

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

JİNEKOLOJİK KANSERLİ HASTALARIN YAŞAM KALİTELERİNİN BELİRLENMESİ

Fadime ÇAKIR

**HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMANI
Prof. Dr. Evşen NAZİK**

ADANA-2022

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

JİNEKOLOJİK KANSERLİ HASTALARIN YAŞAM KALİTELERİNİN BELİRLENMESİ

Fadime ÇAKIR

**HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMANI
Prof. Dr. Evşen NAZİK**

ADANA-2022

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez aşamam boyunca bana tüm bilgi ve deneyimlerini aktaran, yol gösteren, desteklerini ve zamanını esirgemeyen saygıdeğer hocam sayın Prof. Dr. Evşen NAZİK'e,

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi, tecrübeleri ve desteğini esirgemeyen sayın hocam Öğr. Gör. Seda KARAÇAY YIKAR'a, yüksek lisans eğitimim süresince bana her zaman vakit ayıran, başım her sıkıştığında desteğime koşan iyi kalpli arkadaşım Kübra Ece ÖZKAN'a, lisansüstü eğitimde tanıştığım, ihtiyacım olduğunda desteğini esirgemeyen değerli arkadaşım Saadet Nazlı KUBİLAY'a,

Her zaman yanımda olan, bu günlere gelmemi sağlayan, hayatım boyunca karşılaştığım tüm zorluklarda desteklerini esirgemeyen aileme,

Beni zor süreçlerde motive edip, cesaretlendiren değerli çalışma arkadaşım Birsal ERDOĞAN'a,

Bana vakit ayırıp çalışmama katılan, soruları içtenlikle yanıtlayan tüm kadınlara en içten dileklerle teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

KABUL ONAY	ii
ETİK BEYANI	iii
TEŞEKKÜR	iv
İÇİNDEKİLER	v
ÇİZELGELER DİZİNİ	viii
SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ	ix
ÖZET	x
ABSTRACT	xi
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Jinekolojik kanserler.....	3
2.1.1. Servikal Kanser.....	3
2.1.1.1. Epidemiyoloji.....	3
2.1.1.2. Risk Faktörleri.....	3
2.1.1.3. Patofizyoloji.....	4
2.1.1.4. Sınıflandırma.....	5
2.1.1.5. Klinik Değerlendirme.....	7
2.1.1.6. Tanı.....	7
2.1.1.7. Tedavi.....	7
2.1.1.8. Korunma.....	7
2.1.2. Uterin/Endometriyal Kanser.....	9
2.1.2.1. Epidemiyoloji.....	9
2.1.2.2. Risk Faktörleri.....	9
2.1.2.3. Patofizyoloji.....	9
2.1.2.4. Sınıflandırma.....	10
2.1.2.5. Klinik Değerlendirme.....	10
2.1.2.6. Tanı.....	10
2.1.2.7. Tedavi.....	11
2.1.2.8. Korunma.....	11
2.1.3. Over Kanseri.....	11

2.1.3.1. Epidemiyoloji	11
2.1.3.2. Risk Faktörleri.....	12
2.1.3.3. Patofizyoloji	12
2.1.3.4. Sınıflandırma	13
2.1.3.5. Klinik Değerlendirme.....	14
2.1.3.6. Tanı.....	14
2.1.3.7. Tedavi.....	14
2.1.3.8. Korunma.....	14
2.1.4. Vulva Kanseri	15
2.1.4.1. Epidemiyoloji	15
2.1.4.2. Risk Faktörleri.....	15
2.1.4.3. Patofizyoloji	15
2.1.4.4. Sınıflandırmama	15
2.1.4.5. Klinik Değerlendirme.....	16
2.1.4.6. Tanı.....	17
2.1.4.7. Tedavi.....	17
2.1.4.8. Korunma.....	17
2.1.5. Vajina Kanseri	18
2.1.5.1. Epidemiyoloji	18
2.1.5.2. Risk Faktörleri.....	18
2.1.5.3. Patofizyoloji	18
2.1.5.4. Sınıflandırma	18
2.1.3.5. Klinik Değerlendirme.....	19
2.1.3.6. Tanı.....	19
2.1.3.7. Tedavi.....	19
2.1.3.8. Korunma.....	20
2.1.6. Tuba Kanseri.....	20
2.1.6.1. Epidemiyoloji	20
2.1.6.2. Risk faktörleri.....	20
2.1.6.3. Klinik Görünüm	21
2.1.6.4. Tanı.....	21
2.1.6.5. Tedavi.....	21

2.2. Jinekolojik Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi	21
2.3. Jinekolojik Kanserli Hastalarda Hemşirelik Girişimleri.....	22
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	24
3.1. Araştırmanın Şekli.....	24
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih	24
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	24
3.4. Verilerin Toplanması.....	25
3.4.1. Veri Toplama Araçları	25
3.4.1.1. Kişisel Bilgi Formu (EK-1).....	25
3.4.1.2. Yaşam Kalitesi Ölçeği/Kanser Hastası (Quality of life/ Cancer patient) (YKÖ) (EK-2).....	25
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi	27
3.6. Araştırmanın Etik İlkeleri.....	27
4. BULGULAR.....	29
5. TARTIŞMA	41
5.1. Jinekolojik Kanserli Hastaların YKÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	41
5.2. Jinekolojik Kanserli Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri ile YKÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması	43
5.3. Jinekolojik Kanserli Hastaların Hastalıklarına İlişkin Özellikleri ile YKÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması	45
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	48
KAYNAKÇA	50
EKLER.....	57
EK-1. Kişisel Bilgi Formu.....	57
EK-2. Yaşam Kalitesi Ölçeği/Kanser Hastası.....	58
EK-3. Etik Kurul Onayı.....	62
EK-4. Kurum İzinleri	63
EK-5. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu	65
ÖZGEÇMİŞ.....	66

ÇİZELGELER DİZİNİ

<u>Çizelge No:</u>	<u>Sayfa No:</u>
Çizelge 2.1. Serviks Kanseri Evrelemesi	6
Çizelge 2.2. FIGO Endometrium Kanseri Evrelemesi	10
Çizelge 2.3. FIGO Over Kanseri Evrelemesi	13
Çizelge 2.4. FIGO Vulva Kanseri Evrelemesi	16
Çizelge 2.5. FIGO Vajina Kanseri Evrelemesi.....	19
Çizelge 3.1. Ölçeğe ilişkin güvenilirlik katsayısının incelenmesi	27
Çizelge 4.1. Jinekolojik kanserli hastaların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı	29
Çizelge 4.2. Jinekolojik kanserli hastaların hastalıklarına ilişkin özelliklerinin dağılımı	31
Çizelge 4.3. Jinekolojik kanserli hastaların yaşam kalitesi ölçeği ve alt boyut toplam puan ortalamalarının dağılımı	32
Çizelge 4.4. Jinekolojik kanserli hastaların sosyodemografik özellikleri ile yaşam kalitesi ölçeği (kansere hastası) ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması	33
Çizelge 4.5. Jinekolojik kanserli hastaların hastalıklarına ilişkin özellikleri ile göre yaşam kalitesi ölçeği (kansere hastası) ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	37
Çizelge 4.6. Jinekolojik kanserli hastaların Ölçek puanlarının birbiriyle ilişkilerinin incelenmesi	39

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

AIDS	: Acquired Immune Deficiency Syndrome
BRCA	: Breast Cancer Susceptibility
CIN	: Servikal İntraepitelyal Neoplazi
DES	: Dietilstilbestrol
DNA	: Deoksiribo Nükleik Asit
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FIGO	: International Federation of Gynecologist and Obstetrics
GLOBOCAN	: Global Cancer Observatory
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
HPV	: Human Papilloma Virüs
KOK	: Kombine Oral Kontraseptif
VAIN	: Vajinal İntraepitelyal Neoplazi
VAS	: Visual Analog Skala
YKÖ	: Yaşam Kalitesi Ölçeği
D&C	: Küretaj

ÖZET

Jinekolojik Kanserli Hastaların Yaşam Kalitelerinin Belirlenmesi

Bu çalışma, jinekolojik kanserli hastaların yaşam kalitelerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Tanımlayıcı nitelikte olan bu çalışmaya, Türkiye'nin güney bölgesindeki bir devlet ve üniversite hastanesinin jinekoloji onkoloji polikliniği, servisi ve kemoterapi ünitesine başvuran 160 jinekolojik kanserli hasta alınmıştır. Veriler, Ocak 2020-Aralık 2021 tarihleri arasında, Kişisel Bilgi Formu ve Yaşam Kalitesi Ölçeği/Kanser Hastası kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis H test, Independent Sample-t test, ANOVA test, Pearson ve Spearman korelasyon testleri kullanılmıştır. $p<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Jinekolojik kanserli hastaların yaş ortalamasının $59,82\pm 10,60$ olduğu, %46,8'inin endometrium CA, %51,2'sinin tanı süresinin <1 yıl olduğu ve %38,1'inin evre 1 olduğu belirlenmiştir. Jinekolojik kanserli hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği/Kanser Hastası toplam puan ortalamasının $5,60\pm 1,13$ olduğu bulunmuştur. Ölçeğin "fiziksel iyilik hali" alt boyut puan ortalamasının $5,81\pm 1,46$; "psikolojik iyilik hali" alt boyut puan ortalamasının $5,32\pm 1,56$; "sosyal iyilik hali" alt boyut puan ortalamasının $7,8139\pm 1,27$; "manevi iyilik hali" alt boyut puan ortalamasının $4,05\pm 1,30$ olduğu bulunmuştur. Jinekolojik kanserli hastaların eğitim düzeyi, gelir düzeyi, klinik evre, ailede kanser öyküsü varlığı ile Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Araştırmada jinekolojik kanserli hastaların yaşam kalitelerinin orta düzeyde olduğu bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: jinekolojik kanser, yaşam kalitesi, hemşirelik

ABSTRACT

Determination of Quality of Life of Patients with Gynecological Cancer

This study was conducted to determine the quality of life of patients with gynecological cancer. This descriptive study, 160 patients with gynecological cancer who applied to the gynecology oncology outpatient clinic, service and chemotherapy unit of a state and university hospital in the southern region of Turkey were recruited. Data, It was collected between January 2020 and December 2021, using the Personal Information Form and the Quality of Life Scale/Cancer Patient. Descriptive statistics, Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis H test, Independent Sample-t test, ANOVA test, Pearson and Spearman correlation tests were used in the analysis of the data. $p < 0.05$ was considered statistically significant.

The mean age of patients with gynecological cancer was 59.82 ± 10.60 years, endometrial CA of 46.8%, 51.2% of them had a diagnosis period of < 1 year and It was determined that 38.1% of them were stage 1. The total mean score of the Quality of Life Scale of patients with gynecological cancer was found to be 5.60 ± 1.13 . The mean score of the "physical well-being" sub-dimension of the scale was 5.81 ± 1.46 ; The mean score of the "psychological well-being" sub-dimension was 5.32 ± 1.56 ; the mean score of the "social well-being" sub-dimension was 7.8139 ± 1.27 ; The mean score of the "spiritual well-being" sub-dimension was found to be 4.05 ± 1.30 . Between the education level, income level, clinical stage, presence of a family history of cancer and the total score of the Quality of Life Scale of patients with gynecological cancer It was determined that there was a statistically significant difference ($p < 0.05$).

In the study, it was found that the quality of life of patients with gynecological cancer was moderate.

Keywords: gynecological cancer, quality of life, nursing

1. GİRİŞ

Kanser; tüm dünyada insan sağlığını tehdit eden, görülme sıklığı hızla artan, uzun süreli tedavi ve bakım gerektiren bir hastalıktır (1). Aynı zamanda kanser, dünyada ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer alması nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunudur. Dünyada her altı ölümden birinin, ülkemizde ise her beş ölümden birinin nedeni kanserdir (2). Kadınlarda görülen kanserler arasında yer alan jinekolojik kanserler; serviks, endometrium, over, vulva, vajina ve tuba kanserleri olarak sınıflandırılmaktadır (3). Globocan 2020 verilerine göre kadınlardaki en sık görülen kanserler incelendiğinde; ikinci sırada serviks kanseri, altıncı sırada endometrium kanseri ve yedinci sırada ise over kanseri yer almaktadır (4). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nın verilerine göre; kadınlarda en sık görülen 10 kanser içerisinde endometrium kanseri dördüncü sırada, over kanseri altıncı sırada ve serviks kanseri dokuzuncu sırada bulunmaktadır (2).

Günümüzde tanı ve tedavi yöntemlerinin gelişmesi, kanser tanısı almış bireylerin yaşam süresinin uzamasını sağlamıştır. Ancak kanser tanısı bulunan bireyler uzayan yaşam süresine rağmen, tedavinin uzun ve pahalı olması, uzun süre hastanede kalma, hastalığın yayılabilir ve tekrarlayabilir olması, ilaç yan etkilerinin fazla olması, organ kaybının görülebilmesi gibi nedenlerle fizyolojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik olarak birçok sorunla karşı karşıya kalmaktadır (5,6,7,8,9). Tüm bu sorunlara rağmen kanser hastalığının tedavisinde yaşanan hızlı gelişmeler ve onkoloji hastalarının yaşam süresinin uzaması, kısa ama kaliteli bir şekilde yaşama konusunu gündeme getirmiştir. Bu doğrultuda yaşam kalitesi diğer sağlık bakım alanlarında olduğu gibi onkoloji alanında da tartışılmaya başlanmıştır (10).

Jinekolojik kanserlerin insidansının artması, tedavi sürecindeki alternatiflerin çoğalması, jinekolojik kanserlerin çoğunluğunun cerrahi müdahale gerektirmesi, tedavi süresinin uzun olması gibi durumlar jinekolojik kanserli hastaların yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır (11,12). Diğer kanser türlerinde yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin yanı sıra jinekolojik kanserlerde uygulanan tedavilere bağlı olarak kadının beden imajı, cinsel kimliği ve üreme yeteneği de olumsuz etkilenmekte ve hastanın yaşam kalitesi bozulmaktadır (11,13).Yapılan çalışmalarda jinekolojik kanserli hastaların yaşam kalitelerinin düşük olduğu belirlenmiştir

(11,12,14,15). Ayrıca çalışmalarda jinekolojik kanserli hastaların tanı aldıktan sonra takip süresi boyunca da fiziksel, psikososyal, cinsel sorunlar yaşadıkları ve hastalıklarının tekrarlamasından korktukları bildirmektedir. Yaşanılan bu sorunlar ve hastalığa ait korkular kadınların yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (16,17). Sekse ve ark (2019) jinekolojik kanserli hastaların yaşam deneyimleri ve yaşam kalitelerini inceledikleri çalışmada; tedaviden yıllar sonra bile kadınların fiziksel, zihinsel ve psikososyal sağlıklarıyla ilgili sorunlar yaşadıkları ve yaşam kalitelerinin düşük olduğu belirlenmiştir (15).

Yaşam kalitesi yaşamın tümünü ilgilendiren çok boyutlu bir kavramdır. Bu nedenle kanser tanısı konulduğu andan itibaren sağlık bakım profesyonellerinin onkoloji hastalarının yaşam kalitelerini iyileştirmeye yönelik girişimlerde bulunmaları son derece önemlidir (18,19). Kanserli hastalara bakım veren hemşireler sadece yaşamın süresine değil, aynı zamanda yaşam kalitesine de odaklanmalıdır. Kanser ve kanser tedavisine bağlı ortaya çıkan yan etkiler, psikososyal durum, maneviyat, beden imajı, cinsellik, aile/iş/sosyal yaşam, roller ve sorumluluklar gibi yaşamın tüm yönleri hemşireler tarafından değerlendirilmelidir (10). Hemşireler bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkileyen risk faktörlerini erken dönemde belirlemeli, ortadan kaldırılması ya da en aza indirilmesine yönelik girişimleri planlamalı ve uygulamalıdır (20). Jinekolojik kanserli bireylerin yaşam kalitesinin nasıl etkilendiğinin bilinmesi, bu konuda hastalara nasıl destek verileceğinin belirlenmesi açısından önemlidir (18,21).

Yapılan literatür taramasında ülkemizde onkoloji hastalarında yaşam kalitesine yönelik çalışmaların olduğu ancak sadece jinekolojik kanserli hastaları içeren çalışmaların sınırlı olduğu görülmektedir. Yaşam kalitesine yönelik çalışmalar hemşirelere yol gösterecek ve hemşirelerin daha iyi bakım sunmalarına ve hastaların daha iyi yaşam kalitesine sahip olmasına yol açacaktır. Bu çalışma jinekolojik kanserli hastaların yaşam kalitelerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırma Soruları;

- 1) Jinekolojik kanserli hastaların yaşam kalitesi düzeyi nasıldır?
- 2) Jinekolojik kanserli hastaların yaşam kalitelerini etkileyen faktörler nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Jinekolojik kanserler

Kanser; birey, aile, toplum ve sağlık sistemleri üzerinde fiziki, duygusal ve ekonomik açıdan sorun oluşturduğu için dünyada küresel bir problem olarak kabul edilmektedir. Morbidite ve mortalite oranları göz önünde bulundurulduğunda, jinekolojik kanserler önemli bir kadın sağlığı sorunudur (22). Tarama ve erken tanı yöntemlerinin yaygınlaşması ile kanserde ölüm oranları azalsa da özellikle gelişmekte olan ülkelerde ve Türkiye’de önemini sürdürmektedir (23,24,25).

Jinekolojik kanserlerde tanı ve tedavi süresince, diğer kanserlerde karşılaşılan zorluklara ek olarak beden imajı, cinsel kimlik ve üreme yeteneği ile ilgili birey ve ailesinin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen önemli sağlık sorunları ortaya çıkmaktadır. Çünkü pek çok toplumda kadın için üreme organları dişiliğin, cinselliğin, doğurganlığın ve anneliğin sembolü olarak görülmektedir (26).

Jinekolojik kanserler; serviks, endometrium, over, vulva, vajen ve tuba kanseri olarak sınıflandırılmaktadır.

2.1.1. Servikal Kanser

2.1.1.1. Epidemiyoloji

Servikal kanser, GLOBOCAN 2020 verilerine göre hem insidans hem de mortalite açısından kadınlarda en sık görülen kanserler arasında dördüncü sıradadır. En yüksek bölgesel insidans ve ölüm oranı Sahra altı Afrika'dadır (4).

Ülkemizde İse Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesinin 2017 sonuçlarına göre tüm yaş grubundaki kadınlarda görülen kanserler arasında 9. sırada yer almaktadır. Jinekolojik kanserler içinde sıklık açısından 3. sırada görülmektedir (2).

2.1.1.2. Risk Faktörleri

Servikal kanser için birincil risk faktörü Human Papilloma Virüsüdür (HPV). Genellikle cinsel yolla bulaşan ve yüksek enfeksiyon potansiyeline sahip olan HPV, bir DNA tümör virüsüdür (23,24). HPV, serviksin epitel hücrelerini enfekte ederek serviksin transformasyonunda metaplastik epitelin kalıcı subdural enfeksiyonuna yol

açmaktadır (27). Ayrıca HPV; vulva, anüs, vajina, serviks ve orafarengeal yapıları da enfekte edebilir (28).

Human papilloma virüs genital siğilden kansere kadar çeşitli lezyonlardan sorumlu tutulmaktadır. Yüksek riskli HPV tipleri (16, 18, 31, 33, 45, 52, 58, 35, 59, 56, 51, 39, 68, 73, 82) serviks kanseri için esas riskli patojenleri oluştururken, düşük riskli HPV tipleri (6,11) siğillere neden olmaktadır. Kansere en sık neden olan HPV-16 ve HPV-18'dir (27,28,29,30,31).

HPV enfeksiyonunun malign dönüşümünü hızlandıran pek çok risk faktörü vardır. Bunlar;

- Düşük sosyo-ekonomik düzey,
- Kişisel hijyenin kötü veya bozuk olması,
- Cinsel yolla bulaşan hastalıkların varlığı,
- Sigara kullanma,
- Yetersiz beslenme,
- Servikal displazi öyküsü,
- Gebeliği süresince kadının diethylstilbestrole maruz kalması,
- HIV / AIDS varlığı,
- 25 yaş ve üzeri olma,
- Çok eşli (3'den fazla) cinsel yaşam,
- 16 yaşından önce cinsel aktif olma,
- 3'ten fazla doğum,
- İmmüno-supresif tedavidir (23,24).

2.1.1.3. Patofizyoloji

Serviks kanseri; preinvazif ve invazif servikal kanserler olarak sınıflandırılmakta ve histolojik olarak servikal tümörler ikiye ayrılmaktadır. Servikal kanserlerin %80-90'ı squamöz hücreli karsinom, %11-20'si adenokarsinomdur. Adenokarsinom genç kadınlarda daha çok görülür. Klinik belirti vermeden sessizce büyür. Bu özellikleri geç tanınmasına ve tedavinin güç olmasına neden olur (24).

Preinvazif Servikal Kanser: Servikal intraepitelyal neoplazi (CIN) ya da preinvazif neoplazi serviksin erken dönemdeki anormalliklerini adlandırmak için

kullanılan bir terimdir. Preinvazif kanserlerde anormallik hücre ile sınırlıdır ve üç gruba ayrılır. CIN I, epitelin 1/3 ünden daha azını içine alan neoplastik değişimleri (hafif displazi), CIN II epitelin 2/3 nü kapsayan neoplastik değişimleri (orta şiddette displazi) gösterir. CIN III de ise epitel kalınlığını tümü ile kapsayan neoplastik değişimler mevcuttur ancak stromaya invazyon ya da metastaz yoktur (şiddetli displazi ya da karsinoma insitu). Serviks kanserinde öncü lezyonların invaziv kansere ilerleme süresi yaklaşık 10-20 yılı bulmaktadır (24,32).

İnvazif Servikal Kanser: Tümörün serviks stromasına yayıldığı durumlara invazif servikal karsinoma denir. Serviks kanseri genellikle bölgesel olarak yayılan bir hastalıktır. Serviks kanseri direkt invazyon, lenfatik yol ve nadir olarak da hematogen yol ile yayılır. Serviks kanseri direk yolla serviks stromasına yayıldıktan sonra kan ve lenf yolu ile ya da intraperitoneal implantasyon yolu ile metastazlar yapabilir (24,32,33). Yayılım endoservikte başlar ve tüm servikse parametrium, vezikovajinal ve rektovajinal septalara, vajinanın üst kısmına, mesane ve rektuma yayılır. Lenf ve kan yolu ile akciğerlere, mediastinal ve supraklavikular nodlara, karaciğere ve kemiklere yayılır (24).

2.1.1.4. Sınıflandırma

Serviks kanseri evrelemesinde International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) evrelemesi kullanılmaktadır. 2018 yılında FIGO, klinik muayene bulgularının yanı sıra görüntüleme ve patolojik bulguları da dahil ederek yeni bir evreleme tablosu yayınlamıştır. (34) Serviks kanseri FIGO evrelemesi aşağıdaki gibidir. (35)

Çizelge 2.1. Serviks Kanseri Evrelemesi

EVRE I: Karsinoma kesinlikle serviksle sınırlıdır (uterin korpus uzantısı göz ardı edilmelidir)	
IA	İnvazyon derinliği <5 mm olan, sadece mikroskopi ile teşhis edilebilen invaziv karsinom
IA1	Ölçülen stromal invazyon <3 mm derinliktedir.
IA2	Ölçülen stromal invazyon ≥ 3 mm ve <5 mm derinliktedir.
IB	Ölçülen en derin invazyon ≥ 5 mm (Evre IA'dan büyük) olan invaziv karsinom, serviks uteri ile sınırlı lezyon vardır.
IB1	İnvaziv karsinoma ≥ 5 mm stromal invazyon derinliği ve en büyük <2 cm boyuttur.
IB2	İnvaziv karsinom ≥ 2 cm ve en büyük boyut <4 cm'dir.
IB3	İnvaziv karsinom en büyük boyut ≥ 4 cm'dir.
EVRE II: Karsinoma uterusun dışına yayılmıştır; ancak vajinanın alt 1/3'üne veya pelvik duvara ulaşmamıştır.	
IIA	Parametriyal yayılım olmadan vajinanın üst 2/3'ü ile sınırlıdır.
IIA1	İnvaziv karsinom <4 cm boyuttur.
IIA2	İnvaziv karsinom ≥ 4 cm büyük boyuttur.
IIB	Pelvik duvara kadara kadar olan parametrial tutulum mevcuttur.
EVRE III: Karsinoma vajinanın alt üçte birini içerir ve / veya pelvik duvarına uzanır ve / veya hidronefroz veya işlevsiz böbreğe neden olur ve / veya pelvik ve / veya para-aortik lenf düğümlerini içerir.	
IIIA	Karsinoma, pelvik duvarda herhangi bir invazyon olmadan vajinanın 1/3'üne yayılmıştır
IIIB	Pelvik duvara yayılma ve / veya hidronefroz veya böbreklerde işlev kaybının olmasıdır (başka bir nedene bağlı olmadığı sürece).
IIIC	Tümörün büyüklüğüne ve boyutuna bakılmaksızın pelvik ve / veya para-aortik lenf nodlarının tutulumu vardır.
IIICI	Sadece pelvik lenf nodu metastazı mevcuttur.
IIICII	Para-aortik lenf nodu metastazı vardır.
EVRE IV: Karsinom, gerçek pelvisin dışına uzanmış veya mesanenin veya rektumun mukozasına yayılmıştır (biyopsi ile kanıtlanmıştır). (Buna göre bir bolus ödem, bir vakanın Evre IV olarak tanılanmasını sağlamaz)	
IVA	Komşu pelvik organlara yayılmıştır.
IVB	Uzak organlara yayılmıştır.

2.1.1.5. Klinik Değerlendirme

Serviks kanseri, preinvazif dönemde genellikle belirti vermez. İnvazif servikal kanserde en sık ve en erken belirti vajinal kanamadır (koitus ve muayene sırasında görülen dokunma kanamaları, metroraji, menoraji ve postmenopozal kanama) (36). Geç belirtiler kanserin yayıldığı organ ile ilgilidir. Bunlar; lomber ve gluteal bölgede ağrı, hidronefroz, dizüri, rektal kanama, konstipasyon, alt ekstremitelere dem ve ağrı, yoğun vajinal hemoraji ve renal yetmezliktir (24,33).

2.1.1.6. Tanı

Serviksin eksternal bir genital organ olması ve serviks kanserin preinvaziv bir evresinin olması, tarama ve erken tanıya imkan vermektedir (26). Tanılama pap smear, kolposkopi ve biyopsi yöntemleri ile yapılmaktadır (23,24). Pap test ile servikal neoplazilerin %90'ı erken dönemde teğhis edilebilmektedir (24). Erken tanı servikal kanserlerde tedavi şansını %100'e çıkarırken, servikal kanser ile ilgili ölümleri de %50 azaltmaktadır (24). İlerleyen evrede tümörün boyutunu ve yayılımını tespit etmede bilgisayarlı tomografi, magnetik rezonans lenfanjiografi ve pozitron emisyon tomografi (PET) görüntüleme yöntemleri kullanılabilir (24,32,33).

2.1.1.7. Tedavi

Servikal kanserde tedavi seçeneği hastalığın evresine, hastanın tedavi uyumuna ve hastanın üreme fonksiyonunu koruma isteğine göre belirlenir. Preinvazif neoplazilerin tedavisi kriyocerrahi, lazer cerrahi ya da elektrokoter, kone biyopsi ve histerektomi ile gerçekleştirilebilir (23,24). İnvazif servikal kanserde tedavi; kanserin evresine, kadının yaşına, genel tıbbi durumuna, yayılım şekli ve yollarına ve herhangi bir yan etki bulunma durumuna göre belirlenir. Tedavi yaklaşımı; histerektomi, radyoterapi ve kemoterapiyi içermektedir (23,24,33,37).

2.1.1.8. Korunma

Serviks kanseri jinekolojik kanserler içinde etyopatogenezi tamamen bilinen, tarama programı olan ve önlenebilir bir kanser türüdür (38). Erken tanı konan olguların tedavi şansı oldukça