006). Meme Kanserinde Psikososyal Sorunlar Ve Destekleyici Girişimler. İzmir:Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı.Türkiye Meme Sağlığı Dergisi, Cilt: 2 Sayı:3.

Bae, H. S., Hong, J. H., Ki, K. D., Song, J. Y., Shin, J. W., Lee, J. M., Lee, J. K., Lee, N. W., Lee, C., Lee, K. W., and Kim, Y. M. (2014). The Effect of Body Mass Index on Survival in Advanced Epithelial Ovarian Cancer. Journal of Korean Medical Science.29(6), 793.

Bakır, G. K., Sonay, B. G., ve Çelik, S. (2018). Obezite ve Kanser Türleri Arasındaki İlişki. Diyabet, Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu Dergisi.10(1), 83– 89.

Beji, N.K. ve Bilgiç, D. (2015). Over Kanseri. İçinde G. Can (Ed.), Onkoloji Hemşireliği. İstanbul: Nobel tıp Kitabevi; 807-838.

Beji, N.K. ve Dilsiz, M. (2015). Gebelik ve Hemşirelik Yaklaşımı. İçinde N. Kızılkaya Beji (Ed.), Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. İstanbul:Nobel Tıp Kitabevi; 249-299.

Beji, N.K. ve Bilgiç, D. (2020). Over Kanseri. İçinde G. Can(Ed.), Onkoloji Hemşireliği Genişletilmiş ve Güncellenmiş 2. Baskı. İstanbul, Nobel tıp Kitabevi; 975-1005.

Beral, V., Gaitskell, K., Hermon, C., Moser, K., Reeves, G., Peto, R. ve Collaborative Group On Epidemiological Studies Of Ovarian Cancer (2015). Menopausal Hormone Use and Ovarian Cancer Risk: İndividual Participant Meta-Analysis of 52 Epidemiological Studies. Lancet;385(9980), 1835–1842.

Berek, J. S., Kehoe, S. T., Kumar, L., and Friedlander, M. (2018). Cancer of The Ovary, Fallopian Tube, and Peritoneum. International Journal of Gynecology and Obstetrics; 143, 59–78. 1064.

Berek, J. S., Renz, M., Kehoe, S., Kumar, L., and Friedlander, M. (2021). Cancer of the Ovary, Fallopian Tube and Peritoneum: 2021 Update. International Journal of Gynaecology and Obstetrics: the Official Organ of The International Federation of Gynaecology and Obstetrics; 155 (1), 61–85.

Boyes, A., Girgis, A., Lecathelinais, C. (2009).Brief Assessment Of Adult Cancer Patients' Perceived Needs: Development And Validation Of The 34-İtem Supportive Care Needs Survey (SCNS-SF34). Journal Of Evaluation İn Clinical Practice; 15(4):602-606.

Brilhante, A.V., Augusto, K.L., Portela, M.C., Sucupira, L.C., Oliveira, L.A., Pouchaim, A.J., Nóbrega, L.R., Magalhães, T.F. ve Sobreira, L.R.(2017). Endometriosis and Ovarian Cancer: an Integrative Review (Endometriosis and Ovarian Cancer). Asian Pacific Journal Cancer Prevention;18(1), 11-16.

Chan, J. K., Urban, R., Cheung, M. K., Osann, K., Shin, J. Y., Husain A.,…Leiserowitz G. S. (2006). Ovarian Cancer in Younger vs Older Women: a Population-Based Analysis. British Journal of Cancer; 95(10):1314. doi:10.1038/sj.bjc.6603457.

Chen, L., Wang, X., Shu, J., Xu, S., Wu, Q., and Yu, Y. (2019). Diagnostic Value of Serum D-Dimer, CA 125 and Neutrophil-to-Lymphocyte Ratio in Differentiating Ovarian Cancer and Endometriosis. International Journal of Gynecology and Obstetrics;147(2), 212–218.

Coleridge, S.L, Bryant, A., Lyons, T.J., Goodall, R.J., Kehoe, S. ve Morrison, J. (2019). Chemotherapy Versus Surgery for Initial Treatment in Advanced Ovarian Epithelial Cancer. The Cochrane Database of Systematic Review doi: 10.1002/14651858.CD005343.pub4.

Cortez, A.J., Tudrej, P., Kujawa, K.A. ve Lisowska, K.M. (2018). Advances in Ovarian Cancer Therapy. Cancer Chemotherapy and Pharmacology; 81(1), 17-38.

Cramer, D. W., Welch, W. R., Berkowitz, R. S., and Godleski, J. J. (2007). Presence of Talc in Pelvic Lymph Nodes of a Woman With Ovarian Cancer and Long-Term Genital Exposure to Cosmetic Talc. Obstetrics and Gynecology;110(2), 498–501.

Çelik, Ç., Ateş, MC. Jinekolojik Kanserlerde Tanı ve Sınıflandırma. Özkan, S., Serçekuş, P., Alataş E(Ed). Jinekolojik Onkolojide Bakım. Ankara: Akademisyen Kitabevi; 2022,93-126.

Dandamrongrak, P.,Chaiwong, S.,Ekalaktam, P.(2021).Sexual Dysfunction İn Thai Gynecologic Malignancies Survivors: A Single-İnstitutional Cross-Sectional Observational Survey.The Journal Of Obstetrics And Gynaecology Research ;(1):1-9.

Danışkan,İ.(2022).Jinekolojik Onkoloji Hastalarının Destekleyici Bakım Gereksinimleri ve Etkileyen Faktörler.İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi. Yüksek Lisans Tezi.

Del Ciampo, L. A., and Del Ciampo, I. R. L. (2018). Breastfeeding and the Benefits of Lactation for Women's Health. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / RBGO Gynecology and Obstetrics;40(06), 354–359.

Elattar, A., Bryant, A., Winter-Roach, B.A., Hatem, M. ve Naik, R. (2011). Optimal primary surgical treatment for advanced epithelial ovarian cancer (Review). The Cochrane Database of Systematic Review, doi: 10.1002/14651858.CD007565.pub2.

Erdem, S. S., Yılmaz, M., Yıldırım, H., Mayda, A. S., Bolu F., Durak, A. A., Şener, Ö. (2017). Düzce'de Yaşayanların Kanser ve Kanser Risk Faktörleri Hakkında Bilgi Düzeyi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi;7(1), 1-10.

Erdoğan, G.(2011). Kemoterapi Alan Kanser Hastalarında Semptomların Değerlendirilmesi Ve Semptom Yönetiminde Eğitimin Rolü.Yüksek Lisans Tezi. Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Eroğlu, K. ve Koç, G. (2013). Jinekolojik Kanser Kontrolü ve Hemşirelik. Hacettepe Üniversitesi HemĢirelik Fakültesi Dergisi;1(2),77–90.

