

T.C.
İSTANBUL GEDİK ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



**JİNEKOLOJİK KANSERLİ HASTALARIN DEPRESYON,
ANKSİYETE VE STRES DÜZEYLERİNİN YAŞAM KALİTESİ
VE ÖZBAKIM GÜCÜNE ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Esra YALÇIN

Hemşirelik Anabilim Dalı

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı

**ŞUBAT 2025
İSTANBUL**

T.C.
İSTANBUL GEDİK ÜNİVERSİTESİ
İSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



**JİNEKOLOJİK KANSERLİ HASTALARIN DEPRESYON,
ANKSİYETE VE STRES DÜZEYLERİNİN YAŞAM KALİTESİ
VE ÖZBAKIM GÜCÜNE ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Esra YALÇIN
(231219001)
(0009-0008-2762-8275)

Hemşirelik Anabilim Dalı

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Burcu KÜÇÜKKAYA

İstanbul 2025



T.C.
İSTANBUL GEDİK ÜNİVERSİTESİ
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü

Jüri Tez Onay Formu

14.02.2025

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

Bu çalışma 14.02.2025 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği (Tezli Yüksek Lisans) Programı, Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ

Dr. Öğr. Üyesi Burcu KÜÇÜKKAYA

Danışman

Bartın Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Özlem IŞIL

Üye (İmza)

İstanbul Gedik Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Şükran BAŞGÖL

Üye (İmza)

Ondokuz Mayıs Üniversitesi

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “Jinekolojik Kanserli Hastaların Depresyon, Anksiyete ve Stres Düzeylerinin Yaşam Kalitesi ve Özbakım Gücüne Etkisi” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını, patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım (14/02/2025).

Esra YALÇIN

*Daima yanımda olan annem Mümine YALÇIN'a ve babam Sıddık
YALÇIN'a ithaf ediyorum.*

ÖNSÖZ

Tez sürecimde beni her zaman destekleyen ve cesaretlendiren, bilgi ve önerileriyle araştırmama büyük katkılar sağlayan, çok değerli hocam ve danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Burcu KÜÇÜKKAYA'ya,

Veri toplama aşamasında destek olan güler yüzlü tıbbi sekreter arkadaşlarıma,

Hayatımın her alanında beni destekleyen, bana inanan, her zaman yanımda olan canım ailem; annem Mümine YALÇIN, babam Sıddık YALÇIN ve kardeşim Elyesa YALÇIN'a,

Her koşulda bana inanan ve en büyük destekçilerim olan canım arkadaşım Halil İbrahim SEVİNDİ ve yengem Nazan İPEKEŐEN YALÇIN'a çok teşekkür ederim.

Şubat 2025

Esra YALÇIN

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No.
ÖNSÖZ	v
İÇİNDEKİLER	vi
KISALTMALAR	ix
ÇİZELGE LİSTESİ	xi
ŞEKİL LİSTESİ	xiii
ÖZET	xiv
ABSTRACT	xv
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Jinekolojik Kanserler.....	4
2.2. Serviks Kanseri	4
2.2.1. Epidemiyoloji	4
2.3.2. Risk faktörleri	6
2.3.3. Histopatoloji	7
2.3.4. Tanı ve sınıflandırma.....	9
2.3.5. Klinik değerlendirme	10
2.3.6. Tedavi	12
2.3.7. Korunma ve tarama yöntemleri	12
2.4. Endometrium Kanseri	14
2.4.1. Epidemiyoloji	14
2.4.2. Risk faktörleri	15
2.4.3. Histopatoloji	16
2.4.4. Tanı ve sınıflandırma.....	17
2.4.5. Klinik değerlendirme	19
2.4.6. Tedavi	20
2.4.7. Korunma ve tarama yöntemleri	20
2.5. Over kanseri	21

2.5.1. Epidemiyoloji	21
2.5.2. Risk faktörleri	22
2.5.3. Histopatoloji	22
2.5.4. Tanı ve sınıflandırma.....	23
2.5.5. Klinik değerlendirme.....	26
2.5.6. Tedavi	27
2.5.7. Korunma ve tarama yöntemleri	28
2.6. Vulva ve Vajen Kanseri	29
2.6.1. Epidemiyoloji	29
2.5.2. Risk faktörleri	30
2.5.3. Histopatoloji	31
2.5.4. Tanı ve sınıflandırma.....	32
2.5.5. Klinik değerlendirme.....	33
2.5.6. Tedavi	34
2.5.7. Korunma ve tarama yöntemleri	36
2.6. Yaşam Kalitesi	37
2.6.1. Jinekolojik kanserli hastalarda yaşam kalitesi.....	38
2.6.2. Jinekolojik kanserli hastaların yaşam kalitesinde hemşirenin rol ve sorumlulukları.....	39
2.7. Özbakım	41
2.7.1. Özbakım gücü.....	41
2.7.2. Jinekolojik kanserli hastalarda özbakım gücü	42
2.7.3. Jinekolojik kanserli hastaların özbakım gücünde hemşirenin rol ve sorumlulukları.....	43
2.8. Duygudurum Bozuklukları.....	43
2.8.1. Anksiyete	44
2.8.2. Depresyon	45
2.8.3. Stres	45
2.8.4. Jinekolojik kanserli hastalarda anksiyete, depresyon ve stres	46
2.8.5. Jinekolojik kanserli hastaların anksiyete, depresyon ve stres yönetiminde hemşirenin rol ve sorumlulukları.....	48
3. GEREÇ VE YÖNTEM	51
3.1. Araştırmanın Tipi	51
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	51

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	51
3.4. Veri Toplama Araç ve Gereçleri	52
3.5. Araştırma Soruları	53
3.6. Verilerin Toplanması.....	54
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	54
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	55
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği	55
4. BULGULAR	56
5. TARTIŞMA	77
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	88
6.1. Sonuç	88
6.2. Öneriler.....	98
KAYNAKLAR	99
EKLER.....	128
Ek-1: Anket formu	128
Ek-2: Ölçek kullanım izni	136
Ek-3: Etik Kurul Onayı	137
Ek-4: Kurum İzni	138
ÖZGEÇMİŞ.....	139

KISALTMALAR

AK	: Adenokarsinom
ANOVA	: Tek Yönlü Varyans Analizi
ASK	: Adenoskuamöz Karsinomu
BT	: Bilgisayarlı Tomografi
CYBE	: Cinsel Yolla Bulaşan Bir Enfeksiyon
DASÖ-21	: Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeği
DASS-21	: Depression, Anxiety, Stress Scale
DNA	: Deoksiriboz Nükleik Asit
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FIGO	: The International Federation of Gynecology and Obstetrics
GLOBOCAN	: Global Cancer Observatory
HPV	: Human Papilloma Virüsü
KKVM	: Kendi Kendine Vulva Muayenesi
KOK	: Kombine Oral Kontraseptif
LEEP	: Loop Electrosurgical Excision Procedure/ Elektrocerrahi Lupla Eksizyon İşlemi
Min	: Minimum
Mak	: Maskimum
MRI	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
n	: Sayı
Ort	: Ortalama
ÖBGÖ	: Öz-Bakım Gücü Ölçeği
PALNS	: Para-Aortik Lenf Nodu Cerrahi Evrelemesi
PET	: Pozitron Emisyon Tomografisi
QOL-CV	: Yaşam Kalitesi Endeksi Kanser Uyarlaması-III / Quality of Life Index Cancer Adaptation-III
SCAS	: Self-Care Agency Scale
SHK	: Skuamöz Hücreli Karsinomu

SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
SS	: Standart Sapma
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
VİN	: Vulva İntraepitelyal Neoplazi
VNEB	: Vulvar Neoplastik Olmayan Epitelyal Bozukluklar
WHO	: World Health Organization



ÇİZELGE LİSTESİ

	Sayfa No.
Çizelge 2.1: Kadın Genital Tümörlerinin Seçilmiş DSÖ Sınıflandırmalarında Over Karsinomu Histotiplerinin Gelişimi	25
Çizelge 2.2: Over Kanseri Tedavisini Optimize Etmeye Yönelik Stratejiler	28
Çizelge 4.1: Kişisel Özelliklerin Dağılımı (n=182)	56
Çizelge 4.2: Obstetrik Özelliklerin Dağılımı (n=182)	57
Çizelge 4.3: Jinekolojik Hastalıklar ile İlgili Özelliklerin Dağılımı (n=182)	57
Çizelge 4.4: Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeği, Öz Bakım Gücü Ölçeği ve Yaşam Kalitesi Endeksi Kanser Uyarlaması-III Toplam ve Alt Boyut Puanlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler	58
Çizelge 4.5: Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeği, Öz Bakım Gücü Ölçeği ve Yaşam Kalitesi Endeksi Kanser Uyarlaması-III Arasında İlişkisel İstatistikler	60
Çizelge 4.6: Kişisel Özelliklere Göre Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Farklılıklarının İncelenmesi (n=182)	61
Çizelge 4.7: Obstetrik Özelliklere Göre Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Farklılıklarının İncelenmesi (n=182)	63
Çizelge 4.8: Jinekolojik Hastalık ile İlgili Özelliklere Göre Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Farklılıklarının İncelenmesi (n=182)	64
Çizelge 4.9: Kişisel Özelliklere Göre Öz Bakım Gücü Ölçeği (ÖBGÖ) ve Yaşam Kalitesi Endeksi Kanser Uyarlaması (QOL-CV) Toplam Puanlarının Farklılıklarının İncelenmesi (n=182)	68
Çizelge 4.10: Obstetrik Özelliklere Göre Öz Bakım Gücü Ölçeği (ÖBGÖ) ve Yaşam Kalitesi Endeksi Kanser Uyarlaması (QOL-CV) Toplam Puanlarının Farklılıklarının İncelenmesi (n=182)	70

Çizelge 4.11: Jinekolojik Hastalık ile İlgili Özelliklere Göre Öz Bakım Gücü Ölçeği (ÖBGÖ) ve Yaşam Kalitesi Endeksi Kanser Uyarlaması (QOL-CV) Toplam Puanlarının Farklılıklarının İncelenmesi (n=182).....	71
Çizelge 4.12 Depresyon İlişkili Bağımsız Değişkenlerin Analiz Sonuçlarının İncelenmesi.....	73
Çizelge 4.13: Anksiyete İlişkili Bağımsız Değişkenlerin Analiz Sonuçlarının İncelenmesi.....	74
Çizelge 4.14: Stres İlişkili Bağımsız Değişkenlerin Analiz Sonuçlarının İncelenmesi	74
Çizelge 4.15: Öz Bakım Gücü İlişkili Bağımsız Değişkenlerin Analiz Sonuçlarının İncelenmesi.....	75
Çizelge 4.16: Yaşam Kalitesi İlişkili Bağımsız Değişkenlerin Analiz Sonuçlarının İncelenmesi.....	76

ŞEKİL LİSTESİ

	Sayfa No.
Şekil 2.1: Serviks Kanseri İçin Bölgeye Özgü Ve Yaşa Göre Standardize Edilmiş İnsidans ve Ölüm Oranları	5



JİNEKOLOJİK KANSERLİ HASTALARIN DEPRESYON, ANKSİYETE VE STRES DÜZEYLERİNİN YAŞAM KALİTESİ VE ÖZBAKIM GÜCÜNE ETKİSİ

ÖZET

Bu araştırma, jinekolojik kanserli hastaların depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin yaşam kalitesi ve özbakım gücüne etkisinin incelemek amacıyla yapıldı. Kesitsel tipteki araştırma, 20 Şubat – 30 Eylül 2024 tarihleri arasında, Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları Polikliniği'ne ve Kadın Hastalıkları Servisi'ne başvuran 182 jinekolojik kanserli hasta ile gerçekleştirildi. Araştırma verileri, Kişisel Bilgi Formu, Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeği (DASÖ-21), Yaşam Kalitesi Endeksi Kanser Uyarlaması-III (QOL-CV) ve Öz-Bakım Gücü Ölçeği (ÖBGÖ) ile elde edildi. Verilerin analizinde, tanımlayıcı analizler, Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), Scheffe post-hoc test, Pearson korelasyon testi ve çok değişkenli doğrusal regresyon analizi kullanıldı.

Araştırmaya katılan jinekolojik kanserli hastaların yaş ortalaması $53,85 \pm 10,20$ 'tir. Hastaların Stres, Anksiyete ve Depresyon alt boyutları puan ortalamaları sırasıyla $11,14 \pm 5,88$, $9,97 \pm 6,19$ ve $9,38 \pm 5,89$, ÖBGÖ toplam puan ortalamasının $70,18 \pm 35,42$ ve QOL-CV toplam puan ortalamasının $19,31 \pm 6,47$ olduğu belirlendi. Hastaların öz bakım gücü ile stres ($r=-0,446$), anksiyete ($r=-0,491$) ve depresyon ($r=-0,549$) düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki olduğu saptandı ($p<0,001$). Yaşam kalitesi düzeyi ile stres ($r=-0,529$), anksiyete ($r=-0,451$) ve depresyon ($r=-0,597$) düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki olduğu bulundu ($p<0,001$). Hastaların depresyon, anksiyete, stres, öz bakım gücü ve yaşam kalitesi düzeylerine etki eden bağımsız değişkenlerin belirlenmesi amacıyla adım adım yöntemiyle çoklu doğrusal regresyon modeli uygulanmış olup, modelde bağımsız değişkenler, bağımlı değişkendeki toplam değişimin sırasıyla %62,2'sini, %22,7'sini, %20,4'ünü, %53,6'sını ve %73,7'sini açıkladığı bulundu.

Araştırmadan elde edilen bulgulara göre, jinekolojik kanserli hastaların depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri arttıkça, yaşam kalitesi ve özbakım gücü azalmaktadır. Bu sonuç doğrultusunda, jinekolojik kanserli hastaların tanı, tedavi ve takip süreçlerinde kadın sağlığı ve hastalıkları hemşirelerinin depresyon, anksiyete ve stres, yaşam kalitesi ve özbakım gücünü sorgulaması, hemşirelik bakım süreçlerini planlaması, uygulaması ve değerlendirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: *Jinekolojik kanser, Depresyon-Anksiyete-Stres, Yaşam Kalitesi, Özbakım gücü*

**THE EFFECT OF DEPRESSION, ANXIETY AND STRESS LEVELS ON
THE QUALITY OF LIFE AND SELF-CARE AGENCY OF PATIENTS
WITH GYNECOLOGICAL CANCER**

ABSTRACT

This study was conducted to examine the effects of depression, anxiety and stress levels on quality of life and self-care agency of patients with gynecological cancer. The cross-sectional study was conducted with 182 gynecological cancer patients who applied to the Gynecology and Pediatrics Clinic and the Gynecology and Pediatrics Service of Marmara University Pendik Training and Research Hospital between February 20 and September 30, 2024. Research data were obtained using Personal Information Form, Depression, Anxiety, Stress Scale (DASS-21), Quality of Life Index Cancer Adaptation-III (QOL-CV) and Self-Care Agency Scale (SCAS). Descriptive analyses, One-Way Analysis of Variance (ANOVA), Scheffe post-hoc test, Pearson correlation test and multivariate linear regression analysis were used in the analysis of data.

The mean age of gynecological cancer patients in the study was 53.85 ± 10.20 . The mean scores of the patients in the Stress, Anxiety and Depression sub-dimensions were 11.14 ± 5.88 , 9.97 ± 6.19 and 9.38 ± 5.89 , respectively, the mean total score of the SCAS was 70.18 ± 35.42 and the mean total score of the QOL-CV was 19.31 ± 6.47 . A statistically significant and negative correlation was found between the patients' self-care agency and the levels of stress ($r = -0.446$), anxiety ($r = -0.491$) and depression ($r = -0.549$) ($p < 0.001$). A statistically significant and negative correlation was found between the level of quality of life and the levels of stress ($r = -0.529$), anxiety ($r = -0.451$) and depression ($r = -0.597$) ($p < 0.001$). A multiple linear regression model was applied with the stepwise method to determine the independent variables affecting the patients' depression, anxiety, stress, self-care agency and quality of life levels, and it was found that the independent variables in the model explained 62.2%, 22.7%, 20.4%, 53.6% and 73.7% of the total change in the dependent variable, respectively.

According to the findings obtained from the study, as the depression, anxiety and stress levels of gynecological cancer patients increase, their quality of life and self-care ability decrease. In line with this result, it is recommended that women's health and diseases nurses assess depression, anxiety and stress, quality of life and self-care ability during the diagnosis, treatment and follow-up processes of gynecological cancer patients and plan, implement, and evaluate nursing care processes accordingly.

Keywords: *Gynecological cancer, Depression-Anxiety-Stress, Quality of Life, Self-care ability.*

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kanser, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ – World Health Organization (WHO)) tarafından anormal hücrelerin kontrolsüz bir şekilde büyümesi ile vücudun her organında veya dokusunda başlayabilen, normal sınırları dışında vücudun bitişik kısımlarını istila edebilen ve/veya diğer organlara yayılabilen geniş bir hastalık grubu olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2022). DSÖ'nün 2019 yılında yayınladığı rapora göre, 183 ülkenin 112'sinde 70 yaş öncesi ölümlerin primer veya sekonder nedeni olarak kanser belirtilmiş olup, 23 ülkede ise üçüncü veya dördüncü sırada yer aldığı rapor edilmiştir. Genel olarak, kanser insidansı ve mortalite yükü dünya çapında hızla artmaktadır (Sung ve diğerleri, 2021).

Global Kanser Gözlemevi/Global Cancer Observatory (GLOBOCAN) 2022 verilerine göre hem kadın hem de erkeklerin toplamında, ilk 10 kanser türü, yeni teşhis edilen kanser vakalarının %60'ından ve kanser ölümlerinin >%70'inden sorumludur. Genel olarak dünya nüfusunda, akciğer kanseri (%12,4) en fazla tanı alırken, akciğer kanserini kadın meme (11,6), kolorektum (%9,6), prostat (%7,3) ve mide (%4,9) ile izlerken, mortalite kapsamında akciğer kanseri (%12,4), kolorektum (%9,3), karaciğer (%7,8), kadın meme (%6,9), mide (%6,8) ve pankreas (%4,8) kanseri takip etmektedir (GLOBOCAN, 2022). Türkiye'de görülen toplam ölüm nedenlerine bakıldığında ise trakea, bronş ve akciğer (%4), kolorektal (%1), mide (%1), pankreas (%1), meme (%1) ve prostat (%1) kanserleri görülmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022). Cinsiyet değişkenine indiğimizde ise, kadınlarda meme kanseri en sık teşhis edilen kanser (toplam vakaların %23,8'i) olup, bunu akciğer (%9,4), kolorektal (%8,9), serviks uteri (%6,8), tiroid (%6,4), korpus uteri (%4,3) ve mide (%3,5) kanserleri takip etmektedir. Kadınlarda meme kanseri (%15,4) en sık teşhis edilen kanserdir ve kanserden ölümlerin önde gelen nedeni olup, bunu mortalite açısından akciğer (%13,6), kolorektal (%9,4), serviks uteri (%8,1) ve karaciğer (%5,5) kanseri takip etmektedir (GLOBOCAN, 2022). Türkiye Sağlık İstatistikleri Yıllığı'na (2022) göre kadınlarda en fazla sırasıyla meme (%48,6), tiroid (%22,1), kolorektal (%14,7), uterus korpusu (%11,1), trakea, bronş ve akciğer

(%10,9), mide (%6,5) ve over (%6,5) kanseri görülmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022).

Jinekolojik kanser tanısı konulduğundan itibaren tedavi edilmeyen anksiyete ve depresyonun, hastalık sürecini zorlaştırarak yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir (Kutlu ve diğerleri, 2011). Bu durum kanser hastası ve ailesi için en zor şeylerden biri olabilmektedir (Cancer Research UK, 2017). Jinekolojik kanser hastaları, kanser teşhisi ve tedavisinin cinsel işlevi, aile yaşamını, sosyal aktiviteleri ve ayrıca hayatta kalan hastaların çalışma aktivitelerini derinden etkilemesi nedeniyle düşük bir yaşam kalitesi göstermektedir (De Rosa ve diğerleri, 2017). Ek olarak jinekolojik kanserlerin tedavisinde kadınlar cerrahi yolla menopoza girebilmekte ve menopoza geçiş sürecinde depresyona yatkınlık artmakta ve özellikle jinekolojik kanser hastalarında daha yüksek olmaktadır (Guarino ve diğerleri, 2020). Jinekolojik kanser hastalarının yaklaşık %20-30'u kanser yolculuğunun bir noktasında psikolojik sıkıntı yaşamaktadır (Zabora ve diğerleri, 2001).

Kadın sağlığı üzerinde jinekolojik kanserlerin olumsuz etkileri çok boyutlu olup, hastalarının yaşadığı depresyon, anksiyete ve stres ile özbakım gücü olumsuz etkilenmektedir. Jinekolojik kanserlerin tanı ve tedavi işlemleri süresince; cinsel kimlik, beden imajı ve üreme fonksiyonu ile kanserli birey ve ailesi olumsuz yönde etkilenmekte ve bu durum önemli sağlık sorunlarına yol açmaktadır (Bae ve diğerleri, 2017; Uçar ve Bekar, 2010). Her bireyin kanser tanısına ve tedavisine yüklediği anlam birbirinden farklıdır (Güven ve Çelik, 2019). Bireylere bu süreçte verilecek destekleyici bakımın asıl amacı özbakım kalitesinin yükseltilmesidir (Özçelik ve diğerleri, 2010).

Jinekolojik kanserli hastaların depresyon, anksiyete ve depresyon düzeylerinin azaltılması, özbakım gücünün desteklenmesi ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi için uygulanacak danışmanlık ve eğitim rolleri sağlık çalışanlarının sorumluluğundadır. Bağımsız rol ve sorumluluklarını kullanabilen hemşireler, jinekolojik hastalara eğitim ve danışmanlık vermesi ile jinekolojik kanserli hastaların iyilik halini yükseltebilmektedir (Küçükaya ve Yalçın, 2024b; Ünsal, 2017). Bu çalışmanın amacı, jinekolojik kanserli hastaların depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin yaşam kalitesi ve özbakım gücüne etkisini incelemektir. Ulusal ve uluslararası literatürde benzer değişkenleri irdeleyen ve etkiyi değerlendiren

Çalışmanın olmaması bu çalışmayı ne çıkarmakla birlikte bu çalışmanın literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Jinekolojik Kanserler

Jinekolojik kanserler, kadın üreme organlarında çok sık görülen malignitesi yüksek oluşumlar veya malign tümörler olarak tanımlanmaktadır (Tunuğ, 2022). Jinekolojik kanserler dünyada meme kanserinden sonra en fazla karşılaşılan ve kadın sağlığını fiziksel, sosyal ve psikolojik yönden tehdit eden öncelikli hastalıklardır. Bu kapsamda, serviks, endometrium ve over kanserleri en sık karşılaşılan jinekolojik kanserlerdir (Tunuğ, 2022).

Ülkemizdeki kanser istatistikleri incelendiğinde ise, jinekolojik kanserler kadınların ölüm nedenleri arasında ilk 10'unda yer almaktadır. Bu sıralama doğrultusunda, kadın üreme sistemini etkileyen jinekolojik kanserler sırasıyla serviks, uterus korpusu (endometrium), over, vulva, vajen kanserleri en fazla görülmektedir (Arslan ve diğerleri, 2021).

2.2. Serviks Kanseri

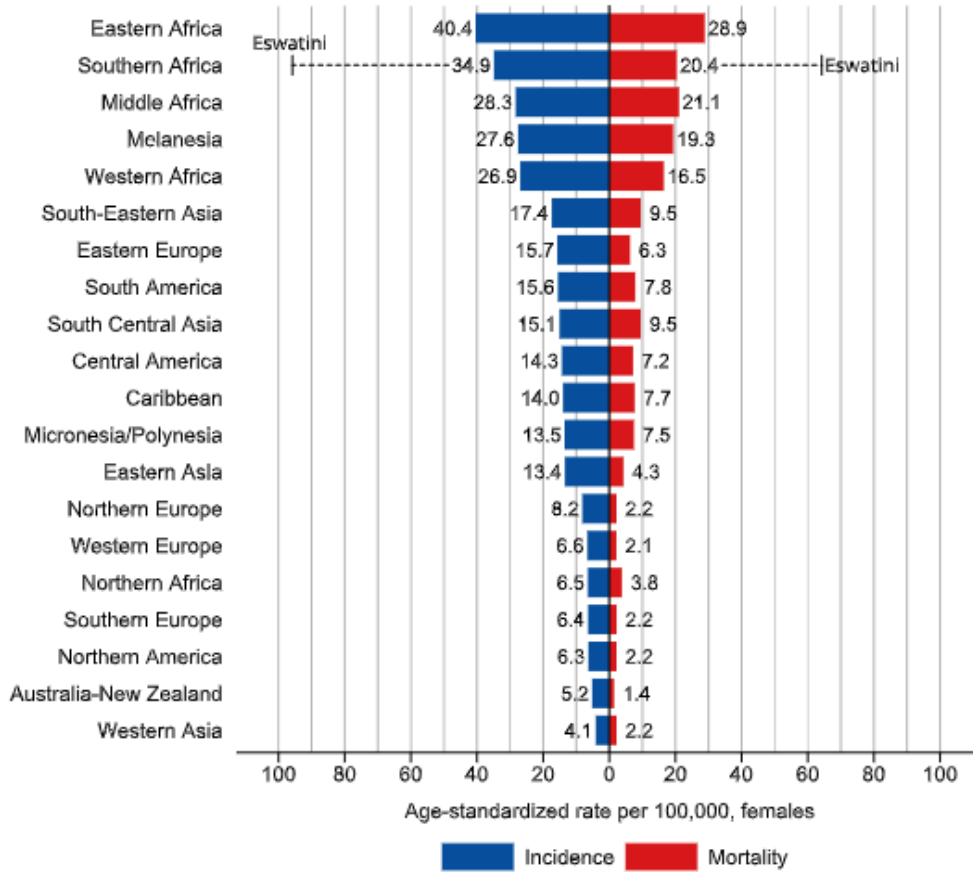
Uterus korpusunda gelişen fakat endometriyum kanserinden farklı olarak uterusun ağzında meydana gelen kanser türüne serviks kanseri denilmektedir (Bahıtlı, 2016). Serviks kanseri dünya çapında kadın sağlığını ciddi şekilde tehdit eden dördüncü yaygın kadın malign tümörüdür. Yüksek riskli human papilloma virüsünün (HPV) kalıcı enfeksiyonunun serviks kanserinin gerekli nedeni olduğu açıklığa kavuşturulmuştur (Zhang ve diğerleri, 2020; Choi ve diğerleri, 2023). Etiyolojinin net olarak ortaya konması, serviks kanserinin kapsamlı önleme ve kontrol sisteminin kurulmasını ve uygulanmasını hızlandırmaktadır (Choi ve diğerleri, 2023).

2.2.1. Epidemiyoloji

Serviks kanseri, serviksin yıkıcı bir malignitesi olup, skuamöz hücreli karsinomların adenokarsinomlardan daha yaygın olduğu rapor edilmiştir (Choi ve diğerleri, 2023; Zhang ve ark., 2020). Genel asemptomatik popülasyonda düzenli

kanser taramaları, tanınmayan (klinik öncesi) kanserin veya kanser öncesi lezyonların erken evrede tespit edilmesi ile daha yüksek sağlık hizmeti kaynağı kullanımının, kötü klinik sonuçların ve daha yüksek sağlık hizmeti kaynağı kullanımının önüne geçerken, daha maliyetli ve invaziv olan ileri evre tanılarında kaçınmaya yardımcı olmaktadır (WHO, 2022; National Cancer Institute, 2021; Clarke ve diğerleri, 2020).

Dünya genelinde 2020 yılında tahminen 604.000 yeni serviks kanseri vakası ve 324.000 ölüm kaydedilmektedir. Kaydedilen bu vakaların neredeyse %90'ı düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir (WHO, 2022). Bu bağlamda, GLOBOCAN'ın 2022'de yayınladığı çalışmaya göre, serviks kanseri için bölgeye özgü ve yaşa göre standardize edilmiş insidans ve ölüm oranlarının çubuk grafiği Şekil 2.1.'de gösterilmektedir.



Şekil 2.1: Serviks Kanseri İçin Bölgeye Özgü Ve Yaşa Göre Standardize Edilmiş İnsidans ve Ölüm Oranları

Kaynak: (GLOBOCAN, 2022)

Tekalign ve Teshome'un (2022) serviks kanseri hastaları arasında geç evre tanı yaygınlığı ve belirleyicilerini inceledikleri sistematik ve meta-analiz

çalışmasında, dünyanın 3 bölgesinden 53.233 katılımcıyla yirmi beş çalışma dahil edilmiş olup, genel tahmini küresel havuzlanmış prevalansı %60,66 olduğu, alt grup analizinde geç dönem başvuru prevalansının Afrika'da %62,60, Asya'da %69,30, Avrupa'da %46,51 ve Kuzey Amerika'da %50,16 olduğu ortaya belirlenmiştir. Savira ve ark.'nın (2022) Endonezya'nın Riau eyaletindeki serviks kanseri hastalarında onkojenik human papilloma virüsünün yaygınlığını inceledikleri çalışmada, serviks kanseri prevalansını %78,1 olduğunu belirlemiştir. Alacam ve Bakir (2021) Türkiye'de HPV prevalansını incelediği çalışmada, deoksiriboz nükleik asit (DNA) örneklerinin %36,3'ünde HPV pozitif ve çoklu HR-HPV enfeksiyonunun prevalansını %40,7 olarak bulmuştur.

2.3.2. Risk faktörleri

Serviks kanserinde birincil risk faktörü olarak HPV enfeksiyonu tanımlanmaktadır (Olubodun ve diğerleri, 2023). 200'den fazla alt tipi var olan HPV enfeksiyonunun 54 alt tipinin iç ve dış üreme sistemine yerleşerek hücre değişikliklerine neden olduğu gösterilmektedir (WHO, 2019). Belirli cinsel davranış türleri serviks kanseri ve HPV enfeksiyonu için risk faktörleri olarak kabul edilmektedir. Kadınların ilk cinsel ilişkiye girdiği yaş, serviksin henüz gelişmekteyken hasara yol açabileceğinden ötürü 20 yaşından önce cinsel aktivite serviks kanseri için bir risk faktörü olarak gösterilmektedir (Gebresilasie ve diğerleri, 2022; Nakazawa ve diğerleri, 2023). Ek olarak, bir kadının ne kadar fazla cinsel partneri varsa, HPV ile temasa geçme ve daha sonra serviks kanserine yakalanma riski de o kadar artmaktadır. Birden fazla partneri olan kişiyle seks yapmak aynı zamanda kişinin HPV ile temas etme ve daha sonra serviks kanserine yakalanma riskini de arttırmaktadır (Cancer Treatment Center of America, 2022; Nakazawa ve diğerleri, 2023).

Üç veya daha fazla term dönem gebelik yaşayan kadınların serviks kanserine yakalanma riski daha yüksektir. Araştırmalar gebelik sırasındaki hormonal değişikliklerin kadınları HPV enfeksiyonuna veya kanser gelişimine karşı daha duyarlı hale getirdiğine işaret etmektedir (Cancer Treatment Center of America, 2022). Diğer bir düşünce ise gebelerin bağışıklık sistemlerinin daha zayıf olabileceği ve bu durumun HPV enfeksiyonuna ve kanser büyümesine yol açabileceğidir (American Cancer Society, 2023; Cancer Treatment Center of America, 2022). İlk term dönem doğum yaşı da serviks kanseri için tanımlanmış bir risk faktörüdür. İlk

term dönem doğum yaşının 20'den küçük olması serviks kanseri riskini yükseltmektedir (El-Moselhy ve diğerleri, 2016).

Sigara içen kadınların sigara içmeyenlere göre serviks kanserine yakalanma olasılığı daha yüksektir. Ayrıca yapılan incelemelerde, sigara içen kadınların servikal mukusunda tütün yan ürünleri bulunmuştur. Bu maddeler serviks hücrelerinin DNA'sına zarar vermekte ve serviks kanserinin gelişmesine yol açmaktadır. Sigara içmek ayrıca bağışıklık sisteminin HPV enfeksiyonlarıyla mücadelede daha az etkili olmasına neden olmaktadır (Nagelhout ve diğerleri, 2021).

Kombine oral kontraseptiflerin (KOK) uzun süre (5 yıla kadar) alınmasının serviks kanseri riskini artırdığına dair kanıtlar bulunmaktadır (Canadian Cancer Society, 2022). Yapılan bir meta-analiz araştırmasında, kadının KOK kullandığı süre uzadıkça serviks kanseri riskinin arttığını, ancak KOK durdurulduktan sonra riskin tekrar azaldığını ve durdurulduktan yaklaşık 10 yıl sonra normale döndüğünü ileri sürmektedir (Asthana ve diğerleri, 2020). Cinsel yolla bulaşan bir enfeksiyona (CYBE) sahip olmanın, kadının HPV'ye yakalanma olasılığını da arttırdığı düşünülmektedir. Araştırmalar, belirli CYBE'lerin neden olduğu uzun süreli inflamasyonun, HPV'li kadınlarda serviks kanseri riskini artırabileceğini düşündürmektedir (Canadian Cancer Society, 2022).

Sosyoekonomik durumu düşük olan kadınların serviks kanserine yakalanma riski daha yüksek olup, bunun temel nedeni kadınların üreme sağlığı hizmetlerine sınırlı bilgi ve erişime sahip olmaları nedeniyle düzenli pap testi yaptırma olasılıklarının daha düşük olmasından kaynaklanmaktadır (Sadia ve diğerleri, 2022). Huang ve ark.'nın (2022a) yaptıkları çalışmada, insan gelişme indeksinin ve alkol kullanımının da HPV risk faktörlerinden olduğu belirlenmiştir.

2.3.3. Histopatoloji

Serviks kanseri, skuamöz hücreli karsinomu (SHK), adenokarsinomu (AK), adenoskuamöz karsinomu (ASK), nöroendokrin kanseri, farklılaşmamış kanseri ve diğer patolojik türleri içermektedir. SHK vakaların yaklaşık %70'ini, AK ise yaklaşık %25'ini oluşturmaktadır (Hu ve diğerleri, 2018). Yüksek riskli human papilloma virüsü (HPV), serviks kanseri için önemli bir risk faktörüdür. Yüksek riskli alt tipler arasında HPV16, 18, 31, 33, 35, 39 ve 45 yer almaktadır. HPV16 ve 18 alt tipleri serviks kanseriyle en yakından ilişkilidir (Huh ve diğerleri, 2017). Serviks kanserinin

patolojik tiplerinin hastaların prognozu üzerine etkisinin olup olmadığı halen tartışmalıdır. Bazı çalışmalar SHK ve AK'nin aynı genel sağ kalıma (GSK) sahip olduğunu gösterirken, bazı veriler serviks AK'li hastaların SHK'li hastalara göre daha kötü GSK ve hastalısız sağ kalıma sahip olduğunu öne sürmektedir (Liu ve diğerleri, 2022; Pan ve diğerleri, 2020).

Serviks kanseri araştırmalarının çoğunluğu serviksin SHK'sine odaklanmıştır ve sıklıkla diğer daha nadir histolojik alt tipleri SHK ile birlikte gruplandırılmaktadır. Son toplum temelli çalışmalar, AK insidans oranlarının 1973'ten 1996'ya neredeyse %30 arttığını, şu anda Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl teşhis edilen tüm serviks kanserlerinin yaklaşık %25'ini oluşturduğunu ileri sürmektedir (Levinson ve diğerleri, 2021). Servikal AK, ilişkili risk faktörleri, tedaviye yanıt ve genel prognoz dahil olmak üzere birçok yönden SHK'den farklılık göstermektedir (Cao ve diğerleri, 2019; Levinson ve diğerleri, 2021). Daha da önemlisi, radyasyona yanıtındaki farklılıklar servikal AK için de farklı görünmektedir (Hu ve diğerleri, 2018). Gynecologic Oncology Group'un 92'nin 10 yıllık takip analizinde, AK ile gözlenen kadınlarda (%44) SHK ile gözlenenlere (%28) kıyasla nüks oranı daha yüksek belirlenmiştir (Levinson ve diğerleri, 2021).

Tüm kanserlerin mikroskopik inceleme ile doğrulanması şarttır. Primer büyüme servikte ise vakalar serviks karsinomu olarak sınıflandırılır. Tüm histolojik tipler dahil edilmelidir. WHO (2022a) Kadın Genital Tümörleri Sınıflandırmasında açıklanan histopatolojik tipler aşağıdaki gibidir:

1. Skuamöz epitelyal tümörler
 - Skuamöz hücreli karsinom, HPV ile ilişkili
 - Skuamöz hücreli karsinom, HPV'den bağımsız
 - Skuamöz hücreli karsinom NOS
2. Glandüler tümörler
 - Adenokarsinom NOS
 - Adenokarsinom, HPV ile ilişkili
 - Adenokarsinom, HPV'den bağımsız, mide tipi
 - Adenokarsinom, HPV'den bağımsız, berrak hücreli tip

- Adenokarsinom, HPV'den bağımsız, mezonefrik tip
 - Adenokarsinom, HPV'den bağımsız, NOS
 - Endometrioid adenokarsinom NOS
 - Karsinosarkom NOS
 - Adenoskuamöz karsinom
 - Mukoepidermoid karsinom
 - Adenoid bazal karsinom
 - Karsinom, farklılaşmamış, NOS
3. Karışık epitelyal ve mezenkimal tümörler
- Adenosarkom
4. Germ hücreli tümörler
- Endodermal sinüs tümörü
 - Yolk kesesi tümörü NOS
 - Koryokarsinom NOS (International Agency for Research on Cancer, 2020).

2.3.4. Tanı ve sınıflandırma

Serviks bölgesinin detaylı incelenmesi ve anormallikleri veya lezyonları saptamak amacıyla serviks kanser taraması yapılmaktadır (Elakkiya ve diğerleri, 2021). Serviks kanserinin tanılanmasında; pap-smear, HPV-DNA test, sıvı sitoloji, biyopsi, kolposkopi, sistoskopi gibi yöntemler kullanılmaktadır (Paşalak, 2020). WHO'ya (2022b) göre, büyük popülasyonlarda servikal tarama Pap-smear testi kullanılarak yapılmaktadır. Pap smear testi uygulaması, serviks kanserini, klinik bulgular ortaya çıkmadan önce %90-95'e varan doğrulukla teşhis edilebilen, kolay uygulanabilen ve daha ekonomik bir yöntem olarak bilinmektedir (Gözüyeşil ve diğerleri, 2019). Kolposkopi görüntüleri tıp uzmanları tarafından serviks kanserinin değerlendirilmesinde altın standart uygulama olarak kabul edilmektedir. Ancak kolposkopi görüntülerinin incelenmesi veya görsel olarak detaylandırılması genellikle zaman alıcı bir süreç ve yetenekli tıbbi uzmanlar gerektirmektedir (Elakkiya ve diğerleri, 2021).

İnvaziv serviks kanseri, parametrium, vajina, rahim ve mesane ve rektum gibi komşu organlara doğrudan yayılım yoluyla yayılır. Aynı zamanda lenfatik kanallar boyunca bölgesel lenf düğümlerine, yani obturator, dış iliak, iç iliak ve oradan da ortak iliak ve para-aortik düğümlere yayılır. Hematojen yolla akciğer, karaciğer ve iskelete uzak metastaz geç görülen bir olgudur.

1958 yılında FIGO tarafından kanser için klinik evreleme sistemi atanan ilk organ serviks olmuştur. Daha sonra bunu nodal ve metastatik hastalık durumunu belgelemek amacıyla kullanılan patolojik evrelemeyi takip etmiştir. 2018 yılında The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) Jinekolojik Onkoloji Komitesi, evreyi belirlemek için mümkün olduğu kadar klinik, radyolojik veya patolojik bulgular seçeneğine izin verecek şekilde evrelemeyi revize etmiştir. Daha sonra bu aşamaya ilişkin bir düzeltme, bazı değişikliklerle birlikte yayınlanmıştır (Bhatla ve diğerleri, 2021; Olawaiye ve diğerleri, 2021). Ana değişiklikler şunlardır:

- Mikroinvazif bir lezyonun yatay boyutu artık dikkate alınmamaktadır.
- Tümör boyutu ayrıca üç alt gruba ayrılmıştır: IB1 ≤ 2 cm, IB2 $>2-\leq 4$ cm ve IB3 >4 cm.
- Daha kötü onkolojik sonuçlarla ilişkili olan lenf düğümü pozitifliği, vakayı Evre IIIC'ye (pelvik düğümler IIIC1 ve para-aortik düğümler IIIC2) atar. Mikrometastazlar Evre IIIC'ye dahildir.

Revize edilmiş FIGO evrelemesi, en son patolojik evrelemesi ile yakından uyumludur. Tüm görüntüleme ve patoloji raporları hazır olduktan sonra evre belirlenmektedir. Daha sonra, örneğin tekrarlandığında değiştirilmemesi önerilmektedir (Olawaiye ve diğerleri, 2021).

2.3.5. Klinik değerlendirme

Mikroinvaziv aşamada, Evre IA1 ve IA2 tanısı, Loop Electrosurgical Excision Procedure/ Elektrocerrahi Lupla Eksizyon İşlemi (LEEP) veya soğuk bıçak konizasyonu ile elde edilen ve tüm lezyonu içeren koni biyopsi örneğinin mikroskopik incelemesiyle konmaktadır. Ayrıca trakelektomi veya histerektomi örnekleme üzerinde de incelemede bulunulabilmektedir. İnvazyon derinliği epitel tabanından itibaren sırasıyla 3 veya 5 mm'den fazla olmaması gerekmektedir. Yatay boyut, hayatta kalmayı etkilediği gösterilmediğinden FIGO 2018 revizyonunda

dikkate alınmamaktadır. Evreyi değiştirmeyen ancak tedavi planını etkileyebilecek lenfovasküler alan tutulumuna dikkat edilmelidir. Kenarların hastalık açısından negatif olduğu bildirilmelidir. Koni biyopsisinin sınırları invaziv kanser açısından pozitifse hasta Evre IB1'e tahsis edilmektedir (Park ve diğerleri, 2021).

Görünür lezyonlarda punch biyopsi genellikle tanı için yeterli olabilir ancak yeterli olmazsa küçük bir loop biyopsisi veya koni gerekebilir. Klinik değerlendirme evrelemenin belirlenmesinde ilk adımdır. FIGO 2018 evrelemesi, tümör boyutu, düğüm durumu ve yerel veya sistemik yayılma hakkında ek bilgi sağlamak için ultrason, manyetik rezonans görüntüleme (MRI), bilgisayarlı tomografi (BT), pozitron emisyon tomografisi (PET) gibi mevcut kaynaklara göre görüntüleme yöntemlerinden herhangi birinin kullanılmasına izin verir. MRI, 10 mm'den büyük primer tümörlerin radyolojik değerlendirilmesinde en iyi yöntemdir (Patel-Lippmann ve diğerleri, 2017). Bununla birlikte, ultrasonun uzman ellerde iyi bir tanısal doğruluğa sahip olduğu da gösterilmiştir (Fischerova ve diğerleri, 2008). Evrelemenin belirlenmesinde kullanılan yöntem, gelecekteki değerlendirmeler için not edilmesi gerekmektedir. Görüntüleme, en uygun tedavi yönteminin seçimine rehberlik edebilecek ek prognostik faktörleri tanımlayabilmektedir.

10 mm'den büyük nodal metastazların saptanmasında PET-CT, CT ve MRI'dan daha doğrudur ve vakaların %4-15'inde yanlış negatif sonuçlar vermektedir (Saleh ve diğerleri, 2020; Bhatla ve diğerleri, 2021). Klinisyen görüntüleme kararı verebilmekte veya mümkünse metastazları dışlamak için ince iğne aspirasyonu veya biyopsi kullanabilmektedir. Bu özellikle para-aortik lenf düğümlerinin minimal invaziv cerrahi veya laparotomi yoluyla cerrahi değerlendirmesinin hastalığın yaygınlığına göre tedaviyi uyarlamak için kullanılabildiği ileri evreler için geçerlidir (Saleh ve diğerleri, 2020; Bhatla ve diğerleri, 2021). Para-aortik lenf düğümü tutulumunun cerrahi olarak dışlandığı rapor edilmiştir. prognozla tek başına radyografik dışlamadan daha iyi korelasyon gösterir (Saleh ve diğerleri, 2020; Bhatla ve diğerleri, 2021).

Tedavi öncesi para-aortik lenf nodu cerrahi evrelemesinin (PALNS) güvenliğini ve etkisini değerlendiren 22 makalenin gözden geçirilmesi, Evre IB-IVA serviks kanseri olan hastaların %18'inde (aralık, %8-%42) para-aortik lenf bezi ve düğüm metastazı bulunduğunu ortaya çıkarmaktadır (Smits ve diğerleri, 2014). PALNS'nin ortalama komplikasyon oranı %9 (%4-24 aralığı) ve en yaygın olanı

lenfokist oluşumu olduğu belirtilmektedir (Smits ve diğerleri, 2014). Başka bir çalışmada, klinik olarak değerlendirilen Evre IIB tümörlerin %35'ine kadar ve Evre III tümörlerin %20'sinin pozitif para-aortik nodlara sahip olduğu rapor edilmiştir (Heller ve diğerleri, 1990). Revize edilmiş evrelemede, lenf nodu tutulumu nedeniyle tüm bu vakalar Evre IIIC'ye atanacak olup, prognoz daha kötü seyretmektedir (Bhatla ve diğerleri, 2021). Sadece pelvik nodlar pozitifse Evre IIIC1'dir; para-aortik düğümler de dahilse Evre IIIC2'dir.

FIGO artık herhangi bir biyokimyasal araştırmayı veya araştırma prosedürünü zorunlu kılmamaktadır; ancak açık invaziv karsinomu olan hastalarda göğüs röntgeni ve hidronefroz değerlendirmesi (böbrek ultrasonu, BT veya MRI ile) yapılmasını önermektedir. Mesane ve rektum metastazını önlemek adına hastanın klinik olarak semptomatik olması durumunda sistoskopi ve sigmoidoskopi ile değerlendirilmektedir. Fıçı şeklinde endoservikal büyüme vakalarında ve büyümenin ön vajinal duvara uzandığı durumlarda da sistoskopi önerilmektedir. Şüpheli mesane veya rektal tutulum biyopsi ve histolojik kanıtlarla doğrulanmalıdır. Büllöz ödem tek başına bir vakanın Evre IV'e tahsis edilmesini garanti etmemektedir (Bhatla ve diğerleri, 2021).

2.3.6. Tedavi

Tanılama aşamasında yapılan evreleme, tümörün bulunduğu alanı ve yayılımını belirlemeye yardımcı olup, tedavi sürecinin planlanması hakkında bilgi vermektedir. Serviks kanserinin erken evresinde cerrahi tedavi prosedürlerinden trakelektomi ya da histerektomi önerilmektedir. Serviks kanserinde, hasta eğer doğurganlığını sürdürmek istiyorsa, cerrahi, kemoterapi ve radyoterapi dışında LEEP, kriyoterapi, konizasyon ve lazer tedavisi de uygulanan tedaviler içerisinde bulunmaktadır (Şahin ve diğerleri, 2016).

2.3.7. Korunma ve tarama yöntemleri

Serviks kanserinin birincil korumasının temelini, HPV enfeksiyonundan korunma ve HPV aşılması oluşturmaktadır. HPV enfeksiyonundan korunma; cinsel aktiviteden kaçınmak, tek partner ve prezervatif kullanımını (%100 koruma sağlamaz) içermektedir. HPV aşısı ise, 2006 yılında piyasaya sürülmüştür. HPV tiplerinin yol açtığı serviks, vajina, vulva ve anüsü etkileyen prealign lezyonların ve kanserlerin önlenmesi için 9 yaş ve üzeri kadın ve erkeklerde kullanılmak üzere

halihazırda üç profilaktik HPV aşısı mevcuttur. Bunlar; Cervarix (HPV 16 ve 18), Gardesil-4 (HPV 6, 11, 16, 18) ve Gardesil-9 (HPV 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 ve 58) aşılardır. Ayrıca Gardesil-4 ve Gardesil-9, HPV 6 ve 11'in neden olduğu anogenital siğilleri hedef almaktadır. Cervarix aşısı (Cecolin; Xiamen Inovax Biotech Co., Ltd), Çin'de lisanslanmış olup, şu anda WHO ön yeterlilik sürecinden geçmektedir. Aşıların tamamı virüs benzeri parçacıklardan oluşan rekombinant aşılar ve viral DNA içermediklerinden bulaşıcı değildirler. 9-14 yaş arası kız ve erkek çocuklar için iki dozluk bir program (0 ve 6-12 aylarda 0,5 mL, yani ikinci doz, ilk dozdan 6-12 ay sonra verilmelidir) önerilmektedir. 15 yaş ve üzeri kişiler ile bağışıklık sistemi baskılanmış hastalar, yaşlarına bakılmaksızın üç doz almalıdır (üreticinin tavsiyesine göre 0, 1-2 ve 6 ayda 0,5 mL) (WHO, 2017). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) en son verileri incelemiş ve şu sonuca varmıştır: HPV aşılara ilişkin herhangi bir güvenlik endişesi bulunmadığı ve aşılamaya uygun kadınların en az %50'sinin aşılandığı ülkelerde, HPV 16 ve 18 enfeksiyonlarında yaklaşık %70 oranında azalma sağlanabilmektedir (WHO, 2023; Parham ve diğerleri, 2015).

Serviks kanserinden korunmada; serviks kanserine yönelik riskli davranışları değiştirmeye ve risk faktörlerini önlemeye yönelik adımların uygulanması, toplumda farkındalık oluşturulması, düzenli olarak jinekolojik muayeneler yaptırılması, serviks kanseri tarama programları hakkında bilgi verilmesi ve programlara yönlendirme sağlanması, tarama programlarına katılımı konusundaki engellerin saptanıp bunlara yönelik girişimler uygulanması ve topluma HPV aşısının anlatılması ve aşılamanın yaygınlaştırılması gibi yöntemler önerilmektedir (Özerdoğan ve Gürsoy 2017). Sekonder korunma; Servikal kanser için tarama testleri yaptırmayı (PAP Smear Testi, HPV-DNA testi gibi) içermektedir. Ülkemizde uygulanan taramalarda Human Papiloma Virüs DNA (HPV-DNA) testleri ve Konvensiyonel Servikal Sitoloji (Pap testi veya Pap smear) tercih edilmektedir (Aydoğdu ve Özsoy, 2018). Özellikle, serviks kanserinin erken dönemde tanınmasında kullanılan Pap smear ücretsiz, zararsız, ulaşılabilir ve hem bireyde hem de sağlık sisteminde tedavi yükünü azaltan güvenilir bir yöntemdir (Demirel ve Gölbaşı, 2015; Gözüyeşil ve diğerleri, 2019).

Tersiyer korunma; Tanı alan hastaların uygun tedavi yönetimini ve rehabilitasyonunu içermektedir (Özerdoğan ve Gürsoy, 2017).

2.4. Endometrium Kanseri

Uterus, pelvis boşluğunda bulunan, kaslı ve üç tabakadan oluşan iç üreme organıdır. Uterusu oluşturan tabakaların içten dışa doğru; endometrium, myometrium ve parametrium olarak sıralanmaktadır (Andina, 2023). Endometrium tabakası, silial epitelyum hücrelerden meydana gelmektedir. Endometrium tabakasında gelişerek köken alan endometrium kanserlerin %97'si tübüler glandlarda oluşmakta ve endometrial karsinom olarak adlandırılmaktadır. Geriye kalan %3 ise uterus mezenkiminden kaynaklanmakta ve sarkom adıyla sınıflanmaktadır (Karadaş, 2015; Aslan, 2015).

2.4.1. Epidemiyoloji

Endometrium kanseri, kadınlarda görülen tüm kanserler içinde meme, kolorektal, akciğer, serviks ve tiroid kanserlerinin ardından 6. sırada yer almaktadır (GLOBOCAN, 2020; Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2021). Türkiye kanser istatistikleri incelendiğinde ise, endometrium kanseri kadınlar arasında en sık rastlanan ilk on kanser türü içinde 5. sırada yer almaktadır (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2021). Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı tarafından yayınlanan 2020 GLOBOCAN verilerine göre, endometrium kanseri Türkiye ve Batı Asya'da beşinci, Orta ve Doğu Avrupa'da üçüncü, Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) ise en sık görülen dördüncü kanser türü olarak karşımıza çıkmaktadır (GLOBOCAN, 2020; Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2021).

Dünyada her yıl yaklaşık 142.000 kadında endometriyal kanser görülmekte ve yaklaşık 42.000 kadın endometriyal kanser kaynaklı yaşamını kaybetmektedir. Daha az gelişmiş ülkelerde, risk faktörleri daha az yaygın olup, spesifik mortalite yüksek olmasına rağmen endometriyal kansere sık rastlanılmamaktadır (Hill ve diğerleri, 1996). Bölgeye özgü insidans dünya çapında değişiklik göstermekte olup, yaşa standardize edilmiş oran (100.000 kişi başına) Kuzey Amerika'da 21,1 ve Doğu Asya'da 8,2 olduğu belirtilmektedir (Sung ve diğerleri, 2021; Khazei ve diğerleri, 2018). Bölgesel farklılıkların yanı sıra, görülme sıklığı ırka göre de farklılık göstermektedir. Amerika Birleşik Devletleri'ndeki Gözetim, Epidemiyoloji ve Nihai Sonuçlar Programına göre görülme oranı, Hispanik olmayan Beyazlar arasında 28,0, Asyalı ve Pasifik Adalılar arasında ise 22,6 olduğu saptanmıştır (The Surveillance, Epidemiology, and End Results Program, 2024).

2.4.2. Risk faktörleri

Endometrium, östrojen ve progesteron seviyelerindeki dalgalanmalarla menstrual döngüye yanıt olarak yapısını değiştirmektedir. Karşılıksız östrojene maruz kalmanın, endometrium kanser riskini artıran endometriyal hiperplaziye yol açtığı hipotezi öne sürülmektedir (Akhmedkhanov ve diğerleri, 2001). Parite, menarş yaşı ve menopoz gibi üreme faktörleri potansiyel olarak bireyler arasında karşılanmamış östrojene maruz kalma farklılıklarıyla ilişkili olup, farklı endometrial kanser risklerine yol açılabilmektedir (Katagiri ve diğerleri, 2023). 53 risk faktörünü içeren 1354 bireysel çalışmanın 171 meta-analizini içeren bir şemsiye meta-analiz çalışmasına göre; parite, ileri yaş doğum ve geç menarş yaşı, endometriyum kanseri riskinin azalmasıyla ilişkilendirilmiştir (Raglan ve diğerleri, 2019).

Endometrium kanser riskinin artan yaş ile pozitif eğilim gösterdiği bulunmuştur (Zuchetto ve diğerleri, 2009). Postmenopozal kadınlarda premenopozal kadınlara göre endometrium kanserinin daha yaygın görüldüğü, vakaların %90'ından fazlasının 50 yaşından sonra teşhis edildiği görülmüştür (Brinton ve diğerleri, 1992). Gelişmiş ülkelerde yaşam beklentisinin artması ve yaşam tarzındaki değişimler sebebiyle endometrium kanseri insidansı gelişmekte olan ülkelerin çoğundan daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Zuchetto ve diğerleri, 2009. Brinton ve diğerleri, 1992). Erken yaşta görülen menarş ve geç yaş menopoz endometriyal kanser riskinin artmasıyla ilişkilendirilmektedir (Duong ve diğerleri, 2011). Bunun nedeni, erken menarş ve geç yaş menopozun görülen menstruasyon döngüsünün sayısının artmasından kaynaklanarak, döngüyü daha çok yaşayan kadınlarda östrojene maruz kalma süresi artmaktadır (Sorosky, 2008). İlk menarşı on beş yaşında veya daha büyük olan kadınlarda endometriyal kanser gelişme riski 9 kata kadar artış gösterdiği bulunmuştur (Shaw ve diğerleri, 2016). Setiawan ve ark.'nın yaptıkları bir çalışmada, menopoza girme yaşı 50 ila 54 yaş arasında olan kadınlarda, menopoza 45 yaşından önce giren kadınlara oranla yüzde 67 oranında endometriyal kanser riski daha yüksek olduğu, 55 yaşından sonra menopoza giren kadınlarda ise bu riskin yüzde 79 arttığı tespit edilmiştir (Setiawan ve diğerleri, 2007).

Diğer bir faktör ise, nulliparite olup, daha önce hiç doğum yapmamış kadınlarda daha yaygın görülmekte olup, doğum sayısının artmasıyla birlikte bu risk azalmaktadır (Reis ve diğerleri, 2009). Bunun nedeninin gebelikte salgılanan progesteronunun endometrium kanserine karşı koruyucu olduğu düşünülmektedir.

Ayrıca; hiç doğum yapmamış ve düzensiz kanaması olan olgularda kronik anovulasyona bağlı öngürülen bir risk artışı olduğu da saptanmıştır (Setiawan ve diğerleri, 2007). Ek olarak, daha önceki birçok çalışmada yaşam tarzı ile ilişkili faktörlerin endometrium kanseriyle ilişkili olduğu belirtilmektedir. Bu faktörler arasında beslenme alışkanlıkları önemli etkenlerden biridir. Aşırı ve bilinçsiz beslenmenin sebep olduğu obezite, yağ dokusunun artışına sebep olarak kadınlarda androjenlerin östrodiol aromatisasyon düzeyinin artmasına yol açmaktadır (Shaw ve diğerleri, 2016). Obezitenin temel nedenleri arasında yüksek yağlı beslenme veya hayvansal kaynaklı beslenme yer almaktadır. Yüksek yağlı beslenme, östrojen aktivitesini artırarak endometriyal kanser riskini artırır (Nagata ve diğerleri, 2000, Ogden ve diğerleri, 2006). Sebze ağırlıklı diyet, meyveler ve lifler ve vitaminler gibi besinler, endometriyal kanser riskinin azalmasıyla ilişkilidir (Littman ve diğerleri, 2001).

Endometrium kanserine neden olan diğer bir faktör ise sigara kullanımınıdır (Loerbroks ve diğerleri, 2007). Ayrıca yaşamı boyunca hiç sigara içmemiş olan kadınlarla karşılaştırıldığında endometrial kanserin görülme sıklığı, halen ve eski sigara içicilerinden daha düşük olduğu görülmektedir. Bunun sebebinin sigaranın antiöstrojenik etkisinden kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Sigaranın östrojen dolaşımında östrojen düzeyini azalttığı, kilo kaybetmeye sebep olduğu, erken menopoza yol açtığı ve bu şekilde endometrium kanser riskini azalttığı belirtilmektedir (Felix ve diğerleri, 2014; Bahıtlı, 2016).

2.4.3. Histopatoloji

Endometrium kanserinin moleküler özelliklerini incelemek amacıyla 2013 yılında yapılan Kanser Genom Atlas Projesi, endometrium kanserinin 4 alt gruba sahip olduğunu belirlemiştir (Cancer Genome Atlas Research Network, 2013). Bu projede; 373 endometrial karsinom olgusu (307 endometrioid, 53 seröz, 13 mikst histoloji), dizileme ve array temelli teknolojiler kullanılarak transkriptomik genomik ve proteomik özellikler açısından incelenmiştir. İnceleme sonucunda tespit edilen 4 alt grup: DNA polimeraz epsilon exonucleas domain patolojik varyantlarının görüldüğü ultramutated olarak kabul edilen grup (%7), Microsatellite instability ile karakterize hipermutated olarak tarif edilen grup (%28), Copy-number low, düşük mutasyon yükü ile karakterize grup (%39) ve Copy-number high, çoğunluk ile p53 mutasyonu ile karakterize edilen grup (%26) şeklinde tanımlanmıştır (Zeimet ve

diğerleri, 2013; Scholten ve diğerleri, 2003; Garcia-Dios ve diğerleri, 2013). Ayrıca, temelinde ise endometrial kanserler 2 tip altında incelenmektedirler.

Endometrial kanserler içerisinde en sık görülen histolojik tip 1 olup, endometrioid adenokarsinom olarak adlandırılmaktadır ve endometrial kanserlerin yaklaşık %80'ini oluşturur. Kalan %20'lik kısmını ise tip 2 kanserler (seröz, berrak hücreli histoloji ve karsinosarkom) oluşturmaktadır (american college 2015). Tip II, östrojenle ilişkili olmayan ve endometrioid grubunda yer almayan kanserlerdir. Atrofik endometrium ile ilişkili olup, ileri yaşta daha fazla görülmektedir. Tip II, genellikle yüksek dereceli tümörlere sahiptir. Bu grupta, papiller seröz veya berrak hücreli histolojik tip olma olasılığı daha yüksektir. Kötü bir prognoz seyredip, yüksek nüks ve metastaz yapma riski taşımaktadır. Tip II, endometriyal kanserlerin sadece %10'unu oluşturmakta, ancak endometrial kanserle ilişkili ölümlerin yaklaşık %40'ı ile ilişkilidir (The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2014).

2.4.4. Tanı ve sınıflandırma

Endometrium kanseri tanılanmasında özel bir yöntem ve tarama programı yoktur. Tanıda anamnez, fizik muayene, transvajinal ultrasonografi ve endometrial biyopsi gibi yöntemler kullanılmaktadır. Bununla beraber özellikle semptom belirten kadınlarda dilatasyon küretaj tercih edilmektedir. Görüntüleme yöntemleri tanı ve sınıflandırmada yol gösterici nitelik taşımaktadır. Transvajinal ultrason ile endometrium kalınlığının ölçümü ilk değerlendirmede en sık kullanılan görüntüleme yöntemidir. Anormal uterin kanamanın veya postmenopozal kanamaların değerlendirilmesinde ve ek inceleme yapılacak hastaların seçiminde, endometriyal biyopsinin yanı sıra transvajinal ultrasonografi ile değerlendirilir (Gull ve diğerleri, 2003; Melekoğlu ve Yılmaz, 2020). Yapılan birçok çalışmada, 4 mm altındaki endometrium kalınlığının menopoz sonrası döneminde olan kadınlarda atrofiyi gösterdiği ve bu kadınlarda histolojik değerlendirmenin gerekli olmadığı belirtilmiş olsa da semptomatik bir hastada sadece ultrasonografi sonucuna dayanarak endometrial biyopsinin gerekmediğine karar verilmemelidir (Melekoğlu ve Yılmaz, 2020). Şüpheli durumlarda ileri radyolojik değerlendirmeler (manyetik rezonans görüntüleme, bilgisayarlı tomografi, akciğer grafisi, pozitron emisyon tomografisi gibi) yapılması önerilmektedir (Öztürker ve diğerleri, 2015; Kotil, 2005; Melekoğlu ve Yılmaz, 2020).

Postmenopozal kanama ile başvuran bir kadında kalınlaşmış endometriumon transvajinal sonografi varsa anendometrial biyopsi endikedir (Jones ve diğerleri, 2021). Ayakta tedavi ortamında uygulanması kolay ve hızlı olmasına rağmen endometrial biyopsi, başarısızlık (%11), yetersiz örnek (%31), ağrı, kanama, enfeksiyon ve çok nadiren delinme gibi olumsuz sonuçları olabilen invazif bir prosedürdür (Van Hanegem ve diğerleri, 2016). Geleneksel dilatasyon ve küretaj ile benzer tanısal doğruluk gösteren, ancak ayaktan hasta örnekleme yapabilen aspirasyon, fırça ve kanülasyon cihazları mevcuttur (Narice ve diğerleri, 2018). Pipele aspiratörü, yeterli bir örnek alındığında endometrium kanserinin tespiti için %90-100 hassasiyetle en sık kullanılan örnekleme yöntemidir (Melekoğlu ve Yılmaz, 2020).

Histeroskopi, patolojiyi tanımlamak, yönlendirilmiş biyopsiler almak ve polipektomi gibi tedavi prosedürlerini gerçekleştirmek için ince bir boreskop yoluyla uterus boşluğunun doğrudan görselleştirilmesidir. Histeroskopi kalınlaşmış, düzensiz endometriyumu olan, tekrarlayan veya uzun süreli kanaması olanlar veya rastgele endometriyal örnekleme için tanısal olmadığı durumlarda ultrasonda diğer ilgili özellikleri olan kadınlar için endikedir (Sundar ve diğerleri, 2017).

Endometrium kanserinin sınıflandırılmasında FIGO Evreleme Sistemi kullanılmaktadır (Soslow ve diğerleri, 2019).

- Evre I Uterusta sınırlı tümör
 - IA < %50 myometrial invazyon
 - IB > % 50 myometriyal invazyon
- Evre II Uterusu aşmamış fakat servikal stromal invazyon mevcut
- Evre III Lokal ve bölgesel tutulum mevcut
 - IIIA uterus serozası veya adneskleri invaze etmiş
 - IIIB Vajinal ve/veya parametriyal dokuyu invaze etmiş
 - IIIC Pelvik ve/veya para-aortik lenf nodlarına yayılım
 - IIIC1 Pelvik lenf nodu tutulumu
 - IIIC2 para-aortik lenf nodu tutulumu pelvik lenf nodu tutulumu olan ya da olmayan

- Evre IV Mesane ve/veya barsak mukozası invazyonu ve/veya uzak metastaz
- IVA Mesane ve/veya barsak mukozası tutulumu
- IVB Uzak metastaz (karın içi organlara yayılım ve/veya inguinal lenf nodu yayılımı da dahil) şeklinde sınıflandırmıştır.

2.4.5. Klinik değerlendirme

Postmenopozal dönemde yaşanan uterin kanama ile anormal uterin kanama endometrial kanserin en önemli belirtisidir. 45 yaş üstü vajinal kanama şikayetiyle gelen kadınlar ve 45 yaş altında olup karşılanmamış östrojen maruziyeti olan kadınlar endometrium kanseri riski açısından incelenmelidir (Braun ve diğerleri, 2016). Tanı sonrasında preoperatif değerlendirme, detaylı klinik anamnez, fiziki muayene ve görüntülemeler yapılmalıdır. Klinik anamnezde üreme geçmişi, varsa hormon tedavisi, vücut ağırlığı, tamoksifen kullanımı, beslenme alışkanlıkları, ailede kanser hikayesi detaylı sorgulanmalıdır. Anormal fiziki muayene bulguları (uterusta büyüme, pelvik alanda ağrı, karında şişlik gibi) hastalığın ilerlediğini göstermektedir (The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2015; Batur ve diğerleri, 2020).

Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü (National Institute for Health and Care Excellence), İskoç Üniversitelerarası Kılavuzlar Ağı (the Scottish Intercollegiate Guidelines Network) veya Kraliyet Kadın Doğum Uzmanları ve Jinekologlar Koleji (the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists) tarafından sağlanan kanıta dayalı güncel bir kılavuz bulunmamaktadır (Jones ve diğerleri, 2021). 'Yüksek riskli' kadınlar için yaşa, beden kitle indeksine ve diğer risk faktörlerine dayalı seçici transvajinal sonografi (TVS), en uygun maliyetli strateji olmasına karşın, vakaları kaçırma riski taşımaktadır (Cooper ve diğerleri, 2014). Britanya Jinekolojik Kanser Derneği, postmenopozal kanama için ilk basamak inceleme olarak TVS'yi ve endometrium kalınlaşmış ise ardından histeroskopi ile veya histeroskopi olmadan endometrial biyopsi yapılmasını önermektedir (Sundar ve diğerleri, 2017; Jones ve diğerleri, 2021). Ek olarak, endometrial kanserin değerlendirilmesi için özel bir laboratuvar testi bulunmamaktadır. Tümör markerlarının ise klinik incelemelerdeki yeri hakkında yeterince kanıt bulunmamaktadır (Colombo ve diğerleri, 2016).

2.4.6. Tedavi

Endometrium kanseri, genellikle erken evrede tanılanmaktadır. Hastalığın evresine göre cerrahi, kemoterapi, radyoterapi ve hormonal tedavi ya da bu seçeneklerin kombinasyonları uygulanmaktadır (Bilge ve diğerleri, 2022). Genellikle hastanın iyilik halinin sürdürülebilmesi için ilk seçenek cerrahidir. Hastaya histerektomi ve bilateral salpingo-ooferektomi yapılması izlenen cerrahi girişim yöntemleridir. Cerrahi işlem sonrası adjuvan tedavi olarak kemoterapi ve radyoterapi endometrium kanserinin evresine göre uygulanmaktadır (Bekar, 2015). Cerrahi tedavi uygulandıktan sonra jinekolojik prognostik faktörleri değerlendirip uygun evre tespit edilir ve postoperatif tedavi için plan yapılabilir. Cerrahi tedavi sonrası ek bir tedavi ihtiyacı olan hastaların tespitinden sonra radyoterapi, kemoterapi ve hormon tedavisi olmak üzere 3 ana tedaviden biri önerilmektedir. Postoperatif dönemde uygulanan radyoterapinin kanserin nüks açısından risk taşıyan hastalarda etkin olduğunu kanıt düzeyi yüksek çalışma bulunmamaktadır. Kemoterapi ve hormonal tedavi hastalığın ileri evresinde olan hastalarda primer olarak ya da palyatif tedavi olarak tercih edilmektedir. (Rock ve diğerleri, 2005; Keys ve diğerleri, 2004; Randall ve diğerleri, 1994)

2.4.7. Korunma ve tarama yöntemleri

Endometrium kanseri vakalarının çoğu semptomatiktir ve erken evrede tanı konulmasına kolaylık sağlamaktadır; dolayısıyla kanser taramasına gerek duyulmadan etkin tedavi uygulanmasıyla birlikte yüksek sağkalım oranları görülmektedir (Abu-Rustum ve diğerleri, 2023; Höhn ve diğerleri, 2021; Concin ve diğerleri, 2021). The American College of Obstetricians and Gynecologists ve American Cancer Society anormal uterin kanaması olmayan tamoksifen kullanan hastalarda ve genel popülasyonda, mortaliteyi azalttığını gösteren yeterli veri bulunmadığı için, rutin endometrial kanser taramasını (görüntüleme, endometrial örnekleme ya da servikal sitoloji) önermemektedir (Edge, 2010). Ayrıca endometrial kanser taraması için yeterince sensitif ve spesifik olan noninvaziv bir tarama testi bulunmamaktadır (Abu-Rustum ve diğerleri, 2023).

Endometrial kanserden korunmak için, risk faktörleri değerlendirilmeli ve riskli gruplar belirlenmelidir. Özellikle menopoz dönemindeki kadınlara düzenli bilgilendirilmeler ve eğitimler yapılmalıdır. Düzenli sağlık kontrolleri, beslenme,

egzersiz, sigara kullanımı ve beden kitle indeksinin normal aralıkta olması gibi konular hakkında kadınlar eğitilmelidir (Eroğlu, 2014). Endometrium kanserinden korunmada; her yıl düzenli olarak jinekolojik muayene yaptırma, sağlıklı bir yaşam tarzı benimseme, riskli davranışlardan uzak durmak (alkol, sigara vb.), yağdan fakir beslenme, düzenli egzersiz ve anormal kilo almaktan uzak durmak gibi yöntemler önerilmektedir (Kaplan, 2019).

2.5. Over kanseri

Over kanseri, batı ülkelerinde jinekolojik malignitelerden kaynaklanan ölümlerin önde gelen nedeni olup, kadın üreme sisteminde bulunan oogenez ve hormon üretiminde önemli rol üstlenen uterusun iki yanında bulunan overlerden kaynaklanan malign hastalıktır (Testa ve diğerleri, 2018; De Rasmio ve diğerleri, 2023).

2.5.1. Epidemiyoloji

Over kanseri, dünyada jinekolojik kanserler arasında en sık görülen üçüncü kanserdir. Ülkemizde ise sık görülen ikinci jinekolojik kanserdir. Ancak mortalite açısından bakıldığında over kanseri ülkemizde jinekolojik kanserler arasında en büyük orana sahip kanser türüdür. Dünya çapında over kanserinin prevalansı önemli ölçüde değişiklik göstermekte olup, en yüksek Batı Avrupa ve Kuzey Amerika'da, orta düzeyde Güney ve Doğu Avrupa ile Güney Amerika'da ve en düşük ise Orta Doğu ve Asya'dadır. 2020 yılında açıklanan GLOBOCAN verilerine göre 313.959 yeni over kanseri saptanmış ve 207.252 kişi over kanserinden dolayı yaşamını yitirmiştir (Siegel ve diğerleri, 2016; GLOBOCAN, 2020). Genel olarak over kanseri prevalansının en yüksek ve en düşük olduğu ülkeler arasındaki farklar ırksal, üremeyle ilgili, sosyoekonomik ve kültürel farklılıklarla açıklanabilmektedir (Ali, 2018; Gaitskell ve diğerleri, 2018; Schrijver ve diğerleri, 2021). Gelişmekte olan ülkelerle karşılaştırıldığında gelişmiş ülkelerde yumurtalık kanseri prevalansının daha yüksek olması birçok faktöre bağlı olabilir. Birincisi, gelişmiş ülkelerde yaşam beklentisinin ciddi oranda artmasıdır. İkincisi, geniş ailelerin hâlâ var olduğu ve kadınların hâlâ daha yüksek sayıda gebelik motivasyonuna sahip olduğu bazı gelişmekte olan ülkelerle karşılaştırıldığında doğurganlık oranındaki önemli azalmadır (Babic ve diğerleri, 2020).

Kadın yaşamını ve sağlığını tehdit eden over kanseri, jinekolojik kanserler arasında en yüksek mortalite oranına sahip olan jinekolojik kanser türü olan over kanseri, tüm kanserler arasında mortalite sıralamasında beşinci sırada iken jinekolojik kanserler arasında ikinci sırada yer almaktadır (Kim ve diğerleri, 2021; Liu ve diğerleri, 2020; Kehle, 2020; Lisio ve diğerleri, 2019; Nebgen ve diğerleri, 2019; Odunsi, 2017; GLOBOCAN, 2020). Bu yüksek ölüm oranı, tanı konmasında gecikme, uygulanan tedavi ve dirence bağlıdır (GLOBOCAN, 2020).

2.5.2. Risk faktörleri

Over kanserinin sebebi tam olarak bilinmemekle beraber bazı risk faktörleri tanımlanmıştır. Over kanseri için büyük bir risk faktörü ailede meme veya over kanseri olması ve bilinen genetik yatkınlık (BRCA1 veya BRCA2 gen mutasyonları) tespit edilen vakaların %10 ila %15'ini oluşturmaktadır (Chandra ve diğerleri, 2019; Torre ve diğerleri, 2017). Bunların yanı sıra; ileri yaş, erken menarş, geç menopoz, inferitilite, nulliparite, obezite, sigara kullanımı, postmenopozal hormon replasman tedavisi, beyaz ırk, pelvik inflamatuvar hastalık ve endometriozis risk faktörleri arasında yer almaktadır (McLemore ve diğerleri, 2009; Momenimovahed ve diğerleri, 2019). Birinci derece akrabasında over kanseri olan kadınlarda yumurtalık kanserine yakalanma riski 3 kat artmaktadır (Stratton ve diğerleri, 1998). Yapılan başka bir çalışmada, 50 yaşından küçük tanı alan birinci derece akrabalarda 50 yaşından büyük olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Jervis ve diğerleri, 2014).

Hormonal ve üreme faktörleri en önemli diğer risk faktörleridir. Yaşam boyu daha fazla adet döngüsünün yaşanması, yumurtlamanın over karsinogenezinde rol oynadığını düşündürmesinden dolayı daha yüksek over kanseri riski ile ilişkilidir (La Vecchia, 2017). Gebelik, emzirme ve doğum kontrol hapı dahil olmak üzere yumurtlamayı azaltan faktörler koruyucudur ve doğum yapmama durumu daha yüksek riskle ilişkilidir (Psalich ve diğerleri, 2013).

2.5.3. Histopatoloji

Doku örneklerinin hücresel düzeyde incelenmesi olan histopatoloji, over kanseri tanısı için altın standarttır (Breen ve diğerleri, 2023). Over kanserinin kaynağı tam olarak bilinmemektir. Özellikle BRCA gen mutasyonları nedeniyle over kanseri riski yüksek olan kadınlarda profilaktik ooferektomilerden elde edilen son

kanıtlar, en yaygın alt tip olan yüksek dereceli seröz karsinomun ya fallop tüpünden ya da over yüzeyinden kaynaklandığını göstermektedir. Bu bağlamda over kanseri tek bir hastalık olmayıp, oldukça farklı prognoza sahip birçok histolojik alt tipi içermektedir (Kurman ve diğerleri, 2016). Fathalla'nın teorisine göre, her ovulasyon dan sonra overin zarar gören yüzeyel epitelinin onarılabilmesi için başlatılan süreç neoplastik sürecin başlamasına neden olabilmektedir (Altıntaş, 2016). Bu teoriye göre, ovulasyonun sürekli yaşanmasıyla birlikte over yüzey epitelinde devam eden travmalara neden olmaktadır. Gerçekleşen her ovulasyonla birlikte tekrarlayan travma epitelyum üzerinde hücre değişikliklerine neden olmaktadır. Bu kapsamda, ovulasyonu baskılayan faktörler over kanseri riskini azaltırken, sürekli devam eden ovulasyon mevcut riski artırmaktadır (Budiana ve diğerleri, 2019). Fakat mevcut teori, over kanserinin histopatolojisini ve gruplarını tam olarak açıklayamamaktadır.

Over kanseri, uzun yıllar boyunca epitelyal ve epitelyal olmayan gruplara ayrılmıştır, ancak son çalışmalar epitelyal over kanserlerinin morfolojik ve klinik özelliklerin kombinasyonuna göre farklı gruplara daha iyi alt bölümlere ayrılmasına olanak sağlamıştır (Akar, 2019; Kılıç ve Alataş, 2022; Kurman ve diğerleri, 2011; Kurman ve diğerleri, 2016; McCluggage, 2011). Tip I epitelyal tümörler arasında düşük dereceli seröz, endometrioid, şeffaf hücreli, müsinöz ve geçiş hücreli (Brenner) karsinomlar bulunmaktadır. Genellikle erken bir aşamada ortaya çıkarlar, sınırdan over tümörlerinden veya endometriozisten kaynaklanabilmekte olup, genellikle iyi bir prognoza sahiptirler. Tip II epitelyal tümörler yüksek dereceli seröz karsinom, farklılaşmamış karsinomlar ve malign mikst mezodermal tümörlerden oluşmaktadır. Tipik olarak ileri evrede ortaya çıkan ve kötü prognoza sahip olan epitelyal over kanserlerinin yaklaşık %75'ini oluşturmaktadır (Kurman ve diğerleri, 2011; Kurman ve diğerleri, 2016). Her histolojik grubun kemosensitiviteyi, metastaz modelini ve hayatta kalma olasılığını etkileyen farklı moleküler boşlukları bulunmaktadır (Kurman ve diğerleri, 2011; Matz ve diğerleri, 2017).

2.5.4. Tanı ve sınıflandırma

Over kanserini saptamak için başvuru ilk aşama fiziki muayene, pelvik muayene ve kişisel tıbbi anamnez ve ailede tanı öyküsünün sorgulanmasıdır (Paşalak, 2020). Tanılama ve sınıflama genellikle cerrahi ile doğrulanmaktadır. Çünkü kistik yapılara ulaşım zor olmakta ve peritona yayılma riski ameliyattan önce uygulanan bir iğne biyopsisi ile artmaktadır. Tanıyı desteklemek için fizik

muayenenin yanı sıra tam kan sayımı, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri ve CA-125 ile CA-19 gibi tümör saptamada yardımcı testler yapılması önermektedir. CA-125 belirteci over karsinomu için en iyi tümör belirteçtir. Hastalığın detaylandırılması, kökeninin belirlenmesi ve tanının doğrulanması için vajinal veya abdominal ultrasonografi, gastrointestinal değerlendirmeler, göğüs radyografisi, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans görüntüleme ve pozitron emisyon tomografisi uygulanmaktadır (Nazik ve diğerleri, 2022).

Hücrel değişiklikler sonucu ortaya çıkan kitle genellikle transvajinal ultrasonla değerlendirilmektedir (Kılıç ve Alataş, 2022). Transvajinal ultrason muayenesi sıklıkla klinik uygulamada adneksiyal patolojinin değerlendirilmesinde standart birinci basamak görüntüleme araştırması olarak kabul edilmektedir (Kaijser ve diğerleri, 2018; Meys ve diğerleri, 2016). Benign ve malign adneksiyal kitleler arasında ayırım yapmada ultrasonografinin tanısal doğruluğunun, uzmanların uzmanlığıyla ilişkili olduğu gösterilmektedir (Timmerman ve diğerleri, 2021). Kitle içinde doppler akımının olması, iki tarafta olması kitle çapının 8-10 cm civarında olması, hastanın menopoz durumu, CA-125 düzeyi kitlenin malign ve benign tümör olarak ayırt edilmesini sağlamaktadır (Çelik ve diğerleri, 2022). Menopoz durumu, CA-125 değeri ve ultrason skoru birlikte analiz edilip malignite risk indeksi elde edilir. İndeks değeri olarak 200 sayısı baz alınmaktadır. 200 ve üzeri skorlarda kitle malign kabul edilip değerlendirmeler bu yönde incelenmektedir (Çelik ve diğerleri, 2022).

DSÖ Kadın Genital Tümörleri Sınıflandırmasının mevcut 2020 beşinci baskısı, over epitelyal neoplazmaları kategorisinde altı ana histotipi (aynı zamanda histolojik tipler ve hücre tipleri, daha önce alt tipler olarak da adlandırılır) ve diğer dört histotipi listelemektedir (De Leo ve diğerleri, 2021). Yedisi, 1973'te yayınlanan ilk baskıda zaten listelenmiş olup, bu fenotipe dayalı histotip sınıflandırmasının istikrarlı olduğu görülmektedir (Çizelge 2.1.) (Serov ve diğerleri, 1973).

Çizelge 2.1: Kadın Genital Tümörlerinin Seçilmiş DSÖ Sınıflandırmalarında Over Karsinomu Histotiplerinin Gelişimi

WHO 1973, 1. ed.	WHO 2003, 3. ed.	WHO 2014, 4. ed.	WHO 2020, 5. ed.
Seröz	Seröz	Yüksek dereceli seröz Düşük dereceli seröz	Yüksek dereceli seröz Düşük dereceli seröz
Müsinöz	Müsinöz	Müsinöz	Müsinöz Seromüsinöz
Endometrioid	Endometrioid	Endometrioid	Endometrioid
Temiz hücre	Temiz hücre	Temiz hücre	Temiz hücre
Brenner	Geçiş hücresi Skuamöz	Brenner	Brenner
Farklılaşmamış	Farklılaşmamış	Farklılaşmamış	Mezonefrik kökenli Farklılaşmamış Karsinosarkom
Miks	Miks		Miks
Sınıflandırılmamış Epitelyal			

Ek olarak over kanserinin 2014 FIGO evrelemesinde yapılmaktadır (Berek ve diğerleri, 2018.)

- Evre I: Over veya fallop tüplerine sınırlı tümör.
 - IA: Bir over (kapsül sağlam) veya fallop tüpü ile sınırlı tümör; over veya fallop tüpü yüzeyinde tümör yok; asit veya peritoneal yıkamada malign hücre yok
 - IB: Her iki overde (kapsüller sağlam) veya fallop tüplerinde sınırlı tümör; over veya fallop tüpü yüzeyinde tümör yok; asit veya peritoneal yıkamada malign hücre yok.
 - IC: Aşağıdakilerden herhangi biri ile birlikte 1 veya her iki over veya fallop tüpü ile sınırlı tümör: Cerrahi ekilme, Kapsül ameliyattan önce yırtılmış veya over veya fallop tüpü yüzeyinde tümör, Asit veya peritoneal yıkamadaki malign hücreler.
- Evre II: Tümör, pelvik uzanım (pelvik ağzın altında) veya periton kanseri ile birlikte 1 veya her iki over veya fallop tüpünü içerir.
 - IIA: Uterus ve/veya fallop tüpleri ve/veya overler üzerine uzanım ve/veya yerleşim
 - IIB: Diğer pelvik intraperitoneal dokulara yayılım

- Evre III: Tümör 1 veya her iki over veya fallop tüpü veya periton kanserini içerir, sitolojik veya histolojik olarak pelvisin dışındaki peritona yayıldığı ve / veya retroperitoneal lenf düğümlerine metastaz yaptığı doğrulanmıştır.
- IIIA1: Sadece pozitif retroperitoneal lenf düğümleri (sitolojik veya histolojik olarak kanıtlanmış)
- IIIA2: Pozitif retroperitoneal lenf nodları ile birlikte olan veya olmayan mikroskopik ekstrapelvik (pelvik ağzın üstünde) peritoneal tutulum. Retroperitoneal lenf düğümlerine metastazlı veya metastazsız, pelvisin ötesinde en büyük çapı 2 cm'ye kadar olan makroskopik peritoneal metastaz
- IIIB: Pelvisin ötesinde, en büyük çapı 2 cm'den fazla olan, retroperitoneal lenf düğümlerine metastazlı veya metastazsız makroskopik peritoneal metastaz
- IIIC: organın parankimal tutulumu olmaksızın tümörün karaciğer kapsülü ve dalağa uzanmasını içerir.
- Evre IV: Peritoneal metastazlar hariç uzak metastazlar.
- IVA: Sitoloji pozitif plevral efüzyon
- IVB: Parankimal metastazlar ve karın dışı organlara metastazlar (inguinal lenf nodları ve karın boşluğu dışındaki lenf nodları dahil) (FIGO, 2014).

2.5.5. Klinik değerlendirme

Over kanseri, genellikle erken evrede çok az veya hiç semptom vermeyebilir. Semptomlar genellikle over kanserinin ileri evresinde ortaya çıkmaktadır (Kızılırmak, 2019). Sessiz katil olarak da adlandırılan over kanseri, sağlık çalışanları ve hastalar tarafından verdiği belirti ve bulgular göz ardı edilebilmektedir. Bu sebepten dolayı, tanı çoğu zaman ileri evrelerde konulmaktadır (Beji ve Bilgiç, 2015).

Over kanserinde belirti ve bulguları genellikle şu şekildedir:

- İştahsızlık ya da çabuk doyma hissi,
- Karında şişkinlik ve asit birikimi,
- Pelvik veya abdominal ağrı,

- Konstipasyon,
- Pollaküri,
- Bulantı,
- Ele gelen pelvik veya abdominal kitle,
- Yaygın olmamakla birlikte kılınma,
- Diyare gibi spesifik olmayan belirtiler görülebilmektedir (Başoğlu, 2020; Jones ve diğerleri, 2015; Chan ve diğerleri, 2022; Matias-Guiu ve diğerleri, 2018; Güzel ve diğerleri, 2019).

2.5.6. Tedavi

Over kanserinin tedavisi hastanın genel durumuna, fertilité isteğine, hastalığın prognozuna, evresine, şiddetine ve tümörün diğer histopatolojik özelliklerine göre belirlenmektedir. Tedavideki amaç; uygun bir tedaviyle tümör boyutunu küçültmek, varolan semptomları azaltmak, hastalığı iyileştirmek ve hastalığın nüksünü engellemektir (Delican, 2019). Tedavide cerrahi, radyoterapi, kemoterapi, immünoterapi veya bu tedavilerin kombinasyonları kullanılmaktadır (Prat ve diğerleri, 2017; Nazik, 2022)

Over kanseri evrelemesi cerrahi olarak yapılmakta olup, multidisipliner bir yaklaşım gerektirmektedir. Epitel kaynaklı over kanseri için primer tedavi, etkilenen tüm dokuyu tümör bırakmadan çıkarmaktır. Ameliyattan sonra hastalar cerrahi sonrası kalıntı ve tümör evresi baz alınarak risk gruplarına ayrılmaktadır. Genellikle erken evre hastaların cerrahi operasyondan sonra herhangi bir adjuvan tedaviye ihtiyaç bulunmamaktadır (Ayhan ve Alyazıcı, 2014)

Ek olarak over kanseri tedavisindeki ilerleme, son on yılda yeni deneysel hedefli ajanların ve yeni ilaç onaylarının artmasıyla birlikte katlanarak artmaktadır. Yeni fırsatlarla birlikte, hangi ajanların seçileceği, bu ajanların en iyi nasıl değerlendirileceği, optimal tedavi rejimlerinin en iyi nasıl belirleneceği ve hasta sonuçlarının iyileştirileceği konularında yeni zorluklar ortaya çıkmaktadır. Şu anda yeni ajanların geliştirilmesi ve uygulanmasına yönelik çeşitli potansiyel stratejiler araştırılmaktadır (Lee ve diğerleri, 2019). Bu bağlamda, over kanseri tedavisini optimize etmeye yönelik stratejiler Çizelge 2.2.'de gösterilmektedir.

Çizelge 2.2: Over Kanseri Tedavisini Optimize Etmeye Yönelik Stratejiler

Strateji	Örnek
Morfomoleküler over kanseri tipini hedefleme	Yüksek dereceli seröz over kanseri (kemoterapi, PARP inhibitörleri) ve Düşük dereceli seröz over kanseri (MEK inhibitörleri, aromataz inhibitörleri) hedeflemek için kullanılan farklı ajanlar
Yeni klinik deneme tasarımları Yeni ajanlar	Şemsiye çalışmaları DNA hasarı ve onarım inhibitörlerinin örnekleri: prexasertib, adavosertib ve ATR inhibitörleri
Tümörün yanı sıra tümör mikro ortamını da hedef alan yeni ajan kombinasyonları	Antianjiyojenik ajanların (bevacizumab, cediranib) kemoterapisinin veya hedefe yönelik ajan ve immünoterapi kombinasyonunun eklenmesi
Geliştirilmiş terapötik dağıtım	Antikora yönelik konjugatlar Hedefli radyoterapi

2.5.7. Korunma ve tarama yöntemleri

Günümüzde over kanseri için mevcut bir tarama yöntemi bulunmamaktadır. Ancak erken teşhis ve tedavi edilebilir aşamada hastalığı belirlemek için tarama stratejileri belirlenmeli, kişiye özgü risk değerlendirmesi yapılmalı ve riskli gruplar tespit edilmelidir. Öncelikle ailesinde meme ve over kanseri öyküsü olan kadınlar BRCA1 ve BRCA2 mutasyon testleri yapılmalıdır. Pelvik muayene ile değerlendirilen serum tümör belirteçleri ve ultrason bulguları taramada faydalı olmaktadır (Carlson, 2019)

Over kanserinden korunmak için yapılması gerekenler aşağıdaki şekilde açıklanmaktadır.

Birincil korunma basamakları; over kanserine yönelik farkındalık oluşturulması, sağlıklı yaşam biçimi kazandırılması, sebze ve meyve tüketiminin artırılması, egzersiz alışkanlığı kazandırılması, hormonal kontraseptif kullanımının tercih edilmesi, sigara, alkol kullanma gibi riskli alışkanlıklardan uzak durulması ve talk içeren pudraların perineal bölgeye uygulanmaması,

İkincil korunma basamakları; over kanserinde tarama testleri günümüzde hala belirlenmemiş olsa da riskli grupları belirlemek ve genetik danışmanlık hizmeti sağlanması,

Üçüncül korunma basamakları; uygun tedavi yönetimi ve rehabilitasyon hizmetinin sağlanmasıdır (Eroğlu ve diğerleri, 2014; Akar, 2019).

2.6. Vulva ve Vajen Kanseri

Vulva anatomik olarak mons pubis, labia major, labia minor, klitoris, vajinal vestibül bulbus, skene bezleri ve bartholin bezlerinden oluşmaktadır (Manuel ve diğerleri, 2020; Wohlmuth ve diğerleri, 2019). Vulva kanseri sıklıkla labia majörleri daha az sıklıkla labia minörleri, klitoris ve vajinal bezleri etkilemektedir (Keskin ve diğerleri, 2021). Vulva kanseri ise, üretra, vestibül, labia major, labia minor ve klitorisi içine alan dış üreme organlarının tutulumu ile karakterize bir kanser türüdür (American Cancer Society, 2021).

Vajenin anatomik yapısı ise serviksten başlayıp, vulvaya açılan mukozal kıvrımlardan oluşarak kaslı yapıdır. Vajinal kanserler skuamöz yapıda olduğu için, serviks kanserine neden olan faktörler vajen kanserinde neden olmaktadır (Adams ve diğerleri, 2018).

2.6.1. Epidemiyoloji

Vulva kanseri, iki ayrı hastalığa ayrılabilir. İlk tip, vulva kanser için predispozan bir faktör olan Vulva İntraepitelyal Neoplaziye (VIN) neden olan HPV enfeksiyonunu içermektedir. İlk çalışmalar vulva kanserli 48 hastadan alınan doku örneklerini analiz etmiş olup, araştırılan vakaların %48'inde polimeraz zincir reaksiyonu ile HPV DNA tanımlanmış olup, bunların %96'sı alt tip 16 ve 18'di (Horn ve diğerleri, 2011; Ngan ve diğerleri, 1997). VIN III' tanısı alan fakat tedavi edilmemiş kadınların tahmini %80'inde invaziv vulva kanseri gelişmektedir (Jones ve diğerleri, 1997). Bu tür vulva kanserleri, sıklıkla genç hastalarda (35-65 yaş) ortaya çıkmakta ve yakın zamanda yapılan bir incelemede, tüm vulva kanserlerinin yaklaşık %15'inin 40 yaşın altındaki kadınlarda geliştiğine dikkat çekmektedir (Creasman ve diğerleri, 1997). Vulva kanserinin ikinci tipi, hücresel atipiye ve sonunda kansere yol açan vulvar neoplastik olmayan epitelyal bozuklukları (VNEB) ve ileri yaşı içermektedir (Crum, 1992). Diyabet, hipertansiyon ve obezite vulva kanser insidansı ile ilişkili gibi görünsede sorumlu gibi görünmemektedir (Sugiyama ve diğerleri, 2007). VNEB'nin bir alt grubu olan liken sklerozus'un, HPV-negatif gelişiminde predispozan bir risk faktörü olduğu ileri sürülmektedir.

Vulva kanseri, dünyada tüm jinekolojik kanserlerin %3-5'ini oluşturmaktadır (Merlo, 2020). Jinekolojik kanser türlerine göre vulva kanseri insidansının daha düşük olduğu görülmektedir. (Yıldırım ve diğerleri, 2019). Dünya çapında her yıl

27.000 kadına vulva kanseri teşhisi konulmaktadır. En yüksek görülme sıklığı Avrupa, Kuzey ve Güney Amerika, Okyanusya, en düşük ise Asya'dadır (Alkatout ve diğerleri, 2015). 2016 yılında Slovenya'da 57 kadına 5,5/100.000 görülme sıklığı ile vulva kanseri tanısı konmuştur. Son 15 yıldaki zaman eğilimlerinin analizi, 2003 yılından bu yana görülme sıklığında bir artış olduğunu, ancak mortalitenin sabit kaldığını göstermektedir. Bunun rahim ağzındaki kanser öncesi değişikliklerin erken tespiti için ulusal programın başlatılmasıyla örtüştüğüne dikkat edilmelidir (Cancer Registry of Republic of Slovenia, 2016). ABD'de, her yıl yaklaşık 100.000 kadından 2'sine vulva kanseri teşhisi konmaktadır. Kadınlarda vulva kanserinden ölüm oranı 1/100.000'dir (Alkatout ve diğerleri, 2015)

Vajen kanseri Dünya'da jinekolojik kanser sıralamasında 5. Sırada yer almaktadır. Primer vajen kanseri nadirdir ve tüm vajinal malign neoplazmların yalnızca %10'unu ve tüm jinekolojik kanserlerin yalnızca %1-2'sini temsil etmektedir (Adhikari ve diğerleri, 2017; Rajaram ve diğerleri, 2015). Primer vajen kanser tanımı, serviks ve/veya vulvanın herhangi bir tutulumunu ve ayrıca serviks kanseri tedavisinden sonraki 5 yıl içinde vajinada ortaya çıkan herhangi bir malign lezyonu hariç tutmaktadır (Siegel ve diğerleri, 2020). GLOBOCAN verilerine göre, 2020 yılı içerisinde Dünya'da vajen kanseri 17908 yeni vaka bildirilirken, 7995 ölüm raporlanmıştır. Türkiye'de 2020 yılı içerisinde raporlanan yeni vajen kanseri vaka sayısı 111 ölüm sayısı ise 36 olarak raporlanmıştır (GLOBOCAN, 2020).

2.5.2. Risk faktörleri

Vulva kanserinin risk faktörleri tam olarak bilinmemekle birlikte HPV, vulvada kanser öncesi lezyon varlığı, otoimmün hastalık, enfeksiyonlar, vulva derisinde kaşıntı ve incelme, zayıf bağışıklık sistemi, sigara tüketimi, ileri yaş, kronik vulvar kaşıntı ve yanma şeklindedir (Keskin ve diğerleri, 2021; Kabukcuoğlu ve diğerleri, 2022; Tan ve diğerleri, 2019; Berek ve diğerleri, 2021). Yeterli çalışma olmasa da diyabet, obezite, hipertansiyon, sosyoekonomik düzeyin düşük olması, kötü hijyen koşulları da vulva kanseri için risk teşkil etmektedir (Karaman, 2020). Serviks ve vajen kanseri öyküsü, ailede kanser öyküsünün olması, vulva derisinin çok ince ve kaşınmasına neden olan Liken Sklerozus et Atrofikus hastalığı da vulva kanserinde risk faktörüdür (American Cancer Society, 2021; Demirtaş, 2006).

Vajen kanserinin risk faktörleri ise, ailesinde ya da kendisinde serviks kanseri ya da endometrium kanseri öyküsü durumu, genital siğil varlığı, PAP-smear testinin pozitifliği, erken yaşta cinselliğin başlaması, poligami, AIDS'e neden olan virüs HIV enfeksiyonu, radyasyona maruziyet vajen kanserleri riskini arttırmaktadır (American Cancer Society, 2021; Atlas, 2020). Sigara içmenin vajen kanserine yakalanma riskini iki kat arttırdığı düşünülmektedir (American Cancer Society, 2021). Zor ve sık doğumlarla meydana gelebilen uterus sarkomasında uterusu yerinde tutmak için yapılan peser tedavisinin de vajende tahrişe neden olarak vajen kanseri riskini arttırdığı düşünülmektedir (Akino ve diğerleri, 2016).

2.5.3. Histopatoloji

Vulva kanser vakalarının %90'ından fazlası skuamöz hücreli karsinom olarak tanımlanmaktadır. İki farklı şekilde gelişebilmektedir. Genç kadınlarda (35-65 yaş arasında), HPV enfeksiyonu, özellikle HPV16 ve 18 suşları olmak üzere skuamöz hücreli karsinomun gelişiminde önemli bir rol oynamaktadır. Risk faktörleri arasında genital siğiller ve diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklar, düşük sosyoekonomik durum, sigara kullanımı ve bağışıklık yetersizliği öyküsü yer almaktadır. İkinci tip gelişme HPV'den bağımsızdır ve yaşlı hastalarda (55-85 yaş arası) daha sık görülmektedir. Bu, VIN ve ardından skuamöz hücreli karsinoma yol açan hücrel atipinin aşamalı bir gelişim sürecidir. Risk faktörü liken sklerozdur. İki patojenik yolun kesişmesi de mümkündür (Del Pino ve diğerleri, 2013; Pils ve diğerleri, 2017; Wohlmuth ve diğerleri, 2019). En yaygın görülen vulva kanseri tipi skuamöz hücreli vulva kanseri olmasına karşın, kadınlarda nadir olarak vulvar melanom, bartolin bezi kanseri ve vulvanın Paget Hastalığı da görülebilmektedir (Kabukcuoğlu ve diğerleri, 2022; Muhsiroğlu, 2016; Tan ve diğerleri, 2019).

Vajen kanserinin skuamöz hücreli karsinomu en yaygın histolojidir (%80), bunu adenokarsinomlar (%15) takip etmektedir. Melanom, lenfoma ve sarkom nadirdir ve geri kalan %5'i oluşturur (Creasman ve diğerleri, 1998). Vajinal kanserlerin çoğu vajinal apekte ortaya çıkar ve genellikle arka duvarı tutar (Rajaram ve diğerleri, 2015). Vajinanın üst kısmındaki lezyonlar büyük olasılıkla obturator da dahil olmak üzere pelvik lenf düğümlerine, internal iliak ve dış iliak, distal vajinadaki lezyonlar en sık inguinal ve femoral düğümlere boşalmaktadır. Vajinanın ortasındaki lezyonlar hem pelvik hem de kasık düğümü yollarını izleyebilmektedir (Jhingran, 2022).

2.5.4. Tanı ve sınıflandırma

Vulva kanseri tanılması için öncelikle risk faktörleri ve semptomlar açısından detaylı bir tıbbi öykü alınmaktadır. Pelvik muayene ile vulva değerlendirilmektedir. Serviks kanserini ekarte etmek için papsmear ve vulvoskopi yapılmaktadır. Vulvoskopi yöntemi, vulvanın büyütülerek incelenmesini kapsamaktadır. Vulvada şüpheli bir lezyon gözlemlendi ise biyopsi alınarak tanı kesinleştirilmelidir. Lezyonun varlığı ve derinliği, bir ponksiyon biyopsisi kullanılarak şüpheli bölgeden örnekler alınarak değerlendirilir. Kanseri aramak için nadir kullanılan sistoskopi ve prokostopi tümörün yakındaki organlara metastazından şüphelenildiği durumlarda kullanılmaktadır. BT taraması ve MRI yöntemleri de tümörün yayılım ve lenf nodu tutulumunu değerlendirmek için kullanılan yöntemlerdir (Chhabra ve diğerleri, 2014.)

Vulva karsinomu 2021 FIGO evrelemesi (Olawaiye ve diğerleri, 2021)

- Evre I: Tümör vulva ile sınırlı.
 - Evre IA: Tümör boyutu ≤ 2 cm ve stromal invazyon ≤ 1 mm
 - Evre IB: Tümör boyutu > 2 cm ve stromal invazyon > 1 mm
- Evre II: Üretranın alt üçte birine, vajinanın alt üçte birine, anüsün alt üçte birine uzanan, negatif lenf nodlu herhangi bir boyutta tümör.
- Evre III: Komşu perineal yapıların üst kısmına uzanımı olan herhangi bir boyuttaki ya da veya herhangi bir sayıda fikse olmayan, ülser olmayan lenf düğümü ile birlikte olan tümör.
 - Evre IIIA: Üretranın üst üçte ikisine, vajinanın üst üçte ikisine, mesane mukozasına, rektal mukozaya uzanımı olan veya bölgesel lenf nodu metastazları ≤ 5 mm olan herhangi bir boyuttaki tümör.
 - Evre IIIB: Bölgesel lenf nodu metastazları > 5 mm.
 - Evre IIIC: Ekstrakapsüler yayımlı bölgesel lenf nodu metastazları.
- Evre IV Kemiğe fikse olmuş herhangi bir boyuttaki tümör veya fikse, ülser lenf nodu metastazları veya uzak metastazlar.
 - Evre IVA: Pelvik kemiğe fikse olmuş hastalık veya fikse veya ülser bölgesel lenf nodu metastazları

- Evre IVB: Uzak metastazlar

Vajen kanseri, çoğu zaman semptom vermeden seyrederek ve pap-smear testiyle tesadüfen tanı konulabilmektedir (Bekar, 2015). Pap-smearda anormal skuamöz hücre çıkmasına rağmen kolposkopi ve biyopsilerde serviks ve vulvada lezyon saptanamıyorsa vajinal bir olay düşünülmelidir. Tanıda bir diğer yardımcı tetkik, kolposkoptur. Ancak bu yöntem vajenin görüntülenmesi için pek kolay değildir. Kesin tanı için kadına biyopsi yapılmalıdır. Görüntüleme yöntemlerinden PET ve BT lenf nodu tutulumunu göstermek için yapılmaktadır (Ayhan, 2015)

Vajen kanseri 2009 FIGO evrelemesi (Rajaram ve diğerleri, 2015)

- Evre I Karsinom vajinal duvarla sınırlıdır.
- Evre II Karsinom subvajinal dokuyu tutmuştur ancak pelvik duvara yayılmamıştır.
- Evre III Karsinom pelvik duvara yayılmıştır.
- Evre IV Karsinom gerçek pelvisin ötesine geçmiş veya mesane veya rektum mukozasını tutmuştur; bülöz ödem, böyle bir vakanın evre IV'e ayrılmasına izin vermez.
- Evre IVA: Tümör mesaneyi ve/veya rektal mukozayı invaze etmiş ve/veya gerçek pelvisin ötesine direkt yayılım göstermiştir
- Evre IVB: Uzak organlara yayılım

2.5.5. Klinik değerlendirme

Erken dönemde çoğu vajinal kanser klinik bir belirti ve semptomu neden olmaz. Sıklıkla vajina içinde düzelmeyen ve zaman zaman devam eden kaşıntı veya yanma, vulvanın etkilenen bölgesinde kalınlaşma, menstrual siklusla ilgisi olmayan kanama, labia majör - minör renginin normalden daha sarı ve kırmızı olması, ciltte kızarıklık, çıkıntı ve yumrular, siğiller ve yara görünümünde lezyonlar görülebilir. Belirtiler arasında idrar yaparken veya koitus esnasında ağrı ve anormal kanamalar görülmektedir (Berawal ve diğerleri, 2006.). Histolojik alt tipleri siğilimsi, bazaloid veya karışıktır. Çok merkezli, 3-5 mm'lik morumsu veya eritematöz papüller şeklinde ortaya çıkıyorsa Bowenoid papülozdan (sıklıkla kendi kendine iyileşen) şüphelenilebilmektedir (Smith ve diğerleri, 2017). Buna karşılık, farklılaşmış vulvaintraepitelyal neoplazma kronik inflamatuvar dermatozlar ortamında ortaya

çıkılmaktadır. Vulva skuamöz hücreli karsinoma yüksek dereceli skuamöz intraepitelyal lezyona göre daha yüksek nüks oranına, daha kötü prognoza ve daha hızlı ilerlemeye sahiptir (Rasmussen ve diğerleri, 2018; Hoang ve diğerleri, 2016).

Vajen kanserinde ise sıklıkla ilk semptom normal olmayan vajinal akıntı veya kanama olarak görülür. Kanamanın normalden fazla olması ve başlangıç zamanı önemlidir. Postmenopozal dönem kanamaları, dönemler arasında kanama, normal kanamadan daha uzun süren kanamalar anormal kanamalardır. Cinsel ilişki sonrası kanama, cinsel ilişki esnasında ağrı, sulu akıntı en sık rastlanan belirtilerindendir. Vajinaya yayılım olduğu durumda hasta alt pelvik bölgede ağrı tariflemektedir. Mesane boynunun anatomik pozisyonundan dolayı sık idrara çıkma ve mesane ağrısı, dışkıda veya idrarda kan görülmesi, kabızlık gibi erken ortaya çıkan semptomlar görülebilmektedir. Özellikle idrar yaparken pelviste ağrı, mide altındaki bölgede ve kalça kemiklerinde ağrı olması önemli bir bulgudur. Tümörün invaze olduğu bölgeye göre semptomlar değişiklik göstermektedir (Taşkın, 2012; Bekar, 2015; Gaducci ve diğerleri, 2015).

2.5.6. Tedavi

Vulvada malign hastalık şüphesi olan bir kadının tedavisi, kapsamlı bir tıbbi öykü ile başlamakta ve ardından klinik muayene ile devam etmektedir (Merlo, 2020). Tedavi yöntemini belirlerken hastanın yaşı, genel durumu, hastalığın evresi, metastaz, lenf nodu yayılımı ve tutulumu gibi birçok faktör değerlendirilmektedir. Tespit edilen şüpheli lezyondan biyopsi alınıp tanı desteklenmektedir. Vulva kanseri tedavisinde kullanılan yöntemler; cerrahi tedavi, kemoterapi, radyoterapi ve kombine tedavilerdir. Özellikle skuamöz hücreli karsinom için ağırlıklı olarak başvuru olan yöntem cerrahi tedavidir, ancak eşzamanlı kemoradyoterapi, özellikle ilerlemiş tümörler ve yeterli cerrahi sınırlar elde etmek için kemoterapi de başvuru olan etkili bir tedavi yöntemidir.

Vulva kanseri cerrahisinde son yıllarda hastanın fiziksel ve psikososyal olarak daha az zarar görmesi ve cinsel fonksiyonlarını sürdürebilmesi için radikal cerrahi tercih edilmemekle birlikte tümör yaygınlığına göre koruyucu cerrahi yapılmaktadır. (Ayhan ve Akıllı, 2014). Tümör lezyonunun tedavisinde temel kriter, alınan biyopsi dokusuna stromal invazyonun derinliğidir. Erken evre hastalık T1a (\leq 1 mm stromal invazyon) olarak tanımlanmışsa geniş lokal eksizyon yapılmaktadır.

Hastalık T1b (>1 mm stromal invazyon) veya T2 ≤ 4 cm olarak tanımlanmışsa ve lezyon orta çizgiden 1 cm uzakta ise geniş lokal eksizyon veya modifiye radikal vulvektomi ve ipsilateral sentinel lenf bezi biyopsisi uygulanmaktadır. Ancak orta hatta lezyon olması durumunda geniş lokal eksizyon ve iki taraflı sentinel lenf bezi biyopsisi yapılması gerekmektedir (Merlo, 2020; Oonk ve diğerleri, 2017; Wohlmuth ve diğerleri, 2019). Hastalık lokal olarak ilerlemişse (T2 > 4 cm ve T3) ve lezyon orta çizgiden ≥ 1 cm uzaktaysa radikal vulvektomi ve inguino-femoral lenf nodlarının ipsilateral diseksiyonu gerçekleştirilmektedir. Lezyon medyan çizgide ise radikal vulvektomi ve inguino-femoral lenf düğümlerinin iki taraflı diseksiyonu uygulanmaktadır. Lenf düğümleri pozitifse primer tümörün, lenf düğümlerinin ve pelvisin dış ışın radyoterapisi tercih edilmektedir. Lenf düğümlerinin negatif olması durumunda, primer tümörün ve/veya seçilen inguino-femoral lenf düğümlerinin dış ışın radyoterapisi seçilmektedir (Oonk ve diğerleri, 2017; Wohlmuth ve diğerleri, 2019). Bunların yanısıra kemoterapi ve immünoterapiler gibi alternatif tedaviler genellikle metastaz yapmış veya palyatif durumlarda tercih edilebilmektedir (Olawaiye ve diğerleri, 2021).

Vajen kanserinde tedavi planlanmasında ise tümörün yerleşim bölgesine, tümörün boyutuna ve hastalığın evresine bakılmaktadır. Cerrahi tedavi, kemoterapi ve radyoterapi vajen kanser tedavisinde kullanılan yöntemlerdendir. Hastalığın erken evresinde uygulanan cerrahi tedavi radikal histerektomi, vajinektomi ve bilateral pelvik lenfadenektomidir. Daha ileri evrelerdeki cerrahi sonrası radyoterapi, kemoterapi ve brakiterapi uygulanmaktadır (Olawaiye ve diğerleri, 2021).

Genel olarak, kanserin mesane, rektum ve üretra gibi normal dokulara yakınlığı nedeniyle, cerrahinin vajinal kanserin tedavisinde sınırlı bir rolü bulunmaktadır. Genel öneri, vajinanın proksimal kısmıyla sınırlı olan küçük evre I tümörlerde (çapı <2 cm) ameliyatın düşünülebileceği yönündedir. Ameliyat türü, tümörün konumuna bağlı olarak değişmekte ve genellikle lenf nodu değerlendirmesiyle birlikte lokal eksizyon, parsiyel vajinektomi, radikal histerektomi ve pelvik ekzenterasyonu içermektedir. Literatürde cerrahi ile tedavi edilen evre I-II hastalığı olan hastaların yaklaşık %25'inde pozitif sınır ve/veya pozitif lenf nodu nedeniyle adjuvan radyasyon tedavisi gerekmiştir (Lamoreaux ve diğerleri, 2005; Tjalma ve diğerleri, 2001). Yapılan bir çalışmada, vajen kanseri tanısı alan 124 hasta incelenmiş olup, evre I ve II düzeyindeki hastaların ister ameliyatla ister radyasyonla

tedavi edilsin eşit hayatta kalma oranına sahip olduğu, ancak hastaların %55'i ameliyattan sonra adjuvan radyoterapi aldığı bildirilmiştir (Yang ve diğerleri, 2020).

Radyoterapi, genellikle ileri evre vajen kanserinde tercih edilen tedavidir. Lokal olarak ilerlemiş vajen kanserinin tedavisinde eşzamanlı kemoterapi ve radyasyon tedavisi (CCRT) uygulanabilmektedir (Adams ve diğerleri, 2018; Yüce ve Başaran, 2014; Jhingran, 2022). Brakiterapi, vajinal kanser tedavisinde önemli bir bileşendir. Brakiterapi sırasında rezidüel hastalık, doğrudan veya hastalığın yakınına yerleştirilen radyoaktif bir kaynakla (genellikle Ir192) tedavi edilmektedir. Böylece normal dokular korunurken, kalan hastalık ekstra doz almış olur. Literatürde bulunan iki çalışma, vajen kanseri tedavisinde brakiterapinin ortadan kaldırılması ile hayatta kalma oranının azaldığını bildirmektedir (Orton ve diğerleri, 2016; Reshko ve diğerleri, 2021).

2.5.7. Korunma ve tarama yöntemleri

Ülkemizde vulva ve vajen kanserlerinin belirli bir erken tanı ve tarama programı bulunmamaktadır. Papsmear ve vulva muayeneleri, risk altındaki popülasyonlarda vulva ve vajen kanseri taraması için önemli yöntemlerdir. Vulva ve vajen kanserine yönelik birincil koruma değiştirilebilir risk faktörlerinden kaçınmak ve HPV aşısı ile aşılama ile sağlanmaktadır. Kadınların “Kendi Kendine Vulva Muayenesi (KKVM)” yapması ile vulva kanserinin erken evrede fark edilebilmesi sağlanmaktadır (Keskin ve diğerleri, 2021). Karaman (2020)’ın yaptığı çalışmada kadınların %71,1’inin vulva kanseri hakkında bilgi sahibi olmadığı, kadınların %93,3 KKVM’yi hiç uygulamadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu nedenle kadınlara vulvayı kendi kendine muayene etmeleri öğretilmeli ve ayda bir yaptırımları istenmelidir. Yine serviks kanserini önlemek için kullanılan HPV’yi önlemeye yönelik kullanılan Cervarix, Gardasil 4 ve Gardasil 9 aşısı vulva ve vajen kanserine karşı da koruma sağlamaktadır (Beriwal ve diğerleri, 2006.).

Birincil korumaya ek olarak; sağlıklı beslenme, egzersiz, kanser yapıcı maddelerden uzak durmak, sigara, alkol gibi riskli davranışlardan uzak durmak gibi sağlıklı yaşam koşullarına dikkat ederek ve bağışıklık sistemini güçlü kılarak kanser riski azaltılmaktadır. Bunların yanı sıra ilk cinsel ilişkiyi ileri yaşlara ertelemek, birden fazla partnerle cinsel ilişkiden kaçınmak, prezervatif kullanımı, düzenli jinekolojik muayene yaptırmak ve bu konuda gerekli eğitimleri almak korunmada

etkili yöntemler arasında yer almaktadır (GLOBOCAN, 2020; Olawaiye ve diğerleri, 2021).

2.6. Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi kavramı, tarihte ilk defa Yunan filozof Aristoteles tarafından “mutluluk” olgusu ile değinilmiştir (Begum ve diğerleri, 2014). Priestley ise 1943 yılında “Cumartesi Işıkları” (Daylight on Saturday) adlı oyununda bir terim olarak yaşam kalitesi kavramını ilk defa kullanmıştır. Tıp tarihinde ise ilk defa Long’un 1960 yılında yayınladığı “On the Quantity and Quality of Life” isimli makalesinde bahsedilmiştir (Müezzinoğlu, 2005; Boylu ve diğerleri, 2016). Maslow’un (1970) temel gereksinimler hiyerarşisi ile yaşam kalitesinin evrensel bir hedef olduğu, bu bağlamda bireylerin gereksinimlerin karşılanması yaşam kalitesini olumlu etkileyeceği belirtilmiştir (Boylu ve diğerleri, 2016).

DSÖ, 1947 yılında yaşam kalitesini, “yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, aynı zamanda fiziksel, zihinsel ve sosyal olarak tam bir iyilik hali” olarak tanımlarken, yaşam kalitesi kavramı süreç içinde 1995 yılında “bireylerin, içinde yaşadıkları kültür ve değer sistemleri bağlamında ve hedefleri, beklentileri, standartları ve kaygıları ile ilişkili olarak yaşamdaki konumlarına ilişkin algıları, kişilerin fiziksel sağlıklarını, psikolojik durumlarını, bağımsızlık düzeylerini, sosyal ilişkilerini, kişisel inançlarını ve çevrenin göze çarpan özellikleriyle ilişkilerini karmaşık bir şekilde birleştiren geniş kapsamlı bir kavram” olarak ve 2020 yılında “kişinin kendi durumunu, kültürü ve değerler sistemi içindeki algılayış biçimi” olarak tanımlanırken, bu tanımlar gelişen dünyanın ihtiyaçlarına yönelik gelişimini devam ettirmiştir (WHO, 1995; WHO, 2020). Yaşam kalitesinin bu yeni tanımı, hastanın kendi içsel durumu ve diğer insanlarla ilişkileri hakkında ne düşündüğünü de tanımlamaya dahil etmektedir.

Yaşam kalitesi, insanların kendi içsel durumlarını nasıl gördükleri ile diğer insanlarla (örn. eş, arkadaş vb.) ilişkilerini nasıl gördükleri arasında zengin bir etkileşim ve denge olarak düşünülmektedir. Herhangi bir terapötik yaklaşım bu yeni ve genişletilmiş tanımın ışığında değerlendirilmektedir (Karimi ve Brazier, 2016). Bu anlamda tedavinin amacı yalnızca hastalığın yokluğunu veya semptomların giderilmesini teşvik etmek değil, aynı zamanda hastaların hem içsel durumu hem de diğer insanlarla ilişkileri açısından yaşam kalitesini iyileştirmektir (Karimi ve

Brazier, 2016). Yaşam kalitesi, daha sonra içsel bir boyut (hastaların kendisi hakkında iyi hissetmesi) ve dışsal bir boyut (hastaların başkaları hakkında iyi hissetmesi) olmak üzere iki boyutlu bir olgu haline gelmektedir. Yaşam kalitesinin iki boyutlu yapısına benzer şekilde, bireylerin bedensel ve zihinsel olarak iyi olma, yaşamlarından memnun olma hali olarakta betimlenirken, toplumsal ve nesnel durumlardan farklı olarak kişinin yaşamdan aldığı kişisel hazla ilgili olduğu ve bireylerin yaşadıkları ortam, gelenek ve görenekleri, değerleri içinde kendilerini algılama şekilleriyle ilişkilendirildiği belirtilmektedir (Güler, 2006; Gökçek ve diğerleri, 2019; Atik, 2017).

2.6.1. Jinekolojik kanserli hastalarda yaşam kalitesi

Jinekolojik kanser tanısı konulduktan sonra kadınlar, tanının kendisi, kanserin kişisel yorumu, hastalığın fiziksel etkileri, tedavi rejimlerinin uzun ve kısa vadeli yan etkileri, aile ve arkadaşların tepkisi ile karşı karşıya kalmaktadır (Pınar ve diğerleri, 2008; Özaras ve Özyurda, 2010). Hem yeni tanı alan hastalar hem de tedavi uygulanan hastalar, cinsel işlev bozukluğu, ağrı, erken menopoz, yorgunluk ve fiziksel işlevlerde bozulma gibi çok çeşitli risklerle karşı karşıya kalmaktadır. Bu semptomlar kanser hastasının veya kanserden kurtulan kişinin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Gonçalves, 2010). Jinekolojik kanserin kendisi komorbid semptomlara neden olmakta ve tedavi stratejileri de kardiyorespiratuar kapasiteyi azaltarak, ağrıyı, yorgunluğu ve bağışıklık fonksiyonunu baskılayarak zayıflatmaktadır. Psikolojik stres, anksiyete, depresyon, nüks korkusu, uyku bozukluğu ve bozulmuş yaşam kalitesi jinekolojik kanser tedavisi sonrasında kalan semptomlardır (Gonçalves, 2010; Tekbaş ve diğerleri, 2022).

Jinekolojik kanser tedavisi gören ve geçiren kadınların yaşam kalitesinin son zamanlarda büyük önem taşıdığı kabul edilmektedir (Gonçalves, 2010). Hem Ulusal Kanser Enstitüsü hem de Gıda ve İlaç İdaresi son zamanlarda kanser araştırmalarının hedeflerinin yalnızca hayatta kalma oranlarını değil aynı zamanda kanserden kurtulanların yaşam kalitesini de iyileştirmek olması gerektiğini öne sürmektedir (Arriba ve diğerleri, 2010). Tekbaş ve ark.'nın (2022) jinekolojik kanser hastalarında tedavinin yaşam kalitesi, semptomlar ve sosyal yaşam üzerine etkisini inceledikleri çalışmada, jinekolojik kanser tedavisi gören hastaların tedavi sonrasında yaşam kalitesi skorlarının düştüğü ve hastaların birçok semptomu giderek şiddetli düzeyde yaşadığı, kemoterapi ve kemoradyoterapi alan hastaların yaşam kalitesinin

radoterapi alanlara göre daha düşük olduğu ve sosyal aktivitelere daha az dahil oldukları belirlenmiştir. Cianci ve ark.'nın (2021) endometrial kanserden etkilenen hastaların yaşam kalitesi ve cinsel işlevselliğini inceledikleri çalışmada, Pubmed veritabanında 2009 ve 2018 yılları arası yapılan çalışmalar taranmış olup, tarama sonucunda 13 çalışma belirlenmiştir. Belirlenen 13 çalışmada, endometrial kanserli hastalarda yapılmış olan cinsel fonksiyon bozukluğu ve yaşam kalitesi indeksleri incelenmiş olup, erken evre endometrial kanserli hastalarda yaşam kalitesi indeksinin yüksek olduğu ve seksüel disfonksiyonun ise nispeten daha az olduğu bulunmuştur (Cianci ve diğerleri, 2021). La Rosa ve ark.'nın (2020) İran'da jinekolojik kanserli kadınlar için yaşam kalitesi ve doğurganlığın korunması danışmanlığını inceledikleri çalışmada, doğurganlık çağındaki jinekolojik maligniteli kadınların (18-49 yaş) %75'inin çocuk sahibi olmak istedikleri, kadınların adet düzensizliği ve doğurganlığın kaybı nedeniyle psikolojik olarak etkilendiğinden bu hasta grubunda doğurganlığın koruma tekniklerinin faydalı olduğu ve yaşam kalitesini yükselttiğini saptamıştır. Jyani ve ark.'nın (2020) Hindistan'da serviks kanseri hastaları arasında sağlıklı ilişkili yaşam kalitesini inceledikleri çalışmada, serviks kanseri hastaların yaşam kalitesinin düşük olduğu tespit edilmiştir. Göker ve ark.'nın (2011) Türkiye'de jinekolojik kanserli kadınların yaşam kalitesini inceledikleri çalışmada, over kanseri olan kadınlar en yüksek global sağlık puanına sahipken, rahim ağzı kanseri olan kadınlar en düşük global sağlık skoruna sahip olduğu, endometriyal kanserli kadınların vulvar, serviks veya over kanseri olanlara göre daha iyi rol fonksiyonuna ve sosyal refaha sahip olduğu, cerrahi tedavi gören kadınlarda genel, fiziksel, rol işlevi, bilişsel ve sosyal puanların daha yüksek olduğu ve jinekolojik kanser ile tedavi süreçleri yaşam kalitesinin fiziksel, emosyonel, sosyal ve rol fonksiyonlarını olumsuz yönde etkileyen önemli sorunlara neden olduğu bulunmuştur.

2.6.2. Jinekolojik kanserli hastaların yaşam kalitesinde hemşirenin rol ve sorumlulukları

Başlangıcı insanın var oluşuna kadar dayanan hemşirelik, kaynağını insan gereksinimlerinden alan meslek guruplarından biridir. İnsanın var oluşundan başlayarak günümüze kadar yaşanan tüm evrensel değişimler, hemşireliğin de süreç içinde değişimine ve gelişimine yol açmıştır (Karagözoğlu, 2005; Taylan ve diğerleri, 2011; Tosunöz ve diğerleri, 2021). Hemşirelik, sağlıklı/hasta bireylerin sağlığını korumak ve geliştirmek, iyilik halini sürdürmek, hastaya bakım vermek,

temel ihtiyaçların karşılanmasına destek vermek, temel yaşam aktivitelerin bağımsız karşılanmasına katkı sağlamak ve hastanın güvende olduğunu fark etmesini sağlamak üzere ortaya çıkan bir meslektir. Bu bağlamda, hemşireliğin oldukça zengin bir geçmişi bulunmaktadırdır (Karagözoğlu, 2005; Taylan ve diğerleri, 2011). Çok eski zamanlardan beri var olan ve 1980’li yıllardan itibaren kabul gören bir meslek dalı haline gelmesiyle hemşirelik mesleği, Florence Nightingale’den günümüze gelen, kuramsal-bilimsel bilgi temelli uygulama becerileri içeren bir sağlık disiplini dir (Taylan ve diğerleri, 2011).

Hemşirelik mesleği bakım verme rolü, eğitici rolü, yönetici rolü, karar verme rolü, hasta savunucu rolü, iletişim sağlama rolü, rehabilite etme rolü, tedavi uygulama rolü ve danışmanlık yapma rolünü içermektedir (Açıkgöz ve diğerleri, 2023; Taylan ve diğerleri, 2012). Hemşireler rol ve sorumluluklarıyla hastalarda görülebilen semptomların yönetimi ile hastaların sağlığını ve yaşam kalitesini en st seviyeye çıkarılmasında büyük önem taşımaktadırlar. Hastaya verilecek kapsamlı ve bütüncül bir bakım ile hastanın ve ailesinin ihtiyaçlarının karşılanması desteklenmelidir. Hastalara bakım veren hemşirelerin, hastaları ve ailelerini görülebilecek semptomlar hakkında eğitip bilgilendirmelidir. Hemşireler kanser hastalarının yaşadığı fizyolojik ve psikolojik değişimleri detaylı takip edip, gözlem yapmalı ve hastalara uygun hassas bir yaklaşım sergilemelidir (Yılmaz ve diğerleri, 2020; Kara, 2019).

Hemşirelerin sorumlulukları arasında yer alan en önemli görev hasta bakımındır (Gedük, 2018). Yapılan çalışmalarda jinekolojik kanserli kadınlarda da diğer hastalık gruplarındaki bireyler kadar hemşirelik bakımının öneminin büyük olduğu görülmektedir (Teskereci ve diğerleri, 2022; Mawardika ve diğerleri, 2019). Hemşireler hem hastalığın tedavi süreçlerinde hem de kanserin kontrolünün sağlanma aşamasında büyük rol oynamaktadır. Kontrol sağlama aşamasında tarama ve tanılama danışmanlık yapma, kanseri nleme, bakım verme, eğitim verme, araştırma yapma sorumlulukları gelmektedir. Bu yüzden jinekolojik kanserli hastalarda risk faktörlerini, hastaların kansere yatkınlık düzeylerini ve kanser ile ilişkili faktörleri bilmeleri gerekmektedir (Eroğlu ve diğerleri, 2014). Yapılan çalışmalarda, jinekolojik kanserli hastaların yaşam kalitesinin düzenlenmesinde hemşirenin rolünün büyük önem taşıdığı görülmektedir (Shirali ve diğerleri, 2020; Narayana ve diğerleri, 2020). Yapılan bir çalışmada, jinekolojik kanserli hastalara

verilen taburculuk eğitiminin hastalarda yaşam kalitesini arttırdığı ve hastalık belirtilerini yüksek düzeyde azalttığı rapor edilmiştir (Çulha, 2019).

2.7. Özbakım

İnsanlığın başlangıcından bu yana insanlar, kişisel güvenliği sağlamak için harekete geçmiş olup, hastalık ve diğer sağlık sorunlarına çözüm bulmak için stratejiler geliştirmişlerdir (McCormack ve diğerleri, 2003). İlkel kültürlerin gerçekleştirdiği ritüeller, sağlığı geliştirmek için özel gıdaların tüketimi ve nesilden nesile bilgi paylaşımı, kişisel bakım stratejilerini yansıtmaktadır (Martínez ve diğerleri, 2021). Bu farkındalığa rağmen, öz bakım, 20. yüzyılın sonlarına kadar net bir şekilde tanımlanmamış olup, bu dönemde, kişinin kendi bakımını sağlama yeteneği tanınmaya başlamakta ve kronik hastalıklar arttıkça öncelik kazanmaktadır. Zamanla, öz bakımın çoklu ve çoğu zaman kesin olmayan tanımları, çeşitli disiplinlerde çeşitli tanımların ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Colomer-Pérez ve diğerleri, 2022; Richard ve diğerleri, 2011). Bu bağlamda özbakım, kişinin iç ve dış faktörleri etkileyerek, kendi bakımlarını tıbbi profesyonel ya da başka bir yardım veya etki olmaksızın bireysel sağlıklarını, iyilik hallerini ve kendi yaşam konforunu sağlamak üzere kendi bakımını gerçekleştirmektir (Godfrey ve diğerleri, 2011). Bu durumda gerçekleştirdikleri faaliyetler içinde ilaç uygulama, kendini gözetme gibi terapötik bakım ve giyinme, beslenme, kişisel temizlik gibi günlük yaşam aktiviteleri gibi kişisel bakım da bulunur. Bu aktiviteleri yardım almaksızın kendi başına yerine getirme kabiliyeti özbakım gücü olarak ifade edilmektedir (El-Osta ve diğerleri, 2023; Süzek ve diğerleri, 2004). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından öz bakım; bir sağlık hizmeti sağlayıcısının desteğiyle veya desteği olmadan bireylerin, ailelerin ve toplumun sağlığı geliştirme, hastalıkları önleme, sağlığı koruma ve hastalık ve engellilikle başa çıkma yeteneği olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2009).

2.7.1. Özbakım gücü

Öz bakım, bireyin korunması, geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi ve sağlıkla baş etme konularında kendi adına başlattığı ve gerçekleştirdiği etkinliklerin uygulanmasında önemli rol oynamaktadır. İlk kez Dorothea Orem (1995) tarafından geliştirilen öz bakım teorisi, bireyin kendi sağlığının sorumluluğunu alabilme becerisine dayanmaktadır. Öz bakım, bireylerin iç ve dış

faktörlerini etkileyerek bir öz bakım eylemi olarak ortaya çıkmaktadır. Öz-bakım gücü, bireyin yaşamını, sağlığını ve refahını sürdürmek için sağlık faaliyetlerini başlatma veya uygulama yeteneğidir. Öz bakım yeteneği çocukluktan yaşlılığa kadar değişmekte ve gelişmektedir. Öz-bakım gücü, kendiliğinden öğrenme, zihinsel aktivite, merak, eğitim, denetim ve deneyim süreci yoluyla gelişen bir insan gücü veya yeteneğidir (Orem, 1995). 2012 yılında kronik hastalıklarda Reigel, Jaarsma ve Strömberg (2012) Özbakım teorisinden bahsetmişlerdir. Bu teoriye göre özbakım kavramı sağlığı teşvik edici davranışlar ile hastalık sürecinin yönetimini sağlayarak iyilik halinin sürdürülmesi süreci olarak tanımlanmaktadır.

2.7.2. Jinekolojik kanserli hastalarda özbakım gücü

Kişinin hastalık sırasında bireysel ihtiyaçlarını tanımlayarak karşılayabilmesi ve bağımsız düzeyde ihtiyaçlarını karşılama aktivitesini sağlayarak sürdürmesi öz bakım olup, bu durum kanser tanısı alan hastalar bakımından büyük önem taşımaktadır (Ertürk Yavuz ve diğerleri, 2021). Jinekolojik kanserli hastalar tedavi süreci boyunca yaşam kalitelerini olumsuz etkileyecek pek çok sorunla karşılaşmaktadır ve bu süreçte aileyi de birçok sorun beklemektedir (Şirin ve Kavlak, 2015). Öz bakım gücünün düzeyi de hastanın yaşı, yaşam standartları, alışkanlıkları ve kişisel özelliklerine göre değişim gösterebilir (Üstündağ ve diğerleri, 2008). Bu süreçte birey yeterli özbakım gücüne sahip olmayıp, beslenme, kişisel temizlik, ağrı yönetimi, ilaç kullanımı, bulantı, konstipasyon, diyare, halsizlik, cinsel isteksizlik gibi pek çok konuda destek hizmet ihtiyacı duyacaktır. Bireyin bu konudaki rehabilitasyonunu güçlendirmeye yönelik evde yardım gereksinimi, özbakım uygulamaları, cinsel danışmanlık hizmetleri, aile içi destek hizmetlerinden faydalanmalıdır (Aktaş ve diğerleri, 2021; Küçükkaya ve Erçel, 2019; Ister ve diğerleri, 2020). Bu bağlamda kişinin işleyişini, kişisel gelişimini ve refahını sürdürmeyi amaçlayan davranışlar, öz bakımın yükseltilmesine olanak tanımaktadır. Hem sağlığı hakkında karar veren hastalardan hem de sağlığını korumak isteyen sağlıklı kişiden sağlıkla ilgili herhangi bir durumda tanılama, teşhis ve bakımın uygulanmasına odaklandığı kabul edilmektedir (Camara ve diğerleri, 2014).

2.7.3. Jinekolojik kanserli hastaların özbakım gücünde hemşirenin rol ve sorumlulukları

Jinekolojik kanserlerin kadın sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri çok boyutludur. Jinekolojik kanserlerin tanı ve tedavi işlemleri süresince; beden imajı, cinsel kimlik ve üreme fonksiyonu ile kanserli birey ve ailesi olumsuz yönde etkilenmekte ve bu durum önemli sağlık sorunlarına yol açmaktadır (Bae ve diğerleri, 2017; Uçar ve Bekar, 2010). Her bireyin kanser tanısına ve tedavisine yüklediği anlam birbirinden farklıdır (Güven ve Çelik, 2019). Bireylere bu süreçte verilecek destekleyici bakımın asıl amacı özbakım kalitesinin yükseltilmesidir (Özçelik ve diğerleri, 2010).

Gereksinimlerin bireysel ve özel olmasından dolayı, destekleyici bakımda hasta merkezli olmalıdır. Bakımın kaliteli olması için holistik yaklaşımla bireysel olarak karşılanması önemli bir kriter olarak kabul edilmektedir. Pek çok sağlık profesyoneli (hemşire, hekim, sosyal hizmet çalışanı, psikolog...) destekleyici bakım hizmetinde yer almakla birlikte, hemşireler merkezi role sahiptir (Kocaman ve diğerleri, 2013a; Kocaman ve diğerleri, 2013b; Maguire ve diğerleri, 2015). Hemşire, hasta bakımında ilk olarak hastanın güncel durumunu analiz etmeli, sınırlarını belirlemelidir. Bunun için hasta hakkında doğru şekilde veri toplamalı ve özbakım durumunu objektif olarak değerlendirmelidir (İlhan, 2011). Gerekli bakım planlanarak jinekolojik kanserli hastaların karşılaşılabileceği sorunlar öngörülmesi ve önlenmeye çalışılmalıdır (Güven ve Çelik, 2019). Hasta bireyleri bütüncül değerlendirip, fiziksel ve psikososyal sorunları belirleyip bakım planlamalıdır. Bütüncül sağlık kapsamında bireyin mental, fiziksel ve psikososyal bir varlık olduğu, her bireyin gereksiniminin farklı olduğu bilinciyle jinekolojik kanserli hastaların bağımlılık durumlarına göre özbakımları desteklemektedir (Öz, 2010; Ünsal, 2017).

2.8. Duygudurum Bozuklukları

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'na (DSMV-TR) göre, duygudurum bozuklukları, şiddetli duygudurum belirtilerinin görülmesi ile karakterize, süresi aylara kadar uzayabilen, bireyde sosyal ve mesleki işlev bozukluğuna ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen, nöbetler halinde ortaya çıkan, nöbetlerin iyileşmesi ve nöbetler arasındaki zamanlarda iyilik dönemlerinin bulunması ile karakterize olan, seyrinde hastanın duygulanım durumunda her zaman

bir artmaya sebep olarak döngüsel veya dönemsel biçimde tekrarlayan sendromlar olarak tanımlanmaktadır (American Psychiatric Association, 2013; Koç, 2016).

Duygudurum bozuklukları, bireyin ve yakınlarının yaşamını olumsuz etkilemekte ve bu tanıyı alan hastalarda, hastalığa bağlı olarak intihara meyil, alkol-madde kullanımı, şiddet, aile içi çatışmalar ve iş ile ilgili sorunlar, tedaviye uyumsuzluk gibi sorunlar sık görülmektedir (Hünkar Yeloğlu ve Hocoğlu, 2017; Öz, 2018). Duygudurum bozuklukları, yaşamları boyunca 4 kişiden 1 kişiyi etkilemektedir. Özellikle depresyon, en önemli üretkenlik ve üreme çağı olan 15-44 yaş arası engelliliğin önde gelen nedenidir. Objektif testlerin olmayışı ve damgalanmanın algılanan varlığı nedeniyle, duygudurum bozukluklarına sıklıkla eksik teşhis konulmakta veya yanlış teşhis konulmaktadır (bipolar bozukluk yerine depresyon). Aynı zamanda optimal olmayan bir şekilde tedavi edilmekte, alkol ve uyuşturucuyla kendi kendine ilaç tedavisine yol açabilmekte ve bazı vakalarda intiharla sonuçlanabilmektedir (Le-Niculescu ve diğerleri, 2021). Duygudurum bozuklukları temelde depresyon, anksiyete ve stres olmak üzere gelişmektedir (Qui ve diğerleri, 2020).

2.8.1. Anksiyete

Anksiyete; bilişsel, fiziksel, duygusal, somatik ve davranışsal bileşenler ile karakterize olup, duygulanımda kaygı, korku sıkıntı hali yaratan psikolojik durumdur (Lee ve diğerleri, 2011; Öz, 2022). Anksiyete yaşayan kişi kendini tehdit altında hissetmekte, rahatsız edici derecede endişeli ve yolunda gitmeyen durumların yaşanacağını düşünmektedir. Kişilerin yaşadığı kaygı hali, günlük yaşamı olumsuz etkilemektedir (Amaral ve diğerleri, 2022; Nanda International Inc, 2018). Anksiyete, genel popülasyonda 3 kişiden 1'ini etkilemekte olup, prevalansı en yüksek psikolojik rahatsızlıklardan biridir (Bandelow ve diğerleri, 2015). Yüksek tansiyon, yüksek kalp hızı, terleme, yorgunluk, hoş gitmeyen duygu durum, gerginlik, sinirlilik ve huzursuzluk gibi semptomlar anksiyete yaşayan bireylerde sıklıkla görülmektedir (Amaral ve diğerleri, 2022). Anksiyetede görülen semptomlar, aile, sosyal ve mesleki roller üzerinde büyük olumsuz etki yaratmaktadır. Tedavi edilmediğinde, hastaların %40-50'si depresyon geliştirmekte ve intihar düşünceleri ile süreç kötüleşmektedir (Aydoğan ve diğerleri, 2012; Lee ve diğerleri, 2011; Öz, 2022).

2.8.2. Depresyon

Depresyon, duyguları, düşünceleri, düşünce biçimini ve davranışları olumsuz yönde etkileyen ciddi bir tıbbi hastalıktır. Depresyonun çeşitli belirtileri bulunmaktadır. Ancak en yaygın olan belirtisi, derin bir üzüntü hissi veya aktivitelere karşı belirgin bir ilgi veya zevk kaybıdır. Diğer belirtiler ise; diyetle ilgisi olmayan kilo kaybı veya alımıyla sonuçlanan iştah değişiklikleri, uykusuzluk veya aşırı uyuma, enerji kaybı veya artan yorgunluk, huzursuzluk veya sinirlilik, değersizlik veya uygunsuz suçluluk duyguları, düşünme, konsantre olma veya karar vermede zorluk ve ölüm veya intihar düşünceleri veya intihara teşebbüs olarak belirtilmektedir (American Psychiatric Association, 2005; Pearce ve diğerleri, 2022; Schuch ve diğerleri, 2018).

Depresyon atağı sıklıkla yeni bir hastalığın teşhis edilmesiyle başlayabilir. Kişinin günlük yaşamda başkalarına bağımlı hale gelmesi, yaşam kalitesinde bozulma gibi sebepler depresyonu etkileyebilir (Shorey ve diğerleri, 2022). 2017 yılında depresyon, bel ağrısı ve baş ağrısı bozukluklarından sonra engellilikle geçirilen yılların üçüncü önde gelen nedeni arasında yer almaktadır (GBD, 2017). Depresyon aynı zamanda genel popülasyonda intihara bağlı ölümler açısından da önemli bir risk faktörüdür (Kim ve diğerleri, 2020). Bromet ve ark. (2011) 18 ülkeden 89037 kişi üzerinde çalışmış olup, majör depresyonun ortalama yaşam boyu ve 12 aylık yaygınlık tahminlerinin yüksek gelirli ülkelerde %14,6 ve %5,5, düşük ve orta gelirli ülkelerde ise %11,1 ve %5,9 olduğu sonucuna ulaşmaktadır. Cho ve ark. (2007) majör depresif bozukluğun yıllık yaygınlığının 2001, 2006 ve 2011'de sırasıyla %1,7, %2,5 ve %3,1 olduğunu bildirmektedir. Ayrıca bu değerler, ülkeler arası bir çalışmada, yüksek gelirli ülkelere (%5,5) ve düşük-orta gelirli ülkelere (%5,9) daha düşük olduğu bildirilmektedir (Bromet ve diğerleri, 2011). Ülkemizde ise Taşgın ve ark.'nın (2021) İstanbul'da bir aile sağlığı merkezine kayıtlı 18-49 yaş grubu kadınlarda depresyon görülme sıklığı ve ilişkili faktörleri inceledikleri çalışmada, katılımcıların %28,7'sinde orta düzeyde ve %7,7'sinde şiddetli depresyon görüldüğü belirtilmektedir.

2.8.3. Stres

Stres, bireylerin fiziksel, psikososyal, entelektüel yapılarını bozan ve durumlar karşısında baş etme becerilerini zorlayan ya da bireyin sınırlarını aşan

uyarıcı olaylara verdiği doğrudan ya da dolaylı olarak verdiği tepki biçimidir (O'Connor ve diğerleri, 2021). Cüceloğlu ise (2000) stresi, kişinin fiziki ve sosyal çevreden kaynaklanan olumsuz şartlardan dolayı, bedensel ve psikolojik sınırlarını aşarak sarfettiği çaba olarak tanımlamıştır. Stres, bireylerin içsel ya da dışsal kökenli olan gerçek veya algıladıkları biçimsel uyaranlara karşı duygusal, bilişsel ve sosyal dengeyi bozma eğilimindedir. Bu eğilimde olan bireyleri mevcut davranışları değiştirerek yeni davranışlar kazandırmaya zorlayan fiziksel, zihinsel ve bilişsel tepkiler bütünü olarak oluşmaktadır. Birey hissettiği veya yaşadığı tehdit ve zorlamalara karşı kendini savunmaya almaya başlamaktadır. Birey stres yönetiminde, fiziksel ve sosyal çevrenin meydana getirdiği olumsuz etkenlere yönelik fiziksel ve psikolojik sınırlarını zorlayarak çaba göstermektedir (Cassidy, 2022; Hovnanyan ve diğerleri, 2022; Kahraman, 2023). Stres, birey üzerinde etki gösteren çevresel ve bireysel etmenlerin, bireyin davranışlarında ve kendisinde tutum ve davranış değişikliklerine neden olmaktadır (Ertekin, 1993).

Stres yaşayan bireylerde çene ağrıları ve uykuda diş gıcırdatmaları, döküntüler, hazımsızlık ve mide ülseri, astım, cinsel hayattaki düzensizlikler, bağışıklık sisteminin zayıflaması, endişe ve gerginlik hali, tırnak yemek, karar alma yetisinin zayıflaması, konsantre olmada güçlük çekme, aşırı hayal kurma, sadece bir düşünceye aşırı yoğunlaşma, sosyal ilişkilerde ortaya çıkan zorlantılar, uykuyu alamama, karar vermede güçlük çekme, normalin üzerindeki sigara ve alkol kullanımı, yetersizlik duygusunu barındıran duygusal dengesizlikler, kısa süreli bellekte gelişen yitim, zihin bulanıklığı, en iyi olanı tercih etmektense garantili olana yönelme, tansiyon ve sindirim problemleridir (Heo ve diğerleri, 2022; Oroian ve diğerleri, 2021; Tompkins, 2021).

2.8.4. Jinekolojik kanserli hastalarda anksiyete, depresyon ve stres

Kanser hastalığı olan bireylerin ulusal ve uluslararası literatürde yüksek oranda uyum problemi, depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik komorbiditeye sahip oldukları belirtilmektedir (Steven ve Kenneth, 2012). Kanser tanısı alan her 4 hastadan birinde klinik depresyon görülmektedir (American Canser Society, 2016). Kanser tanısı konulduğundan itibaren tedavi edilmeyen anksiyete ve depresyonun, hastalık sürecini zorlaştırarak yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir (Kutlu ve diğerleri, 2011). Bu durum kanser hastası ve ailesi için en zor şeylerden biri olabilmektedir (Cancer Research UK, 2017). Depresyon

görülmesinde en önemli unsurlar arasında kansere uyumda güçlük ve çaresizlik hissi görülmektedir (Demirkıran, 2014). Ek olarak, kanserden ötürü yaşanan engellenmeler, yetersiz hissetme duygusu, ölüm korkusu, hastalığın sembolik manası gibi düşünceler kişinin günlük yaşantısını etkileyerek anksiyeteye neden olmaktadır (Uğur, 2014). Hem kadınlar hem de erkekler depresyondan etkilenmekte olduğu, ancak yapılan araştırmalarda kadınların erkeklere nazaran depresyon riskinin daha fazla olduğu görülmektedir. (National Institute of Mental Health, 2018). Bu kapsamda, kadınların hayatlarını olumsuz etkileyen jinekolojik kanserlerde depresyon, anksiyete ve stres gibi duygudurum değişiklikleri görülmektedir.

Jinekolojik kanser hastaları, kanser teşhisi ve tedavisinin cinsel işlevi, aile yaşamını, sosyal aktiviteleri ve ayrıca hayatta kalan hastaların çalışma aktivitelerini derinden etkilemesi nedeniyle düşük bir yaşam kalitesi göstermektedir (De Rosa ve diğerleri, 2017). Jinekolojik kanserlerin tedavisinde kadınlar cerrahi yolla menopoza girebilmektedir. Menopoza geçişte depresyona yatkınlık artmakta ve özellikle jinekolojik kanser hastalarında daha yüksektir (Guarino ve diğerleri, 2020). Jinekolojik kanser hastalarının yaklaşık %20-30'u kanser yolculuğunun bir noktasında psikolojik sıkıntı yaşamaktadır (Zabora ve diğerleri, 2001). Bilişsel işleyişin genel olarak ruh hali veya yorgunluktan bağımsız olduğu düşünülse, bunlar yalnızca duyguyla ilgili belirli bilişsel süreçleri etkilemektedir (Romero-Rebollar ve diğerleri, 2022). Ancak menopoza giren kadınlarda bilişsel bozukluklar sık görülen bir durumdur. Yapılan çalışmalar, menopoz geçişi sırasında hafıza performansında yaş veya araştırılan diğer faktörlerle açıklanmayan değişiklikleri ortaya koymaktadır (Epperson ve diğerleri, 2013). Cerrahi menopoz, hafızada daha hızlı bir bilişsel düşüşle ilişkilendirilmiştir (Georgakis ve diğerleri, 2019). Tosic Golubovic ve ark.'nın (2022) yaptıkları çalışmada, serviks kanseri tanısı alan kadınların psikiyatrik bozuklukların görülmesi açısından hassas bir grup olduğu ve bu hastalarda tedavi adaylarını potansiyel olarak tespit edebilecek tarama programlarına ihtiyaç olduğu vurgulanmış olup, anksiyete ve depresyonun hastalığın ciddi yüküyle ve olumsuz hayatta kalma oranlarıyla ilişkili olduğu bildirilmektedir. Ho ve ark.'nın (2021) yaptıkları çalışmada, over ve meme kanseri olan hastaların serviks kanseri hastalarına göre daha şiddetli depresyon yaşadığı ve günlük yaşamlarının serviks kanseri hastalarına göre daha sık bozulduğu saptanmıştır. Klapheke ve ark.'nın (2020) jinekolojik kanserli yaşlı kadınlarda depresif belirtiler

ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini inceledikleri çalışmada, depresif belirtilerin prevalansı jinekolojik kanserli yaşlı kadınlarda serviks kanserinde %31,9, over kanserinde %32,2 ve uterus kanserinde %25,3 olduğu, kansersiz yaşlı kadınlara (%24,9) göre depresif belirtilerin daha yüksek olduğu bildirilmektedir. Hu ve ark.'nın (2018) Çin'de jinekolojik malignitesi olan evli hastalarda anksiyete ve depresyon belirtilerinin yaygınlığı ve bunlarla ilişkili faktörleri inceledikleri çalışmada, evli ve jinekolojik malignitesi olan kadınlara anksiyete ve depresyon görülme sıklığı %79,95 ve %94,16 olarak bulunmuştur. Wu ve ark.'nın (2014) jinekolojik kanser hastalarında hastalık belirsizliği ile depresyon arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada, jinekolojik kanserli hastaların yaklaşık yarısında (%47,3) depresyon yaşadığı belirlenmiştir. Jinekolojik kanser hastalarında psikolojik bozuklukların hızla geliştiği göz önüne alındığında değerlendirme zamanı önemli bir faktördür (Jacob ve diğerleri, 2016). Jinekolojik kanserli kadınlara genellikle depresyon, anksiyete ve stres gibi durumları bildirmemeleri ve kaygılı ya da depresif olduklarını kabul etmek istememeleri ile belirlenmemiş duygudurum bozuklukları görülme sıklıklarının arttırabilmektedir.

2.8.5. Jinekolojik kanserli hastaların anksiyete, depresyon ve stres yönetiminde hemşirenin rol ve sorumlulukları

Jinekolojik kanserler önemli bir mortalite ve morbidite oranına neden olan hastalıktır. Hastanın, ailesinin ve toplumun sağlığını olumsuz yönde etkileyen bir sağlık sorunudur (Uçar ve Bekar, 2010). Hemşireler, mesleklerine özgü bilgi, kabiliyet ve becerileri kullanarak hastalarının ihtiyaçlarını karşılamaya çalışmalıdır. Bu da hastaların var olan durumlarını kabullenmelerine, ihtiyaçlarını belirlemelerine imkn tanımaktadır (Aragons, 2008).

Hemşireler depresyon, anksiyete ve stresin tıbbi tedavisinde üstlendikleri rollere ek olarak hasta ve ailesi ile işbirliği içinde hastanın tedavisindeki uyumunda da önemli role sahiptir. Çünkü hemşireler hasta ile sürekli iletişim halinde olan sağlık personelidir. Bu nedenle hemşire hastanın fizyolojik, psikolojik durumunu, belirti ve bulgularını, hastanın tedaviye ilişkin yaklaşımını değerlendirmelidir. Hemşireler, hasta ve ailesini dikkatle izlemeli, hastanede ve toplumda sağlık bakımlarını sürdürmelidir. Hemşireler profesyonel rolleri itibariyle taburcu olan hastaların izleminden ve gerektiğinde evde müdahaleden de sorumlu olmaktadır (Demirkıran, 2001).

Jinekolojik kanser tanı ve tedavi yöntemleri, diğer kanser türlerinde yaşanan sorunlara ek olarak beden imajı, cinsel kimlik, hasta ve aileyi olumsuz yönde etkileyen sağlık problemlerine sebep olmaktadır (Reis, 2003). Hemşireler, hasta ve ailesi ile diğer sağlık personellerinden daha fazla iletişim içeren bir ilişki içinde olduklarından, tüm bu süreçlerde hasta ve ailesine hastalığın tedavi sürecindeki yan etkiler ile mücadelede, hastalığın sebep olduğu stresörler ile baş etmede daha fazla rol ve sorumlulukları bulunmaktadır (Kocaman Yıldırım, 2013; Kocaman, 2006; Düzen ve Göktaş, 2021; Ardahan, 2003).

Hemşirelik sürecinin en temelinde hastanın bilgi ihtiyacı bulunmaktadır. Hemşireler bilgi verirken hastanın anlayabilme düzeyi belirlenmesi ve kişilere anlaşılır şekilde bilgi aktarımı yapılması gerekmektedir. Böylece verilen bilgi kişinin stresi azaltmaya yardımcı olmakta ve karar verme mekanizmasını güçlendirmektedir. Verilen bilginin çok fazla olması veya anlaşılmayan düzeyde olması da kişide umutsuzluğa sebep olabilmektedir. Bu nedenle gerekli bilgilerin ihtiyaç halinde, doğru zamanda, uygun ortamda ve içerik bakımından kişiye yeterli düzeyde olmasına dikkat edilmelidir. Kişilerin gelecek kaygısı yaşaması, kanserin ilerleme korkusu, özbakım eksikliği, ölüm korkusu, depresyon, özgüven ve öz saygı kaybı ruhsal ve psikososyal alanda karşılanmamış ihtiyaçlarının olduğunu göstermektedir (Kocaman Yıldırım ve diğerleri, 2013; Maguire ve diğerleri, 2015).

Hastalık sürecinde bireylerin duygu ve düşüncelerini aile bireyleriyle ve arkadaşlarıyla paylaşamaması iletişimin sağlıklı sürdürülememesine ve hastanın yalnız hissetmesine sebep olmaktadır. Bu hastalara verilen sosyal desteğin sağkalım süresini uzattığı ve hastaların iyilik hallerinin olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir. (Pınar ve diğerleri, 2012). DSÖ, jine-onkolojik bakımda psiko-sosyal bileşenlerin yer alması ve psiko-onkoloji hizmetlerinin tedavi süreçlerine uyumlanması gerektiğini, hasta ve hasta yakınlarına yönelik psiko-onkoloji danışmanlığı verilmesi ve psikososyal destek sağlanması gerektiğini vurgulamaktadır (WHO, 2008). Sonuç olarak bu süreçte yalnızca kemoterapi, radyoterapi, cerrahi müdahale gibi tedaviler yeterli olmamakta ve hastanın bütüncül olarak değerlendirilmesi ile psikososyal müdahalelerin de tedavide yer alması önemli olmaktadır (Tuncay, 2010). Hemşireler, psikososyal bakım verirken, bireyi kendi çevresinde değerlendirmeye özen göstermekte, hastanın iyilik düzeyine ve hastalığa uyumunu desteklemekte ve böylece her hastanın stres uyumunu kolaylaştırmaktadır. Kaliteli psikososyal bakım

verebilmek için hastanın baş etme tepkilerini belirlemesi gerekmektedir (Gorman, 2014). Psikososyal tedavide hemşirenin rolü, terapötik plana uyumlu çalışmayı, tedaviye yanıtı değerlendirmeyi ve sağlık ekibi ile koordinasyonu sağlamaktır (Aragonès, 2008).

Jinekolojik kanser tanılı kadınların bakımlarını ve tedavilerini sağlayan hemşireler, rehberlik ve danışmanlık, multidisipliner ekip çalışması ile düzenli izlemlerin yapılmasında rol oynamaktadır. Kadınlar, benzer tanılı başka hastalarla deneyimlerini paylaşımaları için desteklenebilmektedir. Kadına özbakım gücü ve özgüveninin kazanmasında destek olunup, stresle baş etme, stres yönetimi, depresyona yönelik öneriler, yaşam biçiminin kişiye uygun düzenlenmesi, bağımlılığı azaltıcı uygulamalar konusunda öncü rol üstlenmektedir. Böylece kadın ve çevresiyle hasta yararına bir destek ekibi oluşturulması, aile bireylerinin iletişiminin artırılması ve aile içi bağların kuvvetlenmesi sağlanabilmektedir (Evans Webb ve diğerleri, 2021; Gopal ve diğerleri, 2023; Wang ve diğerleri, 2022).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, jinekolojik kanserli hastaların depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin yaşam kalitesi ve özbakım gücüne etkisinin incelenmesi amacıyla kesitsel tipte gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları Polikliniği ve Kadın Hastalıkları Servisi'nde 20 Şubat – 30 Eylül 2024 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma için iki yönlü hipotez kurulmuştur ve örneklem sayısı G*Power 3.1.9.7 programı (Güç analizi istatistik yazılımı) kullanılarak hesaplanmıştır. Araştırmanın örneklem büyüklüğü, Menekli, Doğan ve Elkıran (2020) tarafından yapılan çalışmada kullanılan Yaşam Kalitesi İndeksi Kanser Versiyonu-III (QOL-CV) puan ortalamasına dayalı olarak %80 etki düzeyi, %95 güven düzeyi ve %5 hata payı dikkate alınarak 182 jinekolojik kanserli kadından oluşması gerektiği hesaplanmıştır. Araştırmaya, basit rastgele örneklem yöntemi ile Türkçe konuşabilen, yazabilen ve anlayabilen, 18 yaşından büyük, çalışmanın yürütüldüğü zamanda Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları Polikliniği ve Servisi'nde bulunan ve tedavi alan, jinekolojik kanser (serviks, over, endometrium, tuba, vajina, vulva) tanısı alan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan jinekolojik kanserli kadınlar dâhil edilmiştir. İditme engeli tanısı olan ve psikiyatrik bozukluk tanısı olan kadınlar araştırma dışı bırakılmıştır.

3.4. Veri Toplama Araç ve Gereçleri

Araştırma verileri, Kişisel Bilgi Formu (Ek-1), Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeği (DASÖ-21) (Ek-2), Yaşam Kalitesi Endeksi Kanser Uyarlaması-III (QOL-CV) (Ek-3) ve Öz-Bakım Gücü Ölçeği (Ek-4) ile elde edilmiştir.

Kişisel Bilgi Formu: Araştırmacı tarafından, ilgili literatür doğrultusunda hazırlanarak oluşturulan form, kadınların kişisel, obstetrik, hastalık ile ilgili özelliklerini içeren toplam 34 sorudan oluşmaktadır (Menekli, Doğan ve Elkıran, 2020; Leppert and Forycka, 2015).

Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeği (DASÖ-21): Lovibond ve Lovibond tarafından 1995 yılında Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeği (DASÖ-42) geliştirilmiştir. Sarıçam (2018) tarafından geçerlik ve güvenilirliği yapılmış, Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı depresyon alt ölçeği için $\alpha=0,87$, anksiyete alt ölçeği için $\alpha=0,85$ ve stres alt ölçeği için $\alpha=0,81$ olarak bildirilmiştir. DASÖ-21'in bu çalışma için Cronbach Alpha (α) iç tutarlılık katsayıları depresyon, anksiyete ve stres alt boyutları için sırasıyla 0,84, 0,73 ve 0,84 olarak bulunmuştur. Türkçe geçerlilik güvenilirliği yapılan ölçek likert tipi bir ölçek olup 21 maddeden oluşmaktadır. Ölçekteki her bir madde "0" bana hiç uygun değil, "1" bana biraz uygun, "2" bana genellikle uygun ve "3" bana tamamen uygun şeklindeki 4'lü likert tipi bir derecelendirmeye sahiptir (Sarıçam, 2018). Depresyon, anksiyete ve stres boyutlarının her birinden alınan puanların yüksek olması, bireyin bu probleme sahip olduğunu gösterir. Sınıflandırılmasında ise normal, hafif, orta, ağır ve çok ağır olmak üzere 5 kategoride değerlendirilir. Buna göre; normal kategorisinde; depresyon (0-9 puan), anksiyete (0-7 puan), stres (0-14 puan), hafif kategorisinde; depresyon (10-13 puan), anksiyete (8- 9 puan), stres (10-15 puan), orta kategorisinde; depresyon (14-20 puan), anksiyete (10-14 puan), stres (19-25 puan), ileri kategorisinde; depresyon (21-27 puan), anksiyete (15-19 puan), stres (26-33 puan) ve çok ileri kategorisinde depresyon (28 ve üzeri puan), anksiyete (20 ve üzeri puan), stres (34 ve üzeri puan) olarak değerlendirilir (Üstün ve Bayar, 2015). Bu çalışmada, "depresyon" alt boyut ölçeği cronbach alpha değeri 0,947 "anksiyete" alt boyut ölçeği cronbach alpha değeri 0,927, "stres" alt boyut ölçeği cronbach alpha değeri 0,928 ve toplam ölçek cronbach alpha değeri 0,936 olarak bulunmuştur.

Yaşam Kalitesi Endeksi Kanser Uyarlaması-III (YKEKU-III): YKEKU-III, Ferrans ve Powers (1985) tarafından geliştirilmiştir, Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Can, Durna ve Aydın (2010) tarafından yapılmıştır. Ölçek, 6 dereceli likert tipinden oluşan maddelere verilen yanıtlarla cevaplanır ve yaşamın çeşitli alanlarından ‘memnuniyet’ ile, o alanın kişi için ‘önemini’ ölçen her biri 33 maddeyi kapsayan iki ana bölümden oluşur. Sağlık ve hareketlilik, sosyo-ekonomik, psikolojik inançlar ve aile olmak üzere toplam dört alt ölçeğinden oluşur. Toplam yaşam kalitesi puanı ve alt grup puanları memnuniyet puanlarını önem puanlarına uyarlayarak elde edilir (Can, Durna ve Aydın 2010). Ölçekten 0-30 arası puan alınmaktadır. Can, Durna ve Aydın (2010) tarafından Cronbach’s Alfa değeri alt ölçeği için ayrı ayrı hesaplanarak 0,63-0,85 arasında bulunmuştur. Bu çalışmada, “memnuniyet” alt boyut ölçeği cronbach alpha değeri 0,981, “önemlilik” alt boyut ölçeği cronbach alpha değeri 0,970 ve toplam ölçek cronbach alpha değeri 0,992 olarak bulunmuştur.

Öz-Bakım Gücü Ölçeği (ÖBGÖ): Kearney ve Fleischer tarafından (1979) geliştirilmiş, Nahcivan tarafından (1993) Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. 5’li likert tipinde olan ölçekte 35 madde bulunmaktadır. Her bir madde 0-4 arasında puan almaktadır. Ölçekte 3, 6, 9, 13, 19, 22, 26, 31. maddeler ters kodlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 140’dır. Alınan yüksek puanlar öz-bakım gücünün yüksek olduğunu göstermektedir (Nahcivan, 1993). Bu çalışmada, toplam ölçek cronbach alpha değeri 0,976 olarak bulunmuştur.

3.5. Araştırma Soruları

Bu çalışmada aşağıdaki soruların cevapları aranmıştır.

AS1: Jinekolojik kanserli hastaların depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri nedir?

AS2: Jinekolojik kanserli hastaların yaşam kalitesi düzeyleri nedir?

AS3: Jinekolojik kanserli hastaların özbakım gücü düzeyleri nedir?

AS4: Jinekolojik kanserli hastaların depresyon, anksiyete, stres düzeyleri ile yaşam kalitesi ve özbakım gücü arasında ilişki var mıdır?

AS5: Jinekolojik kanserli hastaların depresyon, anksiyete, stres, yaşam kalitesi ve özbakım gücünü etkileyen kişisel, obstetrik ve jinekolojik hastalık ile ilgili özellikler var mıdır?

AS6: Jinekolojik kanserli hastaların depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin yaşam kalitesi ve özbakım gücüne etkisi var mıdır?

3.6. Verilerin Toplanması

Veri toplama işlemi öncesinde, araştırmaya dâhil edilme kriterlerine uyan bireylere, araştırma hakkında açıklayıcı bilgi verildikten sonra katılımcıların çalışmaya katılımı için Gönüllü Bilgilendirme Formu ile yazılı onamları alınmıştır. Daha sonra, anket ve ölçek formları hastaların tedavilerini aksatmayacak şekilde, poliklinikteki uygun bir odada kendilerine verilecek ve soruları bireysel olarak yanıtlamaları istenmiştir. Veri toplama işlemi yaklaşık 10 dakika sürmüştür.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) sürüm 27 programı (IBM Corp., Armonk, NY, USA) kullanıldı. Sürekli her bir değişkenden elde edilen puanların normal dağılıp dağılmadığını belirlemek için çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) katsayıları hesaplandı. Hesaplanan çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) değerlerinin -1,5 ve +1,5 aralığında olduğu belirlendi. Ölçeklerin güvenilirliğini ölçmek amacıyla Cronbach Alpha güvenilirlik katsayıları hesaplandı. Kategorik değişkenler frekans (n, %); sürekli değişkenler ortalama ve standart sapma olarak sunuldu. Sürekli değişkenlerde iki grup arasındaki karşılaştırmalar Bağımsız örneklem t testi ile yapıldı. İki'den fazla grup karşılaştırmaları Tek yönlü ANOVA (varyans) testi ile yapıldı. ANOVA testinde, anlamlı farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için Scheffe post-hoc testi kullanıldı. Sürekli iki değişken arasındaki ilişki düzeyi Pearson korelasyon testi ile incelendi. Bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken üzerindeki etkisinin belirlenmesinde çok değişkenli doğrusal regresyon analizinden yararlandı. Sonuçlar; %95 güven aralığında anlamlılık ise $p < 0,05$ (iki yönlü) altında değerlendirildi.

3.8. Araştırmanın Etik Yönu

Araştırma öncesinde, Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini yapmış kişiden mail aracılığıyla izin alınmıştır (Ek-5). Tez önerisinin onayı sonrasında İstanbul Gedik Üniversitesi Etik Kurulu'na başvuru yapılarak 25.12.2023 tarih ve 2023/11 sayılı toplantıda etik kurul onayı alınmıştır (Ek-6) Etik kurul onayı sonrasında Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde araştırmanın yapılabilmesi İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden çalışma izni alınmıştır (Ek-7).

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Bu araştırma sonuçlarını kısıtlayan birkaç sınırlılık bulunmaktadır. Araştırmanın ilk sınırlılığı, araştırmada elde edilen verilerin katılımcıların verdikleri ifadelere dayanmaktadır. Araştırmanın diğer sınırlılığı, Türkçe iletişim kuramayan ve okuma yazması olmayan hastaların çalışmaya dâhil edilememesidir. Çalışmanın tek merkezli olarak yürütülmesi genellenebilir özellikte sınırlılık ortaya çıkarmaktadır.

4. BULGULAR

Araştırmada elde edilen veriler, katılımcıların tanıtıcı özellikleri, ölçek alt boyut puan ortalamaları, tanıtıcı özellikler ile ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması ve ölçekler ile ilişkili bağımsız değişkenlerin incelenmesi şeklinde değerlendirilmiştir.

Çizelge 4.1: Kişisel Özelliklerin Dağılımı (n=182)

Değişkenler	Kategori	n (%)
Yaş (yıl)	Ort.±Ss	53,85 ± 10,20
Eğitim	İlkokul	49 (26,9)
	Ortaokul	66 (36,3)
	Ortaöğretim	46 (25,3)
	Üniversite	21 (11,5)
Çalışma durumu	Çalışıyor	36 (19,8)
	Çalışmıyor	146 (80,2)
Medeni durum	Evli	161 (88,5)
	Bekar	21 (11,5)
Gelir	Geliri giderden az	29 (15,9)
	Geliri giderine denk	124 (68,1)
	Geliri giderden fazla	29 (15,9)
Aile tipi	Çekirdek aile	144 (79,1)
	Geniş aile	38 (20,9)
Sağlık güvencesi	Evet	180 (98,9)
	Hayır	2 (1,1)
Egzersiz	Hayır	155 (85,2)
	Evet	27 (14,8)
Kronik hastalık	Hayır	46 (25,3)
	Evet	136 (74,7)
Ailede kanser öyküsü	Hayır	106 (58,2)
	Evet	76 (41,8)

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma

Araştırmaya yaş ortalaması 53,85±10,20 (aralık: 28-85) yıl olan 182 jinekolojik kanser tanısı alan kadın hasta dahil edildi. Hastaların %63'ünün lise altı düzeyde bir eğitim aldığı, %80,2'sinin aktif olarak bir işte çalışmadığı, %88,5'inin evli olduğu, %68'inin gelirinin giderlerine denk olduğu, %79'unun çekirdek aile yapısına sahip olduğu, %74,7'sinin tanı konmuş kronik bir hastalığı olduğu, sadece %14,8'inin düzenli bir egzersiz yaptığı, %41,8'inin ailesinde bir yakınında kanser

öyküsü olduğu ve tamamına yakınının (%98,9) bir sağlık güvencesi olduğu saptandı (Çizelge 4.1).

Çizelge 4.2: Obstetrik Özelliklerin Dağılımı (n=182)

Değişkenler	Kategori	n (%)
İlk adet (menarş) yaşı	<12	60 (33,0)
	≥12	122 (67,0)
Gebelik sayısı	Ort.±Ss	3,52 ± 1,80
Canlı doğum sayısı	Ort.±Ss	2,85 ± 1,56
Düşük	Evet	70 (38,5)
	Hayır	112 (61,5)
Kürtaj	Evet	22 (12,1)
	Hayır	160 (87,9)
Gelecekte gebe kalmayı isteme	Hayır	174 (95,6)
	Evet	8 (4,4)
Menopoza girme durumu	Hayır	37 (20,3)
	Evet	145 (79,7)

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma

Hastaların %33'ünün 12 yaşın altında regl olmaya başladığı, ortalama 3,52±1,80 gebelik yaşadığı ve ortalama 2,85±1,56 canlı doğum yaptığı; %38,5'inin düşük yaptığı, %12,1'inin kürtaj olduğu, %4,4'ünün tekrar gebelik yaşamak istediği ve %79,7'sinin menopoza girdiği belirlendi (Çizelge 4.2).

Çizelge 4.3: Jinekolojik Hastalıklar ile İlgili Özelliklerin Dağılımı (n=182)

Değişkenler	Kategori	n (%)
Tanı	Endometrium kanseri	84 (46,2)
	Over kanseri	72 (39,6)
	Serviks kanseri	33 (18,1)
	Vulva + Vajen kanseri	4 (2,2)
	Fallop tüpleri kanseri	5 (2,7)
Çoklu kanser tanısı	Evet	18 (9,9)
	Hayır	164 (90,1)
Evre	I	57 (31,3)
	II	81 (44,5)
	III _(n=40) /IV _(n=4)	44 (24,2)
Alınan tedaviler	Cerrahi	182 (100,0)
	Kemoterapi	107 (58,8)
	Radyoterapi	52 (28,6)
	Atom	0 (0,0)
Tedavi süresi	1-6 ay	122 (67,0)
	7-12 ay	40 (22,0)
	≥13 ay	20 (11,0)

Çizelge 4.3: (Devamı) Jinekolojik Hastalıklar ile İlgili Özelliklerin Dağılımı (n=182)

Değişkenler	Kategori	n (%)
Cerrahi sonrası destek tedavileri	Evet	133 (73,1)
	Hayır	49 (26,9)
Düzenli doktor kontrolü	Hayır	84 (46,2)
	Evet	98 (53,8)
Hastalığı hakkında bilgilendirilme	Hayır	24 (13,2)
	Evet	158 (86,8)
Tedavi hakkında bilgilendirilme	Hayır	50 (27,5)
	Evet	132 (72,5)
Hastalık tanı şekli	Tıbbi teşhis	110 (60,4)
	Semptomu fark etme	72 (39,6)
Tanı sonrası duygu	Olumsuz duygu	169 (92,9)
	Belirsiz duygu	13 (7,1)
Düzenli jinekolojik kontrol	Hayır	126 (69,2)
	Evet	56 (30,8)
HRT	Hayır	76 (41,8)
	Evet	106 (58,2)

Hastaların %60'ının tıbbi tarama-teşhis sonucu tanı alırken, %40'ının semptomları kendi fark etmesi ile tanı aldığı saptandı. Hastaların %92,9'u tanı sonrası olumsuz duygular yaşadığını, %46'sı endometrium ve %39,6'sı over kanseri tanısı konulurken, %9,9'unun eş zamanlı çoklu kanser tanısı aldığı, kanserlerin %31'inin evre I, %44,5'inin evre II ve %24'ünün evre III/IV düzeyinde olduğu bulundu. Hastaların tamamına (%100) cerrahi işlem, %58,8'ine kemoterapi, %28,6'sına radyoterapi, %73'üne cerrahi sonrası destek tedavileri (tamamlayıcı sistemik tedaviler) ve %58'ine hormonoterapi uygulandı. Hastaların %67'sinin tedavisinin üzerinden 6 aydan az bir süre geçtiği, %53,8'inin düzenli hekim kontrolüne gittiği, %13'ünün hastalığı ve %27,5'inin ise tedavileri hakkında bilgilendirilmediğini düşündüğü saptandı (Çizelge 4.3).

Çizelge 4.4: Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeği, Öz Bakım Gücü Ölçeği ve Yaşam Kalitesi Endeksi Kanser Uyarlaması-III Toplam ve Alt Boyut Puanlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Ölçekler ve Alt Boyutları	Madde	Ort. ± Ss	Medyan (Min-Mak)
Stres	7	11,14 ± 5,88	10,5 (0-21)
Anksiyete	7	9,97 ± 6,19	10 (0-21)
Depresyon	7	9,38 ± 5,89	9 (0-21)
Öz Bakım Gücü Ölçeği (ÖBGÖ)	35	70,18 ± 35,42	71,5 (0-140)
QOL-CV-Sağlık ve Hareketlilik	13	18,73 ± 6,76	21,12 (0-30)
QOL-CV-Sosyal ve Ekonomi	8	15,81 ± 6,25	17,06 (0-30)
QOL-CV-Psikolojik ve Dinsel	7	21,74 ± 7,08	24,43 (0-30)
QOL-CV-Aile	5	23,03 ± 7,25	25,5 (0-30)
QOL-CV-Toplam	33	19,31 ± 6,47	21,73 (0-30)

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, Min: Minimum, Mak: Maksimum

Araştırma kapsamındaki hastaların stres, anksiyete ve depresyon düzeyi sırasıyla $11,14 \pm 5,88$ (%53), $9,97 \pm 6,19$ (%47,5) ve $9,38 \pm 5,89$ (%44,7) puan olduğu bulundu. Hastaların öz bakım gücü (ÖBGÖ) ortalama $70,18 \pm 35,42$ (%50) puan olduğu saptandı. Hastaların toplam yaşam kalitesi düzeyi (QOL-CV) $19,31 \pm 6,47$ (%64,4) puan olduğu belirlendi. QOL-CV alt boyut puanları incelendiğinde; hastaların sağlık ve hareketlilik ilişkili yaşam kalitesi düzeyi $18,73 \pm 6,76$ (%62,4), sosyal ve ekonomi ilişkili düzeyi $15,81 \pm 6,25$ (%52,7), psikolojik ve dinsel düzeyi $21,74 \pm 7,08$ (%72,5) ve aile ilişkili yaşam kalitesi düzeyi $23,03 \pm 7,25$ (%76,8) puan olduğu bulundu (Çizelge 4.4).



Çizelge 4.5: Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeği, Öz Bakım Gücü Ölçeği ve Yaşam Kalitesi Endeksi Kanser Uyarlaması-III Arasında İlişkisel İstatistikler

No	Ölçekler	1	2	3	4	5	6	7	8
1	Anksiyete	UD							
2	Depresyon	0,663*							
3	Stres	0,416*	0,623*						
4	Öz Bakım Gücü Ölçeği (ÖBGÖ)	-0,491*	-0,549*	-0,446*					
5	QOL-CV-Toplam	-0,451*	-0,597*	-0,529*	0,814*				
6	QOL-CV-Sağlık ve Hareketlilik	-0,459*	-0,582*	-0,493*	0,802*	0,973*			
7	QOL-CV-Sosyal ve Ekonomi	-0,435*	-0,529*	-0,460*	0,811*	0,945*	0,885*		
8	QOL-CV-Psikolojik ve Dinsel	-0,424*	-0,609*	-0,554*	0,773*	0,961*	0,907*	0,889*	
9	QOL-CV-Aile	-0,363*	-0,547*	-0,528*	0,677*	0,915*	0,847*	0,830*	0,871*

* $p < 0,001$; Pearson korelasyon testi, UD: Uygun değil

Araştırma kapsamındaki hastaların öz bakım gücü ile stres ($r = -0,446$), anksiyete ($r = -0,491$) ve depresyon ($r = -0,549$) düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki olduğu saptandı ($p < 0,001$). Hastaların stres, anksiyete ve depresyon düzeyi arttıkça öz bakım gücünün azaldığı belirlendi. Yaşam kalitesi düzeyi ile stres ($r = -0,529$), anksiyete ($r = -0,451$) ve depresyon ($r = -0,597$) düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki olduğu bulundu ($p < 0,001$). Stres, anksiyete ve depresyon düzeyi arttıkça hastaların yaşam kalitesinin azaldığı belirlendi. Hastaların öz bakım gücü ile yaşam kalitesi düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki olduğu saptandı ($r = 0,814$; $p < 0,001$). Hastaların öz bakım gücü arttıkça yaşam kalitesinin de arttığı bulundu (Çizelge 4.5).

Çizelge 4.6: Kişisel Özelliklere Göre Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Farklılıklarının İncelenmesi (n=182)

Değişkenler	Kategori	n	Stres	Anksiyete	Depresyon
			Ort.±Ss	Ort.±Ss	Ort.±Ss
Yaş (yıl)	<i>r/P değeri</i>	182	-0,057/0,441	0,225/0,002*	0,243/0,001*
Eğitim	İlkokul ¹	49	12,08±5,92	12,14±6,52	12,16±6,12
	Ortaokul ²	66	10,85±5,79	9,53±5,61	8,71±5,47
	Ortaöğretim ³	46	10,28±5,92	9,43±5,65	8,76±5,57
	Üniversite ⁴	21	11,71±6,03	7,43±7,12	6,33±5,07
	<i>F/P değeri</i>		0,865/0,460	3,566/0,015*	6,526/<0,001*
	<i>Fark**</i>			<i>fark=1>4</i>	<i>fark=1>2,3,4</i>
Çalışma durumu	Evet	36	10,72±6,55	8,19±6,71	6,72±5,48
	Hayır	146	11,24±5,72	10,40±6,00	10,03±5,82
	<i>t/P değeri</i>		0,472/0,637	1,934/0,055	3,094/0,002*
Medeni durum	Evli	161	11,07±5,91	10,14±6,20	9,35±5,94
	Bekar	21	11,67±5,70	8,62±6,10	9,62±5,62
	<i>t/P değeri</i>		0,438/0,662	1,062/0,290	0,198/0,843
Gelir	Giderden az ¹	29	13,03±7,02	10,38±6,99	11,28±6,50
	Gidere denk ²	124	11,19±5,49	10,06±5,93	9,47±5,58
	Giderden fazla ³	29	9,03±5,75	9,14±6,56	7,10±5,98
	<i>F/P değeri</i>		3,464/0,033*	0,338/0,714	3,800/0,024*
	<i>Fark**</i>		<i>fark=1>3</i>		<i>fark=1>3</i>
Aile tipi	Çekirdek	144	11,55±5,94	9,81±6,12	9,26±5,91
	Geniş	38	9,58±5,41	10,55±6,48	9,82±5,84
	<i>t/P değeri</i>		1,850/0,066	0,655/0,513	0,513/0,609
Egzersiz	Hayır	155	11,08±6,01	10,17±6,10	9,69±5,95
	Evet	27	11,48±5,12	8,81±6,70	7,59±5,25
	<i>t/P değeri</i>		0,329/0,743	1,049/0,296	1,718/0,088
Kronik hastalık	Hayır	46	10,59±5,29	8,89±7,11	8,41±5,50
	Evet	136	11,32±6,07	10,33±5,83	9,71±6,00
	<i>t/P değeri</i>		0,734/0,464	1,240/0,219	1,290/0,199
Ailede kanser öyküsü	Hayır	106	10,42±5,51	9,60±5,99	9,21±5,60
	Evet	76	12,13±6,26	10,47±6,46	9,62±6,29
	<i>t/P değeri</i>		1,948/0,053	0,935/0,351	0,463/0,644

* $p<0,05$; r : Pearson korelasyon testi t : Bağımsız örneklem t testi , F : Tek yönlü ANOVA analizi, **scheffe post hoc testi.

Araştırma kapsamına alınan hastaların gelir düzeyine göre hastaların stres düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık olduğu saptandı ($F=3,464$; $p=0,033$). Yapılan alt grup analizlerinde bu farkın geliri giderlerini

karşılamayan hasta grubu ile geliri giderlerinden fazla olan grup arasında olduğu belirlendi. Geliri giderlerinden az olan hastaların stres düzeyi daha fazlaydı. Gelir dışındaki diğer demografik değişkenlere göre hastaların stres düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Çizelge 4.6).

Araştırmaya katılan hastaların yaş arttıkça hastaların anksiyete düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir artış olduğu saptandı ($r=0,225$; $p=0,002$). Hastaların eğitim düzeyine göre anksiyete düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık olduğu saptandı ($F=3,566$; $p=0,015$). Yapılan alt grup analizlerinde bu farkın ilkokul mezunu hasta grubu ile üniversite mezunu grup arasında olduğu saptanırken; ilkokul mezunu olan hastaların anksiyete düzeyi daha yüksekti. Yaş ve eğitim dışındaki diğer demografik değişkenlere göre hastaların anksiyete düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Çizelge 4.6).

Araştırma kapsamındaki hastaların yaş arttıkça hastaların depresyon düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir artış olduğu saptandı ($r=0,243$; $p=0,001$). Hastaların eğitim düzeyine göre depresyon düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık olduğu saptandı ($F=6,526$; $p<0,001$). Yapılan alt grup analizlerinde bu farkın ilkokul mezunu hasta grubundan kaynaklandığı belirlendi. İlkokul mezunu hastaların depresyon düzeyi daha fazlaydı. Aktif olarak bir işte çalışabilen hastaların depresyon düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu saptandı ($t=3,094$; $p=0,002$). Gelir düzeyine göre hastaların depresyon düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık olduğu saptandı ($F=3,800$; $p=0,024$). Yapılan alt grup analizlerinde bu farkın geliri giderlerini karşılamayan hasta grubu ile geliri giderlerinden fazla olan grup arasında olduğu belirlendi. Geliri giderlerinden az olan hastaların depresyon düzeyi daha yüksekti. Aile tipi, egzersiz yapma, kronik hastalık varlığı ve ailede kanser öyküsüne göre hastaların depresyon düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Çizelge 4.6).

Çizelge 4.7: Obstetrik Özelliklere Göre Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Farklılıklarının İncelenmesi (n=182)

Değişkenler	Kategori	n	Stres	Anksiyete	Depresyon
			Ort.±Ss	Ort.±Ss	Ort.±Ss
İlk adet (menarş) yaşı	<12	60	10,93±5,83	10,42±6,54	9,82±6,43
	≥12	122	11,24±5,92	9,75±6,02	9,16±5,62
	<i>t/P değeri</i>		0,328/0,744	0,686/0,493	0,702/0,483
<i>Gebelik sayısı</i>	<i>r/P değeri</i>	182	-0,103/0,165	0,117/0,117	0,085/0,253
<i>Canlı doğum sayısı</i>	<i>r/P değeri</i>	182	-0,066/0,374	0,171/0,021*	0,102±0,171
Düşük	Evet	70	10,20±5,35	9,50±6,05	9,17±5,44
	Hayır	112	11,72±6,14	10,26±6,28	9,51±6,17
	<i>t/P değeri</i>		1,710/0,089	0,804/0,422	0,375/0,708
Kürtaj	Evet	22	10,14±5,22	9,50±4,80	8,45±4,11
	Hayır	160	11,28±5,96	10,03±6,37	9,51±6,09
	<i>t/P değeri</i>		0,852/0,396	0,377/0,707	1,051/0,300
Gelecekte gebe kalmayı isteme	Hayır	174	11,15±5,87	10,09±6,14	9,52±5,90
	Evet	8	10,88±6,33	7,25±7,05	6,38±4,90
	<i>t/P değeri</i>		0,129/0,898	1,272/0,205	1,481/0,140
Menopoza girme durumu	Hayır	37	11,92±5,39	8,70±6,68	9,08±5,66
	Evet	145	10,94±5,99	10,29±6,04	9,46±5,96
	<i>t/P değeri</i>		0,906/0,366	1,396/0,164	0,344/0,731

* $p < 0,05$; r : Pearson korelasyon testi t : Bağımsız örneklem t testi, Ss : Standart sapma.

Araştırma kapsamındaki hastaların canlı doğum sayısı arttıkça hastaların anksiyete düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir artış olduğu saptandı ($r=0,171$; $p=0,021$). Canlı doğum sayısı dışındaki diğer obstetri ile ilgili değişkenlere göre hastaların anksiyete düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık saptanmadı ($p > 0,05$). Ayrıca obstetri ile ilgili özelliklerine göre hastaların stres ve depresyon düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık saptanmadı ($p > 0,05$) (Çizelge 4.7).

Çizelge 4.8: Jinekolojik Hastalık ile İlgili Özelliklere Göre Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Farklılıklarının İncelenmesi (n=182)

Değişkenler	Kategori	Stres			
		n	Ort.±Ss	Anksiyete Ort.±Ss	Depresyon Ort.±Ss
Endometrium kanseri	Evet	84	12,05±6,18	9,40±6,11	9,98±5,91
	Hayır	98	10,36±5,51	10,45±6,24	8,87±5,85
	<i>t/P değeri</i>		<i>1,950/0,053</i>	<i>1,136/0,258</i>	<i>1,269/0,206</i>
Over kanseri	Evet	72	10,76±6,11	10,92±6,54	9,33±6,04
	Hayır	110	11,38±5,73	9,35±5,89	9,41±5,81
	<i>t/P değeri</i>		<i>0,693/0,489</i>	<i>1,684/0,094</i>	<i>0,085/0,933</i>
Serviks kanseri	Evet	33	12,21±5,91	10,30±6,30	10,00±6,28
	Hayır	149	10,90±5,86	9,89±6,18	9,24±5,81
	<i>t/P değeri</i>		<i>1,162/0,247</i>	<i>0,344/0,731</i>	<i>0,669/0,505</i>
Fallop tüpleri kanseri	Evet	5	10,40±4,62	11,40±4,72	11,40±2,97
	Hayır	177	11,16±5,92	9,93±6,23	9,32±5,94
	<i>t/P değeri</i>		<i>0,284/0,777</i>	<i>0,524/0,601</i>	<i>1,484/0,198</i>
Çoklu kanser tanısı	Evet	18	16,06±5,81	12,83±6,48	14,50±4,89
	Hayır	164	10,60±5,65	9,65±6,09	8,82±5,73
	<i>t/P değeri</i>		<i>3,884/<0,001*</i>	<i>2,090/0,038*</i>	<i>4,050/<0,001*</i>
Evre	I ¹	57	10,70±4,91	9,54±6,54	8,53±5,81
	II ²	81	9,16±5,28	9,72±6,01	8,63±5,79
	III/IV ³	44	15,34±6,04	10,98±6,08	11,86±5,59
	<i>F/P değeri</i>		<i>19,220/<0,001*</i>	<i>0,785/0,458</i>	<i>5,426/0,005*</i>
Kemoterapi	Evet	107	12,33±6,07	10,38±6,42	10,15±6,06
	Hayır	75	9,44±5,16	9,37±5,83	8,28±5,49
	<i>t/P değeri</i>		<i>3,451/<0,001*</i>	<i>1,084/0,280</i>	<i>2,129/0,035*</i>
Radyoterapi	Evet	52	13,08±6,07	10,67±6,73	10,88±6,56
	Hayır	130	10,36±5,63	9,68±5,96	8,78±5,51
	<i>t/P değeri</i>		<i>2,872/0,005*</i>	<i>0,973/0,332</i>	<i>2,205/0,029*</i>
Tedavi süresi	1-6 ay	122	11,20±6,00	9,98±6,41	9,19±5,84
	7-12 ay	40	11,43±5,67	10,83±6,23	10,10±6,33
	≥13 ay	20	10,15±5,67	8,20±4,32	9,10±5,42
	<i>F/P değeri</i>		<i>0,336/0,715</i>	<i>1,203/0,303</i>	<i>0,384/0,682</i>

Çizelge 4.8: (Devamı) Jinekolojik Hastalık ile İlgili Özelliklere Göre Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Farklılıklarının İncelenmesi (n=182)

Değişkenler	Kategori	Stres			
		n	Ort.±Ss	Anksiyete Ort.±Ss	Depresyon Ort.±Ss
Cerrahi sonrası destek tedavileri	Evet	133	11,86±6,16	10,03±6,47	9,72±6,11
	Hayır	49	9,18±4,52	9,80±5,42	8,45±5,17
	t/P değeri		3,189/0,002*	0,226/0,822	1,296/0,197
Düzenli doktor kontrolü	Hayır	84	11,02±6,09	11,15±6,18	10,70±6,20
	Evet	98	11,23±5,72	8,95±6,04	8,24±5,38
	t/P değeri		0,241/0,810	2,430/0,016*	2,863/0,005*
Hastalığı hakkında bilgilendirilme	Hayır	24	16,67±5,47	12,83±6,60	15,33±5,49
	Evet	158	10,30±5,48	9,53±6,03	8,47±5,41
	t/P değeri		5,306/<0,001*	2,470/0,014*	5,773/<0,001*
Tedavi hakkında bilgilendirilme	Hayır	50	15,08±5,90	11,62±6,21	13,04±6,09
	Evet	132	9,64±5,15	9,34±6,09	7,99±5,19
	t/P değeri		6,103/<0,001*	2,243/0,026*	5,576/<0,001*
Hastalık tanı şekli	Tıbbi teşhis	110	12,18±6,08	10,19±6,27	10,09±5,96
	Semptomu fark etme	72	9,54±5,20	9,63±6,08	8,29±5,65
	t/P değeri		3,131/0,002*	0,602/0,548	2,034/0,043*
Tanı sonrası duygu	Olumsuz duygu	169	11,25±5,87	9,93±6,19	9,20±5,80
	Belirsiz duygu	13	9,62±5,95	10,38±6,38	11,69±6,73
	t/P değeri		0,969/0,334	0,252/0,801	1,475/0,142
Düzenli jinekolojik kontrol	Hayır	126	11,33±6,03	10,39±6,03	9,97±6,09
	Evet	56	10,70±5,54	9,02±6,49	8,05±5,21
	t/P değeri		0,674/0,501	1,383/0,168	2,043/0,043*
HRT	Hayır	76	12,93±6,46	10,37±6,50	11,22±6,10
	Evet	106	9,85±5,07	9,68±5,97	8,06±5,38
	t/P değeri		3,468/0,001*	0,740/0,460	3,703/<0,001*

* $p < 0,05$; t: Bağımsız örneklem t testi, F: Tek yönlü ANOVA analizi, **scheffe post hoc testi, Ss: Standart sapma.

Araştırma kapsamında, eş zamanlı birden fazla kanser tanısı alan hastaların stres düzeyi istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksekti ($t=3,884$; $p<0,001$). Evresine göre hastaların stres düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık olduğu saptandı ($F=3,464$; $p=0,033$). Yapılan alt grup analizlerinde bu farkın evre III/IV hastalığı olan hasta grubundan kaynaklandığı belirlendi. Evre III/IV hastalığı olan hastaların stres düzeyi daha fazlaydı. Kemoterapi ($t=3,451$; $p<0,001$), radyoterapi ($t=2,872$; $p=0,005$) ve hormonoterapi ($t=3,468$; $p=0,001$) alan hastaların almayanlara kıyasla stres düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı. Cerrahi işlem sonrası ek sistemik tedaviler alan hastaların almayanlara kıyasla stres düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı ($t=3,189$; $p=0,002$). Hastalığının semptomlarını fark eden ($t=3,131$; $p=0,002$), hastalığı ($t=5,306$; $p<0,001$) ve tedavisi ($t=6,103$; $p<0,001$) hakkında yeterince bilgilendirilen hastaların stres düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu saptandı ($t=5,306$ ve $t=6,103$; $p<0,001$). Kanser tanı tipi, tedavi üzerinden geçen zaman, düzenli doktor kontrolü, tanı sonrası yaşanan duygu ve düzenli jinekolojik kontrol durumuna göre hastaların stres düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Çizelge 4.8).

Araştırmaya katılan ve eş zamanlı birden fazla kanser tanısı alan hastaların anksiyete düzeyi istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksekti ($t=2,090$; $p=0,038$). Düzenli doktor kontrolüne giden ($t=2,430$; $p=0,016$), hastalığı ($t=2,470$; $p=0,014$) ve tedavisi ($t=2,243$; $p=0,026$) hakkında yeterince bilgilendirilen hastaların anksiyete düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu saptandı. Çoklu kanser tanısı varlığı, düzenli doktor kontrolü, hastalık ve tedavi hakkında bilgilendirilme değişkenleri dışındaki diğer jinekolojik hastalık ile ilgili özelliklerine göre hastaların anksiyete düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Çizelge 4.8).

Araştırma kapsamında, eş zamanlı birden fazla kanser tanısı alan hastaların depresyon düzeyi istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksekti ($t=4,050$; $p<0,001$). Evresine göre hastaların depresyon düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık olduğu saptandı ($F=5,426$; $p=0,005$). Yapılan alt grup analizlerinde bu farkın evre III/IV hastalığı olan hasta grubundan kaynaklandığı belirlendi. Evre III/IV hastalığı olan hastaların depresyon düzeyi daha fazlaydı.

Kemoterapi ($t=2,129$; $p=0,035$), radyoterapi ($t=2,205$; $p=0,029$) ve hormonoterapi ($t=3,703$; $p<0,001$) alan hastaların almayanlara kıyasla depresyon düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı. Düzenli doktor kontrolüne giden ($t=2,863$; $p=0,005$), jinekolojik takibini aksatmayan ($t=2,043$; $p=0,043$), hastalığının semptomlarını fark eden ($t=2,034$; $p=0,043$), hastalığı ($t=5,773$; $p<0,001$) ve tedavisi ($t=5,576$; $p<0,001$) hakkında yeterince bilgilendirilen hastaların depresyon düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu saptandı. Kanser tanı tipi, tedavi üzerinden geçen zaman, cerrahi sonrası destek tedavi alımı ve tanı sonrası yaşanan duygu durumuna göre hastaların depresyon düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Çizelge 4.8).

Çizelge 4.9: Kişisel Özelliklere Göre Öz Bakım Gücü Ölçeği (ÖBGÖ) ve Yaşam Kalitesi Endeksi Kanser Uyarlaması (QOL-CV) Toplam Puanlarının Farklılıklarının İncelenmesi (n=182)

Değişkenler (N=182)	Kategori	n	ÖBGÖ			QOL-CV		
			Ort.±Ss	t/t/F	P değeri	Ort.±Ss	t/t/F	P değeri
Yaş (yıl)	<i>Bütün</i>	182		-0,306^a	<0,001*		-0,199^a	0,007*
Eğitim	İlkokul ¹	49	56,84±31,56	10,729^c	<0,001*	16,94±6,96	4,793^c	0,003*
	Ortaokul ²	66	69,83±30,28			19,81±5,81		
	Ortaöğretim ³	46	68,83±35,59			19,47±5,94		
	Üniversite ⁴	21	105,33±37,33			22,93±6,70		
Çalışma durumu	Evet	36	96,75±37,09	5,404^b	<0,001*	22,37±6,79	3,245^b	0,001*
	Hayır	146	63,62±31,86			18,56±6,18		
Medeni durum	Evli	161	69,52±36,49	0,894^b	0,378	19,09±6,73	1,994^b	0,053
	Bekar	21	75,19±25,90			20,98±3,60		
Gelir	Giderden az ¹	29	47,00±36,47	9,935^c	<0,001*	16,13±6,94	7,527^c	<0,001*
	Gidere denk ²	124	72,05±35,39			19,31±6,47		
	Giderden fazla ³	29	85,34±21,62			22,50±4,22		
Aile tipi	Çekirdek	144	71,35±38,16	1,174^b	0,243	19,19±6,98	0,679^b	0,499
	Geniş	38	65,74±21,99			19,78±4,05		
Egzersiz	Hayır	155	66,38±33,19	3,575^b	<0,001*	19,01±6,43	1,531^b	0,128
	Evet	27	91,96±40,36			21,06±6,53		
Kronik hastalık	Hayır	46	86,65±33,15	3,782^b	<0,001*	21,48±5,04	3,075^b	0,003*
	Evet	136	64,60±34,52			18,58±6,75		
Ailede kanser öyküsü	Hayır	106	72,69±30,91	1,081^b	0,281	20,35±5,35	2,464^b	0,015*
	Evet	76	66,67±40,84			17,86±7,57		

* $p < 0,05$; a(r): Pearson korelasyon testi b(t): Bağımsız örneklem t testi, c(F): Tek yönlü ANOVA analizi, **scheffe post hoc testi, Ss: Standart sapma.

Araştırma kapsamındaki hastaların yaşları arttıkça öz bakım gücünün istatistiksel olarak anlamlı derecede azaldığı saptandı ($r=-0,306$; $p<0,001$). Eğitim düzeyine göre hastaların öz bakım gücünde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık olduğu saptandı ($F=10,729$; $p<0,001$). Yapılan alt grup analizinde bu farkın üniversite mezunu hasta grubundan kaynaklandığı belirlendi. Üniversite mezunu hastaların öz bakım gücü daha yüksekti. Gelir düzeyine göre hastaların öz bakım gücünde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık olduğu saptandı ($F=9,935$; $p<0,001$). Yapılan alt grup analizinde bu farkın geliri giderlerini karşılamayan hasta grubundan kaynaklandığı belirlendi. Geliri düşük olan hastaların öz bakım gücü de daha düşüktü. Aktif olarak bir işte çalışabilen ($t=5,404$; $p<0,001$), düzenli bir egzersiz yapan ($t=3,575$; $p<0,001$) ve kronik bir hastalığı olmayan ($t=3,782$; $p<0,001$) hastaların öz bakım gücünün istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı. Medeni durum, aile tipi ve aile kanser öyküsüne göre hastaların öz bakım gücünde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Çizelge 4.9).

Araştırmaya katılan hastaların yaşları arttıkça yaşam kalitesi düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir azalma olduğu saptandı ($r=-0,199$; $p=0,007$). Eğitim düzeyine göre hastaların yaşam kalitesi düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık olduğu bulundu ($F=4,793$; $p=0,003$). Yapılan alt grup analizinde bu farkın üniversite mezunu hasta grubu ile ilkokul mezunu grup arasında olduğu belirlendi. Üniversite mezunu hastaların yaşam kalitesi düzeyi daha yüksekti. Gelir düzeyine göre hastaların yaşam kalitesi düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık olduğu saptandı ($F=7,527$; $p<0,001$). Yapılan alt grup analizinde bu farkın bütün alt gruplar arasında anlamlı olduğu belirlenirken; gelir düzeyi arttıkça hastaların yaşam kalitesinde bir iyileşme olduğu bulundu. Aktif olarak bir işte çalışabilen ($t=3,245$; $p=0,001$), ailesinde kanser öyküsü negatif olan ($t=2,464$; $p=0,015$) ve kronik bir hastalığı olmayan ($t=3,075$; $p=0,003$) hastaların yaşam kalitesinin istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı. Medeni durum, aile tipi ve düzenli bir egzersiz yapma durumuna göre hastaların yaşam kalitesi düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmadı ($p>0,05$) (Çizelge 4.9).

Çizelge 4.10: Obstetrik Özelliklere Göre Öz Bakım Gücü Ölçeği (ÖBGÖ) ve Yaşam Kalitesi Endeksi Kanser Uyarlaması (QOL-CV) Toplam Puanlarının Farklılıklarının İncelenmesi (n=182)

Değişkenler	Kategori	n	ÖBGÖ			QOL-CV		
			Ort.±Ss	r/t	P değeri	Ort.±Ss	r/t	P değeri
İlk adet (menarş) yaşı	<12	60	65,08±33,01	1,364 ^b	0,174	18,25±6,67	1,560 ^b	0,120
	≥12	122	72,68±36,41			19,83±6,33		
Gebelik sayısı	Bütün	182		-0,135 ^a	0,069		-0,004 ^a	0,953
Canlı doğum sayısı	Bütün	182		-0,163 ^a	0,028*		-0,098 ^a	0,187
Düşük	Evet	70	69,37±27,90	0,261 ^b	0,794	20,11±5,46	1,392 ^b	0,166
	Hayır	112	70,68±39,51			18,81±7,00		
Kürtaj	Evet	22	76,91±25,34	1,250 ^b	0,220	21,13±4,03	1,412 ^b	0,160
	Hayır	160	69,25±36,55			19,06±6,71		
Gelecekte gebe kalmayı isteme	Hayır	174	68,71±35,13	2,642 ^b	0,009*	19,07±6,51	7,461 ^b	<0,001*
	Evet	8	102,00±26,87			24,51±1,52		
Menopoza girme durumu	Hayır	37	91,70±36,44	4,342 ^b	<0,001*	21,92±5,47	3,120 ^b	0,003*
	Evet	145	64,68±33,09			18,64±6,55		

* $p < 0,05$; a(r): Pearson korelasyon testi b(t): Bağımsız örneklem t testi, Ss: Standart sapma.

Araştırma kapsamındaki hastaların canlı doğum sayısı arttıkça öz bakım gücünün istatistiksel olarak anlamlı derecede azaldığı saptandı ($r = -0,163$; $p = 0,028$). Gelecekte gebe kalmayı düşünen hastaların öz bakım gücünün istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenirken ($t = 2,642$; $p = 0,009$); menopozal dönemde olan hastaların öz bakım gücünün daha düşük olduğu bulundu ($t = 4,342$; $p < 0,001$). İlk adet yaşı, gebelik sayısı, düşük ve kürtaj varlığına göre hastaların öz bakım gücünde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık saptanmadı ($p > 0,05$) (Çizelge 4.10).

Araştırmaya katılan gelecekte gebe kalmayı düşünen hastaların yaşam kalitesi düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanırken ($t = 7,461$; $p < 0,001$); menopozal dönemde olan hastaların yaşam kalitesi düzeyinin daha düşük olduğu bulundu ($t = 3,120$; $p = 0,003$). İlk adet yaşı, gebelik-doğum sayısı, düşük ve kürtaj varlığına göre hastaların yaşam kalitesi düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık belirlenmedi ($p > 0,05$) (Çizelge 4.10).

Çizelge 4.11: Jinekolojik Hastalık ile İlgili Özelliklere Göre Öz Bakım Gücü Ölçeği (ÖBGÖ) ve Yaşam Kalitesi Endeksi Kanser Uyarlaması (QOL-CV) Toplam Puanlarının Farklılıklarının İncelenmesi (n=182)

Değişkenler	Kategori	n	ÖBGÖ			QOL-CV		
			Ort.±Ss	t/t/F	P değeri	Ort.±Ss	t/t/F	P değeri
Endometrium kanseri	Evet	84	65,31±37,42	1,725 ^a	0,086	18,40±7,10	1,750 ^a	0,082
	Hayır	98	74,35±33,23			20,10±5,80		
Over kanseri	Evet	72	68,38±34,77	0,554 ^a	0,580	19,25±6,77	0,109 ^a	0,913
	Hayır	110	71,35±35,94			19,35±6,30		
Serviks kanseri	Evet	33	70,82±39,57	0,115 ^a	0,909	17,96±7,45	1,327 ^a	0,186
	Hayır	149	70,03±34,57			19,61±6,22		
Fallop tüpleri kanseri	Evet	5	70,80±44,71	0,040 ^a	0,968	17,42±7,09	0,662 ^a	0,509
	Hayır	177	70,16±35,28			19,36±6,47		
Çoklu kanser tanısı	Evet	18	32,94±32,69	5,000 ^a	<0,001*	10,69±5,83	6,626 ^a	<0,001*
	Hayır	164	74,26±33,34			20,26±5,82		
Evre	I ¹	57	86,40±26,90	22,470 ^b	<0,001*	22,18±3,87	29,538 ^b	<0,001*
	II ²	81	72,93±25,78			20,29±5,03		
	III/IV ³	44	44,09±45,18			13,80±8,12		
Kemoterapi	Evet	107	64,69±40,92	2,765 ^a	0,006	17,99±7,46	3,715 ^a	<0,001*
	Hayır	75	78,00±23,74			21,19±4,07		
Radyoterapi	Evet	52	63,92±41,89	1,354 ^a	0,180	17,70±7,83	1,882 ^a	0,064
	Hayır	130	72,68±32,31			19,95±5,75		
Tedavi süresi	1-6 ay	122	70,32±37,55	0,009 ^b	0,991	19,24±6,52	0,177 ^b	0,838
	7-12 ay	40	70,22±28,82			19,78±6,43		
	≥13 ay	20	69,20±35,57			18,78±6,55		
Cerrahi sonrası destek tedavileri	Evet	133	67,66±39,14	2,051 ^a	0,042	18,49±7,09	3,841 ^a	<0,001*
	Hayır	49	77,00±21,25			21,55±3,55		
Düzenli doktor kontrolü	Hayır	84	62,25±30,90	2,850 ^a	0,005	17,92±6,29	2,736 ^a	0,007
	Evet	98	76,97±37,72			20,50±6,41		
Hastalığı hakkında bilgilendirilme	Hayır	24	36,71±35,85	5,332 ^a	<0,001*	10,92±6,85	7,893 ^a	<0,001*
	Evet	158	75,26±32,57			20,59±5,38		
Tedavi hakkında bilgilendirilme	Hayır	50	42,34±35,63	6,802 ^a	<0,001*	13,56±7,33	7,154 ^a	<0,001*
	Evet	132	80,72±29,16			21,49±4,51		
Hastalık tanı şekli	Tıbbi teşhis	110	65,68±40,67	2,365 ^a	0,019	18,06±7,18	3,600 ^a	<0,001*
	Semptomu fark etme	72	77,04±24,06			21,22±4,63		
Tanı sonrası duygu	Olumsuz duygu	169	70,39±35,95	0,294 ^a	0,769 ^a	19,33±6,61	0,151 ^a	0,880
	Belirsiz duygu	13	67,38±28,52			19,05±4,42		
Düzenli jinekolojik kontrol	Hayır	126	65,01±34,62	3,018 ^a	0,003	18,34±6,81	3,500 ^a	<0,001*
	Evet	56	81,80±34,72			21,50±5,02		
HRT	Hayır	76	57,49±44,46	3,901 ^a	<0,001*	21,59±4,21	5,632 ^a	<0,001*
	Evet	106	79,27±23,46			16,13±7,66		

**p<0,05; a(t): Bağımsız örneklem t testi, c(F): Tek yönlü ANOVA analizi, **scheffe post hoc testi, Ss: Standart sapma.

Araştırma kapsamında çoklu kanser tanısı alan hastaların öz bakım gücünün istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu saptandı ($t=5,000$; $p<0,001$). Evresine göre hastaların öz bakım gücünde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık olduğu bulundu ($F=22,470$; $p<0,001$). Yapılan alt grup analizlerinde bu farkın evre III/IV hastalığı olan hasta grubundan kaynaklandığı belirlendi. Evre III/IV hastalığı olan hastaların öz bakım gücü daha düşüktü. Kemoterapi ($t=2,765$; $p=0,006$), hormonoterapi ($t=3,901$; $p<0,001$) ve cerrahi sonrası ek (destek) sistemik tedaviler alan ($t=2,051$; $p=0,042$) hastaların almayanlara kıyasla öz bakım gücünün istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu tespit edildi. Düzenli doktor kontrolüne giden ($t=2,850$; $p=0,005$), jinekolojik takibini aksatmayan ($t=3,018$; $p=0,003$), hastalığının semptomlarını fark eden ($t=2,365$; $p=0,019$), hastalığı ($t=5,332$; $p<0,001$) ve tedavisi ($t=6,802$; $p<0,001$) hakkında yeterince bilgilendirilen hastaların öz bakım gücünün istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı. Kanser tanı tipi, radyoterapi alma durumu, tedavi üzerinden geçen süre ve tanı sonrası yaşanan duygu durumuna göre hastaların öz bakım gücünde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmadı ($p>0,05$) (Çizelge 4.11).

Araştırmaya katılan çoklu kanser tanısı alan hastaların yaşam kalitesi düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu saptandı ($t=6,626$; $p<0,001$). Evresine göre hastaların yaşam kalitesi düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık olduğu bulundu ($F=29,538$; $p<0,001$). Yapılan alt grup analizlerinde bu farkın evre III/IV hastalığı olan hasta grubundan kaynaklandığı belirlendi. Evre III/IV hastalığı olan hastaların yaşam kalitesi düzeyi daha düşüktü. Kemoterapi ($t=3,715$; $p<0,001$), hormonoterapi ($t=5,632$; $p<0,001$) ve cerrahi sonrası ek (destek) sistemik tedaviler alan ($t=3,841$; $p<0,001$) hastaların almayanlara kıyasla yaşam kalitesi düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu belirlendi. Düzenli doktor kontrolüne giden ($t=2,736$; $p=0,007$), jinekolojik takibini aksatmayan ($t=3,500$; $p<0,001$), hastalığının semptomlarını fark eden ($t=3,600$; $p<0,001$), hastalığı ($t=7,893$; $p<0,001$) ve tedavisi ($t=7,154$; $p<0,001$) hakkında yeterince bilgilendirilen hastaların yaşam kalitesi düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı. Kanser tanı tipi, radyoterapi alma durumu, tedavi üzerinden geçen süre ve tanı sonrası yaşanan duygu durumuna göre hastaların yaşam kalitesi düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık belirlenmedi ($p>0,05$) (Çizelge 4.11).

Çizelge 4.12 Depresyon İlişkili Bağımsız Değişkenlerin Analiz Sonuçlarının İncelenmesi

Bağımlı Değişken=Depresyon								
Model	R	R ²	Düzeltilmiş R ²	SH Tahmini	Değişen İstatistikler		F testindeki p değışımi	Durbin-Watson
					R ²	F		
1	0,663	0,439	0,436	4,421	0,439	140,953	<0,001	
2	0,765	0,585	0,580	3,814	0,146	62,826	<0,001	
3	0,782	0,612	0,605	3,699	0,027	12,354	0,001	
4	0,794	0,630	0,622	3,621	0,018	8,763	0,003	1,842
Bağımsız Değişkenler (Model 4)	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		Collinearity statistics			
	B	SH	Beta(β)	t	P değeri	Tolerance	VIF	
(Constant)	1,197	2,629		0,455	0,649			
Anksiyete	0,418	0,050	0,440	8,410	<0,001	0,764	1,308	
Stres	0,394	0,055	0,393	7,207	<0,001	0,702	1,425	
Hastalığı hakkında bilgilendirilme	-2,588	0,868	-0,149	-2,979	0,003	0,834	1,199	
(Evet- Hayır**) Yaş	0,083	0,028	0,143	2,960	0,003	0,890	1,124	

SH: Standart hata, VIF: Variance Inflation Factor, **Referans değeri.

Araştırma kapsamındaki hastaların depresyon düzeyine etki eden bağımsız değişkenlerin belirlenmesi amacıyla adım adım yöntemiyle çoklu doğrusal regresyon modeli uygulandı. En uygun regresyon modeline 4. adımda ulaşıldı. Modelde çoklu doğrusallık (VIF=<5 ve tolerans=>0,20) ve otokorrelasyon (DW=1,842) sorunu yoktur. Modelde bağımsız değişkenler, bağımlı değişkendeki toplam değişimin yaklaşık %62,2'sini açıklamaktadır (düzeltilmiş R2=0,622). Modelin bağımsız değişkenleri ile bağımlı değişken arasındaki ilişki incelendiğinde; artan stres (β=0,393; p<0,001) ve anksiyete düzeyinin (β=0,440; p<0,001) hastaların depresyon düzeyini arttıran; hastalık (β=-0,149; p=0,003) hakkında bilgilendirilmenin ise depresyon düzeyini azaltan bağımsız değişkenler olduğu saptandı (Çizelge 4.12).

Çizelge 4.13: Anksiyete İlişkili Bağımsız Değişkenlerin Analiz Sonuçlarının İncelenmesi

Bağımlı Değişken=Anksiyete								
Model	R	R ²	Düzeltilmiş R ²	SH Tahmini	Değişen İstatistikler			Durbin-Watson
					R ²	F	F testindeki p değişimi	
1	0,416	0,173	0,168	5,642	0,173	37,675	<0,001	
2	0,485	0,235	0,227	5,441	0,062	14,601	<0,001	1,995
Bağımsız Değişkenler (Model 2)	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		Collinearity statistics			
	B	SH	Beta(β)	t	P değeri	Tolerance	VIF	
(Constant)	-3,251	2,348		-1,385	0,168			
Stres	0,453	0,069	0,430	6,575	<0,001	0,997	1,003	
Yaş	0,152	0,040	0,250	3,821	<0,001	0,997	1,003	

SH: Standart hata, VIF: Variance Inflation Factor, **Referans değer.

Araştırma kapsamındaki hastaların anksiyete düzeyine etki eden bağımsız değişkenlerin belirlenmesi amacıyla adım adım yöntemiyle çoklu doğrusal regresyon modeli uygulandı. En uygun regresyon modeline 2. adımda ulaşıldı. Modelde çoklu doğrusallık (VIF=<5 ve tolerans=>0,20) ve otokorrelasyon (DW=1,995) sorunu yoktur. Modelde bağımsız değişkenler, bağımlı değişkendeki toplam değişimin yaklaşık %22,7'sini açıklamaktadır (düzeltilmiş R²=0,227). Modelin bağımsız değişkenleri ile bağımlı değişken arasındaki ilişki incelendiğinde; artan stres düzeyi ($\beta=0,430$; $p<0,001$) ve yaşın ($\beta=0,250$; $p<0,001$) hastaların anksiyete düzeyini arttıran bağımsız değişkenler olduğu bulundu (Çizelge 4.13).

Çizelge 4.14: Stres İlişkili Bağımsız Değişkenlerin Analiz Sonuçlarının İncelenmesi

Bağımlı Değişken=Stres								
Model	R	R ²	Düzeltilmiş R ²	SH Tahmini	Değişen İstatistikler			Durbin-Watson
					R ²	F	F testindeki p değişimi	
1	0,414	0,171	0,167	5,363	0,171	37,253	<0,001	
2	0,446	0,199	0,190	5,287	0,028	6,220	0,014	
3	0,466	0,217	0,204	5,242	0,018	4,077	0,045	1,680
Bağımsız Değişkenler (Model 3)	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		Collinearity statistics			
	B	SH	Beta(β)	t	P değeri	Tolerance	VIF	
(Constant)	21,914	2,386		9,185	<0,001			
Tedavi hakkında bilgilendirilme (Evet- Hayır)**	-3,732	1,090	-0,284	-3,425	0,001	0,638	1,567	
Kemoterapi hakkında bilgilendirilme (Evet- Hayır)**	1,855	0,808	0,156	2,295	0,023	0,954	1,049	
Hastalığı hakkında bilgilendirilme (Evet- Hayır)**	-2,906	1,439	-0,168	-2,019	0,045	0,637	1,57	

SH: Standart hata, VIF: Variance Inflation Factor, **Referans değer.

Araştırma kapsamındaki hastaların stres düzeyine etki eden bağımsız değişkenlerin belirlenmesi amacıyla adım adım yöntemiyle çoklu doğrusal regresyon modeli uygulandı. En uygun regresyon modeline 3. adımda ulaşıldı. Modelde çoklu doğrusallık ($VIF < 5$ ve tolerans $\geq 0,20$) ve otokorrelasyon ($DW=1,68$) sorunu yoktur. Modelde bağımsız değişkenler, bağımlı değişkendeki toplam değişimin yaklaşık %20,4'ünü açıklamaktadır (düzeltilmiş $R^2=0,204$). Modelin bağımsız değişkenleri ile bağımlı değişken arasındaki ilişki incelendiğinde; kemoterapi almanın ($\beta=0,156$; $p=0,023$) hastaların stres düzeyi artıran; tedavi ($\beta=-0,284$; $p=0,001$) ve hastalık ($\beta=-0,168$; $p=0,045$) hakkında bilgilendirilmenin ise stres düzeyini azaltan bağımsız değişkenler olduğu belirlendi (Çizelge 4.14).

Çizelge 4.15: Öz Bakım Gücü İlişkili Bağımsız Değişkenlerin Analiz Sonuçlarının İncelenmesi

Bağımlı Değişken=Öz bakım gücü								
Model	R	R ²	Düzeltilmiş R ²	SH Tahmini	Değişen İstatistikler		F testindeki p değeri	Durbin-Watson
					R ²	F		
1	0,549	0,301	0,297	29,687	0,301	77,615	<0,001	
2	0,642	0,412	0,405	27,319	0,110	33,551	<0,001	
3	0,689	0,475	0,466	25,876	0,063	21,525	<0,001	
4	0,710	0,504	0,492	25,234	0,029	10,175	0,002	
5	0,730	0,533	0,520	24,539	0,030	11,166	0,001	
6	0,742	0,551	0,536	24,130	0,018	7,017	0,009	1,812
Bağımsız Değişkenler (Model 6)	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		Collinearity statistics			
	B	SH	Beta(β)	t	P değeri	Tolerance	VIF	
(Constant)	118,062	16,153		7,309	<0,001			
Depresyon	-1,336	0,447	-0,222	-2,990	0,003	0,465	2,151	
Anksiyete	-1,450	0,394	-0,253	-3,678	<0,001	0,540	1,851	
Evre	-11,816	2,855	-0,248	-4,139	<0,001	0,714	1,401	
Menopoza girme	-13,626	4,879	-0,155	-2,793	0,006	0,830	1,205	
Aktif olarak bir işte çalışma (Evet-Hayır)**)	15,841	5,012	0,179	3,160	0,002	0,803	1,246	
Tedavi hakkında bilgilendirilme (Evet-Hayır**)	13,469	5,084	0,170	2,649	0,009	0,621	1,610	

SH: Standart hata, VIF: Variance Inflation Factor, **Referans değer.

Araştırma kapsamındaki hastaların öz bakım gücü düzeyine etki eden bağımsız değişkenlerin belirlenmesi amacıyla adım adım yöntemiyle çoklu doğrusal regresyon modeli uygulandı. En uygun regresyon modeline 6. adımda ulaşıldı. Modelde çoklu doğrusallık ($VIF < 5$ ve tolerans $\geq 0,20$) ve otokorrelasyon ($DW=1,812$) sorunu yoktur. Modelde bağımsız değişkenler, bağımlı değişkendeki

toplam değişimin yaklaşık %53,6'sını açıklamaktadır (düzeltilmiş $R^2=0,536$). Modelin bağımsız değişkenleri ile bağımlı değişken arasındaki ilişki incelendiğinde; artan depresyon ($\beta=-0,222$; $p=0,003$), anksiyete ($\beta=-0,253$; $p<0,001$) ve hastalık evresi ($\beta=-0,248$; $p<0,001$) ile menopoza girmenin ($\beta=-0,155$; $p=0,006$) hastaların öz bakım gücünü azaltan; aktif olarak bir işte çalışabilme durumu ($\beta=0,179$; $p=0,002$) ve hastalık ($\beta=0,170$; $p=0,009$) hakkında bilgilendirilmenin öz bakım gücünü arttıran bağımsız değişkenler olduğu tespit edildi (Çizelge 4.15).

Çizelge 4.16: Yaşam Kalitesi İlişkili Bağımsız Değişkenlerin Analiz Sonuçlarının İncelenmesi

Bağımlı Değişken=Yaşam kalitesi								
Model	R	R^2	Düzeltilmiş R^2	SH Tahmini	Değişen İstatistikler		F testindeki p değişimi	Durbin-Watson
					R^2	F		
1	0,814	0,663	0,661	3,767	0,663	354,021	<0,001	
2	0,844	0,712	0,709	3,490	0,049	30,678	<0,001	
3	0,855	0,731	0,726	3,386	0,018	12,126	0,001	
4	0,862	0,743	0,737	3,320	0,012	8,231	0,005	1,902
Bağımsız Değişkenler (Model 4)	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		Collinearity statistics			
	B	SH	Beta(β)	t	P değeri	Tolerance	VIF	
(Constant)	7,362	1,895		3,886	<0,001			
Öz bakım gücü	0,119	0,008	0,650	14,604	<0,001	0,734	1,362	
Hastalık hakkında bilgilendirilme (Evet- Hayır**)	3,243	0,835	0,170	3,884	<0,001	0,759	1,318	
Stres	-0,160	0,049	-0,146	-3,303	0,001	0,749	1,336	
HRT (Evet- Hayır**)	-1,571	0,548	-0,120	-2,869	0,005	0,830	1,205	

SH: Standart hata, VIF: Variance Inflation Factor, **Referans değer.

Araştırma kapsamındaki hastaların yaşam kalitesi düzeyine etki eden bağımsız değişkenlerin belirlenmesi amacıyla adım adım yöntemiyle çoklu doğrusal regresyon modeli uygulandı. En uygun regresyon modeline 4. adımda ulaşıldı. Modelde çoklu doğrusallık ($VIF=<5$ ve tolerans= $>0,20$) ve otokorrelasyon ($DW=1,902$) sorunu yoktur. Modelde bağımsız değişkenler, bağımlı değişkendeki toplam değişimin yaklaşık %73,7'sini açıklamaktadır (düzeltilmiş $R^2=0,737$). Modelin bağımsız değişkenleri ile bağımlı değişken arasındaki ilişki incelendiğinde; artan stres düzeyi ($\beta=-0,146$; $p=0,001$) ve verilen hormonoterapinin ($\beta=-0,120$; $p=0,005$) hastaların yaşam kalitesi düzeyini azaltan; artan öz bakım gücünün ($\beta=0,650$; $p<0,001$) ve hastalık ($\beta=0,170$; $p<0,001$) hakkında bilgilendirilmenin ise yaşam kalitesi düzeyini arttıran bağımsız değişkenler olduğu saptandı (Çizelge 4.16).

5. TARTIŞMA

Çalışmada, jinekolojik kanserli hastaların çoğunun tanısı endometrium kanseridir (Çizelge 4.3). Higashiyama ve ark.'nın (2022) jinekolojik kanser hastalarına yönelik sağlıklı yaşam tarzı bilinç indeksinin geliştirilmesini inceledikleri çalışmada, jinekolojik kanserli hastaların %36,1'inin endometrium, %31,5'inin over-fallop tüp-peritoneal kanser ve %30,6'sının serviks kanseri olduğu belirlenmiştir. Chen ve ark.'nın (2021) Çin'de jinekolojik kanser hastalarında manevi refah, yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada, jinekolojik kanserli hastaların %45,7'sinin over, %29,4'ünün serviks, %13,3'ünün endometrium ve %3'nün fallop tüpü kanseri olduğu bulunmuştur. Feng ve ark.'nın (2021) jinekolojik kanser hastalarında manevi iyi oluş ile ölüm kaygısı arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada, %50,3'ünün over, %21,8'inin serviks, %11,9'unun endometrium ve %6,5'inin fallop tüp kanseri olduğu tespit edilmiştir. Sehouli ve ark.'nın (2021) jinekolojik kanser cerrahisinde sarkopeni ve malnütrisyonun morbidite ve mortalite üzerine etkilerini inceledikleri çalışmada, jinekolojik kanserli hastaların %71'inin over-fallop tüpü-peritoneal, %15'inin endometrium, %10'unun serviks, %4'ünün vulva-vajina kanseri olduğu saptanmıştır. Lee ve ark.'nın (2020) eğlenceli müzik eşliğinde kahkaha programının jinekolojik kanser hastalarında stres, depresyon ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi üzerine etkilerini inceledikleri çalışmada, kahkaha programındaki jinekolojik kanserli hastaların %64,7'sinin over, %23,5'inin endometrial ve %11,8'inin serviks kanseri olduğu, kontrol grubunun %42,1'inin over, %36,8'inin serviks ve %21,1'inin endometrial kanser olduğu bulunmuştur. Shirali ve ark.'nın (2020) jinekolojik kanserli hastaların yaşam kalitesini inceledikleri çalışmada, %43'ünde endometrium, %30'unda over, %25'inde serviks ve %2'sinde vulvovajinal kanser olduğu belirlenmiştir. Cyr ve ark.'nın (2020) ağırlı cinsel ilişkiden şikayetçi olan jinekolojik kanser mağdurları için multimodal pelvik taban fizik tedavisinin uygulanabilirliği, kabul edilebilirliği ve etkilerini inceledikleri çalışmada, %64,5'inin endometrium ve %35,5'inin serviks kanseri olduğu tespit edilmiştir. Özdemir ve ark.'nın (2023) jinekolojik kanserlerin kadınların cinsel yaşam kalitelerine etkilerini inceledikleri çalışmada, jinekolojik kanserli hastaların

%96,1'inin over ve %3,9'unun endometrium kanseri olduğu saptanmıştır. Çakır ve Nazik'in (2022) jinekolojik kanserli hastaların yaşam kalitesini inceledikleri çalışmada, %46,8'inin endometrium, %38,8'inin over, %12,5'inin serviks, %1,3'ünün vulva ve %0,6'sının vajen kanseri olduğu bulunmuştur. Küçükkaya ve Erçel'in (2019) jinekolojik kanserli hastalarda hastalık algısının öz-bakım gücüne etkisini inceledikleri çalışmada, jinekolojik kanserli hastaların %38,8'inin endometrium kanseri, %36,5'inin over kanseri, %21,9'unun serviks kanseri, %2,8'inin vulva kanseri olduğu tespit edilmiştir. Literatür, araştırma sonucuna paralellik göstermektedir.

Bu çalışmada, jinekolojik kanserli hastaların çoğu evre 2'de tanımlanmıştır (Çizelge 4.3). Higashiyama ve ark.'nın (2022) yaptıkları çalışmada, jinekolojik kanserli hastaların %50,0'nin evre 1, %22,2'sinin evre 3, %15,7'sinin evre 2 ve %12,0'nin evre 4 olduğu saptanmıştır. Kubi ve ark.'nın (2022) Gana'da serviks kanserinin geç evre sunumuyla ilişkili faktörleri inceledikleri çalışmada; serviks kanseri tanısı alan kadınların %4,9'unun evre 1'de (1A-1B), %48,4'ünün evre 2'de (2A-2B), %34,2'sinin evre 3'te (3A-3B) ve %12,5'inin evre 4'te (4A-4B) başvurdukları belirlenmiştir. Sehouli ve ark.'nın (2021) yaptıkları çalışmada, jinekolojik kanserli hastaların %33'ünün evre 1-2B ve %67'sinin evre 3A-4A olduğu bulunmuştur. Feng ve ark.'nın (2021) yaptıkları çalışmada, %43,6'sının evre 3, %23,0'nin evre 4, %18,9'unun evre 1 ve %14,5'inin evre 2 olduğu tespit edilmiştir. Afiyanti ve ark.'nın (2021) Endonezya'da jinekolojik kanserden kurtulanların karşılanmayan ihtiyaçları ile yaşam kalitesi ve özellikleri arasındaki ilişkileri inceledikleri çalışmada, jinekolojik kanserli hastaların %37,6'sının evre 3, %28,9'unun evre 2, %18,1'inin evre 1 ve %4,4'ünün evre 4 olduğu saptanmıştır. Aquil ve ark.'nın (2020) jinekolojik kanser hastalarında ameliyat sonrası kötü uyku kalitesinin ana belirleyicileri olarak beden imajından memnuniyetsizlik ve düşük benlik saygısını inceledikleri çalışmada, %69'unun evre 3, %23'ünün evre 1 ve %8'inin evre 2 olduğu bulunmuştur. Lee ve ark.'nın (2020) yaptıkları çalışmada, kahkaha programındaki jinekolojik kanserli hastaların %41,2'sinin evre 3, %23,5'inin evre 2, %17,6'sının evre 1 ve %17,6'sının evre 4 olduğu, kontrol grubunun %42,1'inin evre 2, %26,3'ünün evre 1, %26,3'ünün evre 3 ve %5,3'ünün evre 4 olduğu tespit edilmiştir. Cyr ve ark.'nın (2020) yaptığı çalışmada, jinekolojik kanserli hastaların %61'inin evre 1, %19'unun evre 2, %16'sının evre 3 ve %3'ünün

evre 4 olduğu belirlenmiştir. Özdemir ve ark.'nın (2023) yaptıkları çalışmada, jinekolojik kanserli hastaların %69,5'inin evre 3, %23,5'inin evre 4 ve %5,9'unun evre 2 olduğu saptanmıştır. Çakır ve Nazik'in (2022) yaptıkları çalışmada, jinekolojik kanserli hastaların %38,1'inin evre 1, %36,3'ünün evre 2, %18,8'inin evre 3 ve %6,8'inin evre 4 olduğu belirlenmiştir. Küçükkaya ve Erçel'in (2019) yaptıkları çalışmada, jinekolojik kanserli hastaların %43,5'inin evre 3, %30,8'inin evre 2, %23,5'inin evre 1 ve %2,2'sinin evre 4 olduğu bulunmuştur. Çalışma bulgularımız, literatür bulgularına benzer niteliktedir.

Çalışmada, jinekolojik kanserli hastaların tamamı cerrahi tedavi almıştır (Çizelge 4.3). Afıyanti ve ark.'nın (2021) yaptıkları çalışmada, jinekolojik kanserli hastaların %50,0'nın kemoterapi, %16,4'ünün kemoterapi+radyoterapi, %12,8'inin radyoterapi ve %8,7'sinin cerrahi tedavi aldığı bulunmuştur. Cyr ve ark.'nın (2020) yaptığı çalışmada, jinekolojik kanserli hastaların %77'sinin cerrahi, %61'inin brakiterapi, %52'sinin kemoterapi ve %48'inin radyoterapi tedavisi aldığı saptanmıştır. Çakır ve Nazik'in (2022) yaptıkları çalışmada, jinekolojik kanserli hastaların %36,2'sinin cerrahi tedavi aldığı belirlenmiştir. Uras ve Beydağ'ın (2022) jinekolojik kanserli hastalarda algılanan stres ile umut düzeyi ilişkisinin belirlenmesini inceledikleri çalışmada; çalışmaya katılan hastaların %84,7'si hastalık nedeniyle cerrahi operasyon geçirdiklerini ifade etmiştir. Küçükkaya ve Erçel'in (2019) yaptıkları çalışmada, jinekolojik kanserli hastaların %83,8'inin cerrahi tedavi aldığı ve %100,0'nın histerektomi ameliyatı geçirdiği bulunmuştur. Kurt ve ark.'nın (2019) bir üniversite hastanesine başvuran jinekolojik ve meme kanserli hastalarda tamamlayıcı sağlık yaklaşımları kullanımını inceledikleri bir çalışmada jinekolojik ve meme kanserli hastaların %56,9'unun kemoterapi ve radyoterapi tedavisi gördüğü, %93,8'inin cerrahi tedavi olduğu saptanmıştır. Delican'ın (2019) jinekolojik kanserli kadınların cinsel yaşam kalitesini incelediği çalışmada; çalışmaya katılan kadınların %91,4'nün cerrahi, %57,4 kemoterapi, %24'ünün radyoterapi tedavisi aldığı saptanmıştır. Pınar ve ark.'nın (2008) jinekolojik kanserli hastalarda yaşam kalitesini inceledikleri çalışmada, hastaların %10,1'inin cerrahi tedavi aldığı belirtilmiştir. Literatür bulguları çalışma bulgularına paralellik göstermektedir.

Bu çalışmada, jinekolojik kanserli hastaların çoğu hastalık ve tedavi süreçleri hakkında bilgi almıştır (Çizelge 4.3). Demir'in (2023) jinekolojik kanser hastalarında

yalnızlık ve kansere ilişkin negatif sosyal beklentileriyle destekleyici bakım gereksinimleri arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada kadınların %64,4'ünün hastalığı hakkında bilgi almadıkları, %60,0'ının tedavi hakkında bilgi almadıkları belirlenmiştir. Pınar ve ark.'nın (2008) jinekolojik kanserli hastalarda yaşam kalitesini inceledikleri çalışmada, hastaların %29,1'i hastalıkları ile ilgili olarak yeterli bilgiye sahip olmadıklarını ifade etmişlerdir. Bekar ve ark. (2013), Kadınların jinekolojik kanserden korunmaya ilişkin bilgi ve tutumlarını inceledikleri çalışmada; kadınların %88,8'inin jinekolojik kanserlerin erken tanı ve tedavisinin olduğunu bildiklerini saptamıştır. Cooper, Polonec ve Gelb.'in,(2011) Kadınların jinekolojik kansere ilişkin bilgi ve farkındalığını inceledikleri çalışmada; 40-60 yaş arası kadınlarda, jinekolojik kanser riskleri, bilgi farkındalığı, tarama ve bakım farkındalığının yetersiz olduğu saptanmıştır. Çalışma bulguları ile literatür bulguları benzerlik göstermektedir.

Çalışmada, jinekolojik kanserli hastaların depresyon, anksiyete ve stres orta düzeydedir (Çizelge 4.4). Besharat ve ark.'nın (2023) yaptıkları çalışmada, depresyon puan ortalamasını $5,48 \pm 4,99$, anksiyete puan ortalamasını $5,57 \pm 4,63$ ve stres puan ortalamasını $8,38 \pm 5,34$ olduğu belirlenmiş olup, depresyon, anksiyete ve stres orta düzeydedir. Menti ve ark.'nın (2023) yaptıkları çalışmada, depresyon puan ortalamasını $5,18 \pm 5,13$, anksiyete puan ortalamasını $5,41 \pm 4,49$, stres puan ortalamasını $8,21 \pm 5,83$ ve toplam puan ortalaması $18,93 \pm 14,21$ olduğu belirlenmiş olup, depresyon, anksiyete ve stres orta düzeydedir. Wang ve ark.'nın (2019) endometriyal kanser nedeniyle ameliyat olan Çinli hastalarda anksiyete ve depresyon için risk faktörlerini inceledikleri çalışmada, endometrial kanser tedavisi gören kadınların %15,55'inde anksiyete ve %32,77'sinde depresyon görüldüğü bulunmuştur. Bae ve Park'ın (2016) servikal kanserli hastalarda cinsel fonksiyon, depresyon ve yaşam kalitesini inceledikleri çalışmada, serviks kanseri tanısı konulmuş kadınların %45,4'ünde orta ve ciddi düzeyde depresyon görüldüğü saptanmıştır. Linden ve ark.'nın (2012) kanser teşhisi sonrası kaygı ve depresyonun kanser türüne, cinsiyete ve yaşa göre yaygınlık oranlarını inceledikleri çalışmada, jinekolojik kanserler için kaygı düzeyinin %56,2 ve depresyon düzeyinin %38,8 olduğu belirlenmiştir. Literatür bulguları çalışma bulgularına paralellik göstermektedir.

Bu çalışmada, jinekolojik kanserli hastaların yaşam kalitesi orta düzeydedir (Çizelge 4.4). Afiyanti ve ark.'nın (2021) yaptıkları çalışmada, jinekolojik kanserli hastaların yaşam kalitesi toplam puan ortalamasının $76,4\pm 16,5$ ve yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur. Chen ve ark.'nın (2021) yaptıkları çalışmada, jinekolojik kanserli hastaların yaşam kalitesi toplam puan ortalamasının $63,96\pm 22,24$ ve orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Türkçü ve Özkan'ın (2021) Watson'ın insana bakım teorisine göre refleksolojinin jinekolojik kanser hastalarında anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi üzerine etkilerini inceledikleri çalışmada, jinekolojik kanserli hastaların global yaşam kalitesi puan ortalamasının $60,22\pm 17,17$ ve orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Shirali ve ark.'nın (2020) yaptıkları çalışmada, jinekolojik kanserli hastaların yaşam kalitesi toplam puan ortalamasının $59,8\pm 24,9$ ve orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Keleş ve ark.'nın (2023) jinekolojik onkoloji hastalarında yaşam kalitesi, psikososyal stresi inceledikleri çalışmada, jinekolojik kanserli hastaların global yaşam kalitesi toplam puan ortalamasının $63,64\pm 24,61$ ve orta düzeyde olduğu bulunmuştur. Çakır ve Nazik'in (2022) yaptıkları çalışmada, jinekolojik kanserli hastaların yaşam kalitesi toplam puan ortalamasının $5,60\pm 1,13$ ve orta düzeyde olduğu bulunmuştur. Kav ve ark.'nın (2007) ileri evre kanser tanısı alan hastalar üzerinde yaptıkları çalışmaya göre, hastaların genel iyilik hali ve yaşam kalitesi puan ortalaması $46,4\pm 24,1$ olarak saptanmıştır. Reis ve ark.'nın (2006) jinekolojik kanserlerde yaşam kalitesi ve etkileyen faktörlerini inceledikleri çalışmada; yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutları incelendiğinde, hastaların fiziksel iyilik halinin ortalamasının $6,77\pm 1,14$ ve orta derecede yüksek olduğu saptanmıştır. Literatür bulguları, çalışma bulgularına benzer niteliktedir.

Çalışmada, jinekolojik kanserli hastaların öz bakım gücü orta düzeydedir (Çizelge 4.4). Küçükaya ve Alptekin'in (2024) histerektomili hastaların yaşadığı ağrının belik saygısı ve özbakım gücüne etkisini inceledikleri çalışmada, histerektomi olan hastaların özbakım gücü toplam puan ortalamasının $117,40\pm 26,67$ ve orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Çolu'nun (2023) jinekolojik kanserli kadınlarda kişilik özelliklerinin özbakım gücüne etkisini incelediği çalışmada, jinekolojik kanser tanısı almış kadınların öz bakım gücü toplam puan ortalamasının $133,23\pm 31,48$ ve orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Koç ve Şener'in (2017) Türkiye'nin bir bölgesinde onkolojide yatan hastaların sıkıntı belirtileri, kaygı, depresyon düzeyi ve öz bakım becerilerini inceledikleri çalışmada, onkoloji hastalarının öz bakım gücü

ölçeği puan ortalamasını $79,5\pm 22,6$ olduğunu ve öz bakım gücünü orta düzeyde tespit etmiştir. Gün'ün (2011) histerektomili hastalarda benlik saygısının öz-bakım gücüne etkisini incelediği çalışmada, öz bakım gücü ölçeği puan ortalamasını $80,31\pm 11,78$ ve öz bakım gücünü orta düzeyde belirlemiştir. Literatür bulguları çalışma bulgularına paralellik göstermektedir.

Bu çalışmada, jinekolojik kanserli hastaların depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri arttıkça, yaşam kalitesi ve öz bakım gücü azalmaktadır (Çizelge 4.5). Cáceres ve ark.'nın (2022) meme kanserinde kaygı, depresif semptomlar ve yaşam kalitesiyle ilgili faktörleri inceledikleri çalışmada, hastaların kaygı ve depresif semptomları arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı tespit edilmiştir. Kim ve ark.'nın (2021) kemoterapi gören jinekolojik kanser hastalarında tutarlılık duygusu, başa çıkma stratejileri, depresyon ve yaşam kalitesini inceledikleri çalışmada, depresyon arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı bulunmuştur. Klapheke ve ark.'nın (2020) jinekolojik kanserli yaşlı kadınlarda depresif semptomlar ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesini inceledikleri çalışmada, depresif semptomlar gösteren jinekolojik kanserli hastaların yaşam kalitesinin düşük olduğu belirlenmiştir. Papathanasiou ve ark.'nın (2020) hematolojik maligniteli hastalarda depresyon, anksiyete ve stresin yaşam kalitesiyle ilişkisini inceledikleri çalışmada, hastaların depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü saptanmıştır. Çalışma bulgularımız ile literatür bulguları depresyon, anksiyete ve stres ile yaşam kalitesine arasındaki ilişkiye yönelik benzer olmasına karşın, öz bakım gücüne etkisine yönelik çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışma bulgumuz bu yönüyle literatürdeki diğer çalışmalardan farklılık göstermektedir.

Çalışmada, geliri giderlerinden az olan hastaların stres ve depresyon düzeyleri, yaşı artan ve ilkökul eğitim düzeyinde olan hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri ve aktif bir işte çalışmayan hastaların depresyon düzeyi diğer hastalara göre daha yüksek olmaktadır. Hastaların canlı doğum sayısı arttıkça hastaların anksiyete düzeyi artmaktadır (Çizelge 4.6, 4.7). Dahakal ve Basel'in (2023) Nepal'in Bhaktapur kentindeki üçüncü basamak merkeze başvuran serviks kanseri hastalarında depresyonun yaygınlığı ve ilişkili faktörleri inceledikleri çalışmada, serviks kanseri hastalarında yaş arttıkça ve eğitim düzeyi azaldıkça depresyon düzeyinin arttığı bulunmuştur. Ayalev ve ark.'nın (2021) Güney Etiyopya'da kanserli hastalarda depresyon ve anksiyete semptomlarının yaygınlığı ve

bunları belirleyen faktörleri inceledikleri çalışmada, ileri yaş (50<) ve aktif bir işte çalışmayan hastaların depresyon düzeyleri ile yaşı 31-50 arasında olan ve ilkokul eğitim düzeyinde olan hastaların anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Aquil ve ark.'nın (2021b) radikal cerrahi sonrası meme ve jinekolojik kanserli kadınlarda ruhsal sağlık bozukluklarının öngörücülerini inceledikleri çalışmada, ileri yaş, geliri giderinden az olan, aktif bir işte çalışmayan ve canlı doğum sayısı artan hastaların depresyon, anksiyete ve stresin düşük olduğu belirlenmiştir.

Bu çalışmada, eş zamanlı birden fazla kanser tanısı alan, evre III/IV hastalığı olan, kemoterapi, radyoterapi ve hormonoterapi alan, cerrahi işlem sonrası ek sistemik tedaviler alan, hastalığının semptomlarını fark etmeyen, hastalığı ve tedavisi hakkında yeterince bilgilendirilmeyen hastaların stres düzeyleri diğer hastalara göre daha yüksektir. Eş zamanlı birden fazla kanser tanısı alan, düzenli doktor kontrolüne gitmeyen, hastalığı ve tedavisi hakkında yeterince bilgilendirilmeyen hastaların anksiyete düzeyleri diğer hastalara göre daha fazladır. Ek olarak, eş zamanlı birden fazla kanser tanısı alan, evre III/IV hastalığı olan, kemoterapi, radyoterapi ve hormonoterapi alan, düzenli doktor kontrolüne gitmeyen, hastalığının semptomlarını fark etmeyen, hastalığı ve tedavisi hakkında yeterince bilgilendirilmeyen hastaların depresyon düzeyleri diğer hastalara göre daha yüksektir (Çizelge 4.8). Habimana ve ark.'nın (2023) Ruanda'daki Butaro Kanser Mükemmeliyet Merkezi'nde tedavi arayan kanser hastalarında depresyon ve anksiyetenin yaygınlığı ve ilişkili faktörleri inceledikleri çalışmada, kemoterapi ve cerrahi işlem sonrası ek radyoterapi alan hastaların stres düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ayalev ve ark.'nın (2021) yaptıkları çalışmada, evre III/IV hastalığı olan, kortikosteroid alan ve cerrahi tedavi gören kanser hastalarının depresyon düzeyleri diğer hastalara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Karawekpanyawong ve ark.'nın (2021) yaptıkları çalışmada, evre III/IV hastalığı olan, 2. ve 3. kemoterapisini alan hastaların depresyon düzeyleri daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Zhao ve ark.'nın (2020) yaptıkları çalışmada, evre III/IV hastalığı olan ve cerrahi tedavi alan kanser hastalarının anksiyete düzeyleri diğer hastalara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Literatür bulguları çalışma bulgularına paralellik göstermektedir.

Çalışmada, yaşı artan, eğitim düzeyi düşük olan, geliri giderinden az olan, aktif bir işte çalışmayan, düzenli egzersiz yapmayan, kronik hastalığı olan, canlı

doğum sayısı artan, gelecekte gebe kalmayı düşünmeyen, menopozal dönemde olan, çoklu kanser tanısı alan, evre III/IV hastalığı olan, kemoterapi, radyoterapi ve hormonoterapi alan, düzenli doktor kontrolüne gitmeyen, jinekolojik takibini aksatan, hastalığının semptomlarını fark etmeyen, hastalığı ve tedavisi hakkında yeterince bilgilendirilmeyen hastaların öz bakım gücü diğer hastalara kıyasla daha düşüktür (Çizelge 4.9, 4.10, 4.11). Ghasemi ve ark.'nın (2024) İran'daki kadınlar arasında öz bakım davranışları kullanılarak serviks kanseri tarama katılımının tahminini incelediği çalışmada, eğitimin öz bakımın önemli bir öngörücüsü olduğunu ortaya koymuştur. Abdollahi ve ark.'nın (2022) öz şefkat, meme kanseri olan kadınlarda algılanan stres ve öz bakım davranışları arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada, yaşı artan ve kemoterapi alan serviks kanseri hastalarının öz bakım gücünün daha düşük olduğu bulunmuştur. Huang ve ark.'nın (2022b) kanserden kurtulanlarda düşük öz bakım öz yeterliliğinin risk faktörlerini inceledikleri çalışmada, düşük eğitim düzeyine, komplikasyonlara, ileri kanser evresine ve düşük sosyal desteğe sahip olan, doktorlarıyla daha düşük düzeyde iletişim bildiren kanser hastalarının düşünme öz bakım gücüne sahip olduğu saptanmıştır. Qian ve Yuan (2012) tarafından yapılan bir çalışmada, eğitim düzeyinin bilgi arama ile güçlü bir şekilde ilişkili olduğunu; daha yüksek eğitim düzeyine sahip hastaların öz bakım faaliyetlerinin performansı açısından daha güçlü olduğu belirlenmiştir. Literatürde farklı örneklemeler üzerinde yapılan çalışmalarda, eğitim ile öz bakım arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir (Bai ve diğerleri, 2009; Rockwell and Riegel, 2001). Daha yüksek eğitime sahip bireylerin öz bakım davranışlarını gerçekleştirmek için daha iyi muhakeme ve karar verme becerilerine sahip olduğunu, dolayısıyla eğitimin artırılmasının öz bakım davranışlarını kolaylaştırabilmektedir. Öz bakım, bireylerin, ailelerin ve toplumların sağlığı geliştirme, hastalığı önleme, sağlığı koruma ve hastalıkla başa çıkma yeteneğini göstermektedir. Literatür bulguları ile çalışma bulguları benzerlik göstermekte olup, çalışma bulguları literatüre mevcut olmayan değişkenlere yönelik bilgiler kazandırmaktadır.

Bu çalışmada, yaşı artan, eğitim düzeyi düşük olan, geliri giderinden az olan, aktif bir işte çalışmayan, ailesinde kanser öyküsü olan, kronik hastalığı olan, gelecekte gebe kalmayı düşünmeyen, menopozal dönemde olan, çoklu kanser tanısı alan, evre III/IV hastalığı olan, kemoterapi, radyoterapi ve hormonoterapi alan, düzenli doktor kontrolüne gitmeyen, jinekolojik takibini aksatan, hastalığının

semptomlarını fark etmeyen, hastalığı ve tedavisi hakkında yeterince bilgilendirilmeyen hastaların yaşam kalitesi diğer hastalara kıyasla daha düşüktür (Çizelge 4.9, 4.10, 4.11). Keleş ve ark.'nın (2023) yaptıkları çalışmada, tıbbi bir sağlık sorunu bildiren, örgün eğitim almamış, aktif bir işte çalışmayan ve geliri giderinden az olan hastaların yaşam kalitesi önemli ölçüde daha düşük olduğu saptanmıştır. Çakır ve Nazik'in (2022) yaptıkları çalışmada, eğitim düzeyi düşük olan, geliri giderinden az olan ve evre III/IV hastalığı olan jinekolojik kanserli hastaların yaşam kalitesinin düşük olduğu belirlenmiştir. Lopes ve ark.'nın (2020) servikal kanserli kadınlarda takip aşamasında sosyodemografik, klinik ve psikolojik değişkenlerin yaşam kalitesine katkısını inceledikleri çalışmada, eğitim düzeyi düşük olan, evre III/IV hastalığı olan ve hastalığının semptomlarını fark etmeyen serviks kanserli hastaların yaşam kalitesinin düşük olduğu bulunmuştur. Masià ve ark.'nın (2016) meme kanseri hastalarında sosyoekonomik statü ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki üzerine yaptıkları çalışmada, şu anda çalışmanın daha iyi bir yaşam kalitesiyle ilişkili olduğunu göstermiştir. Çalışmamızın sonuçları kapsamında, eğitilmiş kadınların iş sahibi olma olasılığının daha yüksek olması, daha yüksek gelire sahip olması, daha yüksek sağlık okuryazarlığına sahip olması, sağlık arama davranışı gösterme olasılığının daha yüksek olması, sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanması ve sonuç olarak daha sağlıklı bir yaşam sürmesi ve daha iyi bir yaşam kalitesine sahip olmasıdır. Bu nedenle, toplumlarda kadınların istihdamı ve güçlendirilmesi büyük önem taşımaktadır ve kadınların kanser tedavisinden sonra işe dönmelerini ve uygun koşullar altında çalışmaya devam etmelerini sağlamak, duygusal ve sosyoekonomik işlevlerini iyileştirerek yaşam kalitelerini iyileştirecektir.

Çalışmada, artan stres ve anksiyete düzeyinin hastaların depresyon düzeyini artırmakta ve hastalık hakkında bilgilendirilmenin depresyon düzeyini azaltmaktadır (Çizelge 4.12). Tosić Golubović ve ark.'nın (2022) servikal kanser hastalarında depresyon ve anksiyetenin risk faktörleri ve tahmini değerini inceledikleri çalışmada, anksiyete düzeyinin artmasıyla depresyon düzeyinin arttığı bulunmuştur. Chen ve ark.'nın (2021) yaptıkları çalışmada, anksiyete düzeyinin artmasıyla depresyon düzeyinin arttığı belirlenmiştir. Marcus ve ark.'nın (2021) endometrial kanser şüphesi olan kadınlarda anksiyete ve stresi inceledikleri çalışmada, hastalık hakkında bilgilendirilmenin depresyon düzeyini azalttığı tespit edilmiştir. Zhao ve ark.'nın

(2020) Ameliyat edilen serviks kanserli hastalarda anksiyete ve depresyonun prevalansı, risk faktörleri ve prognostik değerini inceledikleri çalışmada, serviks kanserli hastaların anksiyete düzeyi arttıkça, depresyon düzeyinin arttığı saptanmıştır. Çalışma bulgularımız ile literatür bulguları artan stres ve anksiyete düzeyinin hastaların depresyon düzeyini artırmasına ve hastalık hakkında bilgilendirilmenin depresyon düzeyini azaltmasına yönelik bulgular benzer özellik göstermektedir.

Bu çalışmada, artan stres düzeyi ve yaşın hastaların anksiyete düzeyini arttırmaktadır (Çizelge 4.13). Wang ve ark.'nın (2022) anormal serviks kanseri tarama sonuçlarına sahip Çinli kadınlarda dayanıklılık, umut, sosyal destek, stres ve anksiyete şiddeti arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada, stresin anksiyete şiddeti üzerinde doğrudan ve olumlu bir etkisi olduğu bulunmuştur. Yang ve ark.'nın (2014) Çinli servikal kanser hastalarında depresyon ve anksiyetenin yaygınlığı ve ilişkili pozitif psikolojik değişkenleri inceledikleri çalışmada, servikal kanserli hastaların stres düzeyi ve yaş arttıkça anksiyete düzeyinin arttığı belirlenmiştir. Kim ve ark.'nın (2010) Kore'de servikal kanser hastaları arasında anksiyete ve depresyonun yaygınlığı ve tahmin edicileri incelediği çalışmada, hastaların stres düzeyi ve yaş arttıkça anksiyete düzeyinin de arttığı saptanmıştır. Çalışma bulgularımız ile literatür bulguları benzer özellik göstermekte olup, çalışma bulgularımız ileri analizler kapsamında hastaların anksiyete düzeyini stres düzeyinin ve yaşın yordadığını göstermesiyle literatürü güçlendirmektedir.

Çalışmada, kemoterapi alma hastaların stres düzeyi arttırmakta, tedavi ve hastalık hakkında bilgilendirilmenin ise stres düzeyini azaltmaktadır (Çizelge 4.14). Kanser tedavilerinden biri olan kemoterapinin neler getireceği konusunda hastalar belirsizlik ve korku yaşamaktadırlar. Kanser hastalarının yaşadıkları belirsizlik, yaygın bir deneyim ve hayatlarının birçok yönünü etkileyen büyük bir psikolojik stres faktörüdür. Belirsizlik çok yönlü bir kavramdır ve hastalar için anlaşılması, çeşitli sosyokültürel bağlamlarla ilişkili faktörler de dahil olmak üzere birçok faktöre bağlıdır. Bu bağlamda, kemoterapi ile ilişkili olan faktörlerden biri strestir (Lyu ve diğerleri, 2023; Sajjadi ve diğerleri, 2016). Marcus ve ark.'nın (2021) yaptıkları çalışmada, hastalık hakkında bilgilendirilmenin stres düzeyini azalttığı bulunmuştur. Literatürde çalışma bulgularımıza benzer az sayıda çalışmaya rastlanmış olup, belirlenen çalışmaların bulguları ile çalışma bulgularımız paralellik göstermektedir.

Ek olarak, çalışma bulgularının jinekolojik kanserli hastaların kemoterapi alma durumlarının stres düzeyini arttırdığını, tedavi ve hastalık hakkında bilgilendirilmenin ise stres düzeyini azalttığını göstermesiyle literatürü güçlendirmektedir.

Bu çalışmada, artan depresyon, anksiyete ve hastalık evresi ile menopoza girmenin hastaların öz bakım gücünü azaltmakta, aktif olarak bir işte çalışabilme durumu ve hastalık hakkında bilgilendirilmenin öz bakım gücünü arttırmaktadır (Çizelge 4.15). Yang ve ark.'nın (2014) yaptıkları çalışmada, hastaların depresyon, anksiyete ve hastalık evresi arttıkça öz bakım gücünün azaldığı bulunmuştur. Ek olarak, aynı çalışmada umut, iyimserlik ve genel öz yeterlilik birlikte anksiyetenin tahmininde ek %35,6'lık bir varyansa neden olduğu belirlenmiştir (Yang ve diğerleri, 2014). Literatürde çalışma bulgularımıza benzer az sayıda çalışmaya rastlanmış olup, belirlenen çalışmaların bulguları ile çalışma bulgularımız paralellik göstermektedir. Özellikle, çalışma bulguları jinekolojik kanserli hastaların öz bakım gücünü yordayan depresyon, anksiyete, hastalık evresi, menopoza girme, aktif olarak bir işte çalışma ve hastalık hakkında bilgilendirmenin bağımsız değişkenleri ortaya koyması ile literatüre katkı sağlamaktadır.

Çalışmada, artan stres düzeyi ve verilen hormonoterapinin hastaların yaşam kalitesi düzeyini azaltmakta, artan öz bakım gücünün ve hastalık hakkında bilgilendirilmenin ise yaşam kalitesi düzeyini arttıran bağımsız değişkenler olduğu saptandı (Çizelge 4.16). Azizi ve ark.'nın (2023) servikal kanserle ilişkili anksiyete ve depresyon semptomları ile sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada, servikal kanseri olan hastaların stres düzeyinin artmasıyla yaşam kalitesi düzeyinin azaldığı saptanmıştır. Karawekpanyawong ve ark.'nın (2021) Tayland serviks kanseri hastalarında depresif bozukluğun yaygınlığı ve bununla ilişkisini inceledikleri çalışmada, depresyon ile stres düzeyinin artmasının yaşam kalitesi düzeyini azalttığı bulunmuştur. Literatürdeki çalışmalarda, jinekolojik kanserler nedeniyle tedavi gören hastalarda anksiyete ve yaşam kalitesinin yordayıcısı olan fiziksel yorgunluk arasında ilişki gözlenmiştir (Gernier ve diğerleri, 2020; Sekse ve diğerleri, 2015). Yorgunluğu olan hastalar, yorgunluğu olmayan hastalara göre daha yüksek düzeyde anksiyete ve depresyon bildirmiştir (Gernier ve diğerleri, 2020; Sekse ve diğerleri, 2015). Çalışma bulgularımız ile literatür bulguları benzer özellik göstermektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

- Araştırmamıza katılan hastaların %63'ü lise altı düzeyde bir eğitim aldığını, %80,2'si aktif olarak bir işte çalışmadığını, %88,5'i evli olduğunu, %68'i gelirinin giderlerine denk olduğunu, %79'u çekirdek aile yapısına sahip olduğunu, %74,7'si tanı konmuş kronik bir hastalığı olduğunu, sadece %14,8'i düzenli bir egzersiz yaptığını, %41,8'inin ailesinde bir yakınında kanser öyküsü olduğunu ve tamamına yakınının (%98,9) bir sağlık güvencesi olduğunu belirtmiştir.
- Araştırma kapsamındaki hastaların %33'ü 12 yaşın altında regl olmaya başladığını, ortalama $3,52 \pm 1,80$ gebelik yaşadığını ve ortalama $2,85 \pm 1,56$ canlı doğum yaptığını, %38,5'i düşük yaptığını, %12,1'i kürtaj olduğunu, %4,4'ü tekrar gebelik yaşamak istediğini ve %79,7'si menopoza girdiğini ifade etmiştir.
- Araştırmaya katılan hastaların %40'ı semptomları kendi fark etmesi ile tanı aldığını, %92,9'u tanı sonrası olumsuz duygular yaşadığını, %46'sı endometrium ve %39,6'sı over kanseri tanısı konulduğunu, %9,9'u eş zamanlı çoklu kanser tanısı aldığını, kanserlerin %44,5'i evre II olduğunu, %100'ü cerrahi işlem, %58,8'i kemoterapi, %28,6'sı radyoterapi, %73'ü cerrahi sonrası destek tedavileri (tamamlayıcı sistemik tedaviler) ve %58'i hormonoterapi uygulandığını, %67'si tedavisinin üzerinden 6 aydan az bir süre geçtiğini, %53,8'i düzenli hekim kontrolüne gittiğini, %13'ü hastalığı ve %27,5'i ise tedavileri hakkında bilgilendirilmediğini belirtmektedir.
- Araştırma kapsamındaki hastaların stres, anksiyete ve depresyon düzeyi sırasıyla $11,14 \pm 5,88$ (%53), $9,97 \pm 6,19$ (%47,5) ve $9,38 \pm 5,89$ (%44,7) puan olduğu bulunmuştur.
- Araştırmaya katılan hastaların öz bakım gücü (ÖBGÖ) ortalama $70,18 \pm 35,42$ (%50) puan olduğu saptanmıştır.

- Araştırma kapsamındaki hastaların toplam yaşam kalitesi düzeyi (QOL-CV) $19,31\pm 6,47$ (%64,4) puan olduğu belirlenmiştir.
- Araştırmaya katılan hastaların QOL-CV alt boyut puanları incelendiğinde; hastaların sağlık ve hareketlilik ilişkili yaşam kalitesi düzeyi $18,73\pm 6,76$ (%62,4), sosyal ve ekonomi ilişkili düzeyi $15,81\pm 6,25$ (%52,7), psikolojik ve dinsel düzeyi $21,74\pm 7,08$ (%72,5) ve aile ilişkili yaşam kalitesi düzeyi $23,03\pm 7,25$ (%76,8) puan olduğu bulunmuştur.
- Araştırma kapsamındaki hastaların öz bakım gücü ile stres ($r=-0,446$), anksiyete ($r=-0,491$) ve depresyon ($r=-0,549$) düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Stres, anksiyete ve depresyon düzeyi arttıkça öz bakım gücünün azaldığı belirlenmiştir.
- Araştırmaya katılan hastaların yaşam kalitesi düzeyi ile stres ($r=-0,529$), anksiyete ($r=-0,451$) ve depresyon ($r=-0,597$) düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki varlığı olduğu bulunmuştur ($p<0,001$). Hastaların stres, anksiyete ve depresyon düzeyi arttıkça hastaların yaşam kalitesinin azaldığı belirlenmiştir.
- Araştırma kapsamındaki hastaların öz bakım gücü ile yaşam kalitesi düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki varlığı olduğu saptanmıştır ($r=0,814$; $p<0,001$). Hastaların öz bakım gücü arttıkça yaşam kalitesinin de arttığı bulunmuştur.
- Araştırmaya katılan hastaların gelir düzeyine göre hastaların stres düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık olduğu saptanmıştır ($F=3,464$; $p=0,033$). Yapılan alt grup analizlerinde bu farkın geliri giderlerini karşılamayan hasta grubu ile geliri giderlerinden fazla olan grup arasında olduğu belirlenmiştir. Geliri giderlerinden az olan hastaların stres düzeyi daha fazladır.
- Araştırma kapsamındaki hastaların gelir dışındaki diğer demografik değişkenlere göre hastaların stres düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

- Araştırmaya katılan hastaların yaş arttıkça hastaların anksiyete düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir artış olduğu saptanmıştır ($r=0,225$; $p=0,002$).
- Araştırma kapsamındaki hastaların eğitim düzeyine göre anksiyete düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık olduğu saptanmıştır ($F=3,566$; $p=0,015$). Yapılan alt grup analizlerinde bu farkın ilkökul mezunu hasta grubu ile üniversite mezunu grup arasında olduğu saptanırken; ilkökul mezunu olan hastaların anksiyete düzeyi daha yüksektir.
- Araştırmaya katılan hastaların yaş ve eğitim dışındaki diğer demografik değişkenlere göre hastaların anksiyete düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık belirlenmemiştir ($p>0,05$).
- Araştırma kapsamındaki hastaların yaş arttıkça hastaların depresyon düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir artış olduğu saptanmıştır ($r=0,243$; $p=0,001$).
- Araştırmaya katılan hastaların eğitim düzeyine göre depresyon düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık olduğu belirlenmiştir ($F=6,526$; $p<0,001$). Yapılan alt grup analizlerinde bu farkın ilkökul mezunu hasta grubundan kaynaklandığı bulunmuştur. İlkokul mezunu hastaların depresyon düzeyi daha fazladır.
- Araştırma kapsamında aktif olarak bir işte çalışabilen hastaların depresyon düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu bulunmuştur ($t=3,094$; $p=0,002$).
- Araştırmaya katılan hastaların gelir düzeyine göre depresyon düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık olduğu saptanmıştır ($F=3,800$; $p=0,024$). Yapılan alt grup analizlerinde bu farkın geliri giderlerini karşılamayan hasta grubu ile geliri giderlerinden fazla olan grup arasında olduğu belirlenmiştir. Geliri giderlerinden az olan hastaların depresyon düzeyi daha yüksektir.
- Araştırma kapsamında aile tipi, egzersiz yapma, kronik hastalık varlığı ve ailede kanser öyküsüne göre hastaların depresyon düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

- Araştırmaya katılan hastaların canlı doğum sayısı arttıkça anksiyete düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir artış olduğu bulunmuştur ($r=0,171$; $p=0,021$).
- Araştırma kapsamında canlı doğum sayısı dışındaki diğer obstetri ile ilgili değişkenlere göre hastaların anksiyete düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).
- Araştırmaya katılan ve eş zamanlı birden fazla kanser tanısı alan hastaların stres düzeyi istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir ($t=3,884$; $p<0,001$).
- Araştırma kapsamında evresine göre hastaların stres düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık olduğu bulunmuştur ($F=3,464$; $p=0,033$). Yapılan alt grup analizlerinde bu farkın evre III/IV hastalığı olan hasta grubundan kaynaklandığı belirlenmiştir. Evre III/IV hastalığı olan hastaların stres düzeyi daha fazladır.
- Araştırmaya katılan kemoterapi ($t=3,451$; $p<0,001$), radyoterapi ($t=2,872$; $p=0,005$) ve hormonoterapi ($t=3,468$; $p=0,001$) alan hastaların almayanlara kıyasla stres düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur.
- Araştırma kapsamında cerrahi işlem sonrası ek sistemik tedaviler alan hastaların almayanlara kıyasla stres düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır ($t=3,189$; $p=0,002$).
- Araştırmaya katılan hastalığının semptomlarını fark eden ($t=3,131$; $p=0,002$), hastalığı ($t=5,306$; $p<0,001$) ve tedavisi ($t=6,103$; $p<0,001$) hakkında yeterince bilgilendirilen hastaların stres düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu belirlenmiştir ($t=5,306$ ve $t=6,103$; $p<0,001$).
- Araştırma kapsamında hastaların kanser tanı tipi, tedavi üzerinden geçen zaman, düzenli doktor kontrolü, tanı sonrası yaşanan duygu ve düzenli jinekolojik kontrol durumuna göre stres düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

- Araştırmaya katılan ve eş zamanlı birden fazla kanser tanısı alan hastaların anksiyete düzeyi istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir ($t=2,090$; $p=0,038$).
- Araştırma kapsamında düzenli doktor kontrolüne giden ($t=2,430$; $p=0,016$), hastalığı ($t=2,470$; $p=0,014$) ve tedavisi ($t=2,243$; $p=0,026$) hakkında yeterince bilgilendirilen hastaların anksiyete düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu saptanmıştır.
- Araştırmaya katılan çoklu kanser tanısı varlığı, düzenli doktor kontrolü, hastalık ve tedavi hakkında bilgilendirilme değişkenleri dışındaki diğer jinekolojik hastalık ile ilgili özelliklerine göre hastaların anksiyete düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).
- Araştırma kapsamında eş zamanlı birden fazla kanser tanısı alan hastaların depresyon düzeyi istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir ($t=4,050$; $p<0,001$).
- Araştırmaya katılan evresine göre hastaların depresyon düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık olduğu belirlenmiştir ($F=5,426$; $p=0,005$). Yapılan alt grup analizlerinde bu farkın evre III/IV hastalığı olan hasta grubundan kaynaklandığı tespit edilmiştir. Evre III/IV hastalığı olan hastaların depresyon düzeyi daha fazladır.
- Araştırma kapsamında kemoterapi ($t=2,129$; $p=0,035$), radyoterapi ($t=2,205$; $p=0,029$) ve hormonoterapi ($t=3,703$; $p<0,001$) alan hastaların almayanlara kıyasla depresyon düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Araştırmaya katılan düzenli doktor kontrolüne giden ($t=2,863$; $p=0,005$), jinekolojik takibini aksatmayan ($t=2,043$; $p=0,043$), hastalığının semptomlarını fark eden ($t=2,034$; $p=0,043$), hastalığı ($t=5,773$; $p<0,001$) ve tedavisi ($t=5,576$; $p<0,001$) hakkında yeterince bilgilendirilen hastaların depresyon düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu bulunmuştur.
- Araştırma kapsamında kanser tanı tipi, tedavi üzerinden geçen zaman, cerrahi sonrası destek tedavi alımı ve tanı sonrası yaşanan duygu durumuna göre

hastaların depresyon düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık belirlenmemiştir ($p>0,05$).

- Araştırmaya katılan hastaların yaşları arttıkça öz bakım gücünün istatistiksel olarak anlamlı derecede azaldığı saptanmıştır ($r=-0,306$; $p<0,001$).
- Araştırma kapsamındaki hastaların eğitim düzeyine göre öz bakım gücünde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık olduğu bulunmuştur ($F=10,729$; $p<0,001$). Yapılan alt grup analizinde bu farkın üniversite mezunu hasta grubundan kaynaklandığı belirlenmiştir. Üniversite mezunu hastaların öz bakım gücü daha yüksektir.
- Araştırmaya katılan hastaların gelir düzeyine göre öz bakım gücünde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık olduğu saptanmıştır ($F=9,935$; $p<0,001$). Yapılan alt grup analizinde bu farkın geliri giderlerini karşılamayan hasta grubundan kaynaklandığı belirlenmiştir. Geliri düşük olan hastaların öz bakım gücü de daha düşüktür.
- Araştırma kapsamında aktif olarak bir işte çalışabilen ($t=5,404$; $p<0,001$), düzenli bir egzersiz yapan ($t=3,575$; $p<0,001$) ve kronik bir hastalığı olmayan ($t=3,782$; $p<0,001$) hastaların öz bakım gücünün istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur.
- Araştırmaya katılan hastaların medeni durum, aile tipi ve aile kanser öyküsüne göre öz bakım gücünde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık belirlenmemiştir ($p>0,05$).
- Araştırma kapsamında hastaların yaşları arttıkça yaşam kalitesi düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir azalma olduğu saptanmıştır ($r=-0,199$; $p=0,007$).
- Araştırmaya katılan hastaların eğitim düzeyine göre yaşam kalitesi düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık olduğu bulunmuştur ($F=4,793$; $p=0,003$). Yapılan alt grup analizinde bu farkın üniversite mezunu hasta grubu ile ilkokul mezunu grup arasında olduğu belirlenmiştir. Üniversite mezunu hastaların yaşam kalitesi düzeyi daha yüksektir.
- Araştırma kapsamında hastaların gelir düzeyine göre yaşam kalitesi düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık olduğu

belirlenmiştir ($F=7,527$; $p<0,001$). Yapılan alt grup analizinde bu farkın bütün alt gruplar arasında anlamlı olduğu saptanırken; gelir düzeyi arttıkça hastaların yaşam kalitesinde bir iyileşme olduğu bulunmuştur.

- Araştırmaya katılan, aktif olarak bir işte çalışabilen ($t=3,245$; $p=0,001$), ailesinde kanser öyküsü negatif olan ($t=2,464$; $p=0,015$) ve kronik bir hastalığı olmayan ($t=3,075$; $p=0,003$) hastaların yaşam kalitesinin istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Araştırma kapsamında hastaların medeni durum, aile tipi ve düzenli bir egzersiz yapma durumuna göre yaşam kalitesi düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).
- Araştırmaya katılan hastaların canlı doğum sayısı arttıkça öz bakım gücünün istatistiksel olarak anlamlı derecede azaldığı saptanmıştır ($r=-0,163$; $p=0,028$).
- Araştırma kapsamında gelecekte gebe kalmayı düşünen hastaların öz bakım gücünün istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenirken ($t=2,642$; $p=0,009$); menopozal dönemde olan hastaların öz bakım gücünün daha düşük olduğu bulunmuştur ($t=4,342$; $p<0,001$).
- Araştırmaya katılan hastaların ilk adet yaşı, gebelik sayısı, düşük ve kürtaj varlığına göre öz bakım gücünde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).
- Araştırmaya katılan gelecekte gebe kalmayı düşünen hastaların yaşam kalitesi düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanırken ($t=7,461$; $p<0,001$); menopozal dönemde olan hastaların yaşam kalitesi düzeyinin daha düşük olduğu bulundu ($t=3,120$; $p=0,003$).
- Araştırma kapsamında hastaların ilk adet yaşı, gebelik-doğum sayısı, düşük ve kürtaj varlığına göre yaşam kalitesi düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık belirlenmemiştir ($p>0,05$).
- Araştırmaya katılan çoklu kanser tanısı alan hastaların öz bakım gücünün istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu saptanmıştır ($t=5,000$; $p<0,001$).

- Araştırma kapsamında evresine göre hastaların öz bakım gücünde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık olduğu bulunmuştur ($F=22,470$; $p<0,001$). Yapılan alt grup analizlerinde bu farkın evre III/IV hastalığı olan hasta grubundan kaynaklandığı belirlenmiştir. Evre III/IV hastalığı olan hastaların öz bakım gücü daha düşüktür.
- Araştırmaya katılan, kemoterapi ($t=2,765$; $p=0,006$), hormonoterapi ($t=3,901$; $p<0,001$) ve cerrahi sonrası ek (destek) sistemik tedaviler alan ($t=2,051$; $p=0,042$) hastaların almayanlara kıyasla öz bakım gücünün istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu tespit edilmiştir.
- Araştırma kapsamında düzenli doktor kontrolüne giden ($t=2,850$; $p=0,005$), jinekolojik takibini aksatmayan ($t=3,018$; $p=0,003$), hastalığının semptomlarını fark eden ($t=2,365$; $p=0,019$), hastalığı ($t=5,332$; $p<0,001$) ve tedavisi ($t=6,802$; $p<0,001$) hakkında yeterince bilgilendirilen hastaların öz bakım gücünün istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Araştırmaya katılan hastaların kanser tanı tipi, radyoterapi alma durumu, tedavi üzerinden geçen süre ve tanı sonrası yaşanan duygu durumuna göre öz bakım gücünde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).
- Araştırma kapsamında çoklu kanser tanısı alan hastaların yaşam kalitesi düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu saptanmıştır ($t=6,626$; $p<0,001$).
- Araştırmaya katılan hastaların evresine göre yaşam kalitesi düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık olduğu bulunmuştur ($F=29,538$; $p<0,001$). Yapılan alt grup analizlerinde bu farkın evre III/IV hastalığı olan hasta grubundan kaynaklandığı belirlenmiştir. Evre III/IV hastalığı olan hastaların yaşam kalitesi düzeyi daha düşüktür.
- Araştırma kapsamında kemoterapi ($t=3,715$; $p<0,001$), hormonoterapi ($t=5,632$; $p<0,001$) ve cerrahi sonrası ek (destek) sistemik tedaviler alan ($t=3,841$; $p<0,001$) hastaların almayanlara kıyasla yaşam kalitesi düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu belirlenmiştir.

- Araştırmaya katılan, düzenli doktor kontrolüne giden ($t=2,736$; $p=0,007$), jinekolojik takibini aksatmayan ($t=3,500$; $p<0,001$), hastalığının semptomlarını fark eden ($t=3,600$; $p<0,001$), hastalığı ($t=7,893$; $p<0,001$) ve tedavisi ($t=7,154$; $p<0,001$) hakkında yeterince bilgilendirilen hastaların yaşam kalitesi düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Araştırma kapsamında kanser tanı tipi, radyoterapi alma durumu, tedavi üzerinden geçen süre ve tanı sonrası yaşanan duygu durumuna göre hastaların yaşam kalitesi düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık belirlenmemiştir ($p>0,05$).
- Araştırma kapsamındaki hastaların depresyon düzeyine etki eden bağımsız değişkenlerin belirlenmesi amacıyla adım adım yöntemiyle çoklu doğrusal regresyon modeli uygulanmış olup, en uygun regresyon modeline 4. adımda ulaşılmıştır. Modelde bağımsız değişkenler, bağımlı değişkendeki toplam değişimin yaklaşık %62,2'sini açıklamaktadır (düzeltilmiş $R^2=0,622$). Modelin bağımsız değişkenleri ile bağımlı değişken arasındaki ilişki incelendiğinde; artan stres ($\beta=0,393$; $p<0,001$) ve anksiyete düzeyinin ($\beta=0,440$; $p<0,001$) hastaların depresyon düzeyini arttıran; hastalık ($\beta=-0,149$; $p=0,003$) hakkında bilgilendirilmenin ise depresyon düzeyini azaltan bağımsız değişkenler olduğu saptanmıştır.
- Araştırma kapsamındaki hastaların anksiyete düzeyine etki eden bağımsız değişkenlerin belirlenmesi amacıyla adım adım yöntemiyle çoklu doğrusal regresyon modeli uygulanmış olup, en uygun regresyon modeline 2. adımda ulaşıldı. Modelde bağımsız değişkenler, bağımlı değişkendeki toplam değişimin yaklaşık %22,7'sini açıklamaktadır (düzeltilmiş $R^2=0,227$). Modelin bağımsız değişkenleri ile bağımlı değişken arasındaki ilişki incelendiğinde; artan stres düzeyi ($\beta=0,430$; $p<0,001$) ve yaşın ($\beta=0,250$; $p<0,001$) hastaların anksiyete düzeyini arttıran bağımsız değişkenler olduğu bulunmuştur.
- Araştırma kapsamındaki hastaların stres düzeyine etki eden bağımsız değişkenlerin belirlenmesi amacıyla adım adım yöntemiyle çoklu doğrusal regresyon modeli uygulanmış olup, en uygun regresyon modeline 3. adımda

ulaşıldı. Modelde bağımsız değişkenler, bağımlı değişkendeki toplam değişimin yaklaşık %20,4'ünü açıklamaktadır (düzeltilmiş $R^2=0,204$). Modelin bağımsız değişkenleri ile bağımlı değişken arasındaki ilişki incelendiğinde; kemoterapi almanın ($\beta=0,156$; $p=0,023$) hastaların stres düzeyi arttıran; tedavi ($\beta=-0,284$; $p=0,001$) ve hastalık ($\beta=-0,168$; $p=0,045$) hakkında bilgilendirilmenin ise stres düzeyini azaltan bağımsız değişkenler olduğu belirlenmiştir.

- Araştırma kapsamındaki hastaların öz bakım gücü düzeyine etki eden bağımsız değişkenlerin belirlenmesi amacıyla adım adım yöntemiyle çoklu doğrusal regresyon modeli uygulanmış olup, en uygun regresyon modeline 6. adımda ulaşıldı. Modelde bağımsız değişkenler, bağımlı değişkendeki toplam değişimin yaklaşık %53,6'sını açıklamaktadır (düzeltilmiş $R^2=0,536$). Modelin bağımsız değişkenleri ile bağımlı değişken arasındaki ilişki incelendiğinde; artan depresyon ($\beta=-0,222$; $p=0,003$), anksiyete ($\beta=-0,253$; $p<0,001$) ve hastalık evresi ($\beta=-0,248$; $p<0,001$) ile menopoza girmenin ($\beta=-0,155$; $p=0,006$) hastaların öz bakım gücünü azaltan; aktif olarak bir işte çalışabilme durumu ($\beta=0,179$; $p=0,002$) ve hastalık ($\beta=0,170$; $p=0,009$) hakkında bilgilendirilmenin öz bakım gücünü arttıran bağımsız değişkenler olduğu tespit edilmiştir.
- Araştırma kapsamındaki hastaların yaşam kalitesi düzeyine etki eden bağımsız değişkenlerin belirlenmesi amacıyla adım adım yöntemiyle çoklu doğrusal regresyon modeli uygulanmış olup, en uygun regresyon modeline 4. adımda ulaşıldı. Modelde bağımsız değişkenler, bağımlı değişkendeki toplam değişimin yaklaşık %73,7'sini açıklamaktadır (düzeltilmiş $R^2=0,737$). Modelin bağımsız değişkenleri ile bağımlı değişken arasındaki ilişki incelendiğinde; artan stres düzeyi ($\beta=-0,146$; $p=0,001$) ve verilen hormonoterapinin ($\beta=-0,120$; $p=0,005$) hastaların yaşam kalitesi düzeyini azaltan; artan öz bakım gücünün ($\beta=0,650$; $p<0,001$) ve hastalık ($\beta=0,170$; $p<0,001$) hakkında bilgilendirilmenin ise yaşam kalitesi düzeyini arttıran bağımsız değişkenler olduğu saptanmıştır.

6.2. Öneriler

- Kişisel, obstetrik ve jinekolojik hastalıklar ile ilgili özellikler, depresyon, anksiyete, stres, öz bakım gücü ve yaşam kalitesi üzerine etkili olduğu için sağlık çalışanlarının mevcut değişkenler hakkında uzmanlaşması sağlanmalıdır.
- Jinekolojik kanserli hastaların depresyon, anksiyete, stres, öz bakım gücü ve yaşam kalitesi düzeylerinin değerlendirilmesi, bunlara yönelik yapılacak eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin planlanması ve jinekolojik kanserli hastalara farkındalık kazandırılması, bu dönemde karşılaşılabilecek sorunların yönetiminde faydalı olacaktır.
- Sağlık çalışanları tarafından jinekolojik kanserli hastalara depresyon, anksiyete ve stresin yönetiminin öğretilmesi ve öğretilen yöntemlerin devamlılığının sağlanması açısından davranış haline dönüştürmeleri konusunda bilgi vermeleri ve izlem yapılması ile jinekolojik kanserli hastaların yaşam kalitesi ve öz bakım gücünün yükseltilmesinde aktif ve etkin rol oynayacaktır.
- Jinekolojik kanserli hastaların depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin yaşam kalitesi ve öz bakım gücüne etkisini ortaya koyan deneysel ve kanıta dayalı uygulamaların sağlık profesyonelleri tarafından araştırılması bakım kalitesinin artırılmasına ve etkin bakım verilmesinde son derece önemlidir.
- Çalışmada kullanılan ölçekler ile örneklem büyüklüğünün daha yüksek, farklı bölgelerde ve farklı etnik grupları içeren, uzun zamanlı randomize kontrollü çalışmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Abdollahi, A., Taheri, A., & Allen, K. A.** (2020). Self-compassion moderates the perceived stress and self-care behaviors link in women with breast cancer. *Psycho-oncology*, 29(5), 927-933. <https://doi.org/10.1002/pon.5369>
- Abu-Rustum, N., Yashar, C., Arend, R., Barber, E., Bradley, K., Brooks, R., et al.** (2023). Uterine Neoplasms, Version 1.2023, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 21(2), 181–209.
- Açıköz, G. ve Baykal, U.** (2023). Yasal düzenlemeler çerçevesinde hemşirelerin mesleki rolleri ve özerklik. *İstanbul Kent University Journal of Health Sciences*, 2(1), 29-34.
- Adams, T. S. and Cuello, M. A.** (2018). Cancer of the vagina. *International Journal of Gynaecology And Obstetrics*, 143, 14-21.
- Adams, T. S. and Cuello, M. A.** (2018). Cancer of the vagina. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 143, 14-21.
- Adhikari, P., Vietje, P., and Mount, S.** (2017). Premalignant and malignant lesions of the vagina. *Diagnostic Histopathology*, 23(1), 28-34.
- Afiyanti, Y., Besral, B., Haryani, H., Milanti, A., Nasution, L. A., Wahidi, K. R., et al.** (2021). The relationships of unmet needs with quality of life and characteristics of Indonesian gynecologic cancer survivors. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 31(3), 298.
- Akar, S.** (2019). Over kanserinde taramanın yeri. Scientific Developments. Ed. Dalkılıç, M. Gece Akademi, Ankara. s. 459-465.
- Akhmedkhanov, A., Zeleniuch-Jacquotte, A. N. N. E., and Toniolo, P.** (2001). Role of exogenous and endogenous hormones in endometrial cancer: review of the evidence and research perspectives. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 943(1), 296-315.
- Akino, N., Wada-Hiraike, O., Matsumoto, Y., Arimoto, T., Oda, K., Kawana, K., et al.** (2016). Vaginal cancer possibly caused by pessary and immunocompromised condition: Multiple risk factors may influence vaginal cancer development. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 42(6), 748-751.
- Aktaş, N. and Baykara, Z. G.** (2021). Determination of Quality of Life and Self-Care Agency in Patients Who Underwent Colorectal Cancer Surgery: A Prospective Descriptive Study. *Wound management and prevention*, 67(1), 18-26.

- Alacam, S. and Bakir, A.** (2021). Human papillomavirus prevalence and genotype distribution in cervical swab samples in Istanbul, Turkey. *The Journal of Infection in Developing Countries*, 15(08), 1190-1196.
- Ali, A. T.** (2018). Towards prevention of ovarian cancer. *Curr Cancer Drug Target*, 18, 522-537.
- Alkatout, I., Schubert, M., Garbrecht, N., Weigel, M. T., Jonat, W., Mundhenke, C., et al.** (2015). Vulvar cancer: epidemiology, clinical presentation, and management options. *Int J Womens Health*, 7, 305-313.
- Altıntaş, A.** (2016). Over kanseri patogenezi ve yeni teoriler. *Jinekolojik Onkoloji*. Ed. Yenen, M. C., Alanbay, İ., Ulubay, M. Modern Tıp Kitabevi, Ankara. s. 781-790.
- Amaral, R. I., Weston, F. C. L., Hirakata, V. N., Paz, A. A., Wesner, A. C.** (2022). Effectiveness and Efficacy of Therapeutic Interventions Performed by Nurses for Anxiety Disorders: A Systematic Review. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 28(4), 283-294.
- American Psychiatric Association.** (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth edition (DSM-5). Arlington, VA: *American Psychiatric Association*.
- Andina, I.** (2023). An Overview of the Female Reproductive System: A Narrative Literature Review. *Sriwijaya Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1(1), 16-23.
- Aquil, A., El Kherchi, O., El Azmaoui, N., Mouallif, M., Guerroumi, M., Chokri, A., et al.** (2021). Body image dissatisfaction and lower self-esteem as major predictors of poor sleep quality in gynecological cancer patients after surgery: cross-sectional study. *BMC Women's Health*, 21(1), 229.
- Aquil, A., Azmaoui, N. E., Mouallif, M., Guerroumi, M., Benider, A., & Elgot, A.** (2021). Predictors of mental health disorders in women with breast and gynecological cancer after radical surgery: A cross-sectional study. *Annals of Medicine and Surgery*, 65, 102278.
- Aragonès, E., López-Cortacans, G., Badia, W., Hernández, J. M., Caballero, A., Labad, A., et al.** (2008). Improving the role of nursing in the treatment of depression in primary care in Spain. *Perspectives in Psychiatric Care*, 44(4), 248-258.
- Ardahan, M.** (2003). Hemşirelerin savunuculuk rolü. *Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 7(2), 23-27.
- Arriba, L. N., Fader, A. N., Frasure, H. E. ve Von Gruenigen, V. E.** (2010). A review of issues surrounding quality of life among women with ovarian cancer *Gynecologic Oncology*, 119(2), 390-396.
- Arslan, E., Alçin, G., ve Aksoy, T.** (2021). Jinekolojik kanserlerde tedavi yanıtının değerlendirilmesinde PET/BT. *Nükleer Tıp Seminerleri*, 7, 166-176.
- Aslan, E.** (2015). Endometrium Kanseri. Ed. Can, G., Onkoloji Hemşireliği. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 797-806.

- Asthana, S., Busa, V., and Labani, S.** (2020). Oral contraceptives use and risk of cervical cancer—A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 247, 163-175.
- Atik, D.** (2017). Kronik hastalıklarda yaşam kalitesi. Temel İç Hastalıkları Hemşireliği. Ed. Ovayolu, N., Ovayolu, Ö. Nobel Tıp Kitepevi, Adana. s. 421- 425.
- Atlas, B.** (2020). Çiğli Bölge Eğitim Hastanesine başvuran kadınların jinekolojik kanserlerle ilgili farkındalığı. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). İzmir.
- Aydoğan, Ü., Doğaner, Y.Ç., Borazan, E. Kömürcü, Ş., Koçak, N., Öztürk, B., ve ark.** (2012). Kanser hastalarında depresyon ve anksiyete düzeyleri ve hastalıkla başa çıkma tutumları arasındaki ilişki. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 55-60.
- Aydoğdu, S. G. M. ve Özsoy, Ü.** (2018). Serviks kanseri ve HPV. *Androloji Bülteni*, 20, 25–29.
- Ayhan, A. ve Akıllı H.** (2014). İnvaziv Vulva Kanseri. Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Ed. Günalp, S., Kunter, Y. Ayrıntı Basım Yayın ve Matbaacılık Hiz. San. Tic. Ltd. Şti. 3. Baskı. Ankara. s. 759-745.
- Ayhan, A. ve Alyazıcı, İ.** (2014). Malign epitelyal over kanseri. Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Ed. Günalp, S., Yüce, K. Ayrıntı Basım Yayın ve Matbaacılık Hiz. San. Tic. Ltd. Şti, 3. Baskı, Ankara. s. 837.
- Ayhan, A. ve Başaran, M.,** (2002). Epitelyal over kanserleri. Jinekolojik Onkoloji. Ed. Güner, H. Çağdaş Medikal Kitapevi, 3. Baskı, Ankara. s. 199-245.
- Azizi, A., Achak, D., Boutib, A., Chergaoui, S., Saad, E., Hilali, A., et al.** (2023). Association between cervical cancer-related anxiety and depression symptoms and health-related quality of life: A Moroccan cross-sectional study. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 22, 101328. <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2023.101328>
- Babic, A., Sasamoto, N., Rosner, B. A., Tworoger, S. S., Jordan, S. J., Risch, H. A., et al.** (2020). Association between breastfeeding and ovarian cancer risk. *JAMA Oncology*, 6(6), e200421-e200421.
- Bae, H. and Park, H.** (2016). Sexual function, depression, and quality of life in patients with cervical cancer. *Supportive Care in Cancer*, 24(3), 1277-1283. <https://doi.org/10.1007/s00520-015-2918-z>.
- Bae, K. R., Im, Y. S., Noh, G. O., Son, Y., and Seo, H. G.** (2017). Relationships among hope, self-care agency and quality of life of female oncology patients with lymphedema. *Asian Oncology Nursing*, 17(4), 213-219.
- Bahıth, B.** (2016) Jinekolojik kanser tanı ve tedavisine ilişkin bazı özelliklerin kadınların cinsel yaşam kalitesine etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İzmir.
- Bai, Y. L., Chiou, C. P., & Chang, Y. Y.** (2009). Self-care behaviour and related factors in older people with Type 2 diabetes. *Journal of Clinical Nursing*, 18(23), 3308-3315.

- Bandelow, B., Reitt, M., Röver, C., Michaelis, S., Görlich, Y., and Wedekind, D.** (2015). Efficacy of treatments for anxiety disorders: *A meta-analysis. International Clinical Psychopharmacology*, 30(4), 183-192.
- Başoğlu, M.** (2020). Lezbiyen veya biseksüel kadınlarda kadın kanserlerine yönelik eğitimin jinekolojik kanser farkındalığına ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). İzmir.
- Batur, H. M.** (2020). Endometrium kanserinde over tutulumunu etkileyen klinik ve patolojik faktörlerin incelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı (Yayınlanmamış uzmanlık tezi). Ankara.
- Begum, S., Jabeen, S., and Awan, A. B.** (2014). Happiness: A psycho-philosophical appraisal. *Dialogue*, 9(3), 314.
- Beji, N. K. ve Bilgiç, D.** (2015). Over Kanseri. *Onkoloji Hemşireliği*. Ed. Can G. Nobel tıp Kitabevi, İstanbul. s. 807-838.
- Bekar, M.** (2015). Kadın genital sisteminin iyi ve kötü huylu tümörleri. *Kadın Sağlığı*. Ed. Şirin, A., Kavlak, O. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul. s. 256-273
- Bekar, M., Guler, H., Evcili, F., Demirel, G., and Duran, O.** (2013). Determining The knowledge of women and their attitudes regarding gynecological cancer prevention. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 14(10), 6055–6059. <https://doi.org/10.7314/apjcp.2013.14.10.6055>
- Berek, J. S. and Hacker, N. F.** (2021). *Practical gynecologic oncology*. Lippincott Williams and Wilkins, 3rd ed., Philadelphia, Wolters Kluwer. p. 836.
- Berek, J. S., Kehoe, S. T, Kumar, L. and Friedlander, M.** (2018). Cancer of the ovary, fallopian tube, and peritoneum. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 143, 59-78.
- Beriwal, S., Heron, D. E., Kim, H., King, G., and Shogan, J.** (2006). Intensity-Modulated radiotherapy for the treatment of vulvar carcinoma: A comparative dosimetric study with early clinical outcome. *Int. J. Radiation Oncology Biol. Phys*, 64(5), 1395-400.
- Bhatla, N., Aoki, D., Sharma, D. N., and Sankaranarayanan, R.** (2021). Cancer of the cervix uteri: 2021 update. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 155, 28-44.
- Bilge, Ç. ve Akdolun, B. N.** (2022). Endometrium kanseri ve hemşirelik bakımı, Jinekolojik Onkolojide Bakım. Ed. Özkan, S., Serçekuş, P., Alataş, E. Akademisyen Kitabevi, Ankara. s. 261-286.
- Boylu, A. A. ve Paçacıoğlu, B.** (2016). Yaşam kalitesi ve göstergeleri. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi (AKAD)*, 8(15), 137-150.
- Braun, M. M., Overbeek-Wager, E., and Grumbo, R. J.** (2016). Diagnosis And Management Of Endometrial Cancer. *American Family Physician*, 93(6), 468-474.

- Breen, J., Allen, K., Zucker, K., Adusumilli, P., Scarsbrook, A., Hall, G., et al.** (2023). Artificial intelligence in ovarian cancer histopathology: a systematic review. *NPJ Precision Oncology*, 7(1), 83.
- Brinton, L. A., Berman, M. L., Mortel, R., Twiggs, L. B., Barrett, R. J., Wilbanks, G. D., et al.** (1992). Reproductive, menstrual, and medical risk factors for endometrial cancer: results from a case-control study. *Am J Obstet Gynecol*, 167, 1317–1325.
- Bromet, E., Andrade, L. H., Hwang, I., Sampson, N. A., Alonso, J., De Girolamo, G., et al.** (2011). Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine*, 9(1), 1-16.
- Budiana, I. N. G., Angelina, M., and Pemayun, T. G. A.** (2019). Ovarian cancer: Pathogenesis and current recommendations for prophylactic surgery. *Journal of the Turkish German Gynecological Association*, 20(1), 47-54.
- Cáceres, M. C., Nadal-Delgado, M., López-Jurado, C., Pérez-Civantos, D., Guerrero-Martín, J., and Durán-Gómez, N.** (2022). Factors related to anxiety, depressive symptoms and quality of life in breast cancer. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(6), 3547.
- Camara de Moura, P., Muniz Braga, L., Santana Domingos, C., Vilela Rodrigues, N., Lopes Correia, M. D., and Assunção Oliveira, L. V.** (2014). Diagnoses and nursing interventions in hypertensive and diabetic individuals according to Orem's Theory. *Rev Rene*, 15(6).
- Can, G., Durna, Z., and Aydinler, A.** (2010). The validity and reliability of the Turkish version of the quality-of-life index [QLI](Cancer Version). *Eur J Oncol Nurs*, 14, 316-321.
- Cancer Genome Atlas Research Network, Kandoth, C., Schultz, N., Cherniack, A. D., Akbani, R., Liu, Y., Shen, H., et al.** (2013). Integrated genomic characterization of endometrial carcinoma. *Nature*, 497, 67-73.
- Cao, L., Wen, H., Feng, Z., Han, X., and Wu, X.** (2019). Distinctive clinicopathologic characteristics and prognosis for different histologic subtypes of early cervical cancer. *International Journal of Gynecological Cancer*, 29(8).
- Cassidy, T.** (2022). Stress, Cognition and Health: Real World Examples and Practical Applications. *Taylor & Francis*.
- Chan, J. K., Tian, C., Kesterson, J. P., Monk, B. J., Kapp, D. S., Davidson, B., et al.** (2022). Symptoms of women with highrisk early-stage ovarian cancer. *Obstet Gynecol*, 139(2), 157-162.
- Chandra, A., Pius, C., Nabeel, M., Nair, M., Vishwanatha, J. K., Ahmad, S., et al.** (2019). Ovarian cancer: Current status and strategies for improving therapeutic outcomes. *Cancer medicine*, 8(16), 7018-7031.
- Chen, J., You, H., Liu, Y., Kong, Q., Lei, A., and Guo, X.** (2021). Association between spiritual well-being, quality of life, anxiety and depression in patients with gynaecological cancer in China. *Medicine*, 100(1), e24264.
- Chhabra, S., Bhavani, M., and Deshpande, A.** (2014). Trends of vulvar cancer. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 34(2), 165-8.

- Cho, M. J., Kim, J. K., Jeon, H. J., Suh, T., Chung, I. W., Hong, J. P., et al.** (2007). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-IV psychiatric disorders among Korean adults. *The Journal of nervous and mental disease*, 195(3), 203-210.
- Choi, S., Ismail, A., Pappas-Gogos, G., and Boussios, S.** (2023). HPV and cervical cancer: A review of epidemiology and screening uptake in the UK. *Pathogens*, 12(2), 298.
- Cianci, S., Rosati, A., Capozzi, V. A., Tarascio, M., Uccella, S., Palumbo, M., et al.** (2020). Quality of life and sexual functioning of patient affected by endometrial cancer. *Minerva Medica*, 112(1), 81-95.
- Clarke, C. A., Hubbell, E., Kurian, A. W., Colditz, G. A., Hartman, A. R., and Gomez, S. L.** (2020). Projected reductions in absolute cancer-related deaths from diagnosing cancers before metastasis, 2006–2015. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 29(5), 895-902.
- Collaborators, G. B. D.** (2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *University of Leicester. Journal contribution*.
- Colombo, N., Creutzberg, C., Amant, F., Bosse, T., González-Martín, A., Ledermann, J., et al.** (2016). ESMO-ESGO-ESTRO consensus conference on endometrial cancer: Diagnosis, treatment and follow-up. *International Journal of Gynecologic Cancer*, 27(1), 16-41.
- Colomer-Pérez, N., Paredes-Carbonell, J. J., Sarabia-Cobo, C., Useche, S. A., and Gea-Caballero, V.** (2022). Self-care and sense of coherence: a salutogenic model for health and care in nursing education. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(15), 9482.
- Concin, N., Matias-Guiu, X., Vergote, I., Cibula, D., Mirza, M. R., Marnitz, S., et al.** (2021). ESGO/ESTRO/ESP guidelines for the management of patients with endometrial carcinoma. *Int J Gynecol Cancer*, 31(1), 12–39.
- Cooper, C. P., Polonec, L., and Gelb, C. A.** (2011). Women's knowledge and awareness of gynecologic cancer: a multisite qualitative study in the United States. *Journal of Women's Health*, 20(4), 517–524. <https://doi.org/10.1089/jwh.2011.2765>
- Cooper, N. A., Barton, P. M., Breijer, M., Caffrey, O., Opmeer, B. C., Timmermans, A., et al.** (2014). Cost-effectiveness of diagnostic strategies for the management of abnormal uterine bleeding (heavy menstrual bleeding and post-menopausal bleeding): a decision analysis. *Health Technology Assessment*, 18(24), 1-201.
- Creasman, W. T., Phillips, J. L., and Menck, H. R.** (1997). The National Cancer Data Base report on early stage invasive vulvar carcinoma. The American College of Surgeons Commission on Cancer and the American Cancer Society. *Cancer*, 80(3), 505–513.

- Creasman, W. T., Phillips, J. L., and Menck, H. R.** (1998). The National Cancer Data Base report on cancer of the vagina. *Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society*, 83(5), 1033-1040.
- Crum, C. P.** (1992). Carcinoma of the vulva: epidemiology and pathogenesis. *Obstet Gynecol*, 79(3), 448-454.
- Cüceloğlu, D.** (2000). İnsan ve Davranışı. Remzi Kitabevi, 10. Basım, İstanbul.
- Cyr, M. P., Dumoulin, C., Bessette, P., Pina, A., Gotlieb, W. H., Lapointe-Milot, K., et al.** (2020). Feasibility, acceptability and effects of multimodal pelvic floor physical therapy for gynecological cancer survivors suffering from painful sexual intercourse: a multicenter prospective interventional study. *Gynecologic Oncology*, 159(3), 778-784.
- Çakır, F. ve Nazık, E.** (2022). Jinekolojik kanserli hastaların yaşam kalitelerinin belirlenmesi. *YOBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 3(2), 117-129.
- Çelik, Ç. ve Ateş, M. C.** (2022). Jinekolojik kanserlerde tanı ve sınıflandırma, Jinekolojik Onkolojide Bakım. Ed. Özkan, S., Serçekuş, P., Alataş, E. Akademisyen Kitabevi, Ankara. s. 93-126.
- Çolu, H.** (2023). Jinekolojik kanserli kadınlarda kişilik özelliklerinin özbakım gücüne etkisi. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Denizli.
- Çulha, İ.** (2019). Jinekolojik onkoloji cerrahisi uygulanan hastalarda yapılandırılmış taburculuk programının hasta bakım sonuçlarına etkisi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Eskişehir.
- De Leo, A., Santini, D., Ceccarelli, C., Santandrea, G., Palicelli, A., Acquaviva, G., et al.** (2021). What is new on ovarian carcinoma: integrated morphologic and molecular analysis following the new 2020 World Health Organization Classification of female genital tumors. *Diagnostics*, 11, 697.
- De Rasmio, D., Cormio, A., Cormio, G., and Signorelli, A.** (2023). Ovarian cancer: a landscape of mitochondria with emphasis on mitochondrial dynamics. *International Journal of Molecular Sciences*, 24(2), 1224.
- De Rosa, N., Lavitola, G., Giampaolino, P., Morra, I., Nappi, C., and Bifulco, G.** (2017). Impact of ospemifene on quality of life and sexual function in young survivors of cervical cancer: a prospective study. *BioMed Research International*.
- Del Pino, M., Rodriguez-Carunchio, L., and Ordi, J.** (2013). Pathways of vulvar intraepithelial neoplasia and squamous cell carcinoma. *Histopathology*, 62, 161-75.
- Delican, S.** (2019). Jinekolojik kanserli kadınların cinsel yaşam kalitesinin incelenmesi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Gaziantep.
- Demirel, G. ve Gölbaşı, Z.** (2015). Kadın sağlığı taramasında güncel durum. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(4), 638.

- Demirkıran, F.** (2014). Duygulanım ve duygudurum problemleri. Psikososyal Hemşirelik Genel Hasta Bakımı. Ed. Öz, F., Demiralp, M. Akademisyen Tıp Kitabevi. 3. Baskı, Ankara. s. 99-129.
- Demirkıran, F. ve Terakye, G. (2001).** Depresif hastaların ilaç tedavisine uyumları ve destekleyici hemşirelik uygulamalarının uyum düzeyine etkisi. *Kriz Dergisi*, 9, 29-39.
- Demirtaş, B.** (2006). Hemşirelik öğrencilerinin vulva sağlığına ilişkin bilgilerinin saptanması. *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 13(1), 14-25.
- Dhokal, M., & Basel, P. (2023).** Prevalence of depression and associated factors among cervical cancer patients attending tertiary center in Bhaktapur, Nepal. *Medrxiv*, 2023-07.
- Duong, L. M., Wilson, R. J., Ajani, U. A., Singh, S. D., and Eheman, C.R.** (2011). Trends in endometrial cancer incidence rates in the United States, 1999–2006. *J Women's Health*, 20(8), 1–7.
- Düzen, Ö. ve Göktaş, S.** (2021). Akciğer kanser cerrahisi geçiren ve adjuvan kemoterapi alan hastaların yaşam kaliteleri ve sosyal destek düzeylerinin belirlenmesi. *Sağlık ve Toplum*, 31(3), 153-162.
- Edge, S. B. and Compton, C. C.** (2010). The American Joint Committee on Cancer: the 7th edition of the AJCC cancer staging manual and the future of TNM. *Ann Surg Oncol*, 17(6), 1471–4.
- Elakkiya, R., Subramaniaswamy, V., Vijayakumar, V., and Mahanti, A.** (2021). Cervical cancer diagnostics healthcare system using hybrid object detection adversarial networks. *IEEE Journal of Biomedical and Health Informatics*, 26(4), 1464-1471.
- El-Moselhy, E. A., Borg, H. M., and Atlam, S. A.** (2016). Cervical Cancer: sociodemographic and clinical risk factors among adult Egyptian females. *Adv Oncol Res Treat*, 1(1), 106.
- El-Osta, A., Sasco, E. R., Barbanti, E., Webber, I., Alaa, A., Karki, M., et al.** (2023). Tools for measuring individual self-care capability: a scoping review. *BMC Public Health*, 23(1), 1312.
- Epperson, C. N., Sammel, M. D., and Freeman E. W.** (2013) Menopause effects on verbal memory: findings from a longitudinal community cohort. *J Clin Endocrinol Metab*, 98, 3829–3838.
- Eroğlu, K. ve Koç, G.** (2014). Jinekolojik kanser kontrolü ve hemşirelik. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 77-90.
- Ertekin, Y.** (1993). Örgüt ve stres üzerine düşünceler, *Amme İdaresi Dergisi*, 26(1), 148-153.
- Ertürk Yavuz, M. ve Gürsoy, A.** (2021). Kanser olan hastalara verilen eğitimin öz bakıma etkisi. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışma Dergisi*, 4(2), 273–279.
- Evans Webb, M., Murray, E., Younger, Z. W., Goodfellow, H., and Ross, J.** (2021). The supportive care needs of cancer patients: a systematic review. *Journal of Cancer Education*, 1-10.

- Felix, A. S., Yang, H. P., Gierach, G. L., Park, Y., and Brinton, L. A.** (2014). Cigarette smoking and endometrial carcinoma risk: The role of effect modification and tumor heterogeneity. *Cancer Causes and Control*, 25(4), 479-489.
- Feng, Y., Liu, X., Lin, T., Luo, B., Mou, Q., Ren, J., and Chen, J.** (2021). Exploring the relationship between spiritual well-being and death anxiety in patients with gynecological cancer: a cross-section study. *BMC Palliative Care*, 20, 1-10.
- Ferrans, C., and Powers, M.** (1985). Quality Of Life Index: Development and psychometric properties. *Adv Nurs Sci* 8, 15–24.
- FIGO Committee on Gynecologic Oncology.** (2014). FIGO staging for carcinoma of the vulva, cervix, and corpus uteri. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 125(2), 97-98.
- Fischerova, D., Cibula, D., Stenhova, H., Vondrichova, H., Calda, P., Zikan, M., et al.** (2008). Transrectal ultrasound and magnetic resonance imaging in staging of early cervical cancer. *International Journal of Gynecologic Cancer*, 18(4).
- Gadducci, A., Fabrini, M. G., Lanfredini, N., and Sergiampietri, C.** (2014). Squamous cell carcinoma of the vagina: natural history, treatment modalities and prognostic factors. *Crit Rev Oncol Hematol*, 93(3), 211-24.
- Gaitskell, K., Green, J., Pirie, K., Barnes, I., Hermon, C., Reeves, G. K., et al.** (2018). Histological subtypes of ovarian cancer associated with parity and breastfeeding in the prospective Million Women Study. *International Journal of Cancer*, 142(2), 281-289.
- Garcia-Dios, D. A., Lambrechts, D., Coenegrachts, L., Vandenput, I., Capoen, A., Webb, P. M., et al.** (2013). High-throughput interrogation of PIK3CA, PTEN, KRAS, FBXW7 and TP53 mutations in primary endometrial carcinoma. *Gynecol Oncol*, 128, 327–334.
- Gebresilasie, S. F. and Zegeye, A.** (2022). Accuracy of VIA for the diagnosis of cervical cancer and associated factors among women attending cervical cancer screening at Hawassa university comprehensive specialized hospital, southern Ethiopia: Institutional based cross sectional study. *Annals of Medicine and Surgery*, 84, 104873.
- Gedük, E. A.** (2018). Hemşirelik mesleğinin gelişen rolleri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5(2), 253-258.
- Georgakis, M. K., Beskou-Kontou, T., Theodoridis, I., Skalkidou, A., and Petridou, E. T.** (2019). Surgical menopause in association with cognitive function and risk of dementia: a systematic review and meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology*, 106, 9-19.
- Gernier, F., Joly, F., Klein, D., Mercier, M., Velten, M., and Licaj, I.** (2020). Cancer-related fatigue among long-term survivors of breast, cervical, and colorectal cancer: a French registry-based controlled study. *Supportive Care in Cancer*, 28, 5839-5849. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05427-8>

- Ghasemi, M., Savabi-Esfahani, M., Noroozi, M., & Sattari, M.** (2024). Predicting cervical cancer screening participation using self-care behaviors among women in Iran. *Journal of Education and Health Promotion, 13*(1), 257.
- Godfrey, C. M., Harrison, M. B., Lysaght, R., Lamb, M., Graham, I. D. and Oakley, P.** (2011). Care of self- care by other- care of other: the meaning of self-care from research, practice, policy and industry perspectives. *Int J Evid Based Healthc, 9*(1), 3-24.
- Gonçalves, V.** (2010). Long-term quality of life in gynecological cancer survivors. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology, 22*(1), 30-35.
- Gopal, D. P., Ahmad, T., Efstathiou, N., Guo, P., and Taylor, S. J.** (2023). What is the evidence behind cancer care reviews, a primary care cancer support tool? A scoping review. *Journal of Cancer Survivorship, 17*(6), 1780-1798.
- Gorman, L. M. ve Sultan, D. F.** (2014). Psikososyal hemşirelik genel hasta bakımı. Ed. Öz, F., Demiralp, M. 3.Baskı, Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara. s. 2-9.
- Gökçek, Ö., Hüzmeli, E. D., ve Katayıfçı, N.** (2019). Kronik obstrüktif akciğer hastalarında dispnenin yaşam kalitesi ve depresyona etkisi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, (1)*, 84-88.
- Göker, A., Güvenal, T., Yanikkerem, E., Turhan, A. ve Koyuncu, F. M.** (2011). Quality of life in women with gynecologic cancer in Turkey. *Asian Pac J Cancer Prev, 12*(11), 3121-3128.
- Gözüyeşil, E., Düzgün, A. A., ve Aslan, K. S. Ü.** (2019). Kadınların serviks kanserinden korunma ve erken tanıya yönelik tutumlarının değerlendirilmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 28*(4), 229-238.
- Guarino, A., Polini, C., Forte, G., Favieri, F., Boncompagni, I., and Casagrande, M.** (2020). The effectiveness of psychological treatments in women with breast cancer: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Medicine, 9*(1), 209.
- Gull, B., Karlsson, B., Milsom, I., and Granberg, S.** (2003). Can ultrasound replace dilation and curettage? A longitudinal evaluation of postmenopausal bleeding and transvaginal sonographic measurement of the endometrium as predictors of endometrial cancer. *Am J Obstet Gynecol, 188*(2), 401-8.
- Güler, D.** (2006). Mastalji, yaşam kalitesi ve depresyon. T.C. Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği (Yayınlanmamış uzmanlık tezi). İstanbul.
- Gün, Ç.** (2011). Histerektomili hastalarda benlik saygısının öz-bakım gücüne etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). İstanbul.
- Güven, Ş. D. ve Çelik, G. K.** (2019). Radyoterapi alan hastaların hemşirelik bakımı. Palyatif Bakım ve Tıp. Ed. Akçakaya, A. Medikal Sağlık ve Yayıncılık, 1.Baskı. İstanbul. s. 752-754.

- Güzel, D., Yıldırım, N., Besler, A., Akman, L., Özdemir, N., Zekiöglu, O., ve ark.** (2019). Over kanserinin epidemiyolojisi ve genel sağ kalım özellikleri. *Ege Tıp Dergisi*, 58(2), 44-49.
- Habimana, S., Biracyaza, E., Mpunga, T., Nsabimana, E., Kayitesi, F., Nzamwita, P., & Jansen, S.** (2023). Prevalence and associated factors of depression and anxiety among patients with cancer seeking treatment at the Butaro Cancer Center of Excellence in Rwanda. *Frontiers in Public Health*, 11, 972360. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.972360>
- Heller, P. B., Malfetano, J. H., Bundy, B. N., Barnhill, D. R., and Okagaki, T.** (1990). Clinical-pathologic study of stage IIB, III, and IVA carcinoma of the cervix: extended diagnostic evaluation for paraaortic node metastasis—a Gynecologic Oncology Group study. *Gynecologic oncology*, 38(3), 425-430.
- Heo, S., Young, D. C., Safirstein, J., Bourque, B., Antell, M. H., Diloreto, S., et al.** (2022). Mental status changes during elxacaftor/tezacaftor/ivacaftor therapy. *Journal of Cystic Fibrosis*, 21(2), 339-343.
- Higashiyama, N., Yamaguchi, K., Yamamoto, Y., Ueda, A., Inayama, Y., Egawa, M., et al.** (2022). Development of healthy lifestyle consciousness index for gynecological cancer patients. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 30(9), 7569–7574. <https://doi.org/10.1007/s00520-022-07179-z>
- Hill, H. A., Eley, J. W., Harlan, L. C., Greenberg, R. S., Barrett, R. J. I. I., and Chen, V.W.** (1996). Racial differences in endometrial cancer survival: theblack/white cancer survival study. *Obstet Gynecol*; 88, 919–926.
- Ho, D., Kim, S. Y., Kim, S. I., Kim, S. Y., and Lim, W. J.** (2021). Insomnia, anxiety, and depression in patients first diagnosed with female cancer. *Psychiatry investigation*, 18(8), 755–762.
- Hoang, L. N., Park, K. J., Soslow, R. A., and Murali, R.** (2016). Squamous precursor lesions of the vulva: current classification and diagnostic challenges. *Pathology*, 48(4), 291-302.
- Horn, L. C., Klostermann, K., Hautmann, S., Höhn, A. K., Beckmann, M. W., and Mehlhorn, G.** (2011). HPV-assozierte Veränderungen an Vulva und Vagina [HPV-associated alterations of the vulva and vagina. Morphology and molecular pathology]. *Pathologe*, 32(6), 467–475.
- Hovnanyan, A., Mastromatteo, L. Y., Rubaltelli, E., and Scrimin, S.** (2022). Stress and emotional intelligence shape giving behavior: are there different effects of social, cognitive, and emotional stress?. *Frontiers in Psychology*, 13,800742.
- Höhn, A. K., Brambs, C. E., Hiller, G. G. R., May, D., Schmoeckel, E., and Horn, L. C.** (2021). WHO Classification of Female Genital Tumors. *Geburtshilfe Frauenheilkd*, 81(10), 1145–1153.
- Hu, K., Wang, W., Liu, X., Meng, Q., and Zhang, F.** (2018). Comparison of treatment outcomes between squamous cell carcinoma and

adenocarcinoma of cervix after definitive radiotherapy or concurrent chemoradiotherapy. *Radiat Oncol.* 13:1–7.

- Hu, Y., Ma, Z., Zhang, H., Gao, T., Gao, J., Kong, Y., et al.** (2018). Prevalence of and factors related to anxiety and depression symptoms among married patients with gynecological malignancies in China. *Asian Journal of Psychiatry*, 37, 90-95.
- Huang, J., Deng, Y., Boakye, D., Tin, M. S., Lok, V., Zhang, L., et al.** (2022a). Global distribution, risk factors, and recent trends for cervical cancer: A worldwide country-level analysis. *Gynecologic oncology*, 164(1), 85-92.
- Huang, Q., Wu, F., Zhang, W., Stinson, J., Yang, Y., & Yuan, C.** (2022b). Risk factors for low self-care self-efficacy in cancer survivors: Application of latent profile analysis. *Nursing Open*, 9(3), 1805-1814.
- Huh, W. K., Jaura, E. A., Giuliano, A. R., Iversen, O. E., de Andrade, R. P., Ault, K. A., et al.** (2017). Final efficacy, immunogenicity, and safety analyses of a nine-valent human papillomavirus vaccine in women aged 16–26 years: a randomised, double-blind trial. *The Lancet*, 390(10108), 2143-2159.
- Hünkar Yeloğlu, Ç., ve Hocaoğlu, Ç.** (2017). Önemli bir ruh sağlığı sorunu: Bipolar bozukluk. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*, 8(30), 41-54.
- International Agency for Research on Cancer (IARC).** (2020). WHO Classification of Female Genital Tumours. 5th ed. Edited by the WHO Classification of Tumours Editorial Board, *International Agency for Research on Cancer (IARC)*.
- Ister, E. D.** (2020). Investigation of relationship between levels of self-care agency and self-efficacy in nursing students. *Asian Pacific Journal of Health Sciences*, 7(1), 1-6.
- İlhan, F.** (2011). Hemodiyaliz hastalarının özbakım gücünü etkileyen faktörlerin incelenmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). İstanbul.
- Jacob, L., Bleicher, L., Kostev, K., and Kalder, M.** (2016). Prevalence of depression, anxiety and their risk factors in German women with breast cancer in general and gynecological practices. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*, 142, 447-452.
- Jervis, S., Song, H., Lee, A., Dicks, E., Tyrer, J., Harrington, P., et al.** (2014). Ovarian cancer familial relative risks by tumour subtypes and by known ovarian cancer genetic susceptibility variants. *Journal of Medical Genetics*, 51(2), 108-113.
- Jhingran, A.** (2022). Updates in the treatment of vaginal cancer. *International Journal of Gynecological Cancer*, 32(3), 344.
- Jhingran, A.** (2022). Updates in the treatment of vaginal cancer. *International Journal of Gynecological Cancer: Official Journal of the International Gynecological Cancer Society*, 32(3), 344–351.
- Jones, E. R., O’Flynn, H., Njoku, K., and Crosbie, E. J.** (2021). Detecting endometrial cancer. *The Obstetrician & Gynaecologist*, 23(2), 103-112.

- Jones, H. W. and Rock, J. A.** (2015). Te Linde's Operative Gynecology 11nd edition: Lippincott Williams and Wilkins, p. 1388.
- Jones, R. W., Baranyai, J., and Stables, S.** (1997). Trends in squamous cell carcinoma of the vulva: the influence of vulvar intraepithelial neoplasia. *Obstet Gynecol*, 90(3), 448-452.
- Jyani, G., Chauhan, A. S., Rai, B., Ghoshal, S., Srinivasan, R., and Prinja, S.** (2020). Health-related quality of life among cervical cancer patients in India. *International Journal of Gynecologic Cancer*, 30(12).
- Kabukcuoğlu, K. ve Körükcü, Ö.** (2022). Vulva, Vajen kanseri ve hemşirelik bakımı. Jinekolojik Onkolojide Bakım. Ed. Özkan, S., Serçekuş, P., Alataş, E. Akademisyen Kitabevi, Ankara, s. 317-332.
- Kahraman, B.** (2023). Palyatif bakım ünitesinde tedavi gören hastalara bakım veren bireylerin bakım verme yükü ve depresyon anksiyete stres düzeylerinin incelenmesi. İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı (Yayınlanmamış doktora tezi). İstanbul
- Kaijser, J., Vandecaveye, V., Deroose, CM, Rockall, A., Thomassin-Naggara, I., Bourne, T. et al.** (2014). Imaging techniques for the pre-surgical diagnosis of adnexal tumours. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 28(5), 683-695.
- Kaplan, N.** (2019). Brakiterapi alan jinekolojik kanserli hastaların cinsel fonksiyon durumlarının değerlendirilmesi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Edirne.
- Kara, E.** (2019). Kanser yalnızlık ölçeği ve kansere ilişkin negatif sosyal beklentiler ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Denizli.
- Karadaş, N.** (2015). Korpus uteri kanseri. Demir SC, Küçükgöz Güleç Ü. Obstetrik ve Jinekoloji. 7. Baskı, Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi, 427-434.
- Karagözoğlu, Ş.** (2005). Bir Disiplin Olarak Hemşirelik, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(1), 6-14.
- Karaman, R.** (2020). Vulva kanseri ve kendi kendine vulva muayenesine yönelik planlı eğitimin kadınların bilgi ve tutumlarına etkisi. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Gaziantep.
- Karawekpanyawong, N., Kaewkitikul, K., Maneeton, B., Maneeton, N., and Siriaree, S.** (2021). The prevalence of depressive disorder and its association in Thai cervical cancer patients. *Plos One*, 16(6), e0252779.
- Karimi, M. and Brazier, J.** (2016). Health, health-related quality of life, and quality of life: what is the difference?. *Pharmacoeconomics*, 34, 645-649.
- Katagiri, R., Iwasaki, M., Abe, S. K., Islam, M. R., Rahman, M. S., Saito, E., et al.** (2023). Reproductive factors and endometrial cancer risk among women. *JAMA network open*, 6(9), e2332296-e2332296.

- Kay, S., Yuce, S., Bakar, M., Algier, L., and Ozyilkan, O.** (2007). Palliative care needs of the patients with advanced cancer in Turkey. 20th MASCC International Symposium Supportive Care in Cancer Online Symposium Book. P240; June 28-30, St. Gallen, Switzerland.
- Kearney, B. Y., and Fleischer, B. J.** (1979). Development of an instrument to measure exercise of Self-Care Agency. *Res Nurs Health*, 2(1), 25-34.
- Keleş, E., Alınca, C. M., Öztürk, U. K., Korucuoğlu, F. O., Api, M., and Baydili, K. N.** (2023). Jinekolojik onkoloji hastalarında yaşam kalitesi, psikososyal stres: Üçüncü basamak bir merkez deneyimi. *Kocaeli Med J*, 12(1), 14-23.
- Keskin, H. G. ve Tahta, T.** (2021). Vulva kanseri ve vulvektomi sonrası hemşirelik yaklaşımları. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 5(1), 115-121.
- Keys, H. M., Roberts, J. A., Brunetto, V. L., Zaino, R. J., Spirtos, N. M., Bloss, J. D., et al.** (2004). A phase III trial of surgery with or without adjunctive external pelvic radiation therapy in intermediate risk endometrial adenocarcinoma: a Gynecologic Oncology Group study. *Gynecologic Oncology*, 92(3), 744-751.
- Khazaei, Z., Hasanpour Dehkordi, A., Amiri, M., Adineh, H. A., Sohrabivafa, M., and Darvishi, I.** (2018). The incidence and mortality of endometrial cancer and its association with body mass index and human development index in Asian population. *World Cancer Res J*, 5(4), e1174.
- Kılıç, D. ve Alataş, E.** (2022). Jinekolojik kanserlerde tarama ve erken tanı-2. Jinekolojik Onkolojide Bakım. Ed. Özkan, S., Serçekuş, P., Alataş, E. Akademisyen Kitabevi, Ankara. s. 51-69.
- Kızılrımk, S. A.** (2019). Over kanseri hastalarında fonksiyonel kapasitenin belirleyicileri. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). İzmir.
- Kim, G. E., Jo, M. W., and Shin, Y. W.** (2020). Increased prevalence of depression in South Korea from 2002 to 2013. *Scientific Reports*, 10(1), 16979.
- Kim, H. S., Nho, J. H., & Nam, J. H.** (2021). A serial multiple mediator model of sense of coherence, coping strategies, depression, and quality of life among gynecologic cancer patients undergoing chemotherapy. *European Journal of Oncology Nursing*, 54, 102014. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2021.102014>
- Kim, S. H., Kang, S., Kim, Y. M., Kim, B. G., Seong, S. J., Do Cha, S., et al.** (2010). Prevalence and predictors of anxiety and depression among cervical cancer survivors in Korea. *International Journal of Gynecologic Cancer*, 20(6). <https://doi.org/10.1111/IGC.0b013e3181e4a704>
- Kim, S. I., and Kim, J. W.** (2021). Role of surgery and hyperthermic intraperitoneal chemotherapy in ovarian cancer. *ESMO Open*, 6(3), 100149.
- Klapheke, A. K., Keegan, T. H., Ruskin, R., and Cress, R. D.** (2020). Depressive symptoms and health-related quality of life in older women with gynecologic Cancers. *Journal of Geriatric Oncology*, 11(5), 820-827.

- Kocaman Yıldırım, N.** (2013). Yetişkin kanser hastalarının destekleyici bakım ve verilen hizmet arasındaki boşluk. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 6(4), 231-240.
- Kocaman Yıldırım, N., Kaçmaz, N., ve Özkan, M.** (2013a). İleri evre kanser hastalarının karşılanmamış bakım gereksinimleri. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 4(3), 153-158.
- Kocaman Yıldırım, N., Kaçmaz, N., ve Özkan, M.** (2013b). Yetişkin kanser hastalarının bakım gereksinimleri ve verilen hizmet arasındaki boşluk. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 6(4), 231-240.
- Kocaman, N.** (2006). Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği ve genel hastanede psikososyal bakım. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci*, 2(47), 97-107.
- Koç, M.** (2016). Depresif bozukluklar. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği. Ed. Gürhan, N. Nobel Tıp Kitabevleri. Ankara. s. 475-538.
- Koç, Z. and Şener, A.** (2017). Distress symptoms, anxiety, depression level, and self-care ability of oncology inpatients in a region of Turkey. *Eur. J. Oncol*, 22(1), 76-87.
- Kotil, G.** (2005). Benign ve malign endometrial patolojilerde power doppler ultrasonografi ile mikrodamar yoğunluğunun korelasyonu. T.C. Sağlık Bakanlığı Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi (Yayınlanmamış uzmanlık tezi). İstanbul.
- Kubi, A., Konney, T. O., Amo-Antwi, K., Tawiah, A., Nti, M. K., Ankobe-Kokroe, F., et al.** (2022). Factors associated with late-stage presentation of cervical cancer in Ghana. *Ghana Medical Journal*, 56(2), 86-94. <https://doi.org/10.4314/gmj.v56i2.5>
- Kurman, R. J. and Shih, I. M.** (2011). Molecular pathogenesis and extraovarian origin of epithelial ovarian cancer—shifting the paradigm. *Human pathology*, 42(7), 918-931.
- Kurman, R. J. and Shih, I. M.** (2016). The dualistic model of ovarian carcinogenesis: revisited, revised, and expanded. *The American journal of pathology*, 186(4), 733-747.
- Kurt, S., Süt, H. K., ve Küçükaya, B.** (2019). Bir üniversite hastanesine başvuran jinekolojik ve meme kanserli hastalarda tamamlayıcı sağlık yaklaşımları kullanımı. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 9(3), 326-336.
- Kutlu, R., Çivi, S., Börüban, M. C., ve Demir, A.** (2011). Kanserli hastalarda depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Selçuk Üniversitesi Tıp Dergisi*, 27, 149-153
- Küçükaya, B. and Alptekin, H. A.** (2024a). The effect of pain on self-esteem and self-care agency in hysterectomy: a cross-sectional study. *BAUN Health Sci J*, 13(2), 346-353. <https://doi.org/10.53424/balikesirsbd.1318280>
- Küçükaya, B., & Yalçın, E.** (2024b). Jinekolojik Kanserli Hastaların Özbakım Gücüne Yönelik Bakımda Hemşirenin Rolü: Derleme. *Unika Sağlık*

- Küçükaya, B. and Erçel, Ö.** (2019). The Effect of Disease Perception on Self-Care Power in Gynecologic Cancer Patients, *EGE HFD*, 35(3), 137-145.
- La Rosa, V. L., Shah, M., Kahramanoğlu, I., Cerentini, T. M., Ciebiera, M., Lin, L. T., et al.** (2020). Quality of life and fertility preservation counseling for women with gynecological cancer: an integrated psychological and clinical perspective. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 41(2), 86-92.
- La Vecchia, C.** (2017). Ovarian cancer: epidemiology and risk factors. *Eur J Cancer Prev*, 26(1), 55-62.
- Lamoreaux, W. T., Grigsby, P. W., Dehdashti, F., Zoberi, I., Powell, M. A., Gibb, R. K., et al.** (2005). FDG-PET evaluation of vaginal carcinoma. *International Journal of Radiation Oncology* Biology* Physics*, 62 (3), 733-737.
- Langhorne, M. E., Fulton, J. S., and Otto, S. E.** (2007). *Oncology Nursing*. 5th ed. St. Louis, MO: Mosby Elsevier. p. 213-31.
- Lee, J. M., Minasian, L., and Kohn, E. C.** (2019). New strategies in ovarian cancer treatment. *Cancer*, 125, 4623-4629.
- Lee, Y. J., Kim, M. A., and Park, H. J.** (2020). Effects of a laughter programme with entrainment music on stress, depression, and health-related quality of life among gynaecological cancer patients. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 39, 101118.
- Lee, Y. L., Wu, Y., Tsang, H. W., Leung, A. Y., and Cheung, W. M.** (2011). A systematic review on the anxiolytic effects of aromatherapy in people with anxiety symptoms. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 17(2), 101-108.
- Le-Niculescu, H., Roseberry, K., Gill, S. S., Levey, D. F., Phalen, P. L., Mullen, J., et al.** (2021). Precision medicine for mood disorders: objective assessment, risk prediction, pharmacogenomics, and repurposed drugs. *Molecular Psychiatry*, 26(7), 2776-2804.
- Leppert, W. G. L. and Forycka, M.** (2015). Clinical practice recommendations for quality of life assessment in patients with gynecological cancer. *Prz Menopauzalny*, 14, 271–282.
- Levinson, K., Beavis, A. L., Purdy, C., Rositch, A. F., Viswanathan, A., Wolfson, A. H., et al.** (2021). Beyond Sedlis—A novel histology-specific nomogram for predicting cervical cancer recurrence risk: An NRG/GOG ancillary analysis. *Gynecologic oncology*, 162(3), 532-538.
- Linden, W., Vodermaier, A., MacKenzie, R., and Greig, D.** (2012). Anxiety and depression after cancer diagnosis: Prevalence rates by cancer type, gender, and age. *J Affect Disord*, 141(2–3), 343–51. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2012.03.025>
- Lisio, M. A., Fu, L., Goyeneche, A., Gao, Z. H., and Telleria, C.** (2019). High-grade serous ovarian cancer: basic sciences, clinical and therapeutic standpoints. *International journal of molecular sciences*, 20(4), 952.

- Littman, A. J., Beresford, S. A., and White, E.** (2001). The association of dietary fat and plant foods with endometrial cancer (United States). *Cancer Causes Control*, *12*, 691–702.
- Liu, H. D., Xia, B. R., Jin, M. Z., and Lou, G.** (2020). Organoid of ovarian cancer: genomic analysis and drug screening. *Clinical and Translational Oncology*, *22*, 1240-1251.
- Liu, P., Ji, M., Kong, Y., Huo, Z., Lv, Q., Xie, Q., et al.** (2022). Comparison of survival outcomes between squamous cell carcinoma and adenocarcinoma/adenosquamous carcinoma of the cervix after radical radiotherapy and chemotherapy. *BMC Cancer*, *22*(1), 326.
- Loerbroks, A., Schouten, L.J., Goldbohm, R.A., and Van Den Brandt, P.A.** (2007) Alcohol consumption, cigarette smoking, and endometrial cancer risk: results from the Netherlands Cohort Study. *Cancer Causes & Control*, *18*(5), 551-560.
- Lopes, A. C., Bacalhau, R., Santos, M., Pereira, M., & Pereira, M. G.** (2020). Contribution of sociodemographic, clinical, and psychological variables to quality of life in women with cervical cancer in the follow-up phase. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, *27*, 603-614. <https://doi.org/10.1007/s10880-019-09644-0>
- Lovibond, P. F., and Lovibond, S. H.** (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, *33*, 335-343.
- Lyu, M. M., Siah, R. C. J., Zhao, J., and Cheng, K. K. F.** (2023). Supportive care needs of breast cancer survivors with different levels of fear of cancer recurrence: A cross-sectional survey study. *European Journal of Oncology Nursing*, *66*, 102360.
- Maguire, R., Kotronoulas, G., Simpson, M. and Paterson, C.** (2015). A systematic review of the supportive care needs of women living with and beyond cervical cancer. *Gynecol Oncol*, *136*(3), 478-490.
- Manuel, V. V. H. and Manuel, V. V. A.** (2020). Clinical, pathological, preventive and therapeutic aspects in cancer de vulva. *Obstetrics Genecology and Reproductive Sciences*, *4*(1), 1-15.
- Marcus, D., King, A., Yazbek, J., Hughes, C., and Ghaem-Maghani, S.** (2021). Anxiety and stress in women with suspected endometrial cancer: Survey and paired observational study. *Psycho-Oncology*, *30*(8), 1393-1400.
- Martínez, N., Connelly, C. D., Pérez, A., and Calero, P.** (2021). Self-care: A concept analysis. *International Journal of Nursing Sciences*, *8*(4), 418-425.
- Masià, J., Pons, G., & Rodríguez-Bauzá, E.** (2016). Barcelona Lymphedema Algorithm for Surgical Treatment in Breast Cancer-Related Lymphedema. *J Reconstr Microsurg*, *32*(5), 329-335.
- Matias-Guiu, X. and Stewart, C.** (2018). Endometriosis-associated ovarian neoplasia. *Pathology*, *50*(2), 190-204.

- Matz, M., Coleman, M. P., Sant, M., Chirlaque, M. D., Visser, O., Gore, M., et al.** (2017). The histology of ovarian cancer: worldwide distribution and implications for international survival comparisons (CONCORD-2). *Gynecologic oncology*, *144*(2), 405-413.
- Mawardika, T., Afiyanti, Y. ve Rahmah, H.** (2019). Gynecological cancer inpatients need more supportive nursing care than outpatients: a comparative study. *BMC Nursing*, *18*, 1-6.
- McCluggage, W. G.** (2011). Morphological subtypes of ovarian carcinoma: a review with emphasis on new developments and pathogenesis. *Pathology*, *43*(5), 420-432.
- McCormack, D.** (2003). An examination of the self-care concept uncovers a new direction for healthcare reform. *Nursing Leadership (Toronto, Ont.)*, *16*(4), 48-62.
- McLemore, M. R., Miaskowski, C., Aouizerat, B. E., Chen, L. M., and Dodd, M. J.** (2009). Epidemiologic and genetic factors associated with ovarian cancer. *Cancer Nursing*, *32*(4), 281-288.
- Melekoğlu, R. ve Yılmaz, E.** (2020). Asemptomatik postmenopozal endometrial kalınlık artışında yönetim. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, *21*(2), 8-16.
- Menekli, T., Doğan, F., and Elkıran, E. T.** (2020). Kanserli hastalarda hastalık algısı ve yaşam kalitesi. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, *17*(3), 467-474.
- Menti, K., Govina, O., Dokoutsidou, E., Konstantinidis, T., Charalambous, A., and Adamakidou, T.** (2021). Supportive care needs, psychological distress and social support of patients with gynecologic cancer before surgery. *Children*, *26*, 2321-2329.
- Merlo, A. S.** (2020). Modern treatment of vulvar cancer. *Radiology and Oncology*, *54*(4), 371.
- Meys, E. M. J., Kaijser, J., Kruitwagen, R. F. P. M., Slangen, B. F. M., Van Calster, B., Aertgeerts, B., et al.** (2016). Subjective assessment versus ultrasound models to diagnose ovarian cancer: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Cancer*, *58*, 17-29.
- Momenimovahed, Z., Tiznobaik, A., Taheri, S., and Salehiniya, H.** (2019). Ovarian cancer in the world: Epidemiology and risk factors. *International Journal Of Women's Health*, 287-299.
- Muhsiroğlu, Ö.** (2016). Kansere karşı koruyucu beslenme etmenleri. Beslenme ve Kanser, Hasta Bilgilendirme Kitapçığı. Ed. Özet, A. Gata Tıbbi Onkoloji BD. 1.Baskı., Ankara: Gata B. National Cancer Institute-Surveillance, Epidemiology and End Results. s. 27.
- Müezzinoğlu, T.** (2005). Yaşam kalitesi. *Üroonkoloji Bülteni*, *1*, 25-29.
- Nagata, C., Takatsuka, N., Kawakami, N., and Shimizu, H.** (2000). Total and monounsaturated fat intake and serum estrogen concentrations in premenopausal Japanese Women. *Nutr Cancer*; *38*, 37-39.

- Nagelhout, G., Ebisch, R. M., Van Der Hel, O., Meerkerk, G. J., Magnée, T., De Bruijn, T., et al.** (2021). Is smoking an independent risk factor for developing cervical intra-epithelial neoplasia and cervical cancer? A systematic review and meta-analysis. *Expert review of anticancer therapy*, 21(7), 781-794.
- Nahcivan, N.** (1993). *Sağlıklı gençlerde öz bakım gücü ve aile ortamının etkisi*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü (Yayınlanmamış doktora tezi). İstanbul.
- Nakazawa, H., Yamaguchi, S., Onuki, M., Kitai, M., Yahata, H., Aoki, Y., et al.** (2023). Age at first sexual intercourse among young women with invasive cervical cancer: implications for routine vaccination against human papillomavirus in Japan. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 53(6), 530-533.
- Nanda International Inc.** (2018). NANDA—I Diagnósticos de Enfermagem da Nanda (NANDA- I Nanda's Nursing Diagnoses) 2018-2020 (11th ed.). Artmed.
- Narayana, G., Suchitra, M. J., Sunanda, G., Ramaiah, J. D., Kumar, B. K. and Veerabhadrapa, K. V.** (2017). Knowledge, attitude, and practice toward cervical cancer among women attending Obstetrics and Gynecology Department: A cross-sectional, hospital-based survey in South India. *Indian Journal of Cancer*, 54(2), 481-487.
- Narice, B. F., Delaney, B., and Dickson, J. M.** (2018). Endometrial sampling in low-risk patients with abnormal uterine bleeding: a systematic reviews and meta-synthesis. *BMC Fam Pract*, 19, 135.
- Nazik, E. ve Karaçay Yıkar, S.** (2022). Jinekolojik kanserlerden korunma. Jinekolojik Onkolojide Bakım. Ed. Özkan, S., Serçekuş, P., Alataş, E. Akademisyen Kitabevi, Ankara. s. 19-36.
- Nebgen, D. R., Lu, K. H., and Bast, R. C.** (2019). Novel approaches to ovarian cancer screening. *Current oncology reports*, 21, 1-11.
- Ngan, H. Y., Tsao, S. W., Liu, S. S., and Stanley, M.** (1997). Abnormal expression and mutation of p53 in cervical cancer—a study at protein, RNA and DNA levels. *Genitourin Med*, 73(1), 54–58.
- O'Connor, D. B., Thayer, J. F., and Vedhara, K.** (2021). Stress and health: A review of psychobiological processes. *Annual review of psychology*, 72, 663-688.
- Odunsi, K.** (2017). Immunotherapy in ovarian cancer. *Annals of oncology*, 28, viii1-viii7.
- Ogden, C. L., Carroll, M. D., Curtin, L. R., McDowell, M. A., Tabak, C. J., and Flegal, K. M.** (2006). Prevalence of overweight and obesity in the United States, 1999–2004. *JAMA*; 295, 1549–1555.
- Olawaiye, A. B., Baker, T. P., Washington, M. K., and Mutch, D. G.** (2021). The new (Version 9) American Joint Committee on Cancer tumor, node, metastasis staging for cervical cancer. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 71(4), 287-298.

- Olawaiye, A. B., Cuello, M. A., and Rogers, L. J.** (2021). Cancer of the vulva: 2021 update. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 155, 7-18.
- Olubodun, T., Ogundele, O. O., Salisu, Z. A., Odusolu, Y. O., and Caleb-Ugwuowo, U. U.** (2023). Cervical cancer awareness and risk factors among women residing in an urban slum in Lagos, *Southwest Nigeria. Afri Health Sci.* 23(3), 269-279.
- Oonk, M. H. M., Planchamp, F., Baldwin, P., Bidzinski, M., Brännström, M., Landoni, F., et al.** (2017). European Society of Gynaecological Oncology Guidelines for the management of patients with vulvar cancer. *Int J Gynecol Cancer*, 27, 832-837.
- Orem, D. E.** (1995). *Nursing: Concepts of Practice* (5 th ed.). St. Lous: Mosby-Year Books. p. 1-333.
- Oroian, B. A., Ciobica, A., Timofte, D., Stefanescu, C., and Serban, I. L.** (2021). New metabolic, digestive, and oxidative stress-related manifestations associated with posttraumatic stress disorder. *Oxidative Medicine and Cellular Longevity*.
- Orton, A., Boothe, D., Williams, N., Buchmiller, T., Huang, Y. J., Suneja, G. et al.** (2016). Brachytherapy improves survival in primary vaginal cancer. *Gynecologic Oncology*, 141(3), 501-506.
- Öz, F.** (2010). Sağlık Alanında Temel Kavramlar. Mattek Matbaacılık Bas. Yay. Tic. Ltd şti. 2. Baskı. Ankara. s. 13-14.
- Öz, M.** (2022). Anksiyete tedavisinde aromaterapi uygulamaları: Bir gözden geçirme. *Geleneksel ve Tamamlayıcı Anadolu Tıbbı Dergisi*, 4(1), 1-8.
- Öz, S.** (2018). Bipolar bozukluğu olan bireylerin ve bakım verenlerinin psikoeğitim gereksinimlerinin ve yaşam kalitelerinin belirlenmesi. Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Çanakkale.
- Özaras, G. and Özyurda, F.** (2010). Quality of life and influencing factors in patients with a gynaecologic cancer diagnosis at Gazi University, Turkey. *Asian Pac J Cancer Prev*, 11(5), 1403-1408.
- Özçelik, H., Fadıloğlu, Ç., Uyar, M. ve Karabulut, B.** (2010). Kanser hastaları ve aileleri için palyatif bakım. Üniversite Opset. İzmir.
- Özdemir, Z., Alaca, C., Gökgün, E., Yıldırım, H., Ataman, G., Öztürk, Ö., Şükür, Y. E., Taşkın, S.** (2023). Jinekolojik kanserlerin kadınların cinsel yaşam kalitelerine etkilerinin belirlenmesi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 76(2), 101-107.
- Özerdoğan, N. ve Gürsoy, E.** (2017). Serviks kanserinde korunma ve hemşirelik. *Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics*, 3(1), 40-49.
- Öztürker, C. ve Sönmez, G.** (2015). Endometrium ve serviks kanserlerinde görüntüleme. *Türk Radyoloji Seminerleri*, 3, 1-11.
- Pan, X., Yang, W., Wen, Z., Li, F., Tong, L., and Tang, W.** (2020). Does adenocarcinoma have a worse prognosis than squamous cell carcinoma in

patients with cervical cancer? A real-world study with a propensity score matching analysis. *Journal of Gynecologic Oncology*, 31(6).

- Papathanasiou, I. V., Kelepouris, K., Valari, C., Papagiannis, D., Tzavella, F., Kourkouta, L., et al.** (2020). Depression, anxiety and stress among patients with hematological malignancies and the association with quality of life: a cross-sectional study. *Medicine and Pharmacy Reports*, 93(1), 62.
- Parham, G. P., Mwanahamuntu, M. H., Kapambwe, S., Muwonge, R., Bateman, A. C., Blevins, M., et al.** (2015). Population-level scale-up of cervical cancer prevention services in a low-resource setting: development, implementation, and evaluation of the cervical cancer prevention program in Zambia. *PloS one*, 10(4), e0122169.
- Park, K. J., Roma, A., Singh, N., Gilks, C. B., Oliva, E., Abu-Rustum, N., et al.** (2021). Tumor staging of endocervical adenocarcinoma: recommendations from the International Society of Gynecological Pathologists. *International Journal of Gynecological Pathology*, 40, S92-S101.
- Pasalich, M., Su, D., Binns, C. W., and Lee, A. H.** (2013). Reproductive factors for ovarian cancer in southern Chinese women. *J Gynecol Oncol*, 24(2), 135-140.
- Paşalak, Ş. İ.** (2020). Kemoterapi alan jinekolojik kanserli hastalarda yönetim modelinin etkinliğinin değerlendirilmesi. Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü (Yayınlanmamış doktora tezi). İstanbul.
- Patel-Lippmann, K., Robbins, J. B., Barroilhet, L., Anderson, B., Sadowski, E. A., and Boyum, J.** (2017). MR imaging of cervical cancer. *Magnetic Resonance Imaging Clinics*, 25(3), 635-649.
- Pearce, M., Garcia, L., Abbas, A., Strain, T., Schuch, F. B., Golubic, R., et al.** (2022). Association between physical activity and risk of depression: a systematic review and meta-analysis. *JAMA psychiatry*, 79(6), 550-559.
- Pınar, G., Algier, L., Çolak, M., ve Ayhan, A.** (2008). Jinekolojik kanserli hastalarda yaşam kalitesi. *Uluslararası Hematoloji Onkoloji Dergisi*, 18(3).
- Pınar, G., Algier, L., Doğan, N., ve Kaya, N.** (2008). Jinekolojik kanserli bireylerde risk faktörlerinin belirlenmesi. *Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi*, 18(4), 208-216.
- Pınar, G., Okdem, S., Buyukgonenc, L., Ayhan, A.** (2012). The relationship between social support and the level of anxiety, depression and quality of life of Turkish women with gynecologic cancer. *Cancer Nursing*. 35(3), 229. doi:10.1097/NCC.0b013e31822c47bd.
- Pils, S., Gensthaler, L., Alemany, L., Horvat, R., De Sanjosé, S., and Joura, E. A.** (2017). HPV prevalence in vulvar cancer in Austria. *Wien Klin Wochenschr*, 129, 805-809.
- Prat, J., Olawaiye, A. B., and Bermudez, A.** (2017). Ovary, Fallopian Tube, and Primary Peritoneal Carcinoma. In: *AJCC Cancer Staging Manual*, 8th ed. Ed. Amin, M. B. AJCC, Chicago. p. 681.

- Qian, H., & Yuan, C.** (2012). Factors associated with self-care self-efficacy among gastric and colorectal cancer patients. *Cancer Nursing*, 35(3), E22–E31. <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e31822d7537>
- Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B., Xu, Y.** (2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *Gen Psychiatr*, 33(2), e100213.
- Raglan, O., Kalliala, I., Markozannes, G., Cividini, S., Gunter, M. J., Nautiyal, J., et al.** (2019). Risk factors for endometrial cancer: An umbrella review of the literature. *International Journal of Cancer*, 145(7), 1719-1730.
- Rajaram, S., Maheshwari, A., and Srivastava, A.** (2015). Staging for vaginal cancer. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 29(6), 822-832.
- Randall, M. E., and Reisinger, S.** (1994, February). Radiation therapy and combined chemo-irradiation in advanced and recurrent endometrial carcinoma. In *Seminars in Oncology* 21(1), 91-99.
- Rasmussen, C. L., Sand, F. L., Hoffmann Frederiksen, M., Kaae Andersen, K., and Kjaer, S. K.** (2018). Does HPV status influence survival after vulvar cancer?. *International Journal of Cancer*, 142(6), 1158-1165.
- Reis, N.** (2003). Jinekolojik kanser ve tedavilerinin kadın cinsel sağlığına etkileri. *CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7(2), 35-41.
- Reis, N. and Beji, N. K.** (2009). Risk factors for endometrial cancer in Turkish women: results from a hospital-based case control study. *Eur J Oncol Nurs*, 13, 122–127.
- Reis, N., Coşkun, A., ve Beji, N. K.** (2006). Jinekolojik kanserlerde yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(2), 25-35.
- Reshko, L. B., Gaskins, J. T., Metzinger, D. S., Todd, S. L., Eldredge-Hindy, H. B., et al.** (2021). The impact of brachytherapy boost and radiotherapy treatment duration on survival in patients with vaginal cancer treated with definitive chemoradiation. *Brachytherapy*, 20(1), 75-84.
- Richard, A. A. and Shea, K.** (2011). Delineation of self-care and associated concepts. *Journal of Nursing Scholarship*, 43(3), 255-264.
- Riegel, B., Jaarsma, T., and Strömberg, A.** (2012). A middle-range theory of self-care of chronic illness. *ANS Adv Nurs Sci*, 35(3), 194-204.
- Rock, A. J. and Jones, W. H.** (2005). *Te Linde's Operative Gynecology*. 9 th Ed. Lippincott Williams&Wilkins.
- Rockwell, J. M., & Riegel, B.** (2001). Predictors of self-care in persons with heart failure. *Heart & Lung*, 30(1), 18-25.
- Romero-Rebollar, C., García-Gómez, L., Báez-Yáñez, M. G., Gutiérrez-Aguilar, R., and Pacheco-López, G.** (2022). Adiposity affects emotional information processing. *Frontiers in Psychology*, 13, 879065.
- Sadia, H., Shahwani, I. M., and Bana, K. F. M.** (2022). Risk factors of cervical cancer and role of primary healthcare providers regarding PAP smears

counseling: Case control study. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 38(4Part-II), 998.

- Sajjadi, M., Rassouli, M., Abbaszadeh, A., Brant, J., and Majd, H. A.** (2016). Lived experiences of “illness uncertainty” of Iranian cancer patients: A phenomenological hermeneutic study. *Cancer nursing*, 39(4), E1-E9.
- Saleh, M., Virarkar, M., Javadi, S., Elsherif, S. B., de Castro Faria, S., and Bhosale, P.** (2020). Cervical cancer: 2018 revised international federation of gynecology and obstetrics staging system and the role of imaging. *American Journal of Roentgenology*, 214(5), 1182-1195.
- Sarıçam, H.** (2018). The psychometric properties of Turkish version of Depression Anxiety Stress Scale-21 (DASS-21) in health control and clinical samples. *Journal of Cognitive Behavioral Psychotherapy and Research*, 7(1), 19-30.
- Savira, M., Suhaimi, D., Putra, A. E., Yusrawati, Y., and Lipoeto, N. I.** (2022). Prevalence oncogenic human papillomavirus in cervical cancer patients in riau province Indonesia. *Reports of Biochemistry & Molecular Biology*, 10 (4), 573.
- Scholten, A. N., Creutzberg, C. L., Van Den Broek, L. J., Noordijk, E. M., and Smit, V. T.** (2003). Nuclear beta-catenin is a molecular feature of type I endometrial carcinoma. *J Pathol*, 201, 460–65.
- Schrijver, L. H., Antoniou, A. C., Olsson, H., Mooij, T. M., Roos-Blom, M. J., Azarang, L., et al.** (2021). Oral contraceptive use and ovarian cancer risk for BRCA1/2 mutation carriers: an international cohort study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 225(1), 51-e1.
- Schuch, F. B., Vancampfort, D., Firth, J., Rosenbaum, S., Ward, P. B., Silva, E. S., et al.** (2018). Physical activity and incident depression: a meta-analysis of prospective cohort studies. *American Journal of Psychiatry*, 175(7), 631-648.
- Sehouli, J., Mueller, K., Richter, R., Anker, M., Woopen, H., Rasch, J., et al.** (2021). Effects of sarcopenia and malnutrition on morbidity and mortality in gynecologic cancer surgery: results of a prospective study. *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle*, 12(2), 393-402.
- Sekse, R. J. T., Hufthammer, K. O., and Vika, M. E.** (2015). Fatigue and quality of life in women treated for various types of gynaecological cancers: a cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, 24(3-4), 546-555.
- Serov, S. F., Scully, R. E., and Sobin, L. H.** (1973). International Classification of tumours. Histological Typing of Ovarian Tumours, 1st ed.; WHO: Geneva, Switzerland.
- Setiawan, V. W., Pike, M. C., Kolonel, L. N., Nomura, A. M., Goodman, M. T., and Henderson, B. E.** (2007). Racial/Ethnic differences in endometrial cancer risk: the multiethnic cohort study. *Am J Epidemiol*, 165, 262–270.
- Shaw, E., Farris, M., McNeil, J., and Friedenreich, C.** (2016). Obesity and endometrial cancer. *Obesity and Cancer*, 107-136.

- Shirali, E., Yarandi, F., Ghaemi, M., and Montazeri, A.** (2020). Quality of life in patients with gynecological cancers: a web-based study. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP*, 21(7), 1969.
- Shorey, S., Ng, E. D., and Wong, C. H.** (2022). Global prevalence of depression and elevated depressive symptoms among adolescents: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Clinical Psychology*, 61(2), 287-305.
- Siegel, R. L., Miller, K. D., and Jemal, A.** (2018). Cancer statistics, 2018. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 68(1), 7-30.
- Smith, S. M., Peters, S., Blumenfeld, M. L., and Chen, W.** (2017). Vulvar bowenoid papulosis: histologically high-grade squamous intraepithelial lesion known to spontaneously regress. *Journal of Lower Genital Tract Disease*, 21(3), e30-e32.
- Smits, R. M., Zusterzeel, P. L., and Bekkers, R. L.** (2014). Pretreatment retroperitoneal para-aortic lymph node staging in advanced cervical cancer: a review. *International Journal of Gynecologic Cancer*, 24(6).
- Sorosky, J. I.** (2008). Endometrial cancer. *Obstet Gynecol*, 111, 436–447.
- Soslow, R. A., Tornos, C., and Park, K. J.** (2019). Endometrial carcinoma diagnosis: Use of FIGO grading and genomic subcategories in clinical practice: Recommendations of the International Society of Gynecological Pathologists. *Int J Gynecol Pathol*, 38, 64-74.
- Steven, D. P. and Kenneth, L. K.** (2012). Management of psychiatric and psychologic disorders in patients with cancer. *Psycho-oncology*.
- Stratton, J. F., Pharoah, P., Smith, S. K, Easton, D., and Ponder, B. A. J.** (1998). A systematic review and meta-analysis of family history and risk of ovarian cancer. *Br J Obstet Gynaecol*, 105(5), 493-499.
- Sugiyama, V. E., Chan, J. K., Shin, J. Y., Berek, J. S., Osann, K., and Kapp, D. S.** (2007). Vulvar melanoma: a multivariable analysis of 644 patients. *Obstet Gynecol*, 110(2 Pt 1), 296–301.
- Sundar, S., Balega, J., Crosbie E., Drake, A., Edmondson, R., Fotopoulou, C., et al.** (2017). BGC Suterine cancer guidelines: recommendations for practice. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 213, 71–97.
- Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., et al.** (2021). Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 71(3), 209-249.
- Süzek, H. ve Çakmak, O.** (2004). Muğla sağlık yüksek okulu öğrencilerinin sosyo-demografik özelliklerinin özbakım güçlerine etkisinin belirlenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 1303-5134
- Şahin, N. H. ve Bal, M. D.** (2016). Üreme organ tümörleri. Ed: Beji NK (ed). Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. 2nd edition. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 204-219.
- Şirin, A. ve Kavlak, O.** (2015). Kadın Sağlığı. Nobel Tıp Kitabevi. İstanbul.

- Tan, A., Bieber, A. K., Stein, J. A., and Pomeranz, M. K.** (2019). Diagnosis and management of vulvar cancer: A review. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 81(6), 1387-1396.
- Taşgın, C., Öner, C., Temiz, H. E., Cetin, H., ve Şimşek, E. E.** (2021). İstanbul'da bir aile sağlığı merkezine kayıtlı 18-49 yaş kadınlarda depresyon görülme sıklığı ve ilişkili faktörler. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (14), 258-269.
- Taşkın, L.** (2012). Jinekolojik kanserler. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Ed. Taşkın, L. Akademisyen Kitabevi, Ankara. s. 655-688.
- Taylan, S., Alan, S., ve Kadioğlu, S.** (2012). Hemşirelik rolleri ve özerklik. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 14(3), 66-74.
- Tekalign, T. and Teshome, M.** (2022). Prevalence and determinants of late-stage presentation among cervical cancer patients, a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 17(4), e0267571.
- Tekbaş, S., Şahin, N. H. and Sayın, N. C.** (2022). The effect of treatment on quality of life, symptoms, and social life in gynecologic cancer patients. *Clinical Nursing Research*, 31(6), 1063-1071.
- Teskereci, G., Arslan, Ü. Ö., and Öncel, S.** (2022). The awareness levels of women for gynecologic cancer in Turkey: A cross-sectional study. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 156(3), 539-545.
- Testa, U., Petrucci, E., Pasquini, L., Castelli, G., and Pelosi, E.** (2018). Ovarian cancers: Genetic abnormalities, tumor heterogeneity and progression, Clonal Evolution and Cancer Stem Cells. *Medicines*, 5, 16.
- The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee Opinion no. 631.** (2015). Endometrial intraepithelial neoplasia. *Obstet Gynecol*, 125(5), 1272-1278.
- The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee Opinion no. 601.** (2014). Tamoxifen and uterin cancer. *Obstet Gynecol*, 123(1), 1394-1397.
- Timmerman, D., Planchamp, F., Bourne, T., Landolfo, C., du Bois, A., Chiva, L., et al.** (2021). ESGO/ISUOG/IOTA/ESGE Consensus Statement on pre-operative diagnosis of ovarian tumors. *International Journal of Gynecologic Cancer*, 31(7).
- Tjalma, W. A., Monaghan, J. M., De Barros Lopes, A., Naik, R., Nordin, A. J., and Weyler, J. J.** (2001). The role of surgery in invasive squamous carcinoma of the vagina. *Gynecologic Oncology*, 81(3), 360-365.
- Tompkins, M. A.** (2021). The anxiety and depression workbook: Simple, effective CBT techniques to manage moods and feel better now. *New Harbinger Publications*.
- Torre, L. A., Islami, F., Siegel, R. L., Ward, E. M., and Jemal, A.** (2017). Global cancer in women: burden and trends. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 26(4), 444-457.
- Tosic Golubovic, S., Binic, I., Krtinic, D., Djordjevic, V., Conic, I., Gugleta, U., et al.** (2022). Risk factors and predictive value of depression and anxiety

in cervical cancer patients. *Medicina*, 58(4), 507.
<https://doi.org/10.3390/medicina58040507>

- Tosunöz, İ. K., Akbaş, M., ve Öztunç, G.** (2021). Hasta ve hemşirelerin perspektifinden iyi hemşire: Nitel bir çalışma. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 11(2), 319-330.
- Tuncay, T.** (2010). Kanslerle baş etmede destek grupları. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 21(1), 59-71.
- Tunuğ, Ş.** (2022). Kemoterapi uygulanan jinekolojik kanserli kadınlara verilen cinsel eğitimin yaşam kalitesi ve cinsel yaşam üzerine etkisinin belirlenmesi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Ana Bilim Dalı (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Adana.
- Türkcü, S. G., and Özkan, S.** (2021). The effects of reflexology on anxiety, depression and quality of life in patients with gynecological cancers with reference to Watson's theory of human caring. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 44, 101428.
- Uçar, T. ve Bekar, M.** (2010). Türkiye'de ve dünyada jinekolojik kanserler. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, 13(3), 55-60.
- Uğur, Ö.** (2014). Kanser hastasının semptom yönetimi. *Türk Onkoloji Dergisi*, 29(3), 125-135.
- Uras, E. ve Beydağ, K. D.** (2022). Jinekolojik kanserli hastalarda algılanan stres ile umut düzeyi ilişkisinin belirlenmesi. *Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 4(2), 103-110.
- Ünsal, A.** (2017). Hemşireliğin Dört Temel Kavramı: İnsan, Çevre, Sağlık & Hastalık, Hemşirelik. *Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1, 11-25.
- Üstündağ, H. ve Zengin, N.** (2008). Baş boyun kanseri nedeni ile cerrahi girişim geçiren hastaların öz bakım gücünün değerlendirilmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(1), 63-68.
- Van Hanegem, N., Prins, M. M., Bongers, M. Y., Opmeer, B. C., Sahota, D. S., Mol, B. W., et al.** (2016). The accuracy of endometrial sampling in women with postmenopausal bleeding: a systematic reviews and meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 197, 147-155.
- Var, E.** (2019). Jinekolojik kanserli hastaların destekleyici bakım gereksinimlerinin belirlenmesi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Adana.
- Wang, B., Li, B., Tan, S., Zhai, J., and Chen, M.** (2019). Risk factors for anxiety and depression in Chinese patients undergoing surgery for endometrial cancer. *Canadian Journal of Physiology and Pharmacology*.
<https://doi.org/10.1139/cjpp2019-0302>
- Wang, K., Ma, C., Li, F. M., Truong, A., Shariff-Marco, S., Chu, J. N., et al.** (2022). Patient-reported supportive care needs among Asian American cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 30(11), 9163-9170.

- Wang, X., Wang, S., Yang, D., Chu, Y., Hao, Y., and Dai, H.** (2022). Associations among resilience, hope, social support, stress, and anxiety severity in Chinese women with abnormal cervical cancer screening results. *Heliyon*, 8(12).
- Wohlmuth, C. and Wieser, W. I.** (2019). Vulvar malignancies: An interdisciplinary perspective. *J Dtsch Dermatol Ges*, 17(12), 1257-1276.
- World Health Organization (WHO).** (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science & medicine*, 41(10), 1403-1409.
- World Health Organization (WHO).** (2009). Self-care in the context of primary health care. *WHO Regional Office for South-East Asia*, 17.
- World Health Organization (WHO).** (2020). Global health estimates 2020: deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000-2019. *Geneva: World Health Organization*.
- World Health Organization.** (2017). Human papillomavirus vaccines: WHO position paper, May 2017. *Weekly Epidemiological Record No. 19(92)*, 241-268.
- Wu, S. F., Lin, Y. H., Lee, L. L., and Kan, Y. Y.** (2014). The Relationship Between Illness Uncertainty and Depression in Gynecologic Cancer Patients. *Journal of Nursing & Healthcare Research*, 10(2).
- Yang, J., Delara, R., Magrina, J., Magtibay, P., Langstraat, C., Dinh, T., et al.** (2020). Management and outcomes of primary vaginal Cancer. *Gynecologic oncology*, 159(2), 456-463.
- Yang, Y. L., Liu, L., Wang, X. X., Wang, Y., and Wang, L.** (2014). Prevalence and associated positive psychological variables of depression and anxiety among Chinese cervical cancer patients: a cross-sectional study. *PloS one*, 9(4), e94804. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0094804>
- Yıldırım, E. ve Büyükkayacı Duman, N.** (2019) Geriatrik yaş grubundaki kadınlarda jinekolojik kanserler ve taramalar. Yaşlılık ve Kadın Sağlığı. Ed. Büyükkayacı-Duman, N. Türkiye Klinikleri, Ankara. s. 8-14.
- Yıldırım, N. K., Kaçmaz, N., ve Özkan, M.** (2013). Yetişkin kanser hastalarının destekleyici bakım gereksinimleri ve verilen hizmet arasındaki boşluk. *DEUHYO ED*, 6(4), 231-240.
- Yılmaz, M. ve Yazgı, Z. G.** (2020). Onkoloji hastalarının yaşadığı psikososyal sorunlarla baş etmesinde hemşirenin rolü. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(1), 60-70.
- Yüce, K. ve Başaran, D.** (2014). Vajenin malign hastalıkları. Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Ed. Günalp, S., Kunter, Y. Ayrıntı Basım Yayın ve Matbaacılık Hiz. San. Tic. Ltd. Şti. 3. Baskı. Ankara. s. 759-745.
- Zabora, J., BrintzenhofeSzoc, K., Curbow, B., Hooker, C., and Piantadosi, S.** (2001). The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 10(1), 19-28.

- Zeimet, A. G., Reimer, D., Huszar, M., Winterhoff, B., Puistola, U., Azim, S. A. et al.** (2013). L1CAM in early-stage type I endometrial cancer: results of a large multicenter evaluation. *J Natl Cancer Inst*, 105, 1142–1150.
- Zhang, S., Xu, H., Zhang, L., and Qiao, Y.** (2020). Cervical cancer: Epidemiology, risk factors and screening. *Chinese Journal of Cancer Research*, 32(6), 720.
- Zhao, H., Zhao, Z., and Chen, C.** (2020). Prevalence, risk factors and prognostic value of anxiety and depression in cervical cancer patients underwent surgery. *Translational Cancer Research*, 9(1), 65-74. <https://doi.org/10.21037/tcr.2019.11.04>
- Zucchetto, A., Serraino, D., and Polesel, J.** (2009). Hormone-related factors and gynecological conditions in relation to endometrial cancer risk. *Eur J Cancer Prev*, 18, 316–321.

İnternet Kaynakları

- American Cancer Society.** (2016). Anxiety, fear, and depression having cancer affects your emotional health. Erişim tarihi: 04.02.2024. Erişim adresi: <https://www.cancer.org/treatment/treatments-and-sideeffects/emotional-side-effects/anxiety-fear-depression.html>.
- American Cancer Society.** (2021). Vulvar cancer. Erişim tarihi: 12.12.2023. Erişim adresi: <https://www.cancer.org/cancer/vulvarcancer.html> adresinden erişildi.
- American Cancer Society.** (2021). Vulvar cancer. Erişim tarihi: 29.11.2023. Erişim adresi: <https://www.cancer.org/cancer/vulvarcancer.html> adresinden erişildi.
- American Cancer Society.** (2023). Cervical Cancer Causes, Risk Factors, and Prevention. Erişim tarihi: 29.11.2023. Erişim adresi: <https://www.cancer.org/cancer/cervical-cancer/causes-risks-prevention.html>
- American Psychiatric Association.** (2005). Let's Talk Facts About Depression. Erişim tarihi: 18.11.2023. Erişim adresi: https://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.ppcn.org/Education_Handouts/Let-s-Talk-About-Depression-Brochure.pdf
- Canadian Cancer Society.** (2022). Risk factors for cervical cancer. 2022. Erişim tarihi: 29.11.2023. Erişim adresi: <https://cancer.ca/en/cancer-information/cancer-types/cervical/risks>.
- Cancer Registry of Republic of Slovenia.** (2016). Erişim tarihi: 2.11.2023. Erişim adresi: <https://www.onko-i.si/rrs/>
- Cancer Treatment Center of America.** (2022). Cervical Cancer Risk Factors. Erişim tarihi: 29.11.2023. Erişim adresi: <https://www.cancercenter.com/cancer-types/cervical-cancer/risk-factors>.
- Cancer Research UK.** (2017). Depression. Erişim tarihi: 04.03.2024. Erişim adresi: <https://www.cancerresearchuk.org/aboutcancer/coping/emotionally/cancer-and-your-emotions/depression>

- GLOBOCAN.** (2020). Erişim tarihi: 2.11.2023. Erişim adresi: <https://Gco.Iarc.Fr/Today/Data/Factsheets/Populations/792-Turkey-Fact-Sheets.Pdf>.
- National Cancer Institute.** (2001) Cancer Trends Progress Report. Erişim tarihi: 15.03.2024. Erişim adresi: <https://progressreport.cancer.gov>.
- National Institute of Mental Health.** (2018). Depression. Erişim tarihi: 04.03.2024. Erişim adresi: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression/index.shtml>
- T. C. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü.** (2021). Türkiye Kanser İstatistikleri. Erişim tarihi: 04.03.2024. Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/Dokumanlar/Istatistikler/Kanser_Rapor_2018.pdf
- The Surveillance, Epidemiology, and End Results Program.** (2024) Cancer stat facts: uterine cancer. Erişim tarihi: 24.01.2024. Erişim adresi: <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/corp.html>
- World Health Organization (WHO).** (2020). WHOQOL: Measuring Quality of Life. Erişim tarihi: 27.03.2024. Erişim adresi: <https://www.who.int/tools/whoqol>
- World Health Organization (WHO).** (2022a). Cancer. Erişim tarihi: 07.03.2024. Erişim adresi: https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1.
- World Health Organization (WHO).** (2022b). Cervical Cancer. Erişim tarihi: 07.03.2024. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/cervical-cancer>.

EKLER

Ek-1: Anket formu

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Bu tez çalışmasında “Jinekolojik Kanserli Hastaların Depresyon, Anksiyete ve Stres Düzeylerinin Yaşam Kalitesi ve Özbakım Gücüne Etkisi”nin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu tez çalışmasına katılıp katılmamakta serbestsiniz. Anket formundaki soruların sizi rahatsız etmesi durumunda istediğiniz zaman anketi doldurmaktan vazgeçebilirsiniz. Elde edilecek bilgiler gizli tutulacak olup bilimsel çalışma dışında başka amaçlar için kullanılmayacaktır.

Esra YALÇIN (Yüksek Lisans Öğrencisi)

İstanbul Gedik Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve

Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Burcu KÜÇÜKKAYA (Danışman)

Bartın Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Doğum ve

Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

A. KİŞİSEL ÖZELLİKLER

Yaş:.....

Eğitim durumu: 1() İlkokul 2() Ortaokul 3() Ortaöğretim 4() Üniversite

5() Yüksek Lisans 6() Doktora

Çalışma durumu: 1() Çalışıyor 2() Çalışmıyor

Medeni durum: 1() Evli 2() Bekar

Eşin eğitim durumu: 1() İlkokul 2() Ortaokul 3() Ortaöğretim 4() Üniversite

5() Yüksek Lisans 6() Doktora

Eşin çalışma durumu: 1() Çalışıyor 2() Çalışmıyor

Gelir durumu: 1 () Gelir giderden az 2 () Gelir gidere eşit 3 () Gelir giderden fazla

Aile Tipi: 1 () Çekirdek 2 () Geniş

- Sağlık güvencesi varlığı:** 1 () Var 2 () Yok
Sigara kullanımı: 1 () Hayır 2 () Evet
Alkol kullanımı: 1 () Hayır 2 () Evet
Fiziksel egzersiz yapma durumu: 1 () Hayır 2 () Evet
Kronik hastalık durumu: 1 () Hayır 2 () Evet ise
hastalık:.....
Ailede kanser öyküsünün olması durumu: 1 () Hayır 2 () Evet

B. OBSTETRİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN ÖZELLİKLER

- İlk adet (menarş) yaşı:**
- Gebelik sayısı:**
- Canlı doğum sayısı:**
- Küretaj sayısı:**
- Düşük sayısı:**
- Gelecekte gebe kalmayı isteme durumu:** 1 () Hayır 2 () Evet
- Menopoza girdiniz mi?:** 1 () Hayır 2 () Evet ise kaç
yaşında:.....

C. HASTALIK İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER

- Klinik tanı:** 1 () Endometrium kanseri 2 () Over kanseri 3 () Serviks kanseri
4 () Vulva + Vajen kanseri 5 () Fallop tüpleri kanseri 6 () Endometrium +
Serviks kanseri
7 () Diğer:
- Evresi:** 1 () 1 2 () 2 3 () 3 4 () 4
- Tanı alma tarihi:**.....
- Aldığı tedavi türü:** 1 () Cerrahi 2 () Kemoterapi 3 () Radyoterapi 4 ()
Atom 5 () Diğer:.....
- Cerrahi tedavi türü:**.....
- Cerrahi tedavi tarihi:**
- Tedavi süresi:** 1 () 1-6 ay 2 () 7-12 ay 3 () 13 ay ve üzeri
- Cerrahi tedaviden sonra destek tedavi alma durumu:** 1 () Hayır 2 () Evet
- Cerrahi tedaviden sonra destek tedavi aldı ise türü:** 1 () Kemoterapi 2 ()
Radyoterapi
3 () Atom 4 () Diğer:.....

Düzenli doktor kontrolüne gitme durumu: 1 () Hayır 2 () Evet

Hastalık hakkında bilgilendirilme durumu: 1 () Hayır 2 () Evet

Tedaviniz hakkında bilgilendirilme durumu: 1 () Hayır 2 () Evet

Kanser olduğunu ilk fark etme durumu:

1 () Teşhis ile fark etmesi 2 () Kendi kendine fark etmesi

Kanser olduğunu ilk fark ettiğinizde hissettiğiniz:

1() Olumlu duygular 2() Olumsuz duygular 3() Belirsiz

Jinekolojik kontrollere düzenli olarak gitme durumu: 1 () Hayır 2 () Evet

Kanserin ilk belirtisi: 1 () Ağrı 2 () Kanama-Akıntı 3 () Kaşıntı-YaraŞişlik-Kitle

4 () Diğer:.....

Hormon Replasman Tedavisi (HRT) kullanma durumu: 1 () Hayır 2 ()

Evet

Menopoza girdiğinde hissettiğiniz:

1() Olumlu duygular 2() Olumsuz duygular 3() Belirsiz

DEPRESYON-ANKSİYETE-STRES ÖLÇEĞİ KISA FORMU

(DASS-21)

Aşağıda size uygun olan veya olmayan 21 adet madde bulunmaktadır. **Son dört hafta** içinde **en fazla anksiyeteli, depresif ve stresli** olduğunuz anları düşünerek, her bir maddenin sizin için uygun olup olmadığını 0 ile 3 arasındaki puanları kullanarak belirtiniz.

	Bana uygun değil (0)	Bana biraz uygun (1)	Bana genellikle uygun (2)	Bana tamamen uygun (3)
Anksiyeteli (panik hali) olduğunuzda;				
A1. Ağzımda kuruluk olduğunu fark ettim.				
A2. Soluk almada zorluk çektim (örneğin fizik egzersiz yapmadığım halde aşırı hızlı nefes alma, nefessiz kalma gibi)				
A3. Geçerli bir neden olmadığı halde korktuğumu hissettim				
A4. Panik haline yakın olduğumu hissettim				
A5. Panikleyip kendimi aptal durumuna düşüreceğim durumlar nedeniyle endişelendim				
A6. Vücudumda (örneğin ellerimde) titremeler oldu.				
A7. Fiziksel egzersiz söz konusu olmadığı halde kalbimin hareketlerini hissettim (kalp atışlarımın hızlandığını veya düzensizleştiğini hissettim).				
Depresif duygudurumunda olduğunuzda;				
D1. Hiç olumlu duygu yaşayamadığımı fark ettim				
D2. Hiçbir beklentimin olmadığı hissine kapıldım				
D3. Birey olarak değersiz olduğumu hissettim				
D4. Hayatın değersiz olduğunu hissettim				
D5. Kendimi perişan ve hüzünlü hissettim				
D6. Hiçbir şey bende heyecan uyandırmıyordu				
D7. Bir iş yapmak için gerekli olan ilk adımı atmada zorlandım				
Stresli olduğunuzda;				
S1. Olaylara aşırı tepki vermeye meyilliyim				
S2. Kendimi gevşetip salıvermek zor geldi				
S3. Sinirsel enerjimi çok fazla kullandığımı hissettim				
S4. Alıngan olduğumu hissettim				
S5. Gevşeyip rahatlamakta zorluk çektim				
S6. Beni yaptığım işten alıkoyan şeylere dayanamıyordum				
S7. Kışkırtılmakta olduğumu hissettim				

ÖZ BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ (ÖBGÖ)

AÇIKLAMA: Aşağıda insanların kendi sağlıklarına karşı tutumları hakkında 35 ifade bulunmaktadır. Lütfen her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve sizi en doğru biçimde tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz. İyi ya da kötü fikir yoktur. Bazı ifadeleri cevaplamak zor gelirse, karar verebilmek için size yakın gelen şikkı işaretleyiniz. Duygularınızı en iyi ifade eden açıklamanın karşısındaki bölüme (X) işareti koyunuz. Her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

	Beni hiç tanımlamıyor	Beni pek tanımlamıyor	Fikrim yok	Beni biraz tanımlıyor	Beni çok tanımlıyor
1.Eğer sağlığım söz konusu ise bazı alışkanlıklarımı memnuniyetle bırakabilirim.	()	()	()	()	()
2.Kendimi beğeniyorum.	()	()	()	()	()
3.Sağlığım ile ilgili ihtiyaçlarımı istediğim gibi karşılamak için yeterli enerjiye genellikle sahip değilim.	()	()	()	()	()
4.Sağlığımın kötüye gittiğini hissettiğim zaman, ne yapmam gerektiğini biliyorum.	()	()	()	()	()
5.Sağlıklı kalmak için ihtiyacım olan şeyleri yapmaktan gurur duyarım.	()	()	()	()	()
6.Kişisel ihtiyaçlarımı ihmal etmeye meyilliyim.	()	()	()	()	()
7.Kendime bakmadığım zaman, yardım ararım.	()	()	()	()	()
8.Yeni projelere başlamaktan hoşlanırım.	()	()	()	()	()
9.Benim için yararlı olacağını bildiğim şeyleri yapmayı çoğunlukla ertelerim.	()	()	()	()	()
10.Hasta olmamak için bazı önlemler alırım.	()	()	()	()	()
11.Sağlığımın daha iyi olmasına çaba gösteririm.	()	()	()	()	()
12.Dengeli beslenirim.	()	()	()	()	()
13.Beni rahatsız eden konularda fazla bir şey yapmadan sürekli yakınıyorum.	()	()	()	()	()
14.Sağlığıma dikkat etmek için daha iyi korunma yolları araştırırım.	()	()	()	()	()
15.Sağlığımın çok iyi bir düzeye ulaşacağına inanıyorum.	()	()	()	()	()
16.Sağlığımı korumak için yapılan çabaların tümünü hak ettiğime inanıyorum.	()	()	()	()	()
17.Kararlarımı sonuna kadar uygularım.	()	()	()	()	()
18.Vücudumun nasıl çalıştığını anlıyorum.	()	()	()	()	()
19.Sağlığım ile ilgili kişisel kararlarımı nadiren uygularım.	()	()	()	()	()

20.Kendimle dostum.	()	()	()	()	()
21.Kendime iyi bakarım.	()	()	()	()	()
22.Sağlığımın daha iyi olması benim için tesadüfi bir durumdur.	()	()	()	()	()
23.Düzenli olarak istirahat ederim ve beden hareketleri yaparım.	()	()	()	()	()
24.Çeşitli hastalıkların nasıl meydana geldiğini ve ne çeşit etkileri olduğunu öğrenmek isterim.	()	()	()	()	()
25.Yaşam bir zevktir.	()	()	()	()	()
26.Aile içindeki görevlerimi yeterince yerine getiremiyorum.	()	()	()	()	()
27.Kendi davranışlarımın sorumluluğunu üstlenirim.	()	()	()	()	()
28.Yıllar geçtikçe, daha sağlıklı olmak için gereken şeylerin farkına vardım.	()	()	()	()	()
29.Sağlıklı kalmak için ne çeşit yiyecekler yemem gerektiğini biliyorum.	()	()	()	()	()
30.Vücudumun çalışması ile ilgili her şeyi öğrenmeye ilgi duyuyorum.	()	()	()	()	()
31.Bazen hastalandığımda, rahatsızlıklarımı önemsemem ve geçmesini beklerim.	()	()	()	()	()
32.Kendime bakmak için bilgilenmeye çalışırım.	()	()	()	()	()
33.Ailemin değerli bir üyesi olduğumu hissediyorum.	()	()	()	()	()
34.Son sağlık kontrolümün tarihini hatırladığım gibi, gelecek sağlık kontrolümün tarihini de biliyorum.	()	()	()	()	()
35.Kendimi ve ihtiyaçlarımı oldukça iyi anlarım.	()	()	()	()	()

YAŞAM KALİTESİ ENDEKSİ KANSER UYARLAMASI - III

Bölüm 1: Lütfen, aşağıdaki her bir madde için yaşamınızın o alanından ne derecede memnun olduğunuzu en iyi açıklayan cevabı seçiniz. Lütfen, cevabınızı yansıtın sayıyı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz. Doğru ya da yanlış cevaplar yoktur.

NE DERECEDE MEMNUNSUNUZ?	Hiç memnun değilim	Orta derecede memnun değilim	Hafif derecede memnun değilim	Hafif derecede memnunuz	Orta derecede memnunuz	Çok memnunuz
1. Sağlığınızdan?	1	2	3	4	5	6
2. Aldığınız sağlık hizmetinden?	1	2	3	4	5	6
3. Ağrınızın şiddetinden?	1	2	3	4	5	6
4. Günlük yaşam aktivitelerinizi gerçekleştirmede sahip olduğunuz enerji düzeyinden?	1	2	3	4	5	6
5. Yardım almadan kendinize bakım verme yeterliliğinizden?	1	2	3	4	5	6
6. Yaşamınız üzerinde sahip olduğunuz kontrol düzeyinden?	1	2	3	4	5	6
7. Dilediğiniz kadar uzun yaşama şansınızdan?	1	2	3	4	5	6
8. Ailenizin sağlığından?	1	2	3	4	5	6
9. Çocuklarınızdan?	1	2	3	4	5	6
10. Ailenizin mutluluğundan?	1	2	3	4	5	6
11. Cinsel yaşamınızdan?	1	2	3	4	5	6
12. Eşinizden, sevgilinizden ya da partnerinizden?	1	2	3	4	5	6
13. Arkadaşlarınızdan	1	2	3	4	5	6
14. Ailenizden aldığınız emosyonel destekten?	1	2	3	4	5	6
15. Ailenizin dışındaki insanlardan aldığınız emosyonel destekten?	1	2	3	4	5	6
16. Ailesel sorumlulukları yerine getirme yeterliliğinizden?	1	2	3	4	5	6
17. Başkaları için ne kadar yararlı olduğunuzdan?	1	2	3	4	5	6
18. Yaşamınızdaki kaygıların yoğunluğu?	1	2	3	4	5	6
19. Komşularınızdan?	1	2	3	4	5	6
20. Yaşadığınız evden, apartmandan veya yerden?	1	2	3	4	5	6
21. İşinizden (çalışıyorsa)?	1	2	3	4	5	6
22. İşsiz olmanızdan (eğer işsiz, emekli ya da sakat ise)?	1	2	3	4	5	6
23. Eğitim düzeyinizden?	1	2	3	4	5	6
24. Maddi gereksinimlerinizi ne kadar iyi yönettiğinizden?	1	2	3	4	5	6
25. Eğlenmek için yaptıklarınızdan?	1	2	3	4	5	6
26. Mutlu bir gelecek şansına sahip olduğunuzdan?	1	2	3	4	5	6
27. Düşünme yeterliliğinizden?	1	2	3	4	5	6
28. Tanrıya olan inancınızdan?	1	2	3	4	5	6
29. Kişisel hedeflere ulaşmanızdan?	1	2	3	4	5	6
30. Genel anlamda mutluluğunuzdan?	1	2	3	4	5	6
31. Genel anlamda yaşamınızdan?	1	2	3	4	5	6
32. Kişisel görünümünüzden?	1	2	3	4	5	6
33. Genel anlamda kendinizden?	1	2	3	4	5	6

Bölüm 2: Lütfen aşağıdaki maddelerin her biri için yaşamınızdaki bu bölümün ne derecede önemli olduğunu en iyi açıklayan cevabı seçiniz. Lütfen, cevabınızı yansıtan sayıyı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz. Doğru ya da yanlış cevaplar yoktur.

SİZİN İÇİN NE DERECEDE ÖNEMLİ?	Çok önemsiz	Orta derecede önemsiz	Hafif derecede önemsiz	Hafif derecede önemli	Orta derecede önemli	Çok önemli
1. Sağlığınız?	1	2	3	4	5	6
2. Sağlık bakımınız?	1	2	3	4	5	6
3. Ağrınız olmaması?	1	2	3	4	5	6
4. Günlük yaşam aktivitelerinizi gerçekleştirmek için yeterli enerjiye sahip olmanız?	1	2	3	4	5	6
5. Yardım almadan kendinize bakmanız?	1	2	3	4	5	6
6. Yaşamınız üzerinde kontrol sahibi olmanız?	1	2	3	4	5	6
7. Dilediğiniz kadar uzun yaşamanız?	1	2	3	4	5	6
8. Ailenizin sağlığı?	1	2	3	4	5	6
9. Çocuklarınız?	1	2	3	4	5	6
10. Ailenizin mutluluğu?	1	2	3	4	5	6
11. Cinsel yaşamınız?	1	2	3	4	5	6
12. Eşiniz, sevgiliniz yada partneriniz?	1	2	3	4	5	6
13. Arkadaşlarınız?	1	2	3	4	5	6
14. Ailenizden aldığınız duygusal destek?	1	2	3	4	5	6
15. Ailenizin dışındaki insanlardan aldığınız duygusal destek?	1	2	3	4	5	6
16. Ailesel sorumlulukları yerine getirmeniz?	1	2	3	4	5	6
17. Başkaları için yararlı olmanız?	1	2	3	4	5	6
18. Herhangi bir üzüntünün olmaması?	1	2	3	4	5	6
19. Komşularınız?	1	2	3	4	5	6
20. Yaşadığınız ev, apartman veya yer?	1	2	3	4	5	6
21. İşiniz (çalışıyorsanız)?	1	2	3	4	5	6
22. İş sahibi olmanız (eğer işsiz, emekli ya da sakat ise)?	1	2	3	4	5	6
23. Eğitiminiz?	1	2	3	4	5	6
24. Maddi gereksinimleri karşılayabilmeniz?	1	2	3	4	5	6
25. Eğlenmek için bir şeyler yapmanız?	1	2	3	4	5	6
26. Mutlu bir geleceğe sahip olmanız?	1	2	3	4	5	6
27. İç huzur?	1	2	3	4	5	6
28. Tanrıya inancınız?	1	2	3	4	5	6
29. Kişisel hedeflere ulaşmanız?	1	2	3	4	5	6
30. Genel anlamda mutluluğunuz?	1	2	3	4	5	6
31. Yaşamdan hoşlanmanız?	1	2	3	4	5	6
32. Kişisel görünümünüz?	1	2	3	4	5	6
33. Siz kendiniz için ne kadar önemlisiniz?	1	2	3	4	5	6

Ek-2: Ölçek kullanım izni

Yaşam Kalitesi Endeksi Kanser Uyarlaması-III kullanım izni hk. [Gelen Kutusu](#)

Burcu Küçükaya
Sayın Gülbeyaz CAN Hocam, Öncelikle kendimi tanıtmak isterim. Ben Bartın Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Doğum ve Kadın Hastalıkları H

4 Mar Pzt 21:41

"Prof. Dr. Gülbeyaz Can"
Alıcı: ben

6 Mar Çar 20:21

Yasak Uyarı: Bu e-postanın yazarı, [burcu_kucukkaya@bartin.edu.tr](#) ile ilgili verileri korumak için bu e-postayı şifreledi. Bu e-posta ile ilgili ayrıntı için lütfen [burcu_kucukkaya@bartin.edu.tr](#) ile iletişime geçin.

Burcu Küçükaya <burcukucukkaya1992@gmail.com> yuntan yazdı (4 Mar 2024 21:41):

Dr. Öğr. Üyesi Burcu KÜÇÜKKAYA

[İleti kısıtlıdır] [Tüm iletileri görüntüle](#)

3 ek - Gmail tarafından tarandı

Öz Bakım Gücü Ölçeği kullanım izni hk. [Gelen Kutusu](#)

Burcu Küçükaya
Sayın Nürsen NAHCIVAN Hocam, Öncelikle kendimi tanıtmak isterim. Ben Bartın Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Doğum ve Kadın Hastalıkları

4 Mar Pzt 21:49

NURSEN NAHCIVAN
Alıcı: ben

5 Mar Sal 01:48

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Burcu KÜÇÜKKAYA,

Türkiye Öz-bakım Gücü Ölçeği'ni araştırmamızda kaynak göstermek suretiyle ebette kullanabilirsiniz.

Ölçeğin kesme değeri ne yazık ki metodolojik olarak çalışılmamıştır. Bu nedenle araştırmamızda bulguların yorumlarını puanlara göre "düşük, orta ya da yüksek" şeklinde yorumlamak doğru değildir. Araştırmalarda yapılan yanlışlardan biridir. Ancak bazı araştırmacılar ne yazık ki tanıya veya yorumlama kolaylığı nedeniyle tercih edebilmektedirler. Sizin yapabileceğiniz en iyi şey, var olan puan ortalamalarını yapılan çalışmalarla sayısal olarak karşılaştırmaktır. Önemek vermek gerekirse: Bu çalışmada Öz-bakım gücü puan ortalaması X'in çalışmasından 10 puan daha yüksektir. Ya da düşük bulundu. vb gibi diyebilirsiniz, bu daha doğru bir yaklaşımdır olacaktır. Umarım bu bilgi işinize yarar.

Ölçek ile ilgili ihtiyaç olan dokümanlar ekte gönderilmiştir.

Başarılar dilerim,

Prof. Dr. Nürsen NAHCIVAN
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Emekli Öğretim Üyesi
E-posta: naahcivan@gmail.com

Depresyon Anksiyete Stres-21 Ölçeği kullanım izni hk. [Gelen Kutusu](#)

Burcu Küçükaya
Sayın Hakan Sarıçam Hocam, Öncelikle kendimi tanıtmak isterim. Ben Bartın Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Doğum ve Kadın Hastalıkları

4 Mar Pzt 21:35

Hakan Sarıçam
Alıcı: ben

5 Mar Sal 12:40

Burcu Hocam Merhabalar,
Ölçeğin maddeleri ve puanlama bilgileri ekteedir.
Bilimsel çalışma kapsamında memnuniyetle kullanabilirsiniz.
Kolaylıklar ve sağlıklı günler dilerim.

Not: Ölçek maddeleri ticari kazanç sağlayan çalışmalarda kullanılmamaz ve ölçek maddelerinin tamamı sanal ortamda (tezin sonu, web siteleri vb.) paylaşılamaz.

Burcu Küçükaya <burcukucukkaya1992@gmail.com>, 4 Mar 2024 Pzt, 21:35 tarihinde günü yazdı:

Asst. Prof. Dr. Hakan SARIÇAM
Psychological Counselor-PhD
Sivas Cumhuriyet University
Faculty of Education
Phone (TP): +90346 487 4630
Sivas/Türkiye
<https://orcid.org/0000-0002-8723-1199>
<https://scholar.google.com.tr/citations?user=V4EIVvAAAAJ>
<https://avesis.cumhuriyet.edu.tr/hakanaricam>

Doç. Dr. Hakan SARIÇAM
Sivas Cumhuriyet Üniversitesi
Eğitim Fakültesi
Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik ABD
IP Telefon: +90346 487 4630
Sivas/Türkiye

Ek-3: Etik Kurul Onayı



T.C.
İSTANBUL GEDİK ÜNİVERSİTESİ
Etik Kurul Komisyonu

İSTANBUL GEDİK ÜNİVERSİTESİ - Etik Kurul Komisyonu
Tarih: 25/12/2023 08:16
Sayı: E-56365223-050.02.04-2023.137548.245



Sayı : E-56365223-050.02.04-2023.137548.24
5 - 617
Konu : Etik Kurul Kararı (Esra Yalçın)

25.12.2023

Sayın Esra YALÇIN

Üniversitemiz Etik Kurulunun 22.12.2023 tarihli, 2023/11 sayılı toplantısında; "Jinekolojik Kanserli Hastaların Depresyon, Anksiyete ve Stres Düzeylerinin Yaşam Kalitesi ve Özbakım Gücüne Etkisi" adlı başvurunuz görüşüldü. Yapılan görüşme sonunda: "Jinekolojik Kanserli Hastaların Depresyon, Anksiyete ve Stres Düzeylerinin Yaşam Kalitesi ve Özbakım Gücüne Etkisi" adlı başvurunuzun etik olarak uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.

Prof. Dr. Halil İbrahim UĞRAŞ
Etik Kurul Başkanı

Bu belge güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu:
39696B15-C9D9-479D-AC19-11C1FC4A3776
Adres: Cumhuriyet Mah. İkbahar Sok. No:1
Telefon No: 444 5 438
Faks No: 0216 452 87 17
e-Posta: info@gedik.edu.tr
KEP Adresi: gedikuniversitesi@hs01.kep.tr


Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/istanbul-gedik-universitesi-c>

Ayrıntılı bilgi için: Şafak ÇELİK
Uzman
Telefon No: 444 5 438




Ek-4: Kurum İzni

75



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-15916306-604.01-238572151 06.03.2024
Konu : Esra YALÇIN'ın Araştırma İzni hk.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ PENDİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNE

İlgi : 13.02.2024 tarihli ve E-43766128-604.01-236631833 sayılı yazı.

İlgi sayılı yazımız ile hastanenizde hemşire olarak görev yapmakta olan, aynı zamanda İstanbul Gedik Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Esra YALÇIN'ın "*Jinekolojik Kanserli Hastaların Depresyon, Anksiyete ve Stres Düzeylerinin Yaşam Kalitesi ve Özbakım Gücüne Etkisi*" konulu çalışmasını hastanenizde yapma talebi Birimimize iletilmiştir.

Söz konusu araştırma, Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayın, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonunun **26.02.2024 tarih ve 2024/03 sayılı** kararınca uygun görülmüştür.

Çalışmanın kurumunuzun uygun gördüğü zaman diliminde (başvuru dosyasında belirtilen aralık gützetilerek) sürecin koordinasyonunun sağlanması ve çalışma bitiminde bir nüshasını elektronik ortamda (CD halinde) Müdürlüğümüze teslim edilmesi gerektiğinin başvuru sahibine tebliği hususunda; Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Uzm. Dr. Hasan Basri VELLİOĞLU
Başkan


Bu belge, güvenli elektronik imza ile onaylanmıştır.

Belge doğrulama kodu: D80D0868-ABA8-41E1-ACF8-4DEF7A6A5BDD Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Bıbirderik mah. Peykbase sok. No: 8 Fatih/İSTANBUL 34122
Telefon No: 02126383000

Bilgi için: Nurye TÜRKÖĞLU
Hemşire
Telefon No: 02126383399 - 3106

e-Posta: ist.sagligingel@saglik.gov.tr İnternet Adresi:
<https://istanbulim.saglik.gov.tr/>
Kep Adresi: im.34@is91.kep.tr



ÖZGEÇMİŞ

ÖĞRENİM DURUMU:

- **Lisans** : 2020, Bitlis Eren Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü
- **Yüksek Lisans** : 2024, Gedik Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği

MESLEKİ DENEYİM VE ÖDÜLLER

- 2020 – Halen Marmara Üniversitesi Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Hemşire

TEZDEN TÜRETİLEN YAYINLAR, SUNUMLAR VE PATENTLER

- Küçükkaya, B., & Yalçın, E. (2024). Jinekolojik Kanserli Hastaların Özbakım Gücüne Yönelik Bakımda Hemşirenin Rolü: Derleme. *Unika Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(2), 872-882.
- Küçükkaya, B., & Yalçın, E. (2024). The Role of the Nurse in Care for the Self-Care Ability of Patients with Gynecological Cancer. 2nd International Congress of Multidisciplinary Medical and Health Sciences Studies (ICOMMEH 2024). May 27-28 2024. Ankara / Türkiye. (Özet Bildiri Kitabı)