



**T.C.  
HİTİT ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ TANISI ALAN KADINLARDA  
ALGILANAN SOSYAL DESTEĞİN POSTTRAVMATİK STRES  
BOZUKLUĞUNA ETKİSİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Gülseda YARDIMCI**

**Çorum-2023**



**JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ TANISI ALAN KADINLARDA ALGILANAN  
SOSYAL DESTEĞİN POSTTRAVMATİK STRES BOZUKLUĞUNA ETKİSİ**

**Gülseda YARDIMCI**

**Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Hemşirelik Anabilim Dalı**

**Yüksek Lisans Tezi**

**TEZ DANIŞMANI  
Prof. Dr. Nuriye BÜYÜKKAYACI DUMAN**

**Çorum-2023**

Gülseda YARDIMCI tarafından hazırlanan "Jinekolojik Onkoloji Tanısı Alan Kadınlarda Algılanan Sosyal Desteğin Posttravmatik Stres Bozukluğuna Etkisi." adlı tez çalışması 17/01/2023 tarihinde aşğıdaki jüri üyeleri tarafından oy birliği ile Hitit Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Nuriye BÜYÜKKAYACI DUMAN

Doç. Dr. Rukiye HÖBEK AKARSU

Dr. Öğr. Üyesi Derya Yüksel KOÇAK

Hitit Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yönetim Kurulunun .../.../..... tarih ve ..... sayılı kararı ile Gülseda YARDIMCI 'ın Hemşirelik Anabilim Dalında Yüksek Lisans derecesi alması onanmıştır.

İmza

Prof. Dr. Muhammed Asif YOLDAŞ

Enstitü Müdürü V.

## TEZ BİLDİRİMİ

Tez içindeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu, ayrıca tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiksiz atıf yapıldığını beyan ederim.

İmza

GÜLSEDA YARDIMCI



# JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ TANISI ALAN KADINLARDA ALGILANAN SOSYAL DESTEĞİN POSTTRAVMATİK STRES BOZUKLUĞUNA ETKİSİ

Gülseda YARDIMCI

ORCID: 0000-0002-7736-0974

HİTİT ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

Yüksek Lisans

Ocak 2023

## ÖZET

Jinekolojik kanserler kadınlarda morbidite ve mortalite oranları oldukça yüksek olduğundan dolayı kadın sağlığı açısından önemli bir konu olarak belirlenmiştir. Jinekolojik kanserler, kadınlar tarafından ölümcül bir hastalık olarak kabul edilmektedir. Aynı zamanda kadın üreme organları cinselliğin, üretkenliğin ve anneliğin sembolü olarak kabul edilip, bu organların aniden kaybolması kadının beden imajını olumsuz yönde etkilerken benlik saygısını düşürmektedir. Uluslararası ve ulusal literatür incelendiğinde jinekolojik onkoloji tanısı alan kadınlarda emosyonel sorunlar ve sosyal destek ilişkisinin birlikte ele alındığı pek çok sayıda çalışma olduğu ancak posttravmatik stres bozukluğuna ilişkin sınırlı sayıda çalışma olduğu görülmektedir. Bu argümandan yola çıkarak planlanan bu çalışmada jinekolojik onkoloji tanısı alan kadınlarda algılanan sosyal desteğin posttravmatik stres bozukluğuna etkisinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır. Araştırma Ankara Şehir Hastanesi Jinekoloji Onkoloji biriminde yazılı izinler alınarak kanser tanısı aldığı süreden bir yıl kadar zaman geçmiş olan 277 kadından oluşmaktadır. Veriler araştırmacı tarafından oluşturulan 23 sorudan oluşan Kişisel Bilgi Formu (KBF), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) ve Posttravmatik Stres Bozukluğu Ölçeği (PSBÖ) ölçeği ile yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Araştırma sonuçlarını değerlendirmek için istatistiksel tanımlayıcı kriterler (ortalama, medyan, standart sapma, yüzde) kullanılmıştır. İki bağımsız grup arasındaki farkı belirlemek için Mann Whitney U testi, ikiden fazla bağımsız grup için Kruskal Wallis testi, iki sürekli değişken olduğu durumda Spearman korelasyon katsayısı analizi kullanılmıştır.

Çalışma kapsamına alınan kadınların ortalama 55,94 yaş aralığındadır. (SS:10,768, min:28, max:91.). Farklı çocuk sayılarına ait kadınlar arasında travma sonrası stres bozukluğuna ait

anlamli bir fark bulunduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Farklı eğitim seviyelerine sahip kadınlar arasında posttravmatik stres bozukluğuna ilişkin anlamli bir fark olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0,05$ ).

Posttravmatik Stres Bozukluğu Ölçeği (PSBÖ) puanı ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin (ÇBASDÖ) puanı arasında yüzde 30,9'luk negatif ve anlamli bir ilişki bulunduğu tespit edilmiştir. ( $p<0.001$ ). Sosyal destek, posttravmatik stres bozukluğunu olumlu yönde etkilediği tespit edilmiştir.

**Anahtar Kavramlar:** Posttravmatik Stres Bozukluğu, Sosyal Destek, Jinekolojik Kanser, Kadın Sağlığı

**Bilim Kodu:** 1082



# **THE EFFECT OF PERCEIVED SOCIAL SUPPORT ON POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER IN WOMEN DIAGNOSED WITH GYNECOLOGICAL ONCOLOGY**

Gülseda YARDIMCI

ORCID: 0000-0002-7736-0974

HITIT UNIVERSITY

GRADUATE EDUCATION INSTITUTE

Master of Science Thesis

January 2023

## **ABSTRACT**

Gynecological cancers have been identified as an important issue in terms of women's health due to the high morbidity and mortality rates in women. Gynecological cancers are considered a deadly disease by women. At the same time, female reproductive organs are accepted as a symbol of sexuality, productivity and motherhood, and the sudden disappearance of these organs negatively affects the body image of women and lowers their self-esteem. When the international and national literature is examined, it is seen that there are many studies on the relationship between emotional problems and social support in women diagnosed with gynecological oncology, but there are limited studies on posttraumatic stress disorder. Based on this argument, this study was planned as a descriptive study to determine the effect of perceived social support on posttraumatic stress disorder in women diagnosed with gynecological oncology. The research consists of 277 women who have been diagnosed with cancer one year after obtaining written permission in Ankara City Hospital Gynecology Oncology unit. Data were collected by face-to-face interviews with Personal Information Form (PDF), Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) and Posttraumatic Stress Disorder Scale (PSDI) consisting of 23 questions created by the researcher. Statistical descriptive criteria (mean, median, standard deviation, percent) were used to evaluate the research results. Mann Whitney U test was used to determine the difference between two independent groups, Kruskal Wallis test for more than two independent groups, Spearman correlation coefficient analysis was used in case of two continuous variables.

The average age of the women included in the study is 55.94 years. (SS:10.768, min:28, max:91.). It was determined that there was a significant difference in post-traumatic stress



disorder among women with different numbers of children ( $p < 0.05$ ). It was found that there was no significant difference in posttraumatic stress disorder among women with different education levels ( $p > 0.05$ ).

It was determined that there was a 30.9 percent negative and significant relationship between the Posttraumatic Stress Disorder Scale (PSDI) score and the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) score. ( $p < 0.001$ ). Social support has been found to positively affect posttraumatic stress disorder.

**Key concepts :** Posttraumatic Stress Disorder, Social Support, Gynecological Cancer, Women's Health

**Science Code:** 1082



## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitim sürecim ve tez çalışmamın tüm sürecinde beni destekleyici, bilgileri ve yönlendirmesiyle araştırmama ışık tutan tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Nuriye BÜYÜKKAYACI DUMAN'A

Yüksek lisans eğitimi boyunca bilgileriyle destekleyen Dr. Öğr. Üyesi Derya YÜKSEL KOÇAK'A

Yüksek lisans eğitimim boyunca yardımlarıyla beni destekleyen Arş. Gör. Fatma YILDIRIM'A

Tez aşamasına verilerin değerlendirmesinde sevgili hocam Ebru TURGAL'A

Tez değerlendirme aşamasında Doç. Dr. Rukiye HÖBEK AKARSU'YA

Bana her zaman güç veren sevgileriyle her daim yanımda olan, varlıklarından güç aldığım, beni yetiştiren canım annem Gülhan YARDIMCI, canım babam Murat YARDIMCI ve biricik kardeşim Nafican YARDIMCI'YA

Her zaman yanımda olduğunu bildiğim bu süreçte asla yalnız bırakmayan, yanımda olan canım arkadaşım Ecem nur BOZKURT' a ve Tuğba TEKELİOĞLU'na

Teşekkür ederim.

Gülseda YARDIMCI

## İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
ÖZET .....	iv
ABSTRACT .....	vi
TEŞEKKÜR.....	viii
İÇİNDEKİLER .....	ix
TABLolar DİZİNİ.....	xi
GİRİŞ.....	1

### 1.BÖLÜM

#### GENEL BİLGİLER

1.1. Jinekolojik Kanser.....	4
1.1.1. Serviks kanseri .....	4
1.1.2. Endometrium kanseri.....	6
1.1.3. Over kanseri .....	7
1.1.4. Vajen kanseri.....	8
1.1.5. Vulva kanseri.....	8
1.1.6. Tuba uterina kanseri.....	9
1.1.7. Jinekolojik kanser tedavisi.....	10
1.2. Jinekoloji Onkoloji Tanısı Alan Kadınlarda Algılanan Sosyal Desteğin Posttravmatik Stres Bozukluğuna Etkisi .....	10
1.2.1. Jinekoloji kanser tanısı almak ve emosyonel sorunlara etkisi.....	11
1.3. Jinekolojik Kanser Tanısı Alan Hastalarda Posttravmatik Stres Bozukluğu.....	15
1.4. Sosyal Destek.....	16
1.4.1. Kişilerin kanserle baş etme stratejileri ve sosyal desteğin stresle başa çıkmadaki etkisi.....	17

## 2.BÖLÜM

### MATERYAL VE YÖNTEM

2.1.Araştırmanın Şekli.....	20
2.2.Araştırmanın yeri ve zamanı.....	20
2.3.Araştırmanın evreni ve örnekleme.....	20
2.4. Veri Toplama Yöntemi.....	21
2.4.1. Kişisel bilgi formu .....	21
2.4.2. Posttravmatik stres bozukluğu ölçeği (PTSB) .....	21
2.4.3. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği (ÇBASDÖ) .....	22
2.5. Veri Toplama Yöntemi.....	22
2.6. Çalışmanın Kriterleri.....	22
2.7.Çalışma Verilerin Değerlendirilmesi.....	23

## 3.BÖLÜM

<b>BULGULAR.....</b>	<b>24</b>
----------------------	-----------

## 4. BÖLÜM

<b>TARTIŞMA .....</b>	<b>34</b>
<b>SONUÇ VE ÖNERİLER .....</b>	<b>36</b>
<b>KAYNAKÇA.....</b>	<b>39</b>
<b>EKLER .....</b>	<b>46</b>
EK-1. Kişisel Bilgi Formu (KBF).....	47
EK-2. Posttravmatik Stres Bozukluğu Ölçeği (PTSB).....	50
EK-3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği(ÇBASDÖ).....	51
EK-4. Kurum izin formu.....	52
EK-5. Etik kurul onay formu .....	53
EK.6. Ölçek kullanım izni.....	54
EK-7. Bilgilendirilmiş onam formu.....	55

## TABLolar DİZİNİ

<b>Tablo</b>	<b>Sayfa</b>
<b>Tablo 3.1.</b> Kadınların sosyodemografik özelliklerine ilişkin dağılımları.....	24
<b>Tablo 3.2.</b> Kadınların gebelik özelliklerine ilişkin dağılımları.....	25
<b>Tablo 3.3.</b> Kadınların jinekolojik kanser öykülerine ilişkin dağılımları.....	26
<b>Tablo 3.4.</b> Kadınların bazı sosyodemografik özelliklerine göre posttravmatik stres bozukluğu ölçeği puan ortalamalarına ilişkin dağılımları.....	27
<b>Tablo 3.5.</b> Kadınların menopoza ilişkin bazı özelliklerine göre posttravmatik stres bozukluğu ölçeği puan ortalamalarına ilişkin dağılımları.....	28
<b>Tablo 3.6.</b> Kadınların jinekolojik kanser öykülerine göre posttravmatik stres bozukluğu ölçeği puan ortalamalarına ilişkin dağılımları.....	29
<b>Tablo 3.7.</b> Kadınların bazı sosyodemografik özelliklerine göre, çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği (ÇBASDÖ) puan ortalamalarına ilişkin dağılımları .....	30
<b>Tablo 3.8.</b> Kadınların menopoza ilişkin bazı özelliklerine göre çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği (ÇBASDÖ) puan ortalamalarına ilişkin dağılımları .....	31
<b>Tablo 3.9.</b> Kadınların jinekolojik kanser öykülerine göre çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği (ÇBASDÖ) puan ortalamalarına ilişkin dağılımları...	32
<b>Tablo 3.10.</b> Posttravmatik stres bozukluğu ölçeği ve çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puan ortalamalarına göre Cronbach's Alpha dağılımları.....	33
<b>Tablo 3.11.</b> Posttravmatik stres bozukluğu ölçeği ve çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puan ortalamalarına ilişkin korelasyon analizi dağılımları .....	33

## GİRİŞ

Kanser tüm dünyada en önemli sağlık sorunlarının başında gelmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), kanserin dünyada en yaygın dört kronik hastalıktan biri olduğunu belirtmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu'na (TÜİK) göre kanser, Türkiye'de ikinci önde gelen ölüm nedenidir. Jinekolojik kanserler kadın morbidite ve mortalite oranları kadın sağlığında önemli bir konu olarak belirlenmiştir (Sekse, 2019; Ergör, 2012). Jinekolojik kanserler, kadınlarda meme kanserinden sonra en sık görülen kanser türüdür ancak jinekolojik kanser ölüm oranı meme kanserinden daha yüksek bulunmuştur (Terzioğlu, 2015).

GLOBOCAN 2020 verilerine göre ülkemizdeki jinekolojik kanser insidansları; endometrium %2.5, over kanseri %1.7 ve serviks kanseri %1.1'dir (GLOBOCAN,2020). Jinekolojik kanser tanısı kadınlarda, fiziksel ve psikolojik başta olmak üzere birçok etki bırakmaktadır (Monteiro, 2021). Kanserle ilişkili yaşam kalitesi, stres, depresyon ve posttravmatik stres bozukluğu, duygusal sağlığın parametreleri olarak tanımlanabilmektedir ve duygusal sağlığın jinekolojik kanserlerin hasta bakımında önemli bir faktör olduğu kanıtlanmıştır (Messelt, 2021).

Kanser teşhisine karşı en sık görülen tepki şok ve inkardır. Kişi bedenini yabancı olarak görür ve kendi bedenine güvenemez. Bu aşamada ilk tepki inanamamadır. İnkâr, acı gerçekleri bilinçten uzak tutarak kişinin bütünlüğünü korumaya çalışmasıdır (Zhao, 2019; Şimşek, 2018). İkinci aşama, hastanın gerçekleri yavaş yavaş kabul etmesi durumudur. Bu aşamadaki ana tepkisi ise kaygıdır. Hasta kaygıyı gidermek için inkâr ve karşı tepki gibi çeşitli savunma mekanizmalarını kullanılır. Korku ya da öfke tepkisi, bu durumda görülen bir savunma mekanizma şeklidir (Şimşek, 2018). Tedavinin en aktif dönemi sona erdiğinde üçüncü aşama başlar ve hasta yeni duruma uyum sağlamaya çalışır. Yaşam tarzında geri dönüşü olmayan değişiklikler olur. Bireyin hastalıkla yaşamaya uyum sağlayamıyorsa yas süresi uzayabilir ve patolojik yas süreci ile depresyon gelişebilir (Erdoğan, 2015).

Kanser, depresyona neden olan fiziksel hastalıklardan birisidir (Erdoğan, 2015). Ruhsal hastalığa sahip olmak, düşük benlik saygısı, tanı ve tedavi sırasında oluşan duygusal stres, destek sistemlerinin yetersizliği kanser hastalarında depresyonun başlıca nedenleridir (Kanat B, 2016). Ayrıca kanser hastalarında depresyonun görülme sıklığı; Çalışmada hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, gelir durumu, medeni durumu, tümörün yeri, kullanılan tedavi, hastalığın prognozu ve tedavinin yan etkileri ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Kanser hastalarında depresyon görülme sıklığı %4,5 ile %58.0 arasında değişmektedir (Sekse,2019; Seven, 2013). Kanser hastalarında anksiyete prevalansı %50'nin üzerindedir ve kanser hastalarının %30'unda kronik anksiyete bulunmuştur (Sekse, 2019).

Araştırmalar kanser hastalarında stresin ana kaynağının kullanılan tedavi, tedavinin yan etkileri, tedavi şekli, ölümü düşünme, yaşam ve tedavi konusundaki belirsizlikler olduğunu göstermektedir (Kanat B, 2016). Jinekolojik kanser ve depresyon arasındaki ilişkiyi değerlendiren bir çalışmada, hastaların %24,1'inde majör depresyon bulunmuştur. Başka bir

çalışmada hastaların %55,0'ında depresif belirtiler görülmüştür (Seib C, 2018). Parker ve ark. ise, jinekolojik kanser teşhisi konduktan sonra yaşamaya devam edenler, diğer kanser türlerinden sonra yaşamaya devam edenlere göre daha yüksek anksiyete ve depresyon puanlarına ve daha düşük iyilik haline sahip olduğu görülmüştür (Cordova, 2017; Yehuda,2015). Araştırmalar kanser hastalarında depresyon sıklığının %1 ile %50 arasında değiştiğini göstermektedir (Yurdakul, 2016). Sistematik çalışmalara göre kanser hastalarının %10-25'inde depresyon görülmüştür. Kanser hastalarında depresyon prevalansı genel popülasyona göre yaklaşık üç kat daha fazladır (Zhaoj,2019; Yurdakul, 2016). 31 çalışmayı (9248 kanser hastası) değerlendiren bir meta-analizde, depresyon sıklığı %10,8 bulunmuştur (Cordova, 2017). Jinekolojik kanser tanısı almak kadınlarda travma yarattığı için posttravmatik stres bozukluğu geliştiği bilinmektedir. Araştırmalar kanser hastalarında stresin ana kaynağının kullanılan tedavi, tedavinin yan etkileri, tedavi şekli, ölümü düşünme, yaşam ve tedavi konusundaki belirsizlikler olduğunu göstermektedir (Tunghy,2018; Kanat B, 2016). Jinekolojik kanser ve depresyon arasındaki ilişkiyi değerlendiren bir çalışmada, hastaların %24,1'inde majör depresyon bulunmuştur. Başka bir çalışmada hastaların %55,0'ında depresif belirtiler görülmüştür. (Seib C, 2018). Parker ve ark. ise, jinekolojik kanser teşhisi konduktan sonra yaşamaya devam edenler, diğer kanser türlerinden sonra yaşamaya devam edenlere göre daha yüksek anksiyete ve depresyon puanlarına ve daha düşük iyilik haline sahip olduğu görülmüştür (Cordova M, 2017).Jinekolojik kanser tanısı almak kadınlarda travma yarattığı için posttravmatik stres bozukluğu geliştiği bilinmektedir (Zhao,2019 ;Swartzman,2017).

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), gerçek ölüm veya ölüm tehdidi, ağır travma veya fiziksel bütünlüğü tehdit eden durumlara maruz kalma gibi ciddi travmalardan sonra ortaya çıkabilen semptomları ile karakterize edilir. Birey, böyle bir durumla karşı karşıya kaldığını gösteren bir tablo olarak tanımlanmaktadır (Eker, 2017). Jinekolojik kanser tanısı alan kadınlarda yaşanan olaylar travma etkisi yaratmaktadır. PTSSB'nin şu bulguları görülebilmektedir. Birey olayı tekrar tekrar hatırlar ya da olayla ilgili rüyalar görebilir. Genellikle, PTSSB' ye sebep olan travmatik olaylar; ölüm ölüme sebep olan hastalıklar veya cinsel saldırı, doğal afet gibi nedenlerdir (Gesi C,2017). Bu olaylar kişinin dış çevresinde meydana gelir ve kişinin fiziksel bütünlüğünde fazlaca dış tehlide maruz kalmasına sebep olduğu görülmüştür. PTSSB olan kişiler sıklıkla bu sıkıntılı tecrübeyi tekrar yaşamakta, uyum sağlamakta zorluk çekmekte ve kendilerini kopmuş, her şeyden uzak ve yabancılaşmış hissetmektedirler. Belirtiler 3 aydan kısa sürerse "akut", daha uzun sürerse "kronik" TSSB olarak adlandırılır. Klinik olarak önemli özellikler, travmatik deneyimden 6 ay sonra ortaya çıkanlardır. Bunlara "gecikmeli başlangıçlar" denir. Travmanın doğası, şiddeti, travma öncesi olay ve travma sonrası çevre TSSB gelişiminde belirleyici faktörler olarak kabul edilir. DSM-IV kriterlerinin üçü de karşılanırsa travma sonrası stres bozukluğu tanısı konulmuştur. Kanser teşhisi ve tedavisi, hastalar için uzun süreli stresli deneyimlere yol açarak, baş etme mekanizmalarını bozabilir ve TSSB'nin gelişmesine yol açabilir (La Vega,2019 ; Einsle, 2012).

Çalışma, görüşme sırasında kanser hastaları arasında TSSB sıklığının %52 olduğunu bulunmuştur. Smith ve Redd 22 kanser hastalarının %60'ında TSSB olduğunu bildirirken, Gurevich ve arkadaşları kanser hastalarının %50'sinden fazlasının TSSB semptomları olduğunu bildirmiştir. Ancak Motulonis ve arkadaşları tarafından erken evre over kanseri tanısı konulan 58 hastada yapılan bir çalışmada bu oran %26; Tokgöz ve arkadaşları 25 kanserli 100 hasta üzerinde yaptıkları bir çalışmada %19 bulunmuştur. Sonuçları değerlendirirken, kanser hastalarında TSSB prevalansı değişmektedir. Literatür, kanser hastalarında TSSB prevalansının %0 ile %55 arasında değiştiğini göstermektedir. Çalışma, tümörün yerleşimi, tedavi tipi ve TSSB prevalansını ve prevalansını etkileyebilecek özellikler hakkında sonuçlar çıkarmak için yeterli sayıda hasta olmadığı gözlenmiştir (Chan,2018 ;Avcı ve Doğan, 2014).

Birçok araştırma, sosyal desteğin ruh ve beden sağlığı üzerinde koruyucu ve olumlu etkileri olduğunu göstermiştir (Documet,2015; Eker, 2017). Bu çalışmalar sosyal desteğin insanları psikolojik ve fiziksel belirtilerden koruduğunu göstermektedir (Documet,2015; Eker, 2017). Kaplan ve Kullilea sosyal desteği, kısa süreli krizlerin, yaşam döngüsünün ve stresin üstesinden gelmek için insanların çevreleriyle kurdukları bağlantı olarak tanımlamışlardır (Yehuda,2015; Güloğlu, 2021). Sosyal Destek; Zor bir durumda bir kişiye aile, arkadaşlar, komşular ve kuruluşlar tarafından sağlanan duygusal ve fiziksel destek olarak tanımlanabilir. Sosyal destek, sevgi, bağlılık, benlik saygısı ve bir gruba ait olma gibi temel ihtiyaçları karşılayarak bireyin psikolojik ve fiziksel sağlığını olumlu yönde etkilediği görülmüştür (Cordova, 2017). İnsanların ihtiyaçlarını karşılamak için sosyal roller üstlendikleri ve yaşamdaki değişikliklere uyum sağlamalarına yardımcı oldukları görülmüştür (Çalışkan,2017). Sosyal destek, bir kişinin ihtiyaç duyduğunda sosyal kaynakların kullanılabilirliğini ifade etmektedir. Bu durum kişisel bakış açısıyla belirlenebilir. Konuyla ilgili çalışmalar göstermiştir ki kadınlara bu dönemde sosyal desteğin çok önemli olduğu sosyal desteğin iyi olan kadınların emosyonel sorunları daha az yaşadığı daha kolay yeni tedavilere uyum sağladığını göstermiştir. Uluslararası ve ulusal literatür incelendiğinde jinekolojik onkoloji tanısı alan kadınlarda emosyonel sorunlar ve sosyal destek ilişkisinin birlikte ele alındığı ilişkin pek çok sayıda çalışma olduğu ancak posttravmatik stres bozukluğuna ilişkin sınırlı sayıda çalışma olduğu görülmektedir. Bu argümandan yola çıkarak planladığımız çalışmada jinekolojik onkoloji tanısı alan kadınlarda algılanan sosyal desteğin posttravmatik stres bozukluğuna etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır (Zhao,2019; Güloğlu, 2021).



# 1.BÖLÜM

## GENEL BİLGİLER

### 1.1. Jinekolojik Kanser

Jinekolojik kanser, dünya genelinde kansere bağlı ölümlerin akciğer ve meme kanserinden sonra en sık nedenlerinden biridir. Jinekolojik kanserler, kadınlarda teşhis edilen kanserlerin yaklaşık %10'unu oluşturmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2019 yılı verilerine göre dünyadaki 183 ülke arasında 112'si arasında birinci ve ikinci sırada, 70 yaş altı ölüm nedenleri arasında ise üçüncü ve dördüncü sırada yer alıyor. Türkiye'nin 2020 yılı verilerine göre kadın kanseri, kadınlar arasında morbidite ve mortalitenin ilk on nedeni arasında yer almaktadır. Özellikle over kanseri kadınlarda kanser nedenleri arasında 7., ölüm nedenleri arasında 8. sırada yer almaktadır. Daha fazla depresif semptomu olan ve daha az sosyal desteği olan kadınlarda daha sık görülmektedir (Sung H ve diğ. 2021; WHO 2020).

Jinekolojik kanser, kadınlar tarafından ölümcül bir hastalık olarak kabul edilmektedir. Aynı zamanda kadın üreme organları cinselliğin, üretkenliğin ve anneliğin sembolü olarak kabul edilirken, bu organların aniden kaybolması kadının beden imajını olumsuz yönde etkilemekte ve benlik saygısını düşürmektedir (Messelt,2021; Düzgün,2018). Jinekolojik kanserli kadınlar, kanserin kişisel yorumları, hastalığın fiziksel etkileri, tedavi rejimlerinin uzun vadeli ve geçici yan etkileri, aile ve arkadaşların tepkileriyle karşı karşıya kalmaktadır (Abbey,2015; Özcan, 2021). Mali zorluklar ve ilişki sorunları dahil olmak üzere birçok stres kaynağı yaşarlar. Jinekolojik kanserler arasında sık görülen serviks, endometriyal ve over kanseridir. Bu kanserlerin genel insidansı zamanla azalmıştır. Serviks kanseri azalmakta olmasına rağmen, halen kadınlarda meme kanserinden sonra en sık görülen ikinci kanserdir (Alan,2015). Jinekolojik kanserlere bakıldığında mortalite oranı en fazla olan kanser over kanseri, kadınlarda en çok görülen 6. kanser ve kanserden olan ölümlerin en çok görülen 7. nedenidir (Özcan, 2021). Gelişmiş ülkelerde sıklığı yüz binde 9.4 iken, gelişmekte olan ülkelerde yüz binde 5'tir. Türkiye'de ise görülme sıklığı yüz binde 6.9'dur (Yılmaz,2021). Jinekolojik kanserlerin insidansını belirlemek, nedenlerini ve sonuçlarını araştırmak, risk gruplarını belirlemek incelemek ve profilaktik amaçlı ne yapılması gerektiği hakkında bilgilendirme ve bakım gibi konularda en çok rol alan sağlık personeli hemşirelerdir (Yehuda,2015; Alan, 2015).

#### 1.1.1. Serviks kanseri

Serviks kanseri dünyada kadın kanserleri arasında meme kanserinden sonra ikinci sırada yer almaktadır (Yıldırım N. ve ark. 2013; Hediye Putri R. ve ark, 2013). Serviks kanseri, meme ve akciğer kanserinden sonra üçüncü önde gelen ölüm nedenidir (Hediye Putri R. ve ark, 2013).

Serviks kanserine sebep olan en önemli faktör insan papilloma virüsü (HPV)'dir. Cinsel yolla bulaşmaktadır. En bilinen türü HPV 16 ve 18 olarak bilinir (Boden,2015; Aydoğdu,2018). Serviks kanseri görülme sıklığı ülkelerin gelişmişlik düzeyine göre değişmektedir. Erken teşhis ve tarama testlerinin doğru kullanımı mortaliteyi azaltabilir. Gelişmiş ülkelerde serviks kanseri Pap-smear kullanımı ile önemli ölçüde azalmıştır. Ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde kanser insidansı artmaktadır (Hediye Putri R. ve ark. 2013; Yıldırım N. ve ark. 2013). Serviks kanseri 40-55 yaş arası kadınlarda daha sık görülmeye ve daha genç yaşlarda ortaya çıkmaya başladığı görülmüştür (WHO 2020). Serviks kanserinin %85-90'ı yassı epitel karsinom ve %10-15'i adenokarsinom türünde olduğu görülmüştür (Document,2015; Topçu,2019). 2018 yılında ABD'de 13,240 kişinin invaziv serviks kanseri tanısı aldığı ve 4,170 mortalite olduğu görülmektedir. İlk olarak Pap-smear testi olmak üzere, taramanın yaygın şekilde yapılmaya başlanmış olması sebebiyle servikal kanser insidans hızı 1992 yılı itibaren 100.000'de 11 ve 2015'te (100.000 başına 6,8) düşüş gösterdiği görülmüştür. İnsidans gibi ölüm hızıda,1992 yılından (100.000'de 3,5) 2018'e (100,000'de 2,3) önemli ölçüde azaldığı görülmüştür. 5 yıllık sağkalım oranı (2008-2014) %66,2 olarak görülmüştür. Servikal kanserde ortalama olarak görülen tanı yaşı 49'dur (Topçu,2019). Beş yıllık sağkalım; kanser tanısı yapıldığında tanı konulan hastaların% 46'sında beş yıllık sağkalım % 91; bölgesel ve uzak metastazı olan kadınlarda% 57 ve% 17 olduğu görülmüştür (Straughn,2015; Amerikan, 2017).

Jinekolojik kanserler arasında etkin bir tarama programı ve erken tanı ve tedavi şansı yüksektir (Nama V,2015; Var E, 2019). Jinekolojik kanserler arasında tarama programları ile önlenabilir olan serviks kanseri, az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde önde gelen ölüm nedenidir (Cohen,2019). Serviks kanseri genellikle erken evrelerde belirti göstermez ve pap-smear ile erken teşhis edilebilir. Tarama programları önemlidir çünkü erken teşhis tedavi şansını artırır (GLOBOCAN, 2020). Tarama programları yoluyla insidanstaki azalmaya rağmen, serviks kanseri, mali kısıtlamalar ve hastalık hakkında bilgi eksikliği nedeniyle önemli bir sorun olmaya devam etmektedir.

Serviks kanseri Türkiye'de ve düzenli tarama yapılmayan gelişmekte olan ülkelerde büyük bir sorundur. Bu nedenle, insidansını ve risk faktörlerini belirlemek, nedenlerini araştırmak ve serviks kanserinin önlenmesi ve tedavisi için stratejiler geliştirmek giderek daha önemli hale gelmektedir (GLOBOCAN,2020).

Serviks kanserinin nedeni hala bilinmemektedir ve risk faktörleri arasında erken ergenlik, cinsel partner sayısı, çoğul doğumlar, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, ırk (siyah kadınlar), düşük sosyoekonomik durum ve sigara kullanımı yer almaktadır (Kurşun Ş. ve ark., 2012; Hediye Putri R. et al. 2013; Var E. 2019; NCI, 2021). Serviks kanserinin 10 ila 15 yıllık bir invaziv dönemi vardır. Pap-smear ile erken teşhis ile kanser önlenir. Sağlık Bakanlığı Ulusal Anti-Kanser Programı çerçevesinde ulusal muayeneye Pap-smear taraması da dahil edilmiştir.

Muayene sırasında serviks epitelial neoplazisi saptanmaz, ancak Pap-smear ile erken tanı konur. 30 ile 65 yaş arasında her 5 yılda bir Pap-smear testi yapılmalıdır (NCSC, 2021). Serviks

kanseri teşhisinde sıklıkla rektal muayene, bilgisayarlı tomografi (BT), manyetik rezonans görüntüleme (MRI), pozisyonel emisyon tomografisi (MET), kan testleri, sistoskopi ve protoskopik muayene kullanılır. Tedavi cerrahi, kemoterapi veya radyasyon tedavisini içerebilir. Pap-smear testinin değerlendirmesine göre karar verilir (Ozan Y, 2022). Serviks kanserinin en belirgin belirtileri ağrısız kanama ve çorba renginde akıntıdır. Doğum sonrası kanama görülebilir (Document,2015; Çelik Ç, 2022).

### **1.1.2. Endometrium kanseri**

Uterus önden mesaneye, arkadan rektuma bitişik içi boş bir organdır. Uterus, dıştan içe doğru perimetrium, miyometrium ve endometrium olmak üzere üç katmandan oluşur (Uterus Kanseri, 2022; Güngördük K., 2015). Endometriyal kanser gelişmiş ülkelerde gelişmekte olan ülkelere göre daha yaygındır (Bhatla N, 2018). Endometrium kanseri, kadın üreme organlarında en sık görülen kanser türüdür. Sağlık Bakanlığı'na göre, endometriyal kanser, kadınlarda genital kanserden ölümlerin ikinci önde gelen nedenidir. %70'i postmenopozal, %95'i 40 yaşın üzerinde ve %25'i premenopozal olan 60-70 yaş arası postmenopozal kadınların hastalığıdır (Çelik Ç,2022; Şahin. NH. 2015). Yavaş büyüyen ve geç metastatik bir hastalık olduğu için erken teşhis edildiğinde en iyi prognoza sahip jinekolojik bir kanserdir (Bhatla N, 2018). Endometriyum kanseri tüm kanserler içinde en fazla görülen 8, ölüme sebep olan 7. kanser türüdür. Amerika Birleşik Devletleri'nde en yaygın görülen jinekolojik malignitedir ve kadınlarda tüm kanserlerin % 6'sını oluşturur. ABD'de 2018 yılında 63,230 kişinin endometrium kanser tanısı alması, bu hastalığa bağlı 11,350 ölüm görülmektedir. 5 yıllık sağkalım oranı %81,1'dir. Ortalama görülme yaşı ise 61'dir. Ülkemizde kadınlarda en sık görülen 4. kanser türüdür. Endometriyal kanser çoğu zaman erken aşamada teşhis ve tedavi edilir (Globacan, 2018).

Endometriyal kanser için risk faktörleri anormal uterin kanama, progestinsiz östrojen veya tamoksifen tedavisi, erken menarş, geç menopoz, nulliparite, polikistik over sendromu, hormon replasman tedavisi, obezite, yüksek tansiyon, diyabet ve sosyoekonomik faktörleri içerir. Endometriyal kanserin en belirgin semptomu postmenopozal kanamadır. Vajinal kanama, adet kanaması, karında dolgunluk gibi belirtiler erken evrelerde ortaya çıkabilirken ileri evrelerde düzensiz veya düzensiz vajinal kanamalar meydana gelebilir. Endometrial kanserin doğru teşhisi için endometrial kürtaj gereklidir. Pap-smear, endometriyal kanseri tespit edebilir. Endometrium kanserinde histeroskopi ve rahim boşluğunun vajinal ultrason ile değerlendirilmesi erken tanı için önemlidir. Bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme, hastalığın lokal ve uzak yayılımını tespit etme yöntemleridir. Premenopoz sırasında ani ağır adet kanaması, endometriyal kanser belirtisi olabilir (Çelik C, 2022; Servikal Kanseri, 2022; Şahin NH. 2015; Dizdar O , 2013).

### 1.1.3. Over kanseri

Over kanseri, Globacan (Global cancer observatory) 2018 verilerine göre dünyada en fazla görülen kanserler arasında 8.sıradadır ve mortalite oranı en yüksek olan jinekolojik kanserdir. Avrupalı kadınlarda, over kanseri 2012 yılında kaydedilen 70.000'den fazla vaka ile beşinci en yaygın görülen kanser olmuştur (Globacan,2018). Endüstrileşmiş ülkelerde daha yaygın görülmektedir (Brown,2015). Over kanseri görülme sıklığı yaş ortalaması 63'tür (Ohjm,2021; NCI, 2021) ve mortalite 65-74 yaş arası kadınlarda en fazladır. Beş yıllık sağkalım oranları 1975'te %20'den 2006'da %38,9'a yükselmiştir. 10 yıllık sağkalım oranı ise 1971-1975 yılları arasında %20'den 1996-2000 yılları arasında %33,3'e çıkmıştır. Sağkalım oranlarındaki bu artış, erken teşhis durumuna, gelişmiş tedavi yöntemlerine ya da iyi prognoza sahip olan tümörlere bağlı olabilir (Amerikan, 2017). Over kanseri genellikle ileri evrede tanı alır. Hastalar anormal vajinal kanama, kabızlık, idrar kaçırma, karında gerginlik, şişlik ve basınç, şikayetleri ile kliniğe gelirler.

Over kanseri için risk faktörleri arasında 40-65 yaş arası kadınlar, Asyalı kadınlar, hiç doğum yapmamış kadınlar, ailesinde over veya endometriyal kanser öyküsü olan kadınlar, over aralıkları uzun olan kadınlar ve menopozdaki kadınlar bulunur (NCI, 2021). Over kanseri gelişiminde genetik faktörlerin rol oynadığına inanılmaktadır. Diğer risk faktörleri ise 40 yaş üzeri ve aile içerisinde meme, over, endometriyal ve kolon kanseri, erken menarş, geç menopoz, over disfonksiyonu, etnik köken, sanayileşmiş ülkelerde yaşama, aşırı kahve tüketimi, çok fazla içme gibi. A ve C vitaminleri sebze ve meyvelerin yetersiz tüketimi şeklindedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022).

Oral kontraseptif kullanımının ovulasyonu baskıladığı için over kanserine karşı koruma sağladığı varsayılmaktadır. Kadınlarda salpingo-ooferektomi, over ve fallop tüpü kanseri için önleyici tedbirlerden biridir. Over kanserini teşhis etmek için bir laparotomi veya laparoskopi yapılır (Rogers L, 2012).

Over kanseri artması riski ile ilişkili faktörler arasında aile öyküsü önem arz etmektedir. Hamilelik ve oral kontraseptifler yumurtlamayı baskılayarak yumurtalık kanseri insidansını azaltır (National cancer institute, 2021). Menopoz sonrası 6 aydan fazla östrojen replasmanı kullanan kadınlarda doğum kontrol hapı kullanım süresine bağlı olarak over kanseri riskinin %30-40 oranında azaldığı ve over kanseri görülme sıklığının arttığı gösterilmiştir (NCI, 2021). Pelvik muayene, serum tümör belirteci (CA125) ve vajinal ultrason ile erken tanı konulabilir. Ancak bunlar hassas testler değildir ve risk altındaki kadınların izlenmesi gerekir (NCI, 2021; ESGO,2018).

#### **1.1.4. Vajen kanseri**

Kadınlar arasında en nadir görülen kanserdir. İnsidansı 100.000'de bir olup, genital kanserlerin %1,5-3'ü vajina kanserleridir (Yıldırım N. ve ark. 2013). Vajinal kanser için risk faktörleri arasında 50-70 yaş, intrauterin DES maruziyeti, pelvik radyasyon, vajinal peser kullanımı, genital HPV enfeksiyonu ve HSV tip II ve serviks kanseri öyküsü bulunur (National cancer institute, 2021). Genellikle 50-70 yaş arası kadınlarda görülür. Vajinal kanser görülme prevalansı yaşla ile artmaktadır. 1990'lardan itibaren insidans ve mortalite oranları yılda yaklaşık % 1 oranında azalmıştır. Vajinal kanserlerin %32'sine erken evrede tanı konulmaktadır ve 5 yıllık sağkalım oranı %47'dir. Vajinal kanser, jinekolojik kanserler arasında en az rastlanan kanser türüdür; ABD'de her yıl 100.000 kadından 1'i tanı almakta veya hastalıktan yaşamını kaybetmektedir (Topçu,2019).

Kadınlar genellikle postmenopozal kanama veya kanlı akıntı ile hastaneye başvururlar. Teşhis için tam bir öykü, pelvik muayene, servikal yayma, endometriyal örnekleme, vajinal kolonoskopi ve vajinal biyopsi gerekir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2022). Sitoloji ve biyopsi ile tam bir tanı konur. Hastalığın yaygınlığını belirlemek için bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans görüntüleme, sistoskopi ve rektoskopi yapılmaktadır (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2021). Klinik tanı vajinanın görsel muayenesi ve palpasyonu ile konur (NCI, 2021). Rahim ağzı kanseri için en yaygın tedavi radyasyon tedavisidir. Evre I ve IIA olan hastalarda radikal histerektomi ve vajinoplasti uygulanmaktadır (NCI 2021, Çelik Ç. ve ark. 2022). Evre 3 ve 4 hastalar pelvik radyoterapi ve ardından radikal cerrahi ile tedavi edilir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2022).

#### **1.1.5. Vulva kanseri**

Kadın kanserlerinin yaklaşık %5'ini oluşturur. Son yıllarda human papilloma virüs enfeksiyonundaki artışa bağlı olarak vulva kanseri insidansı artmıştır (Yıldırım N, 2013). Genellikle menopoz sonrası kadınlarda ve yaşlılarda görülmüştür. Yavaş büyür ve yayılır, geç metastazlara neden olmuştur (ESGO,2017; NCI, 2021). Risk faktörleri 60 yaş üstü, kronik vulva distrofi (menopoz sırasındaki kronik östrojen eksikliğine bağlı), kronik purrit, cinsel yolla bulaşan hastalık öyküsü, sigara, çok eşli cinsel ilişki ve bağışıklık sistemini baskılayan ilaçları içermektedir (NCI, 2021; Özerdoğan N, 2017). 2018'de ABD'de 6,190 kişinin vulva kanseri tanısı aldığı ve bu yüzden 1.200 ölüm olduğu görülmüştür. 5 yıllık sağkalım oranı ise %71'dir (NCI, 2021). 1990'lardan beri insidans ve mortalite hızı çok az artış göstermiştir (NCI,2021). 2018'de ABD'de 6,190 kişinin vulva kanseri tanısı aldığı ve bu yüzden 1.200 ölüm olduğu görülmüştür. 5 yıllık sağkalım oranı ise %71'dir (NCI, 2021). 1990'lardan beri insidans ve mortalite hızı çok az artış göstermiştir (NCI, 2021).

Kaşıntı, cinsel organların sürekli ıslaklığı, kötü hijyen ve lezyonları olan hastalarda tanı konmaktadır. Sağkalım oranı %70-80'dir (Çelik Ç. ve ark., 2022; Şahin NH. 2015). Pap-smear ve gonad testi ile tanı konmaktadır. Kanserli tümörlerin tedavisinde cerrahi müdahale olarak vajinanın lokal rezeksiyonu tercih edilmektedir. Bu yöntemle hastalar fiziksel ve psikolojik olarak daha az etkilenmekte ve cinsel yaşamlarına daha etkin bir şekilde devam edebilmektedir. İki veya daha fazla pozitif lenf nodu olan hastalar radikal cerrahi için uygun değildir ve radyasyon tedavisi veya kemoterapi ile tedavi edilmektedir (NCI, 2021).

### **1.1.6. Tuba uterina kanseri**

Tuba uterina kanseri son derece nadir ve agresif olan jinekolojik kanserlerdir. Günümüzde tuba uterina kanseri, klinik ve histolojik olarak over kanserine benzediği ve çoğu zaman kesin bir şekilde ayırt edilemediği için over kanseri ile aynı şekilde ele alınmakta ve tedavi edilmektedir. Tuba uterina kanserleri, kadın genital kanserlerinin %0,3-1,6'sını oluşturmaktadır (ESGO,2017; Vardar, 2017). Amerika Birleşik Devletleri'nde 100.000 kadında 0. 1 vakada görülür ve yaygınlığı yaşa göre değişir. Genç kadınlarda 100.000'de 0.02 iken, 70 yaşından sonra 100.000'de 1.63'e yükseliyor. Yine ABD popülasyonunda over ve diğer genital kanserlerin insidansı yıllar içinde azalmasına rağmen Tuba uterina kanserinde böyle bir eğilim gözlemlenmediği görülmüştür (Vardar, 2015).

Tuba Uterina tanısının güçlüğü nedeniyle gerçek insidansın daha yüksek olabileceği düşünülmektedir (Serçekuş, 2015). Tuba uterina kanserinin etiyojisi kesin olarak bilinmemekle birlikte kronik fallop enflamasyonu, infertilite, tüberküloz salpinjit ve tubal endometriozis ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Serçekuş,2015). Tuba uterina kanseri etiyojisinde genetik faktörler de önemlidir: Tüm jinekolojik kanserlerin %1-2'sinde görülen ancak çok hızlı ilerleyen bir kanser türüdür. Genellikle tek taraflıdır. Nedeni bilinmemektedir (Bal ve Şahin 2015).

En sık görülen semptom vajinal kanamadır. Ayrıca vajinal akıntı veya alt karın bölgesindeki ağrı, pelvik bölgedeki basınç midede asit birikimi ve kitle oluşumuna bağlı semptomlara neden olmaktadır (Cohen,2019; Bal ve Şahin 2015). Tanı ultrason, manyetik rezonans görüntüleme, laparoskopi ve Ca 125 ve Ca 19-9 tümör belirteçleri ile konmaktadır (Bal ve Şahin 2015). Cerrahi bir işlemden sonra kesin tanı konulabilmektedir (Kaba,2015). Tuba uterina kanseri tedavisi, over kanseri tedavisine benzemektedir. Cerrahi ve diğer müdahaleler kullanılır. Omentektomi, total abdominal histerektomi ve bilateral salpingo-ooforektomi (TAH BSO) ile gerçekleştirilmektedir. Kemoterapi ameliyattan sonra verilmektedir (Hacker, 2015).

### **1.1.7. Jinekolojik kanser tedavisi**

Jinekolojik kanser tedavisi sırasında diğerkanserlerin karşılaştığı sağlık sorunlarının yanı sıra beden imajı, cinsellik ve üreme kapasitesi ile ilgili bireyi ve ailesini etkileyen önemli sağlık sorunları bulunmaktadır (Dıcutment,2015; Datta NR., 2017). Kanser teşhisi konan hastaların tedavisi, hastalığın evresine ve bireysel özelliklerine göre değişmektedir. Tedavi seçenekleri arasında kemoterapi, kemik iliği nakli (BMT), kök hücre nakli, cerrahi ve radyasyon tedavisi yer alır. Tedavi için bu yöntemlerden biri veya birkaçı kullanılmaktadır (WHO, 2020).

Serviks kanseri için standart tedavi, rahim ağzının alınmasıdır. Tümörün evresi ameliyatın kapsamını belirlemektedir. Nüks geçiren ve ameliyat edilemeyen hastalara kemoterapi önerilmektedir. Tümörün çapı 4 cm'den fazla ise radyasyon tedavisi yapılmaktadır. İlerlemiş kanser tedavisinde radyasyon tedavisinin etkinliğini artırmak için kemoterapi kullanılmaktadır (Datta NR. et al, 2017).

Total abdominal histerektomi-bilateral salpingo-ooferektomi endometriyal kanserin erken evrelerinde yapılırken, ileri evrelerde pelvik, oral ve para-aortik lenf nodu diseksiyonu, omentektomi ve perinotal lavaj yapılmaktadır (Nama,2015; Wild CP ,2020). Endometrium kanserinin ileri formlarında cerrahi tedaviye ek olarak pelvik ve abdominal radyasyon tedavisi, bazı durumlarda kemoterapi birlikte kullanılmaktadır (TÜİK, 2019).

Over kanseri tedavisinde ana adım cerrahidir. Tanıyı doğrulamak ve tümörün evresini belirlemek için cerrahi tedavi yapılır. Ameliyattan sonra hastalığın evresine göre kemoterapi veya radyasyon tedavisi verilir. Rezidüel mikroskobik tümörleri olan hastalara radyasyon tedavisi verilir (GLOBOCAN,2018)

Kanser tedavisi, tümörün evresine ve metastaz durumuna bağlıdır. Beyin kanseri radyoterapiye çok duyarlıdır. Radyasyon tedavisi, ileri evrelerde tümörleri küçültmek için kullanılır. Kemoterapiye oldukça dirençlidir ve kanseri küçültmek ve radyasyon tedavisinin etkinliğini artırmak için kemoterapinin ileri evrelerinde kullanılır. Vajinal kanser tedavisinde ilk adım radyasyon tedavisidir. Evre 1'de ameliyat yapılabilir (Nazik ve ark, 2022).

### **1.2. Jinekoloji Onkoloji Tanısı Alan Kadınlarda Algılanan Sosyal Desteğin Posttravmatik Stres Bozukluğuna Etkisi**

Travma, bireyin ruhsal ya da fiziksel sağlığını tehdit eden, sarsan ya da yaralayan tüm olayları ifade edebilir (Özkul,2019). Psikolojik travma olarak tanımlanabilecek hayal kırıklıklarının ve çatışmaların çoğu yaşamda kaçınılmazdır ve kendini geliştirme ve olgunlaşmada gerekli bir yere sahiptir. Öz-güç, engeller karşısında dayanıklılık geliştirebilir. Bununla birlikte, her engel ve çatışma, kişisel gelişim üzerinde olumlu bir iz bırakmaz. Bunlardan bazıları yaralanmaya neden olabilir. Bunlar, kendini geliştirme sürecini kesintiye uğratan, saptıran, yavaşlatan,

durduran veya tersine çeviren süreçlerdir. Burada tek başıma üstesinden gelemeyeceğim ve ortadan kaldıramayacağım bir uyararla karşı karşıyayım (Toker, 2017).

Travmaya karşı psikolojik tepki üzerine ilk çalışma 1957'de Kanada'nın Tyhurst kentinde yapıldı. İki büyük yangın felaketini değerlendirerek, mağdurların davranışlarını dört grupta değerlendirdi. Mağdurların %5-12'si durumu doğru değerlendirebildi, bir plan yapabildi ve bir bilinç durumunu koruyarak bunu uygulayabildi. Dikkat sorunları, otonomik refleksler ve davranışların %75'i normal tepkiler olarak tanımlanabilir. %10-25'i kafa karışıklığı, felç, hareket edememe, ağlama veya çılgılık atma gibi uygunsuz tepkiler verdi. %1-2'si psikotik tepkiler göstermiştir (Shalev, 2017).

### **1.2.1. Jinekoloji kanser tanısı almak ve emosyonel sorunlara etkisi**

Travma sonrası stres bozukluğu en yaygın travma sonrası stres bozukluğudur (Özkul,2019). TSSB, kişinin yaşamını tehdit eden bir olay (şiddet, tecavüz, kaza, doğal afet) sırasında yoğun korku ve çaresizlik yaşadığı ve olay bittikten sonra şiddetli kaygı ve stres belirtilerinin devam ettiği ruhsal bir bozukluktur.

DSM-5'e göre (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013), TSSB'yi teşhis etmek için aşağıdaki kriterler değerlendirilir.

1. Aşağıdaki yöntemlerden biri (veya daha fazlası) ile gerçek veya ölüm tehdidi, ağır bedensel zarar veya cinsel saldırı:
  - Ani travmatik olaylar yaşamak.
  - Başkalarının başına gelenleri doğrudan görmek (tanık olmak).
  - Bir aile üyesinin veya yakın bir arkadaşının üzücü bir olay yaşadığını bilmek. Bir aile üyesinin veya arkadaşının ölümü veya ölüm olasılığı, kuvvet veya kaza nedeniyle olmalıdır.
  - Travmatik olayın hoş olmayan ayrıntılarına tekrar tekrar veya aşırı maruz kalma.
2. Travmatik bir olaydan sonra ortaya çıkan travma sonrası istemsiz semptomların bir veya daha fazla belirtisi;
  - Travmatik olayın yineleyici, istem dışı ve istem dışı anımsamaları.
  - İçerik veya duygu bakımından travmatik olaylarla ilgili kalıcı sıkıntılı rüyalar.
  - Travmatik olayın yeniden yaşanmış gibi hissettiği veya davrandığı bir çözülme tepkisi.



- Travmatik olayı simgeleyen ya da tetikleyen iç ya da dış uyaranlarla karşı karşıya kaldığında şiddetli ya da uzun süreli zihinsel sıkıntı yaşamak.
  - Travmatik olayı simgeleyen veya tetikleyen iç veya dış uyaranlara verilen özel fizyolojik tepkiler.
3. Aşağıdakilerden birine veya her ikisine göre, travmayı takiben travmatik olayla ilişkili uyaranlardan sürekli olarak kaçınma:
- Travmatik olayla ilişkili ya da yakından ilişkili sıkıntı veren anılar, düşünceler ya da duygulardan kaçınma ya da kaçınmaya çalışma.
  - Travmatik olayla ilgili ya da yakından ilişkili sıkıntı veren anıları, düşünceleri ya da duyguları tetikleyen dış anımsatıcılardan (kişiler, yerler, konuşmalar, etkinlikler, nesnelere, durumlar) kaçınma ya da kaçınmaya çalışma.
4. Travmatik olayla ilgili, travmatik olaydan sonra başlayan veya kötüleşen olumsuz bilişsel ve duygusal değişiklikler, aşağıdaki göstergelerden iki veya daha fazlası ile ifade edilir.
- Travmatik olayın önemli bir bölümünü hatırlayamama (özellikle dissosiyatif amnezi ile ilişkili).
  - Kendisi, başkaları ve dünya hakkında kalıcı ve abartılı olumsuz inançlar ve beklentiler.
  - Travmanın nedenleri ve sonuçları hakkında kişinin kendisini ve başkalarını suçlamasına yol açan kalıcı, çarpık bilişler.
  - Kalıcı olumsuz duygusal durum.
  - Önemli olaylara ilgi ve katılımında önemli bir azalma.
  - Yabancılaşma ve yabancılaşma duyguları.
  - Sürekli olarak olumlu duygular yaşayamama
5. Travmatik olayla ilgili, travmatik olaydan sonra başlayan veya kötüleşen olumsuz bilişsel ve duygusal değişiklikler, aşağıdaki göstergelerden iki veya daha fazlası ile ifade edilir.
- Travmatik olayın önemli bir bölümünü hatırlayamama (özellikle dissosiyatif amnezi ile ilişkili).
  - Kendisi, başkaları ve dünya hakkında kalıcı ve abartılı olumsuz inançlar ve beklentiler.
  - Travmanın nedenleri ve sonuçları hakkında kişinin kendisini ve başkalarını suçlamasına yol açan kalıcı, çarpık bilişler.
  - Kalıcı olumsuz duygusal durum.
  - Önemli olaylara ilgi ve katılımında önemli bir azalma.

- Yabancılaşma ve yabancılaşma duyguları.
  - Sürekli olarak olumlu duygular yaşayamama
6. Aşağıdaki belirtilerden iki veya daha fazlasıyla birlikte travmatik olayın ortaya çıkmasıyla başlayan veya kötüleşen, örseleyici olayla ilgili uyarılma ve tepki göstermede belirgin değişiklikler:
- İnsanlara veya nesnelere yönelik sözlü veya sözlü olmayan saldırganlık yoluyla ifade edilen öfkeli davranış veya öfke patlamaları.
  - Pervasız veya kendine zarar verici davranışlarda bulunmayın.
  - Daima uyanık olun.
  - Aşırı irkilme tepkisi.
  - Konsantrasyon zorluğu
  - Uyku bozuklukları
7. Bu bozukluğun süresi (B, C, D, E kriterleri) bir aydan fazladır.
8. Bozukluk klinik olarak belirgin depresyona ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.
9. Bu bozukluk, herhangi bir maddenin fizyolojik etkilerine veya diğer tıbbi durumlara bağlanamaz.

Travma sonrası stres bozukluğu, DSM-IV'te anksiyete bozukluğu, DSM-5'te ise travmaya bağlı bir bozukluk olarak sınıflandırılmaktadır. DSM-IV travma tanımı, ölüm, ciddi yaralanma veya kişinin veya başkalarının fiziksel bütünlüğüne yönelik tehditleri içerir. DSM-5, travmayı bir olayın kendisini deneyimlemek veya tanık olmak olarak tanımlar. DSM-IV, bir kişinin travmatik bir olaya tepkisini yoğun çaresizlik, korku ya da terör olarak tanımlarken, DSM-5 bunu yapmaz.

Kriter A, travmatik olayları travmatik olmayan ancak bireyde stres yaratan travmatik olaylardan ayırt etmek için tanımlanmıştır. Ayrıca korku, çaresizlik, terör duyguları yaşamayan bir kişi DSM-IV'e göre daha detaylı olan bu çerçevede değerlendirilir. DSM-5'te "kendinin ve başkalarının fiziksel bütünlüğü" belirsizliği ortadan kaldırılmakta ve cinsel şiddet ifadesi A Ölçütüne dahil edilmektedir (Şar, 2010).

Kriter B, "travmatik olayı yeniden deneyimlemeyi" ele alır. Bu belirtiler DSM-5'te travmatik olayın sürekli olarak yeniden yaşanması olarak tanımlanır. Bu istemsiz hüznü anılar, depresif ataklardan (B1) ayırt edilir ve hatırlamanın dissosiyatif bir deneyim olduğunu vurgular (B3) (Özkul,2019).

Kriter C, "uyarandan kaçınma" anlamına gelir. Önemli etkinliklere katılım, ilgi kaybı, başkalarından geri çekilme, sınırlı duygusal aralık ve geleceksizlik hissi DSM-IV C ve DSM-5 kriterlerinde yer almaktadır (Özkul,2019).

DSM-5 de yer alan D kriterlerinde (D1) dissosiyatif amnezinin daha spesifik bir tanımı yer almaktadır. Travma nedeniyle kendini suçlama ile ilgili bir madde (D3) ve korku, çaresizlik ve dehşetten daha geniş bir duygu yelpazesini tanımlayan bir madde (D4) eklenmiştir (Özkul,2019).

Öfke, DM-IV'ün D kriteri ve DSM-5'in E kriteri ile tanımlanır. Saldırgan duygulara ve kendine zarar verici davranışlara ilk kez yer verilmiştir (Özkul,2019).

Travmatik olayı takiben TSSB belirtileri üç grupta değerlendirilmektedir. Bunlar; (a) travmatik olayı yeniden yaşama, (b) travmayı hatırlatan tüm uyaranlardan kaçınma, sosyal geri çekilme ve (c) aşırı uyarılma ve gevşeyememe (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). Travmayı yeniden yaşamak duygusal, düşünce ve fizyolojik tepkilerde kendini gösterir. Bilişsel yeniden deneyimleme, tekrar eden sahneleri, düşünceleri, kâbusları ve travma anılarını içerir. Duyguları yeniden yaşamak, kaygı, öfke ve davranışsal huzursuzluk şeklinde ifade edilir. Davranışsal yeniden deneyimleme, travma sırasında yaşanan saldırgan dürtülerin yeniden yaşanması sonucunda çevredeki öfkeyi içerir. Fizyolojik duyular şeklinde yeniden deneyimlendiğinde, bireyde fizyolojik belirtiler ortaya çıkar. Bunlar uykusuzluk, konsantrasyon güçlüğü, baş ağrıları, mide-bağırsak şikayetleri ve taşikardi olarak adlandırılabilir. Başa çıkma, travmatik olayla ilgili düşüncelerden, duygulardan, konuşmalardan, yerlerden, insanlardan, faaliyetlerden veya anılardan kaçınmayı içerir. Kaçınma, bireyleri travmanın etkilerinden korur (Yehuda,2015).

TSSB'nin toplumdaki yaygınlığı bilinmemekle birlikte, TSSB'nin yaşam boyu yaygınlığı %1 ile %14 arasında değişmektedir. TSSB insidansı, olaya ve maruz kalma düzeyine bağlı olarak değişmektedir (Yehuda,2015).

Bazı çalışmalar, yaşanan yaralanma türünde cinsiyet farklılıkları olduğunu göstermiştir. Örneğin, Kessler ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, erkeklerde en sık TSSB nedenleri savaş, ani ölüm veya ciddi yaralanma iken, kadınlarda en sık TSSB nedenleri tecavüz ve cinsel istismardır. Tecavüz sonrası TSSB insidansı, ani ölüm veya ağır travma sonrası kadınlarda %48,4 ve erkeklerde %10,4'tür (Rigby,2019).

Travmatik bir olayın varlığı TSSB gelişiminde tek faktör değildir. Hastalığın gelişimine birden fazla faktörün katkıda bulunduğu inanılmaktadır. Travma yaşayan tüm insanlar TSSB geliştirmez. Stres, TSSB gelişimine katkıda bulunan faktörlerden biridir. Birey için olayın öznel anlamı da önemli bir faktördür (Rigby,2019). Travma öncesi yatkınlık ve travmatik süreçteki çevresel faktörler TSSB'nin gelişimini belirler. Davidson'a (1993) göre ağır travmalarda travmaya bağlı faktörler TSSB'ye neden olurken, hafif travmalarda bağımsız faktörler TSSB belirtilerine neden olur (Kılıç ve ark. 1999). Öztürk ve Uluşahin'e göre TSSB gelişimi için risk

faktörleri şunlardır: travma öncesi faktörler, kadın cinsiyet, önceki travma öyküsü, ruhsal hastalık öyküsü, travmanın şiddeti, travmanın neden olduğu hasar, yanlış baş etme yöntemleri, sosyal çevre eksikliğidir (Yehuda,2015).

TSSB için tedavi seçenekleri hastanın ihtiyaçları, sosyal destek sistemi ve kültürel faktörler değerlendirilerek belirlenmelidir (Rigby,2019).

Bir krizde yapılacak ilk şey fiziksel çevreyi düzenlemektir. Tedavinin temel amacı, kişinin kaygısını kontrol altına almak ve normal işleyişine dönmektir (Özkul,2019).

TSSB tedavisinde çeşitli farmakolojik ve psikolojik yöntemler kullanılmaktadır. Hastalığın belirtileri ağırlaşmıyorsa önce psikoterapi, belirtiler ağırlaşıyorsa ilaç tedavisi ve psikoterapi birlikte uygulanacaktır (Yehuda,2015).

### **1.3. Jinekolojik Kanser Tanısı Alan Hastalarda Posttravmatik Stres Bozukluğu**

Jinekolojik kanser tanısı, kadın ve kız çocuklarının tanı konulduktan sonra fiziksel, psikolojik ve diğer birçok sorunla karşı karşıya kaldıkları travmatik bir olaydır (Körükçü, 2018). Tedavi sürecinin sonuna kadar jinekolojik kanser sadece kadınları öldürmekle kalmayıp bireyi, eşini, ailesini, kısacası tüm mahalleyi psikolojik, maddi ve manevi olarak olumsuz etkilemektedir (Korukcu,2017). Ayrıca jinekolojik kanserli kadınlarda kullanılan tüm cerrahi işlemler ve tedavi süreçleri (kemoterapi, radyasyon tedavisi) kadınlığı bozabilir. Bu anlam kaybı nedeniyle kadın özgüvenini kaybedebilir, kendini yetersiz ve yetersiz hissedebilir. Jinekolojik kanserli kadınlarda tedavi süreci; libido eksikliği disparoniye yol açar ve yaşam kalitesini olumsuz etkiler (Korukcu,2017).

Jinekolojik kanser teşhisi; Yaş, etnik köken veya kanserin evresi ne olursa olsun kadınlara ve çevrelerine zarar verir (Alan,2015) Jinekolojik kanserin belki de en zor ve benzersiz özelliği, tanı ve tedavi sırasında kadınların en mahrem yerlerini göstermek zorunda olmalarıdır (Körükçü, 2018). Jinekolojik kanserli kadınlar, depresyon, kansere bağlı depresyon ve klinik bakım ihtiyacında önemli bir artış yaşar ve bu da tanıdan sonra bu tür sıkıntılarını şiddetlendirir (Manne ve ark., 2017).

Posttravmatik stres bozukluğu, kişinin hayatındaki korkunç bir olaya tanık olması veya tanık olması nedeniyle oluşan bir ruh sağlığı bozukluğudur (Erdoğan, 2015). Bir kanser teşhisi, DSM-5 tanı kriterlerinde (APA, 2020). Travmatik bir olay olarak yaşamı tehdit eden bir hastalık olarak kabul edilmektedir. Kanser teşhisi konulduğunda kişi ölüm kaygısı, hastalıkla ilgili belirsizlik, tedavi sonrası tekrarlama korkusu vb. durum, travma sonrası strese yol açan potansiyel bir psikolojik stres durumu haline gelir (Park ve diğerleri, 2018). Kanserden kurtulanlarla ilgili geniş bir çalışmada, hastaların %21,7'sine kanser teşhisinden 6 ay sonra TSSB teşhisi kondu ve hastaların %6,1'i 4 yıl sonra hala TSSB yaşadı. (Chan ve diğerleri, 2018). Andrykowski ve arkadaşlarının meme kanserli kadınlarla yaptıkları bir çalışmada; kanser

hastaları tedaviyi tamamladıktan sonra tüm travma sonrası stres bozukluğu semptomlarında bir azalma bildirdi. Kangas ve arkadaşları çeşitli kanser türleriyle ilgili bir çalışmada kanser hastalarında travma sonrası stres bozukluğu insidansının %4-6 olduğunu bildirmiştir. Kanser hastalarının bir meta-analizinde, travma sonrası stres bozukluğu olan hastalarda sıklığı %12,6 olarak bildirmişlerdir (Abbey ve ark., 2015).

Posttravmatik stres bozukluğu, travmaya yanıt olarak ortaya çıkan belirli bir depresyon şeklidir (Roberts ve diğerleri, 2019). Jinekolojik kanserle savaşıyan kadınlar genellikle travma sonrası stres, depresyon, öfke, fiziksel değişikliklerin neden olduğu kaygı, kanserin tekrarlama korkusu, aile baskısı, sosyal ve ekonomik sorunlar ve diğerleri ile uğraşmak zorundadır (Oh ve diğerleri, 2021). Tüm kanser türlerinin neden olduğu durumlara ek olarak kadınlarda jinekolojik kanser; Cinselliği, doğurganlığı, öz farkındalığı ve psikolojik sağlığı etkiler. Tung ve diğerleri (2018) tarafından yapılan kesitsel bir çalışmada; Burada jinekolojik kanserli kadınların (%52) depresyonu, yarısından fazlasının (%56) travma sonrası stres bozukluğu var. Aynı çalışma aynı zamanda jinekolojik kanserli kadınların travma sonrası stres bozukluğu düzeylerinin daha yüksek olduğunu ve depresyonun önünü açtığını bulunmuştur.

Jinekolojik kanser tanısı almış kadınlarla yapılan bir çalışmada; Kadınlarda TSSB sıklığı %9,25 ile %70 arasında değişmektedir (Shand ve ark., 2015). Kadınlarda en az iki TSSB belirtisi vardır (Hill ve Watkins, 2017). Travma sonrası stres belirtileri, hatta travma sonrası stres bozukluğu kanserli kişilerde ayrı ayrı ortaya çıkabilir. Öte yandan, over kanseri olan kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada, yüksek TSSB semptomları olan kadınların yumurtalık kanseri geliştirme olasılığı, travması olmayan kadınlara göre iki kat daha fazladır (Roberts ve ark., 2019). Travma sonrası stresin bir sonucu olarak, jinekolojik kanser teşhisi konan hastalar TSSB için yüksek risk altındadır (Oh ve ark., 2021).

#### **1.4. Sosyal Destek**

Birçok araştırma, sosyal desteğin ruh ve beden sağlığı üzerinde koruyucu ve olumlu etkileri olduğunu göstermiştir (Özdemir,2017).

Bu çalışmaların amacı, sosyal desteğin bireyleri psikolojik ve fiziksel belirtilerden koruduğunu ortaya koymaktır (Özdemir,2017).

Kaplan ve Cullilea sosyal desteği, insanların kısa vadeli krizler, yaşam döngüleri ve stresörlerle başa çıkmalarına yardımcı olmak için çevreleriyle kurdukları bağlantılar olarak tanımlamıştır (Erarslan,2021)

Sosyal Destek; Zor durumda olan bir kişiye aile, arkadaşlar, komşular ve kuruluşlar tarafından sağlanan fiziksel ve duygusal destek olarak tanımlanabilir. Sosyal destek, sevgi, bağlılık, benlik saygısı ve bir gruba ait olma gibi temel ihtiyaçlarını karşılayarak kişinin psikolojik ve fiziksel sağlığını olumlu yönde etkiler.

Sosyal yanlısı bir ortam, duygularınızı paylaşmayı önemser. İnsanların ihtiyaçlarını karşılamak ve yaşamdaki değişikliklere uyum sağlamalarına yardımcı olmak için sosyal işlevleri yerine getirirler (Erarşlan,2021).

Allen ve arkadaşlarına göre sosyal destek ağları, kişinin kronik hastalığa uyumunu, sağlığını, ruh halini ve baş etme stratejilerini olumlu yönde etkileyebilir (Erarşlan,2021).

Toits, sosyal desteği, bireyin stresle başa çıkma çabalarına değer veren kişilerin eşlik etmesi olarak tanımlamıştır. Sosyal desteğin, kişinin duygusal tepkisinin değişmesine katkı sağlayarak etkili bir başa çıkma yöntemi olduğu söylenebilir (Erarşlan,2021).

Ancak araştırmalar, sosyal desteğin her zaman olumlu olmadığını ve bazen güçlü sosyal desteğin tam tersi etki yapıp diğer sosyal destekleri engelleyebileceğini göstermektedir. Bu nedenle kişinin hissettiği ve aldığı desteğin o kişiye faydalı olup olmadığı önemlidir (Özdemir,2017).

Sosyal destek üzerine yapılan son araştırmalar, bir sosyal destek sisteminin yeterliliğini, bireyin aldığı algılanan sosyal destekle ilgili olarak tanımlamıştır (Özdemir,2017).

Literatürde sosyal destek kavramı alınan ve algılanan sosyal destek olarak ikiye ayrılmaktadır. Sosyal destek, bir kişinin ihtiyaç duyduğunda sosyal kaynakların kullanılabilirliğini ifade eder ve bu, bireyin bakış açısıyla belirlenir. Algılanan sosyal destek, ruh sağlığı için alınan sosyal desteğe göre daha iyileştiricidir. Soria'nın sosyal desteğini, bir kişinin sosyal ağının yeterince destekleyici olup olmadığına dair genel bir izlenim olarak tanımlamıştır (Özdemir,2017).

Coşkun ve Akkaş'a göre sosyal desteğin işlevleri şunlardır: 1) Kişinin ihtiyaçlarını karşılayarak duygusal rahatlık sağlar. 2) Kişiyi sorunu hakkında rehberlik eder ve başa çıkma stratejileri sunar. 3) Kendini geliştirmeye yönelik geribildirimler vererek bireyin gelişimini destekler. 4) Günlük hayatta ve kriz zamanlarında iletişim yoluyla onları stresin olumsuz etkilerinden korur (Erarşlan,2021).

#### **1.4.1. Kişilerin kanserle baş etme stratejileri ve sosyal desteğin stresle başa çıkmadaki etkisi**

İnsanlar kanserin türüne ve evresine bağlı olarak farklı baş etme stratejileri kullanırlar. Örneğin; bu süreç, bireyin tanı anında hastalığı kabul etme konusundaki isteksizliği ve hastalığın ilerleyen dönemlerinde stresli olaylar meydana geldiğinde kaçınma stratejileri ile geliştirilebilir (Pushkarev,2018).

Literatürdeki araştırmalar, anksiyete ve depresyon için başa çıkma stratejilerinin yüksek oranda ilişkili olduğunu göstermektedir. Etkisiz başa çıkma stratejilerini kullanan bireylerin

depresyon ve anksiyete düzeyleri daha yüksek iken, sosyal destek alanların depresyon ve anksiyete düzeyleri daha düşüktür (Pushkarev,2018).

Sosyal desteğin insanları stres ve hastalığın olumsuz etkilerinden nasıl koruduğunu açıklayan Cohen ve Wills'in (Cohen ve Wills, 1985) iki teorisi bulunmaktadır:

**Tampon etki modeli:** Bir kişi stresli bir olaya uygun şekilde tepki vermediğinde stres oluşur. Aynı zamanda kişinin problem çözme becerileri de zorlanır. Araştırmalar, stres ve hastalık arasında önemli bir ilişki olduğunu göstermektedir. Stres, kişinin bağışıklık sistemini olumsuz etkileyerek sağlık sorunlarına neden olabilir. Sosyal destek, stres ve hastalıkta ikili bir rol oynar. Birincisi, kişi stresli olduğunda gerekli sosyal destek kaynaklarına erişebileceğini fark ederek stresin kişiye verdiği zararı azaltır. Bu nedenle birey, başa çıkma becerilerini yeniden değerlendirerek stresi önleyebilir veya azaltabilir. İkincisi, sosyal destek sistemleri çözümler getirerek sorunların önemini azaltır. Bu nedenle, insanların stres faktörlerini yeniden değerlendirmelerine izin vermek, strese karşı duyarlılıklarını azaltabilir ve sağlıklı davranışlara katkıda bulunabilir. Kısacası sosyal destek, uyum sağlama ve stresli durumlarla baş etme yoluyla stresin olumsuz etkilerini azaltarak bir tampon görevi görür (Pushkarev,2018).

**Ana etki modeli:** Bir ana etki modeli, sosyal desteğin stres altındaki bir kişiyi koruyabileceğini veya koruyamayacağını öne sürer. Herhangi bir durumda sosyal desteğin varlığının kişi üzerinde olumlu bir etkisi olabileceği öne sürülmüştür. Bu model, sosyal destek ile sağlık arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir. Sosyal desteğin kişinin fiziksel sağlığı üzerinde olumlu bir etkisi vardır ve kendisini daha iyi hissetmesini sağlar (Pushkarev,2018).

İnsanlar hayatın zorluklarıyla mücadele etmek için psikolojik desteğe ihtiyaç duyabilirler. Bu ihtiyaçların başında sosyal destek kavramı gelmektedir (Traş ve Arslan, 2013). Sosyal destek, çevrenin bireye sunduğu sosyal ve psikolojik destek bütünü olarak tanımlanabilir (Minna, 2017). Kişilerin karşılaştıkları olumsuz durumlardan tek başlarına kurtulamadıkları görülmektedir ve bu durum sosyal destek ihtiyacına yol açmaktadır (Santini, 2015). Bireyler; aileden, yakın arkadaşlardan ve çevreden gelen sosyal destek sorunlarının üstesinden gelebilir (Duran, 2018). İnsanın sosyal bir varlık olduğu ve yaşamının birçok alanında etkileşimde bulunduğu çevresiyle bütünleşerek yaşamını sürdürdüğü söylenebilir. İnsanların bazen sağladığı bazen de yararlandığı sosyal destek, bir hayatta kalma kaynağı ve önleyici özellik olarak son yıllarda ilgi konusu haline gelmiştir (Karal, 2020).

Bir kişinin annesi, babası, ailesi, eşi, sevgilisi ve arkadaşları onun en önemli sosyal desteğidir (Ja su, 2017). Bu açıdan bakıldığında insanların daha çok vakit geçirdikleri yakın çevrelerinin sosyal destek sistemlerini oluşturduğu söylenebilir. Algılanan sosyal destek, bireylerin başkalarıyla güvenilir bağları olduğu ve bu kişilerin onları desteklediği fikri olarak tanımlanabilir. Bu bağlamda algılanan sosyal destek, insanlarla olumlu bir ilişkimiz olduğu, sevildiğimiz ve takdir edildiğimiz hissini içermektedir (Karal,2020).

Yapılan tanımlamalardan hareketle sosyal desteğin bireyin iyilik hali üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğu söylenebilir. Birçok araştırma, sosyal destek sisteminin hem psikolojik hem de sosyolojik sorunların önlenmesinde, bu sorunların iyileştirilmesinde ve güçlüklerle karşılaşılmasında birey için güçlü bir destek olduğunu bulmuştur (Minna, 2017; Duran, 2018). Bireyin içinde bulunduğu stresli durumun farkında olması, bu duruma tepki vermesi ve durumla başa çıkabilmesi için sosyal çevresinden aldığı yardım önemli bir yarardır (Santini,2015).

Arıcıoğlu'na göre sosyal kaynaklardan iyi destek alan insanlar kendilerini daha mutlu ve üretken hissederler. Güçlü sosyal ilişkilere sahip bireylerin güçlü destek ağlarına sahip oldukları söylenebilir. Birçok çalışmanın sosyal desteğin ruh sağlığı ile olumlu bir ilişkisi olduğunu gösterdiği de bilinmektedir. Psikolojik sorunların daha kolay ya da daha zor çözümlenmesinde aile, arkadaş ve yakın çevrenin desteği önemli rol oynamaktadır (Yılmaz ve ark 2015). Sosyal destek, stres faktörlerini tamamen ortadan kaldırmasa da bireylerin kaygılarını azaltmakta, olaylara olumlu bakma isteklerini artırmakta, stresle başa çıkmanın yeni yollarını bulmakta ve stresle başa çıkmada yardımcı olmaktadır (Avcı ve Doğan, 2014).

İnsanların salgın döneminde sosyal çevresinden aldığı desteğin özgüvenlerini artırdığı söylenebilir. Bu nedenle sosyal destek kavramının, kişilerin yıkıcı etkileri olabilen travmatik olaylardan sonra stresle yüzleşmeleri ve günlük yaşama uyum sağlamaları üzerinde psikolojik sağlamlıkları üzerinde büyük etkisi vardır. (Soylar ve Genç ,2016). Ruh sağlığı sorunlarının kanser hastalarında tedaviyi etkilediği ve ölüm riskini artırdığı bilinmektedir (Çalışkan,2015). Jinekolojik kanserli hastalarda kanser hakkında konuşmamak, travma ile ilgili duygu ve düşüncelerden kaçınmak ve destekleyici bir ortamın olmaması nedeniyle depresif belirti görülme riski artmaktadır (Çalışkan,2015).

Malyn ve ark. çalışmasında destekleyici insanların olduğu hastalarda daha az depresyon ve kaygı belirtileri gösterdikleri görülmüştür. Bu konuda yapılan benzer araştırmalar, jinekoloji kanseri tedavisi sırasında eş desteği ve empatinin daha az depresif belirtilerle ilişkili olduğunu ve daha iyi aile desteğinin depresyon riskini azalttığını bildirmektedir (Karal, 2020). Jinekoloji Kanserli kadınlara yönelik sosyal destek, kanserin iyileşmesi ve tedavisinde çok etkili bir kaynaktır. Hastaların eşlerinden ve ailelerinden aldıkları sosyal destek, kadınlarda kansere bağlı psikolojik sıkıntıyı azaltmaktadır. Birçok çalışma, jinekolojik kanserli kadınların eşlerini veya sevdiği kişilerin en önemli sosyal destek kaynağı olarak gördüklerini göstermiştir. Arkadaşları tarafından sağlanan sosyal desteğin, hastaların genel sağlığı üzerinde olumlu etkisi olduğu söylenmektedir. Bir sosyal destek grubu genellikle aile üyeleri, akrabalar, arkadaşlar ve sağlık ekibinden oluşur. Jinekolojik kanser hastalarına verilen sosyal destek, uyum sürecinde yaşanan depresyon ve psikolojik sorunları azaltmada çok önemli bir araçtır ve hastaların stresle baş etmelerine yardımcı olduğu görülmüştür (Karal, 2020)



## 2.BÖLÜM

### MATERYAL VE YÖNTEM

#### 2.1.Araştırmanın Şekli

Bu araştırma Jinekolojik onkoloji tanısı alan kadınlarda algılanan sosyal desteğin posttravmatik stres bozukluğuna etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

#### 2.2.Araştırmanın yeri ve zamanı

Bu çalışma Ankara Şehir Hastanesi Jinekoloji onkoloji biriminde kanser tanısı aldığı süreden bir yıl kadar zaman geçmiş olan kadınlar ile 20 Nisan 2022- 1 Ekim 2022 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

#### 2.3.Araştırmanın evreni ve örnekleme

Çalışmanın evrenini 28 ile 91 yaşları arasında, Ankara Şehir Hastanesi Jinekoloji onkoloji biriminde kanser tanısı aldığı süreden bir yıl kadar zaman geçmiş olan kadınlardan oluşturmaktadır. Çalışmanın örnekleme hacmi Basit Rastgele Örnekleme yöntemi ile belirlenmiştir. Evreni bilinen Örnekleme Yöntemi kullanılarak aşağıda belirtilen formül aracılığı ile minimum örnek hacmi 277 hesaplanmıştır (Sümbüloğlu K, 2019).

$$n = \frac{N.p.q.t^2}{(N-1).d^2 + p.q.t^2}$$

p=0,5 incelenen olayın görülüş olasılığı

q=0,5 incelenen olayın görülmeşiş olasılığı

N=1000 evrendeki birey sayısı

n=örnekleme alınacak birey sayısı

d=0,05 olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen sapma

t tablosunun teorik değeri, t=1.96 özgül serbestlik ve tespit edilen hata oranı formülüne göre çalışma örnekleme 277 kadın hasta dahil edilmiştir.

## **2.4. Veri Toplama Yöntemi**

Çalışma verilerinin toplanmasında, kişisel bilgi formu, Posttravmatik Stres Bozukluğu Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği kullanılmıştır.

### **2.4.1. Kişisel bilgi formu**

Veri toplama formu iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde; 9, ikinci bölümde 14 soru olmak üzere toplam 23 soru yer almaktadır. İlk bölüm kişisel bilgi sorularından oluşmaktadır. İkinci bölüm ise obstetrik ve jinekolojik ile ilgili sorulardan oluşmaktadır. Kadınlara yönelik kişisel bilgi formu literatür taranarak oluşturulmuştur (Kaya,2021; Şimşek,2018; Türkçü,2019).

### **2.4.2. Posttravmatik stres bozukluğu ölçeği (PTSB)**

Bu çalışmada, katılımcıların kanser teşhisi konulduktan sonra travma deneyimlerini ve bu duruma maruz kalma düzeylerini değerlendirmek için Posttravmatik Stres Bozukluğu Ölçeği (PTSB) kullanılmıştır. Toplam 9 sorudan oluşmaktadır. Hiç Biraz Orta Derecede Çok Güçlü 5 seçenek var. PTSB First, Spter, Gibbon ve Williams (1997) tarafından DSM-IV Eksen I tanıları için geliştirilen yarı yapılandırılmış bir klinik görüşme programıdır. Çorapçioğlu ve diğerleri, PTSB'in Türkçe uyarlama, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yürütmüştür (Çorapçioğlu ve diğerleri, 1999). DSM-IV kriterlerinin üçü de karşılanırsa travma sonrası stres bozukluğu tanısı konuldu.

Weathers ve arkadaşları (1993) tarafından geliştirilen bu test hem toplum çalışmalarında hem de başvuran hastada PTSB ölçütlerinin DSM-IV ölçütlerine göre incelenmesidir. DSM-IV'te yer alan tüm PTSB belirtilerini sorgulayabilen tanısız bir ölçek olarak kabul edilen PCL-C'nin psikometrik özelliklerini inceleyen bir çalışmada Ruggiero ve diğerleri (2003), çalışmanın iç tutarlılığının ve tanısız geçerliliğinin çok yüksek olduğu görülmüştür. Kocaoğlu ve arkadaşları (2005) ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapmışlar ve Türkçe versiyonun kişilik normal popülasyon örnekleminde yeterli düzeyde geçerlilik ve güvenilirliğe sahip olduğunu bulmuşlardır. (Cronbach's alpha =0.92). Bu ölçek bir kişisel bildirim ölçeği olduğundan, uygulayıcının niteliği önemsizdir. PCL-C, üç semptom kümesini içeren toplam 17 maddeden oluşan bir öz-bildirim ölçeğidir. Bunlardan 7'si kaçınma, 5'i aşırı duyarlılık ve 5'i semptomları yeniden yaşamakla ilgilidir. Ölçek beşli Likert tipinde olup 1-5 arasında puanlanmaktadır. Ölçek toplam puanı, puanlara verilen yanıtların aritmetik toplamıdır ve toplam ölçek puanı 17 ile 85 arasında değişmektedir. Geçerlik ve güvenilirlik için yapılan Türkçe ölçekli bir çalışmada kesme değeri 22/23 olarak belirlenmiş ve her ikisi de özgüllük ve duyarlılık %70'ten büyük bulunmuştur (Çelik,2018).

### **2.4.3. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği (ÇBASDÖ)**

Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği, Zimet, Dahlem, Zimet ve Farley tarafından geliştirilen ve üç farklı kaynaktan (aile, arkadaş ve önemli kişi) alınan sosyal desteğin yeterliliğini değerlendiren bir ölçektir. 12 maddelik ölçek aile (3,4,8,11. maddeler), arkadaş (6,7,9,12) ve özel kişi (1,2,5,10. maddeler) olmak üzere üç kaynaktan oluşturulmuştur. Ölçeğin alt ölçek puanları 4-28, toplam puanı 12-84'tür. Daha yüksek sosyal destek puanları, daha yüksek sosyal destek anlamına gelir. Türkçe formunun faktör yapısı, güvenilirliği ve geçerliliği Eker ve ark. Ölçeğin faktör yapısının geçerliliği doğrulanmış, MPSS ve alt ölçeklerinin iç tutarlılığı kabul edilebilir bulunmuştur.

Zimet ve arkadaşları tarafından 275 üniversite öğrencisi üzerinde yapılan bir çalışmada ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı özel kişi için .88, özel kişi için .91, aile için .87 ve arkadaşlar için .85 olarak bulunmuştur (Çetinkaya,2019). Türkçe formunun faktör yapısı, güvenilirliği ve geçerliliği Eker ve ark. Ölçeğin faktör yapısının geçerliliği doğrulanmış, MPSS ve alt ölçeklerinin iç tutarlılığı kabul edilebilir bulunmuştur. 150 katılımcı ile yapılan bir güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa katsayıları ölçeğin tamamı için .89, aile alt ölçeği için .85, arkadaş alt ölçeği için .88 ve özel kişi alt ölçeği için .92 olarak bulunmuştur. Geçerlik açısından, MSPSS diğer sosyal destek ölçekleri ve benlik saygısı ölçekleri ile pozitif, depresyon ve anksiyete ölçekleri ile negatif ilişkili bulunmuştur (Çetinkaya,2019).

### **2.5. Veri Toplama Yöntemi**

Veriler, Ankara Hastanesi jinekolojik onkoloji bölümünde kanser tanısı alan kadınlarla Kişisel Bilgi Formu, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği ve Çok Boyutlu Sosyal Algılanan Bozukluk Ölçeği kullanılarak mesai saatleri içinde yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan ve çalışma kriterlerini karşılayan kadınlar Destekleyici Değerlendirme ile çalışmaya alınmıştır. Kadınların anket sorularına objektif cevap verebilmeleri için jinekolojik onkoloji bölümünde yatan her kadınla bire bir görüşme yapılmıştır.

### **2.6. Çalışmanın Kriterleri**

- 18 yaş üstü olan kadınlar,
- Jinekolojik onkoloji tanısı konmuş üzerinden en az 1 yıl geçmiş 18 yaş üstü kadınlar,
- Daha önce kronik, psikolojik, ruhsal bozukluğu olmayan kadınlar,
- Alkol, madde bağımlılığı olmayan kadınlar,
- Yakın zamanda kayıp, yas süreci yaşamayan kadınlar,

- Çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlar, çalışmanın örneklemini oluşturacaktır.

## **2.7.Çalışma Verilerin Değerlendirilmesi**

Verilerin istatistiksel değerlendirilmesi, SPSS 22.0 yardımıyla bilgisayar ortamında yapılmıştır. Araştırma sonuçlarını değerlendirmek için istatistiksel tanımlayıcı kriterler (ortalama, medyan, standart sapma, yüzde) kullanılmıştır. Parametrik test hipotezi karşılanmıyorsa iki bağımsız grup arasındaki farkı belirlemek için Mann Whitney U testi, ikiden fazla bağımsız grup için Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.



### 3.BÖLÜM

#### BULGULAR

**Tablo 3.1.** Kadınların sosyodemografik özelliklerine ilişkin dağılımları

	<b>Ortalama</b>	<b>Std.</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maximum</b>
<b>Yaş</b>	55,94	10,768	28	91
<b>Özellikler</b>		<b>N</b>		<b>%</b>
<b>Meslek</b>				
Ev hanımı		186		67,1
Çalışan		91		32,9
<b>Eğitim Durumu</b>				
Okuryazar		46		16,6
İlköğretim mezunu		116		41,9
Lise mezunu		64		23,1
Üniversite ve üzeri		51		18,4
<b>Aile yapısı</b>				
Çekirdek aile		162		58,5
Geniş aile		115		41,5
<b>Medeni durum</b>				
Evli		215		77,6
Bekar		62		22,4
<b>Evliyseniz evlilik süresi</b>				
0		3		1,1
1-3		23		8,3
3-5		82		29,6
5 ve üzeri		169		61
<b>Evlenme şekli</b>				
Tanışarak		119		43
Görücü usulü		158		57
<b>Toplam</b>		<b>277</b>		<b>100.0</b>

Araştırma kapsamına alınan jinekolojik kanser tanısı alan kadınların bazı sosyodemografik özelliklerine göre dağılımları Tablo 1’de gösterilmiştir.

Buna göre çalışma kapsamına alınan kadınların ortalama 55,94 yaş aralığındadır. (SS:10,768, min:28, max:91.) Kadınların %67,1’i ev hanımı, %32,9’u çalışan kadınlardır ve eğitim durumlarına göre %41,6 ile en fazla ilköğretim mezunu olan kadınlardan oluşmaktadır. Kadınların %28,5’i çekirdek aile tipine sahiptir. Kadınların %77,6’sı evli ve %22,4’ü bekar olup evli olanların %61’i 5 yıl üzere yıllardır evliliklerini devam ettirmektedirler. Çalışma

kapsamına alınan kadınların bir diğerk sosyodemografik özelliği olan evlenme şekillerinde ise görürcü usulü ile evlenen kadınların oranı %57'dir.

**Tablo 3.2.** Kadınların gebelik özelliklerine ilişkin dağılımları

<b>Özellikler</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Gebe Kalma Durumu</b>		
Var	260	93,9
Yok	17	6,1
<b>Doğum Yapma Durumu</b>		
Var	239	86,3
Yok	38	13,7
<b>Yaşayan Çocuk Varlığı</b>		
Var	227	81,9
Yok	50	18,1
<b>Çocuk Sayısı</b>		
0	70	25,3
1-3	129	46,6
3 ve üzeri	78	28,2
<b>Menopoza Girme Durumu</b>		
Evet	257	92,8
Hayır	20	7,2
<b>Menopoza Girme Biçimi</b>		
Doğal	184	66,4
Cerrahi	93	33,6
<b>Menopoza Girme Yaşı</b>		
0	10	3,6
35-45	55	19,9
40-45	122	44
45 üzeri	90	32,5
<b>Cerrahi Menopoza Girdiyseniz Tedavi Görme Durumu</b>		
Evet	69	24,9
Hayır	208	75,1
<b>Toplam</b>	<b>277</b>	<b>100.0</b>

Çalışmaya katılan kadınların büyük bir çoğunluğu yani %93,9'u hayatlarında en az bir kez gebe kalmışlardır. Gebe kalan 260 (%93,9) kadından 239'u (%86,3) doğum yapmıştır. Doğum yapan kadınların %81,9'u çocuğu hayattadır ve bu kadınların %46,6'sı 1 ile 3 arasında çocuğa sahiptir.

Araştırmaya katılan kadınlar %92,8'i menopoza girdiğini ve bu kadınları %66,4'ü menopoza doğal yollar ile girdiklerini belirtmişlerdir. Cerrahi menopoza giren kadınların %75,1'i bu konu ile ilgili tedavi görmemektedir. Çalışmaya katılan kadınları %44'ü menopoza 40 ile 45 yaş aralığında girdiklerini söylemişlerdir.

**Tablo 3.3.** Kadınların jinekolojik kanser öykülerine ilişkin dağılımları

<b>Özellikler</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Jinekolojik kanser tanısı</b>		
Serviks	53	19,1
Endometrium	87	31,4
Over	29	10,5
Vajen	29	10,5
Vulva	71	25,6
Tuba uterina	8	2,9
<b>Metastaz Durumu</b>		
Var	52	18,8
Yok	225	81,2
<b>Jinekolojik Kanser Evresi</b>		
1	88	31,8
2	135	48,7
3	45	16,2
4	9	3,2
<b>Alınan Jinekolojik Kanser Tedavisi</b>		
Cerrahi	133	48,0
Kemoterapi	94	33,9
Radyoterapi	35	12,6
Akılcı ilaç	15	5,4
<b>Cerrahi Tedavi Türü</b>		
0	16	5,8
Total histerektomi	136	49,1
Subtotal histerektomi	87	31,4
Salfingo-oforektomi	38	13,7
<b>Kontrollere gitme sıklığı</b>		
3 ay	46	16,6
6 ay	166	59,9
1 yıl	61	22,0
1 ve üzeri	4	1,5
<b>Toplam</b>	<b>277</b>	<b>100,0</b>

Araştırmaya Katılan kadınların %31,4'üne Jinekolojik kanser türlerinden biri olan Endometrium tanısı konulmuştur. Kadınların %81,2'si "metastaz durumuna" hayır cevabı vermiştir. Kadınların %48,7'si ikinci evre kanser tanısı almıştır. Jinekolojik kansere yakalanan kadınların %48'i Cerrahi tedavi almışlardır. Cerrahi tedavi alan kadınların %49,1'ine Total histerektomi tedavisi uygulanmıştır. Araştırmaya katılan kadınların %59,9'u kontrollere 6 ayda bir gittiğini belirtmiştir.

**Tablo 3.4.** Kadınların bazı sosyodemografik özelliklerine göre posttravmatik stres bozukluğu ölçeği puan ortalamalarına ilişkin dağılımları

Özellik	Değişken	Ortalama	SS	P ve Test Değeri
<b>Meslek</b>	Ev hanımı	24,88	6,21	0,059
	Çalışan	23,53	5,01	z:7283,5
<b>Eğitim Durumu</b>	Okuryazar	24,47	5,48	
	İlköğretim mezunu	24,93	6,40	0,174
	Lise mezunu	24,87	5,19	Kw:4,958
	Üniversite ve üzeri	22,76	5,58	
<b>Çalışma Durumu</b>	Var	239.36	566.77	0,326
	Yok	247.08	597.48	z:8024,5
<b>Medeni Durumu</b>	Evli	24,46	5,80	0,908
	Bekar	24,38	6,16	z:6601,5
<b>Evlenme Şekli</b>	Tanışarak	24,03	5,97	0,534
	Görücü usulü	24,75	5,79	Z:863,0
<b>Aile Yapısı</b>	Çekirdek aile	24,66	5,78	0,226
	Geniş aile	24,13	6,00	z:8604,0
<b>Gebe Kalma Durumu</b>	Var	24,28	5,81	0,136
	Yok	26,82	6,40	z:1734,5
<b>Doğum Yapma Durumu</b>	Var	24,23	5,89	0,164
	Yok	25,78	5,61	z:3904,50
<b>Yaşayan Çocuk Varlığı</b>	Var	23,95	5,76	0,005
	Yok	26,68	5,89	Z:4264,50
<b>Çocuk Sayısı</b>	0	25,92	5,39	
	1-3	24,43	6,23	<b>0,005</b>
	3 ve üzeri	23,12	5,40	<b>Kw:10,43</b>
				<b>3 ve üzeri-0</b>

z: Mann Whitney U Testi KW: Kruskal Wallis Varyans analizi ss:standart sapma



Yapılan Mann-Whitney U testi sonucunda ev hanımı olan kadınlar ile çalışan kadınlar arasında, farklı eğitim seviyelerine sahip kadınlar arasında, evli kadınlar ile bekar kadınlar arasında, tanışarak evlenen kadınlar ile görücü usulü evlenen kadınlar arasında, çekirdek aile yapısına ait kadınlar ile geniş bir aile yapısına sahip kadınlar, daha önceden gebe kalan kadınlar ile kalmayan kadınlar arasında, daha önceden doğum yapan kadınlar ile doğum yapmayan kadınlar arasında, çocuğu yaşayan kadınlar ile çocuğu yaşamayan kadınlar arasında travma sonrası stres bozukluğuna ilişkin bir fark olmadığı tespit edilmiştir ( $P>0,05$ ). Kruskal-Wallis testi sonucunda farklı çocuk sayılarına ait kadınlar arasında travma sonrası stres bozukluğuna ait anlamlı bir fark bulunduğu tespit edilmiştir ( $P<0,05$ ). Bu fark şu şekilde görülmektedir 3 ve üzeri çocuk sahibi olan kadınların hiç çocuk sahibi olamayan kadınlara göre bir travma sonrasında daha fazla stres bozukluğu yaşadığı fark edilmiştir ( $P<0,05$ ).

**Tablo 3.5.** Kadınların menopoza ilişkin bazı özelliklerine göre posttravmatik stres bozukluğu ölçeği puan ortalamalarına ilişkin dağılımları

Özellik	Değişken	Ortalama	SS	P ve Test Değeri	
<b>Menopoza Girme durumu</b>	Var	24,32	5,90	0,223	
	Yok	25,95	5,36	z:6342,0	
<b>Menopoza Girme Biçimi</b>	Doğal	23,59	5,90	0,001	
	Cerrahi	26,13	5,49	z:6342,0	
<b>Menopoza Girme Yaşı</b>	35-45	26,03	5,48	<b>0,014</b> <b>Kw:8,48</b>	<b>45 üzeri-35-45</b>
	40-45	24,21	5,98		
	45 üzeri	23,32	5,71		
<b>Cerrahi Tedavi Alma Durumu</b>	Var	26,57	5,58	<b>0,000</b>	
	Yok	23,73	5,80	<b>Z:5076,5</b>	

z: Mann Whitney U Testi KW: Kruskal Wallis Varyans analizi ss:standart sapma

Mann-Whitney U testi sonucunda menopoza giren kadınlar ile menopoza girmeyen kadınlar arasında, menopoza doğal yollar ile giren kadınlar ile menopoza cerrahi yollar ile giren kadınlar arasında, farklı menopoza girme yaşlarına sahip kadınlar arasında travma sonrası stres bozukluğuna ilişkin bir fark olmadığı tespit edilmiştir ( $P>0,05$ ). Kruskal-Wallis testi sonucunda farklı menopoza girme yaşlarına sahip kadınlar arasında travma sonrası stres bozukluğuna ait anlamlı bir fark bulunduğu tespit edilmiştir ( $P<0,05$ ). Bu fark şu şekilde görülmektedir 45 ve üzeri yaşlarda menopoza giren kadınların 35 ve 45 yaş aralığında menopoza giren kadınlara göre bir travma sonrasında daha fazla stres bozukluğu yaşadığı fark edilmiştir ( $P<0,05$ ). Mann Whitney U Testi sonucunda cerrahi tedavi alma durumunun kadınlar

arasında travma sonrası stres bozukluğuna ait anlamlı bir fark bulunduğu tespit edilmiştir. Bu fark tedavi alanların daha çok posttravmatik stres bozukluğu yaşadığını göstermektedir ( $P<0,05$ ).

**Tablo 3.6.** Kadınların jinekolojik kanser öykülerine göre posttravmatik stres bozukluğu ölçeği puan ortalamalarına ilişkin dağılımları

Özellik	Değişken	Ortalama	SS	P ve Test Değerı
<b>Jinekolojik Kanser</b>	Vajen	22,79	6,70	0,242 KW:6,712
	Vulva	24,98	6,31	
	Endometrium	24,42	5,23	
	Serviks	23,77	5,76	
	Over	25,44	5,59	
	Tuba uterina	26,62	6,75	
<b>Metastaz</b>	Var	25,34	6,30	0,22
	Yok	24,23	5,76	Z:5212,5
<b>Kanser Evresi</b>	1	23,86	6,14	0,261 KW:4,001
	2	24,95	5,52	
	3	24,53	6,36	
	4	22	5,5	
<b>Jinekolojik kanser tedavileri</b>	Cerrahi	24,72	5,88	0,603 KW:1,855
	Kemoterapi	24,36	5,78	
	Radyoterapi	24,45	6,60	
	Akılıcı ilaç	22,4	4,43	
<b>Cerrahi Tedavi Türleri N:261</b>	Total Histerektomi	23,71	5,81	0,218 KW:3,044
	Subtotal Histerektomi	24,82	5,88	
	Salfingo- oforektomi	25,28	6,08	
<b>Kontrol Sıklığı</b>	3	24,06	4,89	0,084 KW:6,637
	6	23,83	5,96	
	1 yıl	25,90	5,60	
	1 ve üzeri	72	5,19	

z: Mann Whitney U Testi KW:Kruskal Wallis Varyans Analizi n:cerrahi tedavi alan grup  
ss:standart sapma

Kruskal-Wallis testi sonucunda farklı jinekolojik kanser tedavileri alan kadınlar arasında, metastaz durumu olan ve olmayan kadınlar arasında, kanser evresi, kanser tedavi türleri ve kontrol sıklığı travma sonrası stres bozukluğuna ilişkin bir fark olmadığı tespit edilmiştir ( $P>0,05$ ).

**Tablo 3.7.** Kadınların bazı sosyodemografik özelliklerine göre, çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği (ÇBASDÖ) puan ortalamalarına ilişkin dağılımları

Özellik	Değişken	Ortalama	SS	P ve test Değeri	
<b>Meslek</b>	Ev hanımı	63,67	10,86	0,525 Z:8065,5	
	Çalışan	64,91	9,60		
<b>Eğitim Durumu</b>	Okuryazar	62,76	10,31	0,229 Kw:4,315	
	İlköğretim mezunu	65,20	10,13		
	Lise mezunu	62,29	10,98		
	Üniversite ve üzeri	64,96	10,56		
<b>Çalışma Durumu</b>	Var	629.57	993.48	0,114 Z:7646	
	Yok	646.70	1.071.53		
<b>Medeni Durumu</b>	Evli	64,03	10,36	0,745 Z:6485,0	
	Bekar	64,24	10,91		
<b>Evlenme Şekli</b>	Tanışarak	63,26	10,81	0,344 Z:821,0	
	Görücü usulü	64,70	10,18		
<b>Aile Yapısı</b>	Çekirdek aile	63,11	10,67	0,143 Z:8435,5	
	Geniş aile	65,44	10,05		
<b>Gebe Kalma Durumu</b>	Var	64,34	10,29	0,164 Z:17,65,5	
	Yok	60,11	12,53		
<b>Doğum Yapma Durumu</b>	Var	64,18	10,55	0,588 Z:4293,0	
	Yok	63,42	10,01		
<b>Yaşayan Çocuk Varlığı</b>	Var	64,42	10,43	0,195 Z:5011,0	
	Yok	62,54	10,57		
<b>Çocuk Sayısı</b>	0	60,88	10,00	0,007 Kw:9,86 0	0-3 ve üzeri
	1-3	64,61	10,69		
	3 ve üzeri	66,07	9,95		

z: Mann Whitney U Testi KW: Kruskal Wallis Varyans analizi ss:standart sapma

Araştırma kapsamında kanser tanısı konulmuş kadınların sosyodemografik özelliklerine göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin (ÇBASDÖ) puan ortalamalarının dağılımları Tablo 7’de bulunmaktadır.

Mann-Whitney U testi sonucunda kanser tanısı alan kadınların sosyal destek ölçeği incelendiğinde ev hanımı olan kadınlar ile çalışan kadınlara arasında, eğitim durumu, çalışma durumu, medeni durumu, evlenme şekli, aile yapısı, gebe kalma durumu, doğum yapma durumu ve yaşayan çocuk varlığı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ( $P>0,05$ ). Kruskal-Wallis testi sonucunda kanser tanısı alan kadınların sosyal destek ölçeği incelendiğinde farklı çocuk sayılarına ait kadınlar arasında anlamlı bir fark bulunduğu tespit edilmiştir ( $P<0,05$ ). Bu fark şu şekilde görülmektedir 3 ve üzeri çocuk sahibi olan kadınların hiç çocuk sahibi olmayan kadınlara göre daha fazla sosyal desteğe ihtiyaç duyduğu fark edilmiştir ( $P<0,05$ ).

**Tablo 3.8.** Kadınların menopoza ilişkin bazı özelliklerine göre çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği (ÇBASDÖ) puan ortalamalarına ilişkin dağılımları

Özellik	Değişken	Ortalama	SS	P ve Test Değeri	
<b>Menopoza Girme durumu</b>	Var	24,32	5,90	0,223	
	Yok	25,95	5,36	Z:2517,5	
<b>Menopoza Girme Biçimi</b>	Doğal	23,59	5,90	0,001	
	Cerrahi	26,13	5,49	Kw:6341,0	
<b>Menopoza Girme Yaşı</b>	35-45	26,03	5,48	<b>0,014</b> <b>Kw:16,421</b>	<b>45 üzeri-35-45</b>
	40-45	24,21	5,98		
	45 üzeri	23,32	5,71		
<b>Cerrahi Tedavisi Alma Durumu</b>	Var	26,57	5,58	<b>0,001</b>	
	Yok	23,73	5,80	<b>Z:5346,5</b>	

z: Mann Whitney U Testi KW: Kruskal Wallis Varyans analizi ss:standart sapma

Mann-Whitney U testi sonucunda kanser tanısı alan kadınların sosyal destek ölçeği incelendiğinde menopoza giren kadınlar ile menopoza girmeyen kadınlar arasında, menopoza doğal ve cerrahi yollarla giren kadınlarda bir fark olmadığı tespit edilmiştir ( $P>0,05$ ). Kruskal-Wallis testi sonucunda kanser tanısı alan kadınların sosyal destek ölçeği incelendiğinde farklı menopoza girme yaşlarına sahip kadınlar arasında anlamlı bir fark bulunduğu tespit edilmiştir ( $P<0,05$ ). Bu fark şu şekilde görülmektedir 45 ve üzeri yaşlarda menopoza giren kadınların 35 ve 45 yaş aralığında menopoza giren kadınlara göre sosyal desteğe daha fazla ihtiyaç duyduğu fark edilmiştir ( $P<0,05$ ). Mann Whitney U Testi sonucunda cerrahi tedavi alma durumunun kadınlar arasında sosyal destek ölçeği incelendiğinde anlamlı bir fark bulunduğu tespit

edilmiştir. Fark şu şekilde tedavi alanların sosyal desteğe daha çok ihtiyacı olduğu görülmüştür. (P<0,05)

**Tablo 3.9.** Kadınların jinekolojik kanser öykülerine göre çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği (ÇBASDÖ) puan ortalamalarına ilişkin dağılımları

Özellik	Değişken	Ortalama	SS	P ve Test Değeri
<b>Jinekolojik Kanser</b>	Vajen	22,79	6,70	0,242 Kw:10,225
	Vulva	24,98	6,31	
	Endometrium	24,42	5,23	
	Serviks	23,77	5,76	
	Over	25,44	5,59	
	Tuba uterina	26,62	6,75	
<b>Metastaz Durumu</b>	Var	25,34	6,30	0,22
	Yok	24,23	5,76	Z:5559,0
<b>Kanser Evresi</b>	1	23,86	6,14	0,261 Kw:0,927
	2	24,95	5,52	
	3	24,53	6,36	
	4	22	5,5	
<b>Jinekolojik kanser tedavileri</b>	Cerrahi	24,72	5,88	0,603 Kw:4,236
	Kemoterapi	24,36	5,78	
	Radyoterapi	24,45	6,60	
	Akılcı ilaç	22,4	4,43	
<b>Cerrahi Tedavi Türleri n:261</b>	Total Histerektomi	23,71	5,81	0,218 Kw:2,297
	Subtotal Histerektomi	24,82	5,88	
	Salfingo-oforektomi	25,28	6,08	
<b>Kontrol Sıklığı</b>	3	24,06	4,89	0,084 Kw:2,88
	6	23,83	5,96	
	1 yıl	25,90	5,60	
	1 ve üzeri	72	5,19	

z: Mann Whitney U Testi KW: Kruskal Wallis Varyans analizi \*cerrahi tedavi alan grup ss:standart sapma

Kruskal-Wallis testi sonucunda kanser tanısı alan kadınların sosyal destek ölçeği incelendiğinde farklı jinekolojik kanser türlerine sahip kadınların, metastaz durumu, kanser

evresi, kanser tedavi türleri ve kontrol sıklığının arasında bir fark olmadığı tespit edilmiştir ( $P>0,05$ ).

**Tablo 3.10.** Posttravmatik stres bozukluğu ölçeği ve çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puan ortalamalarına göre Cronbach's Alpha dağılımları

	<b>Cronbach's Alpha</b>	<b>N of Items</b>
<b>PSBÖ</b>	0,709	9
<b>ÇBASDÖ</b>	0,804	12

Posttravmatik Stres Bozukluğu Ölçeği (PSBÖ) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğine (ÇBASDÖ) ait güvenilirlik analizi sonucunda Cronbach's Alpha katsayısı sırası ile 0,709 ve 0.804 olarak tespit edilmiştir. Böylece tespit edilmiş güvenilirlik analizi 1.0'a oldukça yakın olduğundan verilerin analizi için güvenilir zemin hazırlanmıştır.

**Tablo 3.11.** Posttravmatik stres bozukluğu ölçeği ve çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puan ortalamalarına ilişkin korelasyon analizi dağılımları

		<b>PSBÖ</b>	<b>ÇBASDÖ</b>
<b>PSBÖ</b>	Correlation Coefficient	1,000	-,309**
	Sig. (2-tailed)		0,000
	N	277	277
<b>ÇBASDÖ</b>	Correlation Coefficient	-,309**	1,000
	Sig. (2-tailed)	0,000	
	N	277	277

Spearman's rho=p

Posttravmatik Stres Bozukluğu Ölçeği (PSBÖ) puanı ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin (ÇBASDÖ) puanı arasında yüzde 30,9'luk negatif ve anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ( $P<0.001$ ). Sosyal destek, posttravmatik stres bozukluğunu olumlu yönde etkilemektedir.

## 4. BÖLÜM

### TARTIŞMA

Ülkemizde kadınlar arasında görülen ilk 10 kanser çeşidi içerisinde yer alan jinekolojik kanserlerin kadın sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri oldukça fazladır. Beden: imajı kadınlık algısı gibi durumları etkilediği için diğer kanser çeşitlerine göre fiziksel ve psikolojik olarak çok daha fazla etkilenirler.

Bu çalışma Jinekolojik Onkoloji tanısı alan kadınlarda algılanan sosyal desteğin posttravmatik stres bozukluğuna etkisinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Ankara Şehir Hastanesi Jinekoloji Onkoloji servisinde yatan 277 kadından oluşmaktadır.

Bu çalışma da algılanan sosyal desteğin yeterli olan kadınlarda posttravmatik stres bozukluğu daha az olduğu görülmüştür. Buna göre benzer olarak Liu ve arkadaşlarının çalışmasında sosyal desteğin yeterli ve yüksek olduğu kadınlarda posttravmatik stres bozukluğunun daha az olduğu görülmüştür. PTSTB 'nun iyileşmesinde sosyal desteğin önemini belirten başka çalışma da bulunmaktadır. (Auxemery,2012). Yi Zhang ve arkadaşlarının 2022 yılında yaptığı çalışmada sosyal destek kapsamında aile desteğinin posttravmatik stres bozukluğuna etkisi araştırılmış ve aile desteğinin PTSTB'ünü azalttığı anlamlı ilişkisi olduğu görülmüştür. Bu çalışmamız literatürle paralel olduğu görülmüştür. Bu benzerlik çalışmamızdaki örneklemin yüksek oranda evli olması, çocuklarının olması, sorunlarla başa çıkarken yanlarında sevdiği insanların olması ve bu sayede stresle mücadele etmelerinin daha kolay olmasından olabilir.

Yapılan çalışmamızda eğitim seviyesinin sosyal destekle ilişkisi olmadığı görülmüştür. Yılmaz ve arkadaşlarının (2015) yaptıkları çalışmada ise eğitim seviyesi arttıkça sosyal desteğin etkili olduğu görülmüştür. Khorshida ve Güney'in (2016)' da yaptıkları çalışmada sosyodemografik özellikleri ile algıladıkları sosyal destek arasında anlamlı fark olduğu görülmüştür. Bu çalışmamız literatürle farklı olma sebebi çalışmamızdaki kadınların yaş ortalamasının fazla ve ilköğretim mezununun daha fazla olmasından olabilir.

Mirabeau ve arkadaşlarının over kanserli kadınlarda yapılan posttravmatik stres bozukluğunun araştırıldığı çalışmada medeni durumu, eğitim durumu ve iş durumu posttravmatik stres bozukluğuyla anlamlı olarak etkisi bulunmamıştır. Buna benzer olarak bu çalışmamızda da PTSTB ile anlamlı ilişkisi yoktur. Literatür ile paralel olduğu görülmüştür.

Karaman ve Karabulutlu' nün çalışmasında ise meslek türüne fark etmeksizin çalışma durumunun algılanan sosyal desteği olumlu etkilediği saptamıştır. İngiltere de yapılan 2574 over kanserli kadınlarda değerlendirildiği çalışmada yaş, iş durumu ve eğitim düzeyi PTSTB ile ilişkilendirilmiştir. Yu-Hua ve arkadaşlarının (2016) da yaptığı çalışmada eğitim durumunun arttıkça PTSTB'nun arttığı görülmüştür. Bu çalışma da eğitim durumunun, mesleğin iş durumunun posttravmatik stres bozukluğuna etkisi görülmemiştir. Bu sonuçların literatür ile

farklı olmasının nedenleri artan yaş ile stresin daha çok yaşanması ve sorunların kabullenilmesinden dolayı olabilir.

Bu çalışmamızda literatür olarak farklı olmasının sebebi yeterince kendilerini ifade edememeleri, bilgi sahibi olmamaları ve örneklem sayısının az olması olabilir.

Yapılan çalışmamızda kadınların çocuk sayısı 3 ve üzeri olanların sosyal desteğe daha çok ihtiyacı olduğu görülmüştür. Yılmaz ve arkadaşlarının (2015)'te yaptığı çalışmada çocuk sayısı anlamlı fark yaratmamıştır. Bu farklılık çalışmamızdaki kadınların çocukları için endişe ve korku duymalarından olabilir.

Yu-Hua ve arkadaşlarının (2016) 'da yaptığı çalışmada kemoterapi alan hastalarda posttravmatik stres bozukluğunun arttığı saptanmıştır. Bu çalışma da ise jinekolojik kanser tedavilerinin PTSD'una etkisi görülmemiştir. Bu çalışmada Literatürden farklı sonuçlarının olması tedavi almalarının gerektiğinin farkında olması ya da tüm tedavi yöntemlerinin stres yarattığından dolayı olabilir.

Liu,Zhang ve Wu'nun (2017)'de yaptığı çalışmada kanser evresi 3 ve 4 olan kadınların PTSD'nun evre 1 ve 2'ye göre daha çok olduğu görülmüştür. Bu çalışmamızda kanser evresinin istatistiksel bir anlamı yoktur. Bu çalışmamızın literatür ile farklı olması hastaların yeterince bilgilendirilmemesi ve farkında olmamasından dolayı olabilir.



## SONUÇ VE ÖNERİLER

Posttravmatik Stres Bozukluğu Ölçeği (PSBÖ) puanı ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin (ÇBASDÖ) puanı arasında yüzde 30,9'luk negatif ve anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. ( $p<0.001$ ). Sosyal destek, posttravmatik stres bozukluğu ile bahsetmede olumlu yönde etkilemektedir.

Ev hanımı olan kadınlar ile çalışan kadınlara arasında, Farklı eğitim seviyelerine sahip kadınlar, çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınlar ve evli kadınlar ile bekar kadınlar arasında posttravmatik stres bozukluğuna ilişkin bir fark olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0,05$ ). Kanseri tanıyan kadınların sosyal destek ölçeği incelendiğinde ev hanımı olan kadınlar ile çalışan kadınlar arasında, farklı eğitim seviyelerine sahip, çalışan ile çalışmayan kadınlar, evli ile bekar kadınlar arasında sosyal destek ölçeği incelendiğinde anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0,05$ ).

Tanışarak evlenen kadınlar ile görücü usulü evlenen kadınlar arasında ve çekirdek aile yapısına ait kadınlar ile geniş bir aile yapısına sahip kadınlar arasında posttravmatik stres bozukluğuna ilişkin anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0,05$ ). Jinekolojik kanser tanıyan kadınların sosyal destek ölçeği incelendiğinde tanışarak evlenen kadınlar ile görücü usulü evlenen kadınlar arasında bir fark olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0,05$ ).

Gebe kalan kadınlar ile gebe kalmayan kadınlar arasında, Çocuğu yaşayan kadınlar ile çocuğu yaşamayan kadınlar arasında, Doğum yapan kadınlar ile doğum yapmayan kadınlar arasında posttravmatik stres bozukluğuna ilişkin anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0,05$ ). Jinekolojik kanser tanıyan kadınların sosyal destek ölçeği incelendiğinde gebe kalan kadınlar ile kalmayan kadınlar arasında, çocuğu yaşayan kadınlar ile çocuğu yaşamayan kadınlar arasında bir fark olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0,05$ ).

Farklı çocuk sayılarına ait kadınlar arasında posttravmatik stres bozukluğuna ait anlamlı bir fark bulunduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Bu fark şu şekilde görülmektedir; 3 ve üzeri çocuk sahibi olan kadınların hiç çocuk sahibi olmayan kadınlara göre bir travma sonrasında daha fazla posttravmatik stres bozukluğu yaşadığı fark edilmiştir.

Menopoza giren kadınlar ile menopoza girmeyen kadınlar arasında ve Menopoza doğal yollar ile giren kadınlar ile menopoza cerrahi yollar ile giren kadınlar arasında posttravmatik stres bozukluğuna ilişkin anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0,05$ ). Jinekolojik kanser

tanısı alan kadınların sosyal destek ölçeği incelendiğinde menopoza giren kadınlar ile menopoza girmeyen kadınlar arasında bir fark olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0,05$ ).

Farklı menopoza girme yaşlarına sahip kadınlar arasında posttravmatik stres bozukluğuna ait anlamlı bir fark bulunduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Bu fark şu şekilde görülmektedir; 45 ve üzeri yaşlarda menopoza giren kadınların 35 ve 45 yaş aralığında menopoza giren kadınlara göre bir travma sonrasında daha fazla posttravmatik stres bozukluğu yaşadığı fark edilmiştir ( $p<0,05$ ).

Cerrahi tedavi alma durumunun kadınlar arasında travma sonrası stres bozukluğuna ait anlamlı bir fark bulunduğu tespit edilmiştir. Bu fark tedavi alanların daha çok posttravmatik stres bozukluğu yaşadığını göstermektedir ( $p<0,05$ ). Cerrahi tedavi alma durumunun kadınlar arasında sosyal destek ölçeği incelendiğinde anlamlı bir fark bulunduğu tespit edilmiştir. Bu fark tedavi alanların sosyal desteğe daha çok ihtiyacı olduğu görülmüştür ( $p<0,05$ ).

Farklı jinekolojik kanser türlerine sahip kadınlar arasında ve jinekolojik kanser dışında farklı bir kanser tanısı alan kadınlar ile jinekolojik kanser dışında farklı bir kanser tanısı almayan kadınlar arasında posttravmatik stres bozukluğuna ilişkin anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0,05$ ). Jinekolojik kanser tanısı alan kadınların sosyal destek ölçeği incelendiğinde farklı jinekolojik kanser türlerine sahip kadınlar arasında bir fark olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0,05$ ).

Farklı jinekolojik kanser evrelerine sahip kadınlar arasında, farklı jinekolojik kanser tedavileri, farklı cerrahi tedavi türleri alan kadınlar, farklı sürede kontrole giden kadınlar arasında posttravmatik stres bozukluğuna ilişkin anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0,05$ ). Jinekolojik kanser tanısı alan kadınların sosyal destek ölçeği incelendiğinde farklı jinekolojik kanser evrelerine sahip, kanser tedavileri, farklı cerrahi tedavi türleri, farklı sürede kontrole giden kadınlar arasında sosyal destek ölçeği incelendiğinde bir fark olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0,05$ ).

Sosyal destek posttravmatik stres bozukluğuyla baş etme yöntemi olarak etkisi olumlu yönde bir etkiye sahiptir. Hemşirelik yaklaşımında psikolojik destek hastaya, ailesine ve sosyal destek veren bireylere; gerekli, anlayabileceği ve uygulanabileceği düzeyde bilgi verilmesi önerilebilir.

İleri yaşta olan menopoza giren kadınların daha çok desteklenmesi, ihtiyaçların belirlenmesi ve yaşa, eğitim düzeylerine göre güncel eğitimler verilmeli ve anladığına yönelik emin olunmalıdır.

Kadınların tedavi süreçleri, tedavi yöntemleri hakkında net anlaşılabilir bilgi verilmesi sağlanmalıdır.

Kadınlara sosyal destek için ailesine yönelik profesyonel yardım için toplantılar yapıp yönlendirilmelidir.

Onkoloji ve kadın sağlığı hemşirelerinin sayısı artırılmalı ve daha fazla eğitim verilip jinekolojik kanser tanılı kadınlara yaklaşımları konusunda daha eğitimli hemşirelere sahip olunmalıdır.

Konuyla ilgili bundan sonra yapılacak çalışmalar da örneklem büyüklüğü daha fazla olan çalışmalar yapılmalıdır



## KAYNAKÇA

- Abbey G, Thompson SB, Hickish T, Heathcote D. (2015). A meta-analysis of prevalence rates and moderating factors for cancer-related post-traumatic stress disorder. *PsychoOncology*, 24: 371-381.
- AKIN, A., Akın, Ü. (2015). Psikolojide güncel kavramlar 1-pozitif psikoloji Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- AKYILDIRIM, D. P. (2017). Üniversite öğrencilerinde benlik saygısı, algılanan sosyal destek ve psikolojik sağlamlık arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek lisans tezi, İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul.
- Aksoy,E. (2018). Beyin tümörü tanısı konmuş bireylerin fonksiyonel değerlendirilmesi ve algıladıkları sosyal destek sistemlerinin yaşam kalitesi üzerine etkileri (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Alamış, B. (2017). *Meme kanseri tanılı hastalarda hastalık algısı, anksiyete, depresyon ve eş uyumu ilişkisi: kontrollü bir çalışma* (Master's thesis, Işık Üniversitesi).
- Alan, H. (2015). Jinekolojik Kanser Hastalarında Kemoterapi Tedavisi Sürecinde Uygulanan Progresif Kas Gevşeme Egzersizleri ve Refleksolojinin Ağrı, Yorgunluk, Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi; Randomize Kontrol Çalışması.
- American Cancer Society (2017). Cancer Facts & Figures.
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM 5*. American Psychiatric Association.
- APA (2020) Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSMV. American Psychiatric Association, Washington.
- Auxéméry, Y. (2012). Posttraumatic stress disorder (PTSD) as a consequence of the interaction between an individual genetic susceptibility, a traumatogenic event and a social context. *Encephale*, 38(5), 373.
- Aydoğan, Ü., Doğaner, Y.Ç., Borazan, E., Kömürcü, Ş., Koçak, N., Öztürk, B. Sağlam, K. (2012). Kanser Hastalarında Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri ve Hastalıkla Başa Çıkma Tutumlarının İlişkisi. *Türk Aile Halk Dergisi*, 16(2): 55-60.
- Aydoğdu, S. G. M., & Özsoy, Ü. (2018). Serviks kanseri ve HPV. *Androl Bul*, 20, 25-29.
- Bhatla N, Aoki D, Nand Sharma D, Sankaranarayanan R. (2018). FIGO CANCER REPORT 2018-Cancer of the cervix uteri. *Int J Gynecol Obstet*.143 (Suppl. 2): 22–36 .
- Bıçak, D. (2016). Kanserli hasta ve bakım verenlerin algıladıkları sosyal destek ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi (Master's thesis, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Boden, M. T., & Thompson, R. J. (2015). Facets of emotional awareness and associations with emotion regulation and depression. *Emotion*, 15(3), 399-410.
- Brown SB, Hankinson SE: (2015). Endogenous estrogens and the risk of breast, endometrial, and ovarian cancers. *Steroids*.99(Pt A): 8-10.
- Castanon A, Landy R, Pesola F, Windridge P, Sasieni P.(2018). Prediction of cervical cancer incidence in England, UK, up to 2040, under four scenarios: a modelling study.*Lancet Public Health*.(1):34-43.
- Cervical Cancer. (2022). Erişim Tarihi 20.04.2022. <https://www.cancer.org/cancer/cervical-cancer.html>.
- Chan CMH, Ng CG, Taib NA, Wee LH, Krupat E, Meyer F. (2018). Course and predictors of post-traumatic stress disorder in a cohort of psychologically distressed patients with cancer: A 4-year follow-up study. *Cancer*. 15; 124(2): 406-416.
- Cohen, P. A., Jhingran, A., Oaknin, A., & Denny, L. (2019). Cervical cancer. *The Lancet*, 393(10167), 169-182.

- Cordova, M. J., Riba, M. B., & Spiegel, D. (2017). Post-traumatic stress disorder and cancer. *The Lancet Psychiatry*, 4(4), 330-338.
- Çalışkan, E., Gürhan, N., & Tekgündüz, A. İ. E. (2017). Hematolojik kanserli hastaların anksiyete, depresyon ve distres yaşama durumları. *ACTA ONCOLOGICA TURCICA*, 50(3), 207-217.
- Çelik Ç, Ateş MC, (2022). Jinekolojik Kanserlerde Tanı ve Sınıflandırma. Özkan S, Serçekuş P, Alataş E, Editörler. Jinekolojik Onkolojide Bakım. Ankara: Akademisyen Kitabevi. 93-126.
- Çetinkaya, F. F, Korkmaz F. (2019). Algılanan sosyal destek ile stres düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi: üniversite öğrencilerini üzerine bir araştırma. Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 20, 1.
- Datta NR, Stutuz E, Liu M, et al. (2017). Concurrent chemoradiotherapy vs. radiotherapy alone in locally advanced cervix cancer: A systematic review and meta-analysis. *Gynecol Oncol*.145(2): 374-385.
- Dizdar Ö, Altındağ Ö, Yıldız F. (2013). Erken Evre Orta Riskli Serviks Kanseri Cerrahi Sonrası Adjuvan Radyoterapi ve Kemoradyoterapi. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*.16(3): 61-65.
- Duran, K. (2018). Meme kanseri hastalarında eşler arası uyum ve sosyal destek düzeyinin depresyon, anksiyete, benlik saygısı ve cinsellik üzerine etkilerinin incelenmesi (Doctoral dissertation, Bursa Uludağ University (Turkey).
- Documet, P., Bear, T. M., Flatt, J. D., Macia, L., Trauth, J., & Ricci, E. M. (2015). The association of social support and education with breast and cervical cancer screening. *Health Education & Behavior*, 42(1), 55-64.
- Düzgün, N. (2018). Jinekolojik kanserli hastalarda beden imajı, benlik saygısı ve depresyon durumunun belirlenmesi (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Einsle F, Kraft D, Köllner V. (2012). Post-traumatic stress disorder (PTSD) in cardiology and oncology which diagnostic tools should be used, *Psychosomatic Res*.72:434-438.
- Eker, A., & Aslan, E. (2017). Jinekolojik kanser hastalarında psiko-sosyal yaklaşım. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi (HEAD)*, 14(4), 298-303.
- Erarslan, R. (2021). *Akciğer kanserli hastaların destekleyici bakım gereksinimleri ile algıladıkları sosyal destek düzeyi arasındaki ilişki* (Master's thesis, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü).
- Erdoğan H. (2015). *Kanser Hastalarında Algılanan Sosyal Desteğin Travma Sonrası Stres Bozukluğu Depresyon Anksiyete ve Stres ile İlişkisi*. Yüksek Lisans Tezi, 2015, İstanbul Danışman: Yrd. Doç. Dr. İtir Tari CÖMERT.
- ESGO Guidelines and Quality Indicators .(2017). (Çeviri editörleri: Ayhan A, Yüce K, Arvas M ve ark.). Serviks Kanseri Cep Rehberi. Ankara: TJOD.
- Güneş, G. (2015). Kadınlarda vajinal muayene sırasında rahatsızlık hissi, istismar öyküsü ve posttravmatik stres bozukluğunun incelenmesi (Master's thesis, Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Gesi, C., Carmassi, C., Sancassiani, F., Gadducci, A., & Dell'Osso, L. (2017). Post-traumatic Stress Disorder in patients with ovarian cancer. *International Review of Psychiatry*, 29(5), 403-408.
- Globacan,(2018).Number Of New Cases İn 2018, Both Sexes, All Ages.
- Güloğlu, E. (2021). Kanser tanısı alan yetişkinlerde hastalık algısı ve duygu durumunun incelenmesi (Master's thesis, İstanbul Kent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü).
- Güner, S. (2020). Meme kanseri cerrahisi uygulanacak hastaların sosyal destek algısı, manevi yönelim ve umut düzeyleri (Master's thesis, Maltepe Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü).
- Güngördük K, Yıldırım G. ed. Williams (2015). Jinekoloji. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri Tic. Ltd. Şti.

- 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*. 2018; 28: 222-226.
- Henry, A., Tourbah, A., Camus, G., Deschamps, R., Mailhan, L., Castex, C., Gout, O., & Montreuil, M. (2019). Anxiety and Depression in Patients With Multiple Sclerosis: The Mediating Effects Of Perceived Social Support. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 27, 46-51. <https://doi.org/10.1016/j.msard.2018.09.039>.
- Hill EM, Watkins K. (2017). Women with ovarian cancer: examining the role of social support and rumination in posttraumatic growth, psychological distress, and psychological wellbeing. *Int J Med Res Health Sci*. 2017;24: 47-58.
- İmamoğlu, F. (2016). Kanser hastalarında algıladıkları sosyal desteğin depresyon düzeyleri ve anksiyete düzeyleri üzerine etkisinin incelenmesi (Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- JA Su, DC Yeh, CC Chang et al. (2017). Depression and family support in breast cancer patients. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* :13;2389- 96.
- Kaba, M. (2017). Retrograde salpingo-oophorectomy technique in addition to vaginal hysterectomy as a preventative approach against tuba-ovarian cancer. *European Journal of Gynaecological Oncology*, 38(6), 929-932.
- Kanat BB, Özpolat AGY. (2016). Kanser hastalarında travma sonrası büyüme kavramı. *Turk J Clin Lab*. 7(4): 106-110.
- Karababa A., Oral T. ve Dilmaç B. (2018). Ortaokul Öğrencilerinde Okula Bağlılığın Yordanmasında Algılanan Sosyal Destek ve Değerin Rolü. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 33(2): 269-279.
- Karal, E., & BİÇER, B. G. (2020). Salgın hastalık döneminde algılanan sosyal desteğin bireylerin psikolojik sağlamlığı üzerindeki etkisinin incelenmesi. *Birey ve toplum sosyal bilimler dergisi*, 10(1), 129-156.
- Kaya Şenol, D., Polat, F., & Doğan, M. (2021). Jinekolojik Kanser Farkındalığı: Üreme Çağı ve Postmenopozal Dönem Kadınlar. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 15(1), 56-62.
- KHORSHIDA, L., & GÜNAY İSMAİLOĞLU, E. L. İ. F. (2016). Baş-Boyun Kanseri Hastaların Stresle Baş Etme Tarzları ve Sosyal Destek Düzeylerinin İncelenmesi. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 8(4), 288-296.
- Kinali, E. (2020). Onkoloji hastalarında beş faktörlü temel kişilik özelliklerinin travma sonrası büyümeye ve psikolojik sağlamlığa etkisi (Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Korukcu, O. (2017). A confidential taboo under the shadow of Turkish culture for gynecological cancer patients: Sexuality. *New Trends and Issues Proceedings on Humanities and Social Sciences*, 4(2), 69-72.
- Körükçü Ö. (2018). Bazı Yaşamsal Geçişler Zordur. Jinekolojik Kanser Tanısı Almak Gibi... *ACU Sağlık Bil Derg* 2018; 9(3):248-254.
- La Vega, R., Molton, I. R., Miró, J., Smith, A. E., & Jensen, M. P. (2019). Changes in Perceived Social Support Predict Changes in Depressive Symptoms in Adults With Physical Disability. *Disability and Health Journal*, 12(2), 214-219. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2018.09.005>.
- Lin, Y. H., Kao, C. C., Wu, S. F., Hung, S. L., Yang, H. Y., & Tung, H. Y. (2017). Risk factors of post-traumatic stress symptoms in patients with cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 26(19-20), 3137-3143.
- Liu, C., Zhang, Y., Jiang, H., & Wu, H. (2017). Over kanseri olan Çinli hastalarda sosyal destek ile travma sonrası stres bozukluğu semptomları arasındaki ilişki: Çoklu aracılık modeli. *PloS bir*, 12 (5), e0177055.
- Manne SL, Virtue SM, Ozga M, Kashy D, Heckman C, Kissane D, Rodriguez L. A (2017). Comparison of two psychological interventions for newly-diagnosed gynecological cancer patients. *Gynecologic Oncology*.144:354-62.

- Messelt, A., Thomaier, L., Jewett, P. I., Lee, H., Teoh, D., Everson-Rose, S. A., ... & Vogel, R. I. (2021). Comparisons of emotional health by diagnosis among women with early stage gynecological cancers. *Gynecologic oncology*, 160(3), 805-810.
- Minna S, Liisa P, Lauri S et al. (2017). Social support and breast cancer: A comparative study of breast cancer survivors, women with mental depression, women with hypertension and healthy female controls. *The Breast*;35:85-90.
- Monteiro, M. G. C. T., & de Morais Gouveia, G. P. (2021). Physiotherapy in the management of gynecological cancer patient: A systematic review. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 28, 354-361.
- Müller, R., Peter, C., Cieza, A., Post, M. W., Van Leeuwen, C. M., Werner, C. S., & Geyh, S. (2015). Social skills: a resource for more social support, lower depression levels, higher quality of life, and participation in individuals with spinal cord injury?. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 96(3), 447-455.
- Nama V, Angelopoulos G, Murdoch JB, Bailey J. (2015). Type II or Type III Radical Hysterectomy Compared to Chemoradiotherapy as a Primary Treatment for Stage IB2 Cervical Cancer (Protocol). *The Cochrane Collaboration*. (1): 12-15.
- Nazik E, Yıkar SK, (2022). Jinekolojik Kanserlerden Korunma. Özkan S, Serçekuş P, Alataş E, Editörler. *Jinekolojik Onkolojide Bakım*. Ankara: Akademisyen Kitabevi. 19-36.
- Oh JM, Kim Y, Kwak Y. (2021). Factors influencing posttraumatic growth in ovarian cancer survivors. *Support Care Cancer*. 29: 2037-2045.
- Ozan Y, (2022). Serviks Kanseri ve Hemşirelik Bakımı. Özkan S, Serçekuş P, Alataş E, Editörler. *Jinekolojik Onkolojide Bakım*. Ankara: Akademisyen Kitabevi. 245-259.
- Özcan H, Doğan MD. (2021). Gynecological cancer awareness among women. *Indian Journal of Gynecologic Oncology*. 19(1): 1-9.
- Özcan, K., & Pınar, G. (2021) Jine-onkolojik Hastalarda Kemoterapi Sürecindeki Uğraş Seçimlerinin Günlük Yaşam Aktiviteleri, Anksiyete ve Depresyon Üzerine Etkisi. *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1), 65-76.
- ÖZDEMİR, D., & ARSLAN, F. T. (2017) Onkoloji eğitim hemşireliği biriminde eğitim alan meme kanseri hastalarında stresle başa çıkma yolları ve algılanan sosyal destek düzeyleri.
- Özkul, M. (2019). Psikososyal destek elemanlarının algılanan sosyal destek ile yaşadıkları ikincil travmatik stres düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi (Doctoral dissertation, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Özerdoğan N, Gürsoy E. (2017). Serviks Kanserinde Korunma ve Hemşirelik. *Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics*. 3(1): 22-23.
- Pang, X., Li, F., & Zhang, Y. (2022). The Role of Mental Adjustment in Mediating Post-Traumatic Stress Disorder Symptoms and Social Support in Chinese Ovarian Cancer Patients: A Cross-Sectional Study. *Psychology Research and Behavior Management*, 2183-2191.
- Park JS, Kim YJ, Ryu YS, Park MH. (2018). Factors influencing posttraumatic growth in cancer survivors. *Asian Oncol Nurs*. 18:30-39.
- Præstegaard C, Jensen A, Jensen SM, Nielsen TSS, Webb PM, Nagle CM et al. (2017). Cigarette smoking is associated with adverse survival among women with ovarian cancer: Results from a pooled analysis of 19 studies. *Int. J. Cancer* .140;2422–35.
- Pushkarev GS, Zimet GD, Kuznetsov VA, Yaroslavskaya EI. (2018). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS): Rusça versiyonun güvenilirliği ve geçerliliği. *Clin Gerontol*.43(3):331-339.

- Rigby, C., Rosa, R. G., da Silva, R. T. A., Kochhann, R., Migliavaca, C. B., Robinson, C. C., ... & Falavigna, M. (2019). Prevalence of post-traumatic stress disorder symptoms in adult critical care survivors: a systematic review and meta-analysis. *Critical Care*, 23(1), 1-13.
- Roberts AL, Tianyi H, Karestan C, Koenen, YK, Laura D, Kubzansky, Shelley ST. (2019). Posttraumatic Stress Disorder Is Associated with Increased Risk of Ovarian Cancer: A Prospective and Retrospective Longitudinal Cohort Study. *Cancer Res.* 79(19) 5113-5120.
- Rogers L, Siu SSN, Luesley D, Bryant A. ve ark. (2012). Radiotherapy and Chemoradiation after Surgery for Early Cervical Cancer (Review). *Cochrane Database Syst Rev.* (5): 11-12.
- Santini ZI, Koyanagi A, Tyrovolas S, Mason C, Haro JM. (2015). The association between social relationships and depression: a systematic review. *J Affect Disord*;1(175):53-65.
- Sayin, N. (2020). Erken gebelik kaybı yaşayan kadınlarda posttravmatik stres bozukluğu ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Serçekus P, Başkale H. Living and coping with cancer. (2015). Experiences of cancer blog users in Turkey. *Holist Nurs Pract* .29(3): 144-150.
- Serçekuş P, Türkcü SG. (2015) Jinekolojik kanserli hastalarda cinsellik. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*; 8(1): 36-38.
- Seib, C., Porter-Steele, J., Ng, SK, Turner, J., McGuire, A., McDonald, N., ... & Anderson, D. (2018). Kadınlarda kanser sonrası yaşam stresi ve anksiyete ve depresyon belirtileri: stres değerlendirmesi ve başa çıkmanın aracılık etkisi. *Psiko-onkoloji*, 27 (7), 1787-1794.
- Sekse, RJT, Dunberger, G., Olesen, ML, Østerbye, M., & Seibæk, L. (2019). Jinekolojik kanserden sonra yaşanan deneyimler ve yaşam kalitesi—Bütünleştirici bir inceleme. *Klinik hemşirelik dergisi*, 28 (9-10), 1393-1421.
- Shand LK, Brooker JE, Burney S, Fletcher J, Ricciardelli LA. (2015). Symptoms of posttraumatic stress in Australian women with ovarian cancer. *Psycho-Oncology*. 24: 190-196.
- Society of Gynecologic Oncology. (2016). State of the State of Gynecologic Cancers. Erişim Tarihi 11.09.2022. <https://www.sgo.org>
- Straughn JM, Yashar C. (2015). Management of early-stage Cervical Cancer. UpToDate . 2015 [Erişim Tarihi 23.04.2022]. <http://www.uptodate.com/contents/management-of-early-stage-cervicalcancer>.
- Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., Bray, F. Global Cancer Statistics (2020): GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA. A Cancer Journal for Clinicians*. 2021; 71(3): 209–249.
- Suppli NP, Johansen C, Christensen J, Kessing LV, Kroman N, Dalton SO. (2014). Increased risk for depression after breast cancer: a nationwide populationbased cohort study of associated factors in Denmark, 1998-2011. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol* ;32(34):3831-9.
- Sümbüloğlu K. ve Sümbüloğlu V. (2019). Biyoistatistik. Hatiboğlu Yayınevi. 19. Baskı. Ankara.
- Swartzman, S., Booth, J. N., Munro, A., & Sani, F. (2017). Posttraumatic stress disorder after cancer diagnosis in adults: A meta-analysis. *Depression and anxiety*, 34(4), 327-339.
- Şahin NH. (2015). Onkoloji Hemşireliği. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri Tic. Ltd. Şti.
- Şimşek, C. (2018). *Kanser hastalarında travma sonrası gelişim ve sosyal desteğin incelenmesi* (Master's thesis, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Tanış, B. B. (2019). *Depresyon ve sosyal destek ilişkisinde sosyal beceri ve duygusal farkındalığın aracı rolünün incelenmesi* (Master's thesis, Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü).



T.C Sağlık Bakanlığı (2022). Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2013-2018 Ulusal Kanser Kontrol Planı, Ed: Keskinliç B. (2022). [Erişim Tarihi 20.04.2022]. [https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/yayinlar/raporlar/Ulusal\\_Kanser\\_Kontrol\\_Planı\\_2013\\_2018.pdf](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/yayinlar/raporlar/Ulusal_Kanser_Kontrol_Planı_2013_2018.pdf).

Terzioğlu F, Alan H. (2015). Jinekolojik kanser tedavisi sırasında yaşanan psikolojik sorunların kadının cinsel yaşamına etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2015; 18:2.

The Global Cancer Observatory. Cervix uteri Source: Globocan. (2020).Erişim Tarihi 20.04.2022. Erişim adresi: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/23-Cervix-uteri-fact-sheet.pdf>.

The National Cancer Institute (NCI) (2021). Cervical cancer screening (pdq)- health professional version Erişim Tarihi 20.04.2022. <https://www.cancer.gov/types/cervical/hp/cervical-screening-pdq>.

Toker, S. (2017). Kanser, şizofreni ve alzheimer hastalarının bakım vericilerinde travma sonrası gelişimin incelenmesi (Master's thesis, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

Topçu Korkusuz, M. (2019). 2004-2013 yılları arasında Trakya Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Tıbbi Onkoloji Kliniğine başvuran jinekolojik kanser vakalarının yaşam analizi (Master's thesis, Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

Tung HY, Lin YH, Kao CC, Wu SF. (2018). The relationships among symptom distress, posttraumatic stress symptoms, and depression in patients with female-specific cancers. *Cancer Nurs.* 41: 181-188.

TÜİK (2019). Ölüm Nedeni İstatistikleri.2019 Erişim Tarihi 10.04.2022. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-veOlum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710>.

Türkcü Göral, S. (2019). Watson insan bakım modeline temellendirilmiş refleksoloji uygulamasının jinekolojik kanser hastalarında anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi.

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı (2021). Rahim Ağzı (Serviks) Kanseri Farkındalık Ayı 2021. Erişim Tarihi 20.04.2022. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/haberler/rahim-agzi-serviks-kanserifarkindalik-ayi-2021.html>.

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı 2022. Serviks Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları. [İnternet]. 2022 [Erişim Tarihi 20.04.2022]. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari/listesi/servikskanseri-tarama-program%C4%B1-ulusal-standartlar%C4%B1.html>.

Vardar, O. (2017). Jinekolojik kanser tanısı alan kadınlar ve bakım veren aile üyelerinin deneyimleri (Master's thesis, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

Var E. 2019, Jinekolojik Kanserli Hastaların Destekleyici Bakım Gereksinimlerinin Belirlemesi [yüksek lisans tezi]. Adana: Çukurova Üniversitesi; 2019.

Warner, C. B., Roberts, A. R., Jeanblanc, A. B., & Adams, K. B. (2019). Coping resources, loneliness, and depressive symptoms of older women with chronic illness. *Journal of Applied Gerontology*, 38(3), 295-322.

WHO (2020). Global strategy towards eliminating cervical cancer as a public health problem.

Wild CP, Weiderpass E, Stewart BW. 2020 World Cancer Report Cancer Research for Cancer Prevention. WHO-IARC. 2020.

World Health Statistics 2020. [Erişim Tarihi 20.05.2022]. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332070/9789240005105-eng.pdf>.

Yavuzer, Y., Albayrak, G., & Keldal, G. (2018). Üniversite öğrencilerinin algıladıkları sosyal destek ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişki: Problem çözme becerilerinin aracılık etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi (HU Journal of Education)*, 33(1), 242-255.

Yavuzer, Y. & Karataş, Z. (2017). Investigating the relationship between depression, negative automatic thoughts, life satisfaction and symptom interpretation in Turkish young adults. In *Depression*, (Ed. Dagmar Breznoskova) s.71-89, Croatia: Intech.

Yehuda, R., Hoge, C. W., McFarlane, A. C., Vermetten, E., Lanius, R. A., Nievergelt, C. M., ... & Hyman, S. E. (2015). Post-traumatic stress disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 1(1), 1-22.

Yıldırım N., Kaçmaz N., Özkan M. (2013) Yetişkin Kanser Hastalarının Destekleyici Bakım Gereksinimleri ve Verilen Hizmet Arasındaki Boşluk. DEUHYO ED. 6(4): 231-240.

Yılmaz S, Vural G. (2021). Determining the relationship between perceived social support levels and chemotherapy symptoms in women with gynaecological cancer. *Bezmialem Science*. (3): 326-334.

Yurdakul, H. K. (2016). *Jineonkolojik Hastalarda Kemoterapi Sürecindeki Meşguliyet Terapisinin Anksiyete ve Depresyon Üzerine Etkisi* (Doctoral dissertation, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

Zhao, J., Tan, M., Gao, L., & Wang, Y. (2019). Shyness and loneliness: contributions of emotional intelligence and social support. *Current Psychology*, 38(2), 556-562.



## EKLER



**EK-1. Kişisel Bilgi Formu (KBF)**

Yaşınız nedir ?

Mesleğiniz nedir?

Eğitim durumunuz nedir?

Okuryazar  İlköğretim mezunu

Lise mezunu  Üniversite ve üzeri mezunu

Bir işte çalışıyor musunuz?

Evet  Hayır

Sağlık güvenceniz var mı?

Evet  Hayır

Medeni durumunuz nedir?

Evli  Bekar

Evliyseniz evlilik süreniz nedir?

1-3 yıl  3-5 yıl  5 ve üzeri

Evlenme şekliniz nedir?

Tanışarak  Görücü usulü

Aile yapı şekliniz nedir?

Çekirdek aile  Geniş aile

Obstetrik öykü

Hiç gebe kaldınız mı?

Evet Hayır

Hiç doğum yaptınız mı?

Evet Hayır

Yaşayan çocuğunuz var mı?

Evet Hayır

Çocuk sayınız nedir?

0 1-3 3 ve üzeri

Menopoza girdiniz mi?

Evet  Hayır

Menopoza girdeyseniz girme biçiminiz nedir?

doğal  cerrahi

Menopoza girme yaşınız nedir?

35-40 40-45 45 ve üzeri

Cerrahi menopoza girdiyseniz tedavi görüyor musunuz?

Evet Hayır

Jinekolojik kanser tanınız aşağıdakilerden hangisidir?

vajen ca vulva ca endometrium ca serviks ca over ca  tuba uterina ca

Metastaz oldu mu?

evet  hayır

Kaçıncı evre tanısı aldınız?

1 2 3 4

Jinekolojik kanser tedavilerinden hangisi ya da hangilerini aldınız?

cerrahi kemoterapi radyoterapi akılcı ilaç kullanımı

Cerrahi tedavi aldıysanız hangi tedavi uygulandı?

total histerektomi subtotal histerektomi salpingo-oforektomi

Kontrollere hangi sıklıkta gidiyorsunuz?

3 ay 6 ay 1 yıl 1 yıl ve üzeri

## EK-2. Posttravmatik Stres Bozukluğu Ölçeği (PTSB)

<b>TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU KISA ÖLÇEĞİ</b>					
Aşırı şiddetli olay ya da yaşantı sonrasında ortaya çıkan ya da daha da kötüleşen aşağıdaki her bir sorunu GEÇTİĞİMİZ YEDİ (7) GÜN içinde sizi ne kadar rahatsız etti? Lütfen aşağıdaki maddeleri okuyunuz ve size uygun olacak şekilde işaretleyiniz.					
	<b>HİÇ</b>	<b>Biraz</b>	<b>Orta</b>	<b>Oldukça</b>	<b>Aşırı</b>
1. Aniden geçmişte yaşanan stresli yaşantıyı tekrar şu an yeniden yaşıyor muymuş gibi davrandığınız ya da hissettiğiniz, geçmişte gösteren sahnelerin (flashback) olması (örneğin, stresli yaşantının bir parçasını götürek, duyarak, koku alarak veya fiziksel olarak hissederek stresli olayı yeniden yaşama)					
2. Bir şey size stres veren deneyiminizi hatırlattığında kendinizi duygusal olarak oldukça kötü hissetme					
3. Size stres veren deneyimi hatırlatan düşünce, his veya fiziksel duyumlardan kaçınmaya çalışma					
4. Bu stresli olayın yaşanmasının sizin ya da bir başkasının (size doğrudan olarak zarar vermemiş birisi) yanlış bir şey yapmasından ya da engellemek için mümkün olan her şeyi yapmadığınızdan ya da sizinle ilgili bir şey yüzünden olduğunu düşünme					
5. Stresli bir yaşantıdan sonra çok olumsuz bir duygusal durumda olma (örneğin, çok fazla endişe, öfke, suçluluk, utanç veya korku yaşıyorsunuz)					
6. Geçmişte yapmaktan keyif aldığınız aktivitelerden, yaşadığınız bu stresli olaydan sonra ilginizi kaybetme					
7. Diken üzerinde olma, alarında olma ya da sürekli tehlike için tetikte olma					
8. Beklenmedik bir gürtültü duyduğunuzda ürkek hissetme ya da kolayca irkilme					
9. Başka insanlara bağırıp çağırarak, kavga edecek ya da bir şeye zarar verecek kadar sinirli ya da öfkeli olma					

### EK-3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği(ÇBASDÖ)

#### EK

#### Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formu

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınız işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlelerin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet.

2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

3. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

4. İhtiyacım olan duygusal yardım ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvенеbilirim.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

8. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet



EK-4. Kurum izin formu



T.C.  
ANKARA VALİLİĞİ  
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
Ankara Şehir Hastanesi  
Kadın Doğum Hastanesi Başhekimliği

15/04/2022

Karar No:07

Konu: Jinekoloji onkoloji tanısı alan kadınlarda algılanan sosyal desteğin posttravmatik stres bozukluğuna etkisi

AKADEMİK KURUL KARARI

Prof.Dr. Ahmet Taner TURAN'nın sorumluluğunda yürütülecek olan Hemşire Gülseda YARDIMCI'nın "Jinekoloji onkoloji tanısı alan kadınlarda algılanan sosyal desteğin posttravmatik stres bozukluğuna etkisi" başlıklı çalışmasının yapılması Akademik Kurul tarafından uygun görülmüştür.

Prof.Dr. Özlem MORALOĞLU TEKİN  
Başkan

Prof.Dr. Melike DOĞANAY  
Başkan Yardımcısı

Prof.Dr. Hacer Cavidan GÜLERMAN  
Üye

Prof.Dr. Hüseyin Levent KESKİN  
Üye

Prof.Dr. Ahmet Taner TURAN  
Üye

Prof.Dr. Dilek ŞAHİN  
Üye

Doç.Dr. Kadir ÇETİNKAYA  
Üye

Doç.Dr. Şebnem ÖZYER  
Üye

EK-5. Etik kurul onay formu



T.C.  
HİTİT ÜNİVERSİTESİ  
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı : 2021-341

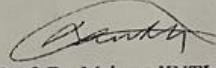
10/01/2022

Konu: Başvuru Değerlendirme Sonucu

Sayın Doç. Dr. Nuriye BÜYÜKKAYACI DUMAN

Etik Kurulumuza yapmış olduğunuz başvurunuzla ilgili kurul kararımız ve ilgili bilgiler aşağıda yer almaktadır.

Bilgilerinize rica ederim.

  
Prof. Dr. Mehmet KUTLU  
Başkan

Başvuru Numarası	2021-247
Sorumlu Araştırmacı	Doç. Dr. Nuriye BÜYÜKKAYACI DUMAN
Araştırma Başlığı	Jinekolojik Onkoloji Tansı Alan Kadınlarda Algılanan Sosyal Desteğin Posttravmatik Stres Bozukluğuna Etkisi
Toplantı Tarihi	29.12.2021
Karar Numarası	2021-88

- Araştırma başvurunuz etik açıdan uygun bulunmuştur.
- Araştırmaya Kurum İzni/İzinleri alındıktan sonra başlanması uygun bulunmuştur.
- Başvurunun, ekte belirtilen düzeltmelerin yapılması halinde tekrar değerlendirilmesine karar verilmiştir.\*
- Araştırma projesi etik açıdan uygun olmadığından başvurunun reddine karar verilmiştir.

## EK.6. Ölçek kullanım izni



**gulseda yardımcı**

Hocam merhaba.Hitit üniversitesi sağlık bilimleri fakültesi hemşirelik tezli yüksekisans öğrencisiyim.Danışmanım Nuriye Büyükkayacı Duman ile yapmak iste...

23 Kasım Sal 13:20



**haluk arkar**

Alıcı: ben

24 Kasım Çar 10:56



Sayın Gulseda Yardımcı,

Çokboyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeğini çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ölçeği ve puanlamasını aşağıdaki kaynakta bulabilirsiniz. Başarılar dilerim.

Prof. Dr. Haluk Arkar

Eker, D., H. Arkar ve H. Yıldız, "Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği",Türk Psikiyatri Dergisi, 12, 17-25 (2001).



**gulseda yardımcı**

Hocam merhaba.Hitit üniversitesi sağlık bilimleri fakültesi hemşirelik tezli yüksekisans öğrencisiyim.Danışmanım Nuriye Büyükkayacı Duman ile yapmak is

23 Kas 2021 13:21



**Cüneyt Evren**

Ölçeği kullanabilirsiniz.Kolay gelsin.

29 Kas 2021 13:21 (12 gün önce)



## EK-7. Bilgilendirilmiş onam formu

### LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ!

Bilimsel araştırma amaçlı ve detayları aşağıda yer alan bir çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini tam olarak anlamanız ve kararınızı, araştırma hakkında tam olarak bilgilendirildikten sonra özgürce vermeniz gerekmektedir. Bu bilgilendirme formu söz konusu araştırmayı ayrıntılı olarak tanıtmak amacıyla size özel olarak hazırlanmıştır. Lütfen bu formu dikkatlice okuyunuz. Araştırma ile ilgili olarak bu formda belirtildiği halde anlayamadığınız ya da belirtilmediğini fark ettiğiniz noktalar olursa araştırmacıya sorunuz ve sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz. Bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım **gönüllülük** esasına dayalıdır. Araştırma hakkında tam olarak bilgilendirildikten sonra, kararınızı özgürce verebilmeniz ve düşünmeniz için formu imzalamadan önce araştırmacı size zaman tanıyacaktır. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde formu imzalayınız.

#### 1. ARAŞTIRMANIN ADI

Jinekolojik onkoloji tanısı alan kadınlarda algılanan sosyal desteğin posttravmatik stres bozukluğuna etkisi

#### 2. KATILIMCI SAYISI

Bu araştırmada yer alması öngörülen toplam katılımcı sayısı *en az 277*'dir.

#### 3. ARAŞTIRMAYA KATILIM SÜRESİ

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre 5 dakikadır.

#### 4. ARAŞTIRMANIN AMACI

Araştırmada, 18 yaş üstü jinekolojik onkoloji tanısı konmuş kadınlarda yarattığı travmanın duygularının sosyal destek ile arasındaki ilişkinin nasıl olduğu amaçlanmıştır.

#### 5. ARAŞTIRMAYA KATILMA ve ÇIKARILMA KOŞULLARI

Bu araştırmaya dahil edilebilmek için sahip olmanız gereken koşullar şu şekildedir;

- 18 yaş üstü olan kadınlar
- Jinekolojik onkoloji tanısı konmuş üzerinden en az 1 yıl geçmiş 18 yaş üstü kadınlar
- Daha önce kronik,psikotik,ruhsal bozukluğu olmayan kadınlar
- Alkol, madde bağımlılığı olmayan kadınlar
- Yakın zamanda kayıp,yas sürecinde olmayan kadınlar
- Çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlar çalışmanın örneklemini oluşturacaktır.

Araştırma dışı bırakılmanız durumunda da, sizinle ilgili tıbbi veriler bilimsel amaçla kullanılabilir.

#### 6. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Bu araştırmada size uygulanacak veya sizin yapmanız gereken işlemler şu şekildedir;

Bu çalışmaya dahil edilmeyi kabul etmeniz durumunda size sorulan sorulara doğru cevap vermeniz istenmektedir.

## **7. KATILIMCININ SORUMLULUKLARI**

Sorulara dürüstçe yanıt vermek.

## **8. OLASI RİSKLER**

Katılımcılar araştırma sırasında herhangi bir riskle karşılaşmayacaktır.

## **9. ARAŞTIRMAYA KATILIMIN OLASI YARARLARI**

Bu çalışmadan elde edilen veriler doğrultusunda ülkemizde konuyla ilgili daha önce yapılmış olan çalışmalara katkı sağlamak, konuyla ilgili güncel sonuçlar elde etmek ve elde edilen sonuçların bilimsel literatüre katkı sağlaması planlanmaktadır.

## **10. GİDERLERİN KARŞILANMASI ve ÖDEMELER**

Bu araştırmaya katılmanız için veya araştırmadan kaynaklanabilecek giderler için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Bu araştırmaya katılmanızla, araştırma ile ilgili çıkabilecek zorunlu masraflar tarafımızdan karşılanacaktır. Bunun dışında size veya yasal temsilcilerinize herhangi bir maddi katkı sağlanmayacaktır.

## **11. BİLGİLERİN GİZLİLİĞİ**

Araştırma süresince elde edilen sizinle ilgili bilgiler size özel bir kod numarası ile kaydedilecektir. Size ait her türlü bilgi gizli tutulacaktır. Araştırmanın sonuçları yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır. Araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir. Ancak, gerektiğinde araştırmanın izleyicileri, etik kurullar ve resmi makamlar bilgilerinize ulaşabilecektir. Siz de istediğinizde kendinize ait bilgilere ulaşabileceksiniz.

## **12. ARAŞTIRMAYI DESTEKLEYEN KURUM veya KURULUŞ**

Araştırmayı destekleyen kurum/kuruluş yoktur.

## **13. ARAŞTIRMAYA KATILMAYI REDDETME veya AYRILMA DURUMU**

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda da, sizle ilgili veriler bilimsel amaçla kullanılabilir.

## **14. ARAŞTIRMAYA KATILMA ONAYI**

Yukarıda detayları yazılı olan ve tarafıma anlatılan bu araştırmada yer almak için araştırmacı Gülseda Yardımcı tarafından “katılımcı” (denek) olarak davet edildim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağı bilincindeyim). Araştırmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana gerekli güvence verildi. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Bu koşullar altında, bana ait bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın

büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

<b>GÖNÜLLÜ</b>		<b>İMZASI</b>
ADI SOYADI		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		

<b>ARAŞTIRMACI</b>		<b>İMZASI</b>
ADI SOYADI	Gülseda YARDIMCI	
GÖREVİ	Araştırmacı	
ADRES	Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Hemşirelik Fakültesi	
TELEFON	05444751548	
TARİH	28.11.2021	

Diğer Araştırmacılar

Yükseklisans öğrencisi

Gülseda YARDIMCI

Sorumlu Araştırmacı

Doç.Dr Nuriye BÜYÜKKAYACI DUMAN