Erol, H. (2009).Kemoterapi Alan Hastalarda Algılanan Stresin Umutla İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Erol,Ö., Ünsar,S., Yacan,L.(2018).Pain Experiences Of Patients With Advanced Cancer: A Qualitative Descriptive Study. European Journal Of Oncology Nursing; 33: 28-34.

Falcetta, F.S., Lawrie, T.A., Medeiros, L.RF., Rosa, M.I., Edelweiss, M., Stein, A.T., Zelmanowicz, A., Moraes, A.B., Zanini, R.R., Rosa, D.D. (2016). Laparoscopy versus laparotomy for FIGO stage I ovarian cancer. Cochrane SystematicReview-Intervention. https://doi.org/10.1002/14651858.CD005344.pub4

Fitch, M. I., Gray, R. E., Depetrillo, D., Franssen, E., & Howell, D. (1999). Canadian Women's Perspective On Ovarian Cancer. Cancer Prevention Control ; (3): 52-60.

Fitch, MI., Steele, R.(2010). Identifying Supportive Care Needs Of Women With Ovarian Cancer. Canadian Oncology Nursing Journal; 20(2): 66–74.

Franco, E. L. (2012). Ovarian Cancer and Body Size: Individual Participant MetaAnalysis Including 157,47 Women with Ovarian Cancer from 25 Epidemiological Studies. PLoS Medicine; 9(4).

Gaitskell, K., Green, J., Pirie, K., and Reeves, G. (2016). Tubal Ligation and Ovarian Cancer Risk in A Large Cohort: Substantial Variation By Histological Type. International Journal of Cancer, 138(5), 1076–1084.

Gaona-Luviano, P., Medina-Gaona, L. A., and Magaña-Pérez, K. (2020). Epidemiology of Ovarian Cancer. Chinese Clinical Oncology;9(4), 47–47.

Gemalmaz,A., Avşar,G. (2015).Kanser Tanısı Ve Sonrası Yaşananlar: Kalitatif Bir Çalışma. Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi; 12 (2): 93-98.

Geomini, P,, Kruitwagen,R., Bremer,GL., Cnossen, J., Mol, BW.(2009). The Accuracy Of Risk Scores İn Predicting Ovarian Malignancy: A Systematic Review. Obstet Gynecol ;113(2 Pt 1):384-394.

Goff, B.A., Mandel, L.S., Drescher, C.W., Urban, N., Gough, S., Schurman, K.M., Patras, J., Mahony, B.S. ve Andersen. M.R.(2007). Development of an ovarian cancer symptom index: possibilities for earlier detection. Cancer;109(2), 221-7.

Grimm, D., Hasenburg, A., Eulenburg,C.(2015).Sexual Activity And Function İn Patients With Gynecological Malignancies After Completed Treatment. Int J Gynecol Cancer ; 25(6): 1134-1141.

Güzel, D., Yıldırım, N., Besler, A., Akman, L., Özdemir, N., Zekioğlu, O., Özsaran, Z., Şanlı, U. A., Göker, E., Haydaroğlu, A., Terek, M. C., ve Özsaran, A. A. (2019). Over Kanserinin Epidemiyolojisi ve Genel Sağ Kalım Özellikleri. Ege Tıp Dergisi;58(2), 44–49.

Haftacı, S.M. ve Yıldız, E. (2014). Erken Evre Epitelyal Over Kanserinde Fertilite Koruyucu Cerrahi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi;4(3), 25-27.

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (HSGM). (2024). Over Kanseri. Erişim: 07.08.2024. https://hsgmdestek.saglik.gov.tr/tr/kanser-turleri/kanser-turleri/over-yumurtalıkkanseri.html

Hall, DL., Jimenez, RB., Perez, GK. (2019). Fear Of Cancer Recurrence: A Model Examination Of Physical Symptoms, Emotional Distress, And Health Behavior Change. J Oncol Pract ; 15(9): E787-E797.

Harris, H. R., and Terry, K. L. (2016). Polycystic Ovary Syndrome and Risk Of Endometrial, Ovarian, and Breast Cancer: A Systematic Review. Fertility Research and Practice;2(1), 14.

Harrisson,JD., Young,JM., Price, MA., Butow, PN., Solomon, MJ.(2009).What Are The Unmet Supportive Care Needs of People With Cancer? A systematic review. Supportive Cancer Care; 17(8): 1117- 28.

Harter, P., Sehouli, J., Lorusso, D., Reuss, A., Vergote, I., Marth, C., Kim, J.-W., Raspagliesi, F., Lampe, B., Aletti, G., Meier, W., Cibula, D., Mustea, A., Mahner, S., Runnebaum, I. B., Schmalfeldt, B., Burges, A., Kimmig, R., Scambia, G., and Bois, A. (2019). A Randomized Trial of Lymphadenectomy in Patients with Advanced Ovarian Neoplasms. New England Journal of Medicine;380(9), 822– 832.

Hayashi, T., & Konishi, I. (2023). Molecular Histopathology for Establishing Diagnostic Method and Clinical Therapy for Ovarian Carcinoma. Journal of clinical medicine research;15(2), 68–75. https://doi.org/10.14740/jocmr4853.

Havrilesky, L. J., Gierisch, J. M., Moorman, P. G., Coeytaux, R. R., Urrutia, R. P., Lowery, W. J., Dinan, M., McBroom, A. J., Wing, L., Musty, M. D., Lallinger, K. R., Hasselblad, V., Sanders, G. D., and Myers, E. R. (2013). Oral Contraceptive Use For The Primary Prevention of Ovarian Cancer. Evidence Report/Technology Assessment;212(1), 1–514.

Hediya Putri, R., Afiyanti, Y., Ungsianik, T., & Milanti, A.(2018).Supportive Care Needs And Quality Of Life Of Patients With gynecological Cancer undergoing therapy. Enfermería Clínica;28: 222–226.

Helm, C. W. (2009). The Role of Hyperthermic Intraperitoneal Chemotherapy (HIPEC) in Ovarian Cancer. The Oncologist;14(7), 683–694.

Hotouras, A., Desai, D., Bhan, C., Murphy, J., Lampe, B., ve Sugarbaker, P.H. (2016). Heated IntraPEritoneal Chemotherapy (HIPEC) for Patients With Recurrent Ovarian Cancer. International Journal of Gynecological Cancer;26(4), 661–670.

Işk,D.(2014). Kanser Hastalarının Yaşam Doyum Düzeylerinin İncelenmesi Ve Değerlendirilmesi.Yüksek Lisans Tezi. İzmir: Türk Hava Kurumu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Ito, F., Yamada, Y., Shigemitsu, A., Akinishi, M., Kaniwa, H., Miyake, R., Yamanaka, S., and Kobayashi, H. (2017). Role of Oxidative Stress in Epigenetic Modification in Endometriosis. Reproductive Sciences;24(11), 1493–1502.

Joon, T. L., Pillai, N., Yap, C. G., and Jahan, N. K. (2022). Obesity and Female Infertility A Review on Mechanisms (Endocrinology). OALib;09(06), 1–20.

Karabulut,O.(2021).Kanser Hastalarında Görülen Semptomlar ve Destekleyici Bakım Gereksinimleri.Sivas:Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.Yüksek Lisans Tezi.

Kadry Taher, M., Farhat, N., Karyakina, N.A., Shilnikova, N., Ramoju, S., Gravel, C.A., Krishnan, K., Mattison, D., Wen, S.W. ve Krewski, D. (2019). Critical Review Of The Association Between Perineal Use Of Talc Powder And Risk Of Ovarian Cancer. Reproductive Toxicology; 90, 88-101.

Karlı, P., Kara, O. F. (2018). Olgu sunumu: İki yıl sonra diğer overde tekrar eden müsinoz kistadekarsinom. Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi;4(ö), 14-17. https://doi.org/10.30569/adiyamansaglik.

Karlsson, T., Johansson, T., Höglund, J., Ek, W. E., and Johansson, Å. (2021). TimeDependent Effects of Oral Contraceptive Use on Breast, Ovarian, and Endometrial Cancers. Cancer Research;81(4), 1153–1162.

Kaya Koca, NÖ. (2017).Kemoterapi Alan Jinekolojik Kanserli Kadınların Cinsel Yaşam Kalitelerinin Belirlenmesi.Yüksek Lisans.Tezi.Mersin: Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Kazan, E. E., Acar, A. B., Tuncer, S. B., Ozad, U., Çelik, B., ve Özocak, G. K. (2021). Klinik Moleküler ve Genetik Over Kanseri. İzmir: Duvar Yayınları.

Korkmaz,E.(2010). Kanser ve Kanser Hastalarına İlişkin Tutumların İncelenmesi. Prevantif Onkoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.İstanbul: stanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Lacey, J. V, Mink, P. J., Lubin, J. H., Sherman, M. E., Troisi, R., Hartge, P., Schatzkin, A., and Schairer, C. (2002). Menopausal Hormone Replacement Therapy and Risk of Ovarian Cancer. JAMA; 288(3), 334–341.

La Vecchia ,C.(2017). Ovarian cancer: epidemiology and risk factors. European Journal of Cancer Prevention;26(1), 55–62.

Li, D. P., Du, C., Zhang, Z. M., Li, G. X., Yu, Z. F., Wang, X., Li, P. F., Cheng, C., Liu, Y. P., and Zhao, Y. S. (2014). Breastfeeding and Ovarian Cancer Risk: A Systematic Review and Meta-Analysis of 40 Epidemiological Studies. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention;15(12), 4829–4837.

Liao, YC., Liao,WY., Shun, SC.(2011).Symptoms, Psychological Distress, And Supportive Care Needs İn Lung Cancer Patients. Support Care Cancer;19(11):1743–51.

Licaj, I., Jacobsen, B.K., Selmer, R.M., Maskarinec, G., Weiderpass, E. ve Gram, I.T. (2017). Smoking And Risk Of Ovarian Cancer By Histological Subtypes: An Analysis mong 300 000 Norwegian women. British Journal Of Cancer;116(2), 270–276.

Matulonis, U. A., Sood, A. K., Fallowfield, L., Howitt, B. E., Sehouli, J., & Karlan, B. Y. (2016). Ovarian Cancer. Nature Reviews. Disease ,Primers, 2, 16061. https://doi.org/10.1038/nrdp.2016.61

Michels, K. A., Pfeiffer, R. M., Brinton, L. A., and Trabert, B. (2018). Modification of the Associations Between Duration of Oral Contraceptive Use and Ovarian, Endometrial, Breast, and Colorectal Cancers. JAMA Oncology,;4(4), 516.

Miller, B. E., Pittman, B., & Strong.(2003). C. Gynecologic Cancer Patients' Psychosocial Needs And Their Views On The Physician's Role İn Meeting Those Needs. International Journal Of Gynecological Cancer;(13): 111- 119.

Momenimovahed, Z., Salehiniya, H. (2017). Incidence, mortality and risk factors of cervical cancer in the world. Biomedical Research and Therapy, 4(12), 1795-1811. DOI: 10.15419/bmrat.v4i12.386.

Momenimovahed, Z., Tiznobaik, A., Taheri, S., Salehiniya, H. (2019). Ovarian cancer in the world: epidemiology and risk factors. International Journal Of Women's Health, 11, 287.doı:https//doi.org/10.2147/IJWH.S197604.

Murakami, K., Kotani, Y., Nakai, H., and Matsumura, N. (2020). EndometriosisAssociated Ovarian Cancer: The Origin and Targeted Therapy. Cancers; 12(6), 1676.

Myers, SB.,Manne, AL., Kissane DW. (2013). Social-Cognitive Processes Associated With Fear Of Recurrence Among Women Newly Diagnosed With Gynecological Cancers. Gynecologic Oncology; 128(1): 120-127. 151.

Nazik ,E.,Ozdemir, F., Soydan.(2014). Social Support And Quality Of Life İn Turkish Patients With Gynecologic Cancer. Asian Pac J Cancer Prev;15(7): 3081-3086.

Njoku, K., Abiola, J., Russell, J., Crosbie, EJ. (2020).Endometrial Cancer Prevention İn HighRisk Women. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol; 65: 66-78.

Oskay, ÜY., Beji, NK.,Yılmaz,SD.(2011). Evaluation of sexual function in patients with Gynecologic cancer and evidence- based nursing ınterventions. Sex Disabil.;29: 33-41.

Ong, J.-S., Cuellar-Partida, G., Lu, Y., Fasching, P. A., Hein, A., Burghaus, S., Beckmann, M. W., Lambrechts, D., Van Nieuwenhuysen, E., Vergote, I., Vanderstichele, A., Anne Doherty, J., Anne Rossing, M., Chang-Claude, J., Eilber, U., Rudolph, A., Wang-Gohrke, S., Goodman, M. T., Bogdanova, N., and MacGregor, S. (2016). Association of Vitamin D Levels and Risk Of Ovarian Cancer: A Mendelian Randomization Study. International Journal of Epidemiology;45(5), 1619–1630.

Önder, E. (2022). Skov-3 Overian Adenokarsinoma Hücre Hattında Alfa Lipoik Asit Uygulamasının Epitelyal Mazenkimal Geçiş ve Migrasyon Üzerine Etkisi. Uzmanlık Tezi. Denizli.:Pamukkale Üniversitesi.

Özbek ,N, Kılıç Uçar, A. (2021).Kanser Hastalarında Cinsel Problemlerin Hasta Ve Sağlık Personeli Arasında Paylaşımı; Beklenenler Ve Karşılaşılanlar. Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi (SAUHSD).;4(1): 1-16.

Özcan DaĞ, Z., and Dilbaz, B. (2015). Impact of Obesity on Infertility in Women. Journal of the Turkish German Gynecological Association, 16(2), 111–117.

Özçelik,H., Fadıloğlu, Ç., Uyar, M.(2010). Karabulut B. Kanser Hastaları ve Aileleri İçin Palyatif Bakım. İzmir: Üniversite Opset.

Özçimen, E. E. ve Gürbüz. A. S. (2021). Temel Jinekoloji ve Obstetri. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.

Özkan, M., Akın, S. (2017).Kanserli Hastalarda Yorgunluğun Fonksiyonel Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisinin Değerlendirilmesi. FNJN Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi; 25(3): 177-192.

Patterson, P., Millar, B., Desille, N., & Mc Donald, F.(2012). The Unmet Needs Of Emerging Adults With A Cancer Diagnosis: A Qualitative Study. Cancer Nures; 35(3), 32-40.

Pearce, C.L., Templeman, C., Rossing, M.A., Lee, A., Near, A.M., Webb, P.M., Nagle, C.M., Doherty, J.A., Cushing-Haugen, K.L., Wicklund, K.G., Chang-Claude, J., Hein, R., Lurie, G., Wilkens, L.R., Carney, M.E., Goodman, M.T., Moysich, K., Kjaer, 103 Low, E.L., Waller, J., Menon, U., Jones, A., Reid, F. ve Simon, A.E. (2013). Ovarian Cancer Symptom Awareness And Anticipated Time To Help-Seeking For Symptoms Among UK Women. BMJ Sexual & Reproductive.

Plagens-Rotman, K., Chmaj-Wierzchowska, K., Pięta, B., and Bojar, I. (2018). Modifiable Lifestyle Factors and Ovarian Cancer Incidence in Women. Annals of Agricultural and Environmental Medicine;25(1), 36–40.

Prat, J.(2014). Staging Classification For Cancer Of The Ovary, Fallopian Tube, And Peritoneum. Int J Gynaecol Obstet;2014;124(1): 1-5.

Rice, M. S., Hankinson, S. E., and Tworoger, S. S. (2014). Tubal Ligation, Hysterectomy, Unilateral Oophorectomy and Risk of Ovarian Cancer in the Nurses' Health Studies. Fertility and sterility;102(1), 192-198.

Roett, M.A. ve Evans, P. (2009). Ovarian Cancer: An Overview. American Family Physician,15; 80(6), 609-616.

Serçekuş, P., Başkale, H.(2015). Living And Coping With Cancer. Holist Nurs Pract ; 29(3): 144-150.

Serçekuş Ak, P., Partlak Günüşen, N., Göral Türkcü, S.(2020) Sexuality İn Muslim Women With Gynecological Cancer. Cancer Nursing; 43(1): E47-E53.

Seven M. Akyüz A.Sever N.(2013). Kanser Tanısı Alan Hastaların Yaşadığı Fiziksel Ve Psikolojik Semptomların Belirlenmesi. TAF Prev Med Bull; 12(3): 219-224.

Selçuk, İ., Özel, Ş., Güngör, T., ve Engİn Üstün, Y. (2018). Over Kanseri Perspektifinde BRCA Gen Mutasyonları Ve Herediter Meme ve Over Kanser Sendromu. Jinekoloji Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi;15(3), 135–144.

Siegel, R. L., Miller, K. D., Fuchs, H. E., and Jemal, A. (2022). Cancer Statistics,CA: A Cancer Journal for Clinicians;72(1), 7–33.

Shirali, E., Yarandi, F., Ghaemi, M .(2020).Quality Of Life İn Patients With Gynecological Cancers: A Web-Based Study. Asian Pac J Cancer Prev; 21(7): 1969-1975.

Spiliotis, J., Halkia, E., Lianos, E., Kalantzi, N., Grivas, A., Efstathiou, E., ve Giassas, S. (2014). Cytoreductive Surgery and HIPEC in Recurrent Epithelial Ovarian Cancer: A Prospective Randomized Phase III Study. Annals of Surgical Oncology;22(5), 1570- 1575.

Stewart, L. M., Holman, C. D. J., Aboagye-Sarfo, P., Finn, J. C., Preen, D. B., and Hart, R. (2013). In Vitro Fertilization, Endometriosis, Nulliparity and Ovarian Cancer Risk. Gynecologic Oncology,;128(2), 260–264.

Stewart, C., Ralyea C., Lockwood S.(2019). Ovarian Cancer: An Integrated Review, Seminars in Oncology Nursing, Volume; 35, Issue 2, Pages 151-156, ISSN 0749-2081, https://doi.org/10.1016/j.soncn.2019.02.001.

Sung, H.K., Ma, S.H., Choi, J.Y., Hwang, Y., Ahn, C., Kim, B.G., Kim, Y.M., Kim, J.W., Kang, S., Kim, J., Kim, T.J., Yoo, K.Y., Kang, D. ve Park, S.(2016). The Effect Of Breastfeeding Duration And Parity On The Risk Of Epithelia Ovarian Cancer: A Systematic Review And Meta-analysis. Journal of Preventive Medicine & Public Health;49(6), 349- 366.

Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., Bray, F.(2021). Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates Of Incidence And Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA. A Cancer Journal for Clinicians; 71(3): 209–249.

Sulaimankulov, R., Jolochieva, G., and Paudel, B. (2020). Single-Incision Laparoscopic Approach, the New Trend in the Minimal Invasive Surgery - An Overview, Current Status and Correlation with Our Experience in Nobel Medical College Teaching Hospital. Birat Journal of Health Sciences;5(2), 1060.

Süs, M. (2022). Jinekolojik Kanserli Hastalar ve Eşlerinin Ameliyat Sonrası Destekleyici Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi.Doktora Tezi.İstanbul Üniversitesi.

Şahin, N.H. ve Bal M.D.(2015). Üreme Organ Tümörleri. İçinde N. Kızılkaya Beji (Ed.), Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 143-160.

Şimşek, T., Tuncer, HA.(2016) Jinekolojik Kanserlerde Güncel Tedavi Yaklaşımları In: Jinekolojik Onkolojide Bakım. Ed: Özkan S. Serçekuş P. Alataş E. 1.Baskı.Ankara: Akademisyen Kitabevi; S:137-148.

Şirin, A, Kavlak O. (2008).Kadın Sağlığı. 1.Baskı, İstanbul: Bedray Yayıncılık Tic. Ltd.Şti.

Taşkın, L. (2016). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Ankara: Akademisyen Kitabevi.

T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2013-2018 Ulusal Kanser Kontrol Planı, Ed: Keskinkılıç B. [İnternet]. 2024 [Erişim Tarihi 20.06.2024].Erişimadresi:https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/yayinlar/raporlar /Ulusal_Kanser_Kontrol_Plani_2013_2018.pd.

Terzioğlu, F., Alan, H.(2015). Jinekolojik Kanser Tedavisi Sırasında Yaşanan Psikolojik Sorunların Kadının Cinsel Yaşamına Etkisi. Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi.; 18(2): 140-147.

Teskereci, G., Öncel, S., ve Özer Aslan, Ü. (2020). Meslek Edindirme Kurslarındaki Kadınların Jinekolojik Kanserler Açısından Risk Faktörlerine ve Erken Uyarı Belirtilerine Göre Değerlendirilmesi. STED / Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi; 29(4), 197–206.

Topfedaisi Özkan, N., Kadıoğlu, N., Timur, B., ve Meydanlı, M. M. (2022). Plazma DDimer Düzeyinin Yüksek Dereceli Seröz Over Kanseri Olan Olgularda Prognostik Verilerle Olan İlişkisi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi;11(1), 153–157.

Tokalaş, S. (2006). Kamu Sağlık Hizmetlerinin Satın Alınması, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü,İstanbul.

TÜİK (2019). Ölüm Nedeni İstatistikleri. [İnternet]. 2019 [Erişim Tarihi 19.06.2024]. Erişim adresi: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-veOlum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710

Uçar, T. ve Bekar, M. (2010). Türkiye'de ve Dünya'da Jinekolojik Kanserler. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi,3:55-60.

Urbaniec, O. A., Clin, M., Collins, K., & Clin, M. (2011).Gynecological Cancer Survivors : Assessment of Psychological Distress and Unmet Supportive Care Needs. Journal of Psychosocial Oncology; (3):37–41.

Vardar, O.(2017). Jinekolojik Kanser Tanısı Alan Kadınlar Ve Bakım Veren Aile Üyelerinin Deneyimleri.Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Denizli: Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Yazgı, ZG.,Yılmaz,M. (2020).Onkoloji Hastalarının Yaşadığı Psikososyal Sorunlarla Baş Etmesinde Hemşirenin Rolü. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi; 4(1); 60-70.

Yetimalar, H., Köksal, A., Çiftçi, M., Çukurova, K., İnceoğlu, M., Keklik, A. (2007). Over Kanserlerinin Epidemiyolojik Faktörler Açısından İncelenmesi. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi; 10, 72-82.

Yıldırım,KN., Kaçmaz,N., Özkan,M.(2013).İleri Evre Kanser Hastalarının Karşılanmamış Gereksinimleri. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi; 4(3): 153-8.

Yıldız, D. Ve Uzunsakal, E.(2018). Alan Araştırmalarında Güvenilirlik Testlerinin Karşılaştırılması ve Tarımsal Veriler Üzerine Bir Uygulama. Uygulamalı Sosyal Bilimler Dergisi;1, 16-28.

Yıldız, H., Gürkan, Ö. C., ve Ekşi, Z. (2017). Fizyopatoloji. Ankara: Akademisyen Kitabevi.

Zaim, O. C. (2022). Over Kanseri Yönetiminde Kliniko - Patolojik Sonuçlar: Hacettepe Üniversitesi Deneyimleri. Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Zayyan, M. S. (2020). Risk Factors for Ovarian Cancer. IntechOpen.

Özdemir, Z., Alaca, C.,, Gökgün, E.ve diğerleri.(2023).Jinekolojik Kanserlerin Kadınların Cinsel Yaşam Kalitelerine Etkilerinin Belirlenmesi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası;76(2):101-107.

Zhang, W., Yu, F., Wang, Y., Zhang, Y., Meng, L., Chi, Y. (2018). Rab23 promotes the cisplatin resistance of ovarian cancer via the Shh-Gli-ABCG2 signaling pathway.OncologyLetters;15(4),5155-5160. https://doi.org/10.3892/ol.2018.7949

Zhou, Z., Zeng, F., Yuan, J., Tang, J., Colditz, G.A., Tworoger, S.S., Trabert, B. ve Su, X.(2017). Pelvic inflammatory disease and the risk of ovarian cancer: a meta-analysis. Cancer Causes Control; 28(5), 415-428.

Webb, P. M. ve Jordan, S. J. (2017). Epidemiology Of Epithelial Ovarian Cancer. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology;41, 3–14.

Williams, N., Griffin, G., Farrell, V., Rae, A., Murray,K., Hauck, Y.L.(2018). (The Supportive Care Needs Of Women Experiencing Gynaecological Cancer: A Western Australian Cross-Sectional Study, BMC Cancer;(18): 912.

World Health Statistics [İnternet]. 2020 [Erişim Tarihi 20.05.2024]. Erişimadresi:https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332070/9789240005105-eng.pdf

.

EKLER

EK-1: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sizi Prof.Dr. Ferda ÖZBAŞARAN danışmanlığında Hümeyra AVCI tarafından yürütülen "**Over Kanseri Tanılı Hastaların Destekleyici Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi"** başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı Over kanseri tanılı hastaların destekleyici bakım gereksinimlerinin belirlenmesidir. Araştırmada sizden tahminen 20 dakika ayırmanız istenmektedir. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır.** Araştırmada Kişisel veri toplanacağından **6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu** ve ilgili mevzuat uyarınca kişisel verileri korumak amacıyla gerekli tüm tedbirler alınacaktır. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya [redacted] e-posta adresi ve [redacted] numaralı telefondan ulaşabilirsiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güvence verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının:

Adı-Soyadı:..... İmzası:

İletişim Bilgileri: e-posta: Telefon:

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin;

Veli veya Vasisinin

Adı-Soyadı:..... İmzası:

Araştırmacının;

Adı-Soyadı: Hümeyra AVCI İmzası:

EK-2: KİŞİSEL VERİLER FORMU

Sayın Katılımcı: Bu araştırma; over kanseri tanılı hastalarının destekleyici bakım gereksinimleri belirlemek saptamak yapılmaktadır. Araştırma gönüllülük esasına dayalı olup, güvenilir sonuçlara ulaşması ve sonuçlardan yararlanılabilmesi için cevaplarınızın gerçek, kişisel görüş ve düşüncelerinizi yansıtması çok önemlidir. İstediğiniz zaman çalışmadan çıkabilirsiniz. Bu çalışma sürecinde toplanan bilgiler KESİNLİKLE gizli kalacaktır. Kişisel olarak verdiğiniz bilgiler yalnızca araştırma amacıyla kullanılacaktır. Size en uygun yanıtı işaretlemeniz araştırma sonuçlarının güvenirliği açısından önemlidir. Katılımınız ve içtenlikli yanıtlarınız için teşekkür ederim.

İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Öğrencisi Hümeyra AVCI

Tez Danışmanı : Prof.Dr.Ferda ÖZBAŞARAN

Yaşınız: …

1) Eğitim durumunuz:

1.Okuryazar ( ) 2.İlkokul ( ) 3.Ortaokul ( )

2.Lise ( ) 5.Üniversite ( ) 6.Lisansüstü ( )

2) Şu anda çalışıyor musunuz?

1.Evet ( ) 2.Hayır ( )

3) Mesleğiniz:

1.Memur ( ) 2.Emekli ( ) 3.İşçi ( )

4.Serbest meslek ( ) 5.Diğer (Belirtiniz ……..)

4) Çalışma durumunuz:

1.Tüm gün çalışıyor ( ) 2.Yarım gün/belli saatlerde çalışıyor ( )

3.Çalışmıyor ( )

6) Sosyal güvenceniz var mı?

1.Evet ( ) 2.Hayır ( )

7)Gelir-gider durumunuz:

1.Gelir Giderden Az ( ) 2.Gelir Gidere Eşit ( ) 3.Gelir Giderden Fazla ( )

8) Aile tipiniz:

1.Çekirdek ( ) 2.Geniş ( )

9) Kaç yıllık evlisiniz?

1.1-5 yıl ( ) 2.6-10 yıl ( ) 3.11 ve üstü ( )

10) Çocuk sayınız?

1.Hiç çocuğum yok ( ) 2.1 çocuk ( ) 3.2 çocuk ( )

4.3 çocuk ( ) 5.4 ve üstü ( )

11)İlk menarj yaşınız kaç ? ……..

12) Menopoza girdiniz mi ?

1.Evet ( ) 2.Hayır( )

Cevabınız evet ise kaç yaşındaydınız ?……

13) Gebelik koruyucu yöntem kullanıyor musunuz? 1.Evet ( ) 2.Hayır( )

Cevabınız evet ise, hangi yöntemi kullanıyorsunuz ?

1.Doğum kontrol hapları ( ) 2.Prezervatif ( ) 3.RİA 4.Diğer…….

14) Kullandığınız yöntemi kaç yıldır kullanıyorsunuz ?

1.1 yıldan az ( ) 2.1-5 yıl ( ) 3. 5 yıldan fazla ( ) 4.Diğer……

15) Ailenizde over kanseri öyküsü olan var mı ?

1.Evet( ) 2.Hayır

16) Hastalığınızın şuanki evresi nedir ?

1.Evre I ( ) 2. Evre II ( ) 3.Evre III ( ) 4.Evre IV ( )

17)Şuan hastanede olma sebebiniz

1.İlk tanı ( ) 2. Nüks ( )

18)Hastalığınız ne kadar süredir devam ediyor?

1.1 yıldan az ( ) 2.1-5 yıl ( ) 3. 5 yıldan fazla ( )

19) Bugüne kadar uygulanan tedavi türleri nedir/nelerdir?

1.Cerrahi [ ] 2.Kemoterapi [ ] 3. Radyoterapi [ ] 4.Hepsi ( )

20)Kemoterapi alıyorsa iseniz kaçıncı kür?

1.1.kür ( ) 2.2. Kür 3. 3.kür ( ) 4.4.kür ( ) 5.5.kür ( ) 6.6.kür ( )
7.6 üstü ( ) 8.Kemoterapi almıyorum ( )

21). Radyoterapi alıyor iseniz kaçıncı kür?

1.1.kür ( ) 2.2. Kür 3. 3.kür ( )

4.4.kür ( ) 5.5.kür ( ) 6.6.kür ( ) 7.6 üstü ( )

8.Kemoterapi almıyorum

22) Tedavi sürecinde size yardımcı olan kişi veya kişiler var mı? [ ] Var [ ] Yok

Cevabınız evet ise ; 1.Eşim( ) 2.Çoçuklarım( ) 3.Arkadaşlarım 4.Akrabalarım ( ) 5. Sağlık profesyonelleri ( )

23) Stresli olduğunuz durumlarda başetmek için kullandığınız bir yöntem var mı? (kitap okuma, müzik dinleme, spor yapma vb. gibi……..

EK-3:DESTEKLEYİCİ BAKIM İHTİYAÇLARI ÖLÇEĞİ

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

Sonraki sayfada her soru için, kanser hastası olduğunuz geçen ay içinde her ne konuda yardıma ihtiyacınız olduğunu belirtiniz. Aşağıda yer alan maddeleri; geçen ay içerisinde ne düzeyde yardıma ihtiyacınız olduğunu en iyi ifade eden sayıyı yuvarlak içine alarak belirtiniz.

Aşağıdaki tablo her soruya verilecek beş muhtemel cevabın ne anlama geldiğini göstermektedir.

Tablo 1: Açıklamalar

İHTİYACIN OLMAMASI	1. **Hiç İhtiyacım Olmadı:** Hastalığım benim için sorun olmadı. 2. **İhtiyacım Olmadı:** Yardıma ihtiyacım oldu ama ihtiyaçlarım o anda karşılandı.
İHTİYACIN OLMASI	3. **Az İhtiyacım Oldu:** Çok az ek yardıma ihtiyacım oldu. 4. **Biraz İhtiyacım Oldu** Biraz ek yardıma ihtiyacım oldu. 5. **Çok Fazla İhtiyacım Oldu:** Çok fazla ek yardıma ihtiyacım oldu.

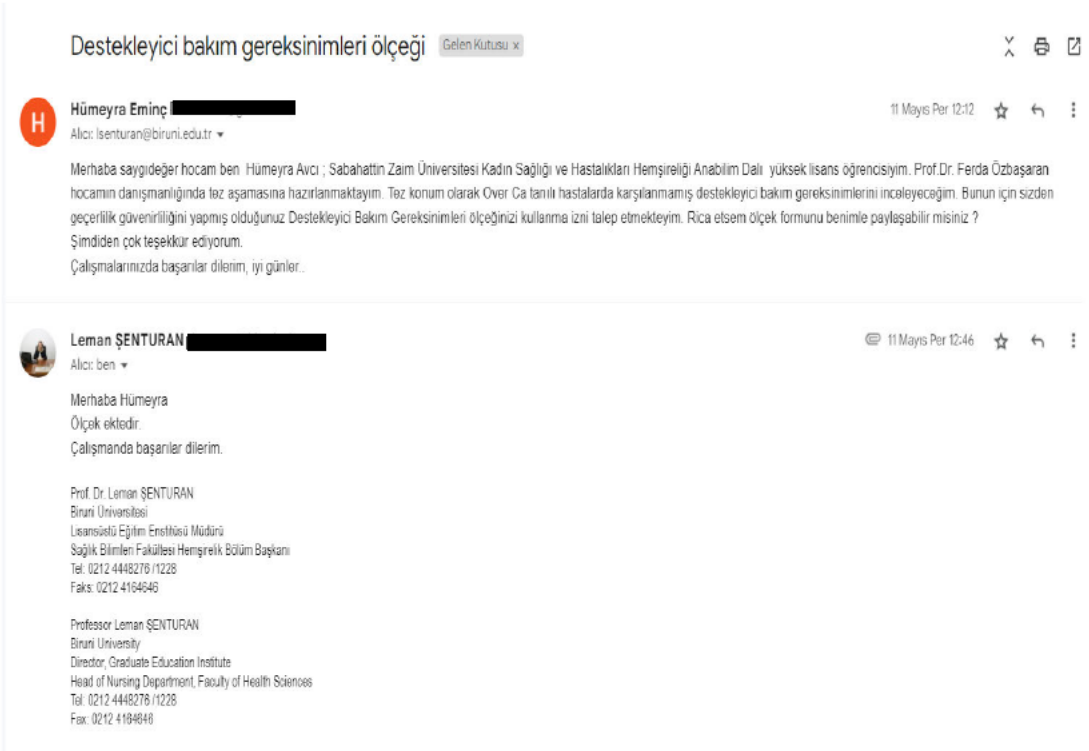
Tablo 2: Örnek

Geçtiğimiz ay içerisinde; Hangi seviyede yardıma ihtiyacınız oldu:	İhtiyacınızın Olmaması		İhtiyacınızın Olması		
	Hiç İhtiyacım Olmadı	İhtiyacım Olmadı	Az İhtiyacım Oldu	Biraz ihtiyacım Oldu	Çok Fazla İhtiyacım Oldu
İyileşmenize yardımcı olacak şeyler hakkında bilgilendirilme.	1	2	3	4	5
Bu seçeneği seçmeniz durumunda, iyi olmanız için yapabileceğiniz şeyler hakkında yeterli bilgiyi alamadığınızı ve bu nedenle hala bilgiye ihtiyacınız olduğu anlaşılacaktır.					

Geçtiğimiz ay içerisinde; Hangi seviyede yardıma ihtiyacınız oldu:	İHTİYACIN OLMAMASI		İHTİYACIN OLMASI		
	Hiç İhtiyacım Olmadı	İhtiyacım Olmadı	Az İhtiyacım Oldu	Biraz İhtiyacım Oldu	Çok Fazla İhtiyacım Oldu
1.Ağrı	1	2	3	4	5
2. Enerji Eksikliği/Yorgunluk	1	2	3	4	5
3. Çoğunlukla kendini iyi hissetmeme	1	2	3	4	5
4.Ev işlerini yapma	1	2	3	4	5
5.Eskiden yaptığı şeyleri yapamama	1	2	3	4	5
6.Kaygı/Gerginlik	1	2	3	4	5
7.Çöküntüde ya da depresyonda hissetme	1	2	3	4	5
8. Hüzünlü hissetme	1	2	3	4	5
9. Kanserin yayılmasıyla ilgili endişe	1	2	3	4	5
10. Tedavinin sonuçlarının kendi kontrolünüz dışında olmasından endişelenme	1	2	3	4	5
11. Gelecek hakkında belirsizlik	1	2	3	4	5
12. Durumunuzla ilgili kontrolün sizde olduğu hissini öğrenme	1	2	3	4	5
13.Olumlu bir bakış açısını sürdürme	1	2	3	4	5
14. Ölüm ve ölme ile ilgili duygular	1	2	3	4	5
15.Cinsel duygularda değişiklikler	1	2	3	4	5
16.Cinsel ilişkilerde değişiklikler	1	2	3	4	5
17.Hangi kanser uzmanına gideceğiniz hakkında daha fazla seçenek sunulması	1	2	3	4	5
18. Hangi hastaneye gideceğiniz hakkında daha fazla seçenek sunulması	1	2	3	4	5

19. Hissettiğiniz şeylerin normal olduğunun tıbbi ekip tarafından belirtilmesi	1	2	3	4	5
20. Hastane personelinin fiziksel ihtiyaçlarınıza gecikmeden yardım etmesi	1	2	3	4	5
21.Tedavinizin önemli kısımlarıyla ilgili bilgilerin yazılı olarak size iletilmesi	1	2	3	4	5
22. Tedavi süreciniz ve yan etkiler ile evde baş etmeniz için gereken bilgilerin size iletilmesi	1	2	3	4	5
23. Yapılacak testler ile ilgili bilgi istediğinizde gerekli açıklamaların yapılması	1	2	3	4	5
24.Tedavinizi seçmeden önce tedavi seçeneklerinin yararları ve yan etkileri açısından yeterli bilgilendirmelerin yapılması	1	2	3	4	5
25.Test sonuçlarınızın mümkün olan en kısa sürede size iletilmesi	1	2	3	4	5
26. Kanserin kontrol altında olduğunun ya da gerilemekte olduğunun size iletilmesi	1	2	3	4	5
27.İyileşmenize yardımcı olacak şeyler hakkında bilgilendirilme	1	2	3	4	5
28. Cinsel ilişkiler hakkında bilgilendirilme	1	2	3	4	5
29. Herhangi bir vaka gibi değil bir birey olarak tedavi edilmek	1	2	3	4	5
30. Fiziksel koşulları mümkün olduğu kadar iyi olan bir tesiste tedavi görmek	1	2	3	4	5
31. Hastalığınız, tedaviniz ve takip süreciniz ile ilgili tüm durumları konuşabileceğiniz bir tıbbi personelin bulunması	1	2	3	4	5

EK-4: DESTEKLEYİCİ BAKIM GEREKSİNİMLERİ ÖLÇEĞİ (DBGÖ) KULLANIM İZNİ



Destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği Gelen Kutusu ×

Hümeyra Eminç [redacted] 11 Mayıs Per 12:12

Alıcı: lsenturan@biruni.edu.tr

Merhaba saygıdeğer hocam ben Hümeyra Avcı ; Sabahattin Zaim Üniversitesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisiyim. Prof.Dr. Ferda Özbaşaran hocamın danışmanlığında tez aşamasına hazırlanmaktayım. Tez konum olarak Over Ca tanılı hastalarda karşılanmamış destekleyici bakım gereksinimlerini inceleyeceğim. Bunun için sizden geçerlilik güvenirliliğini yapmış olduğunuz Destekleyici Bakım Gereksinimleri ölçeğinizi kullanma izni talep etmekteyim. Rica etsem ölçek formunu benimle paylaşabilir misiniz ?
Şimdiden çok teşekkür ediyorum.
Çalışmalarınızda başarılar dilerim, iyi günler..

Leman ŞENTURAN [redacted] 11 Mayıs Per 12:46

Alıcı: ben

Merhaba Hümeyra
Ölçek ektedir.
Çalışmanda başarılar dilerim.

Prof. Dr. Leman ŞENTURAN
Biruni Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü
Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölüm Başkanı
Tel: 0212 4448276 /1228
Faks: 0212 4164646

Professor Leman ŞENTURAN
Biruni University
Director, Graduate Education Institute
Head of Nursing Department, Faculty of Health Sciences
Tel: 0212 4448276 /1228
Fax: 0212 4164646

EK-5:ETİK KURUL ONAYI

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Etik Kurulu Başkanlığı

Sayı : E-20292139-050.04-2400003427 22.01.2024
Konu : Etik Kurul Kararı (Hümeyra AVCI)

Sayın Hümeyra AVCI
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Kadın Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

"Over Kanseri Tanılı Hastaların Destekleyici Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi" başlıklı araştırmanızla ilgili başvurunuz, kurulumuzun 22.12.2023 tarihli ve 2023/08 sayılı toplantısında değerlendirilerek araştırmanızın etik açıdan uygun bulunduğuna katılanların oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Kadir CANATAN
Kurul Başkanı

Ek: Hümeyra AVCI Etik Onay Belgesi

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge Doğrulama Kodu: AAFPF7M Belge Takip Adresi: https://abys.izu.edu.tr/ERMS/Record/ConfirmationPage/Index

Adres: Halkalı Caddesi No: 281 Küçükçekmece/İstanbul
Bilgi için : Selda Şenol Yeminli Katip
Telefon No: Faks No: Telefon No:
e-Posta: İnternet Adresi: Direkt Hat:
Kep Adresi: izu@hs01.kep.tr

1/1

BELGE TARİHİ: 17.01.2024 BELGE SAYISI: 2400001770

İstanbul Zaim Üniversitesi	ETİK ONAY BELGESİ	Doküman No	ET-FR-675
		İlk Yayın Tarihi	27.11.2023
		Revizyon Tarihi	22.12.2023
		Revizyon No	01
		Sayfa	1/1

Tarih	22.12.2023
Sayı	2023/08
Araştırmanın Niteliği	Yüksek Lisans Tezi
Araştırmanın Adı	*Over Kanseri Tanılı Hastaların Destekleyici Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi*
Sorumlu Araştırmacının Adı Soyadı	Hümeyra AVCI
Danışman Adı Soyadı	Prof. Dr. Ferda ÖZBAŞARAN
Karar	UYGUNDUR

(İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Etik Kurulu'nun kararı tavsiye niteliğinde olup, Üniversitemizle ilgili etik ilkelerinin belirlenmesi ve değerlendirilmesi amacını taşımaktadır.)

(Katıldı)
Prof. Dr. Kadir CANATAN
Başkan

(Katıldı)
Prof. Dr. Mehmet Emin KÖKTAŞ
Başkan V.

(Katıldı)
Prof. Dr. Mustafa ATEŞ
Üye

(Katıldı)
Prof. Dr. Beytullah KAYA
Üye

(Katıldı)
Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK
Üye

(Katıldı)
Prof. Dr. Yahya Kemal YOĞURTÇU
Üye

(Katıldı)
Av. Bilal ŞAMAT
Üye

Kurul Yeminli Kâtibi Selda ŞENOL

Dokümantasyon Onayı Prof. Dr. İbrahim GÜNEY Yönetim Sistemleri Temsilcisi
Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge Doğrulama Kodu: CAATFAP Belge Takip Adresi: https://ubys.izu.edu.tr/ERMS/Record/ConfirmationPage/Index

EK-6: ARAŞTIRMA ONAYI

T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-15916306-604.01-239719751 21.03.2024
Konu : Hümeyra AVCI'Nın Çalışma İzni hk.

BAŞAKŞEHİR ÇAM VE SAKURA ŞEHİR HASTANESİNE

İlgi : 05.02.2024 tarihli ve E-34555043-100-2400005217 sayılı yazı.

İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Rektörlüğü'nün ilgi sayılı yazısı ile Üniversitenin Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı, tezli yüksek lisans programı öğrencisi Hümeyra AVCI'nın ***"Over Kanseri Tanılı Hastaların Destekleyici Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi"*** konulu çalışmasını, Müdürlüğümüze bağlı hastanede yapma talebi Birimimize iletilmiştir.

Söz konusu araştırma, Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayım, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonu ***13.03.2024*** tarih ve ***2024/05*** sayılı kararınca uygun görülmüştür.Çalışmanın kurumunuzun uygun gördüğü zaman diliminde (başvuru dosyasında belirtilen aralık gözetilerek) sürecin koordinasyonunun sağlanması ve başvuru sahibine tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Uzm. Dr. Hasan Basri VELİOĞLU
Başkan

Ek: Hümeyra AVCI'nın Çalışma İzni Hk.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge doğrulama kodu: 2A6E2C61-010D-4225-A76F-5E4ADC0655AB Belge doğrulama adresi: https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys

Binbirdirek mah. Peykhane sok. No: 8 Fatih/İSTANBUL 34122
Telefon No: 02126383000
e-Posta: ist.sagligingel@saglik.gov.tr İnternet Adresi:
https://istanbulism.saglik.gov.tr/
Kep Adresi: ism.34@hs01.kep.tr

Bilgi için: Nuray TÜRKOĞLU
Hemşire
Telefon No: 02126383399 - 3106

ÖZGEÇMİŞ

Hümeyra AVCI

A.EĞİTİM

Yüksek Lisans: İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

Lisans: T.C Çanakkale Onsekiz Mart Sağlık Yüksekokulu ,Hemşirelik Bölümü,2018,Çanakkale

B. MESLEKİ DENEYİM

2018-2020 Özel Nisa Hastanesi-Hemşire

2020-2022 T.C Sağlık Bakanlığı İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi-Hemşire

2022-2023 T.C Sağlık Bakanlığı İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi-Jinekolojik Onkoloji Servisi Sorumlu Hemşire

C.SÖZEL BİLDİRİ

Avcı,H.Özbaşaran,F.(2023).Kadın Sağlığının Geleceği; HPV ve HPV Aşıları. 2.Uluslararası 3.Ulusal Kadın Sağlığı Hemşireliği.

D.SERTİFİKA

2018-Eğitim - Pedagojik Formasyon Sertifikası - Pedagojik Formasyon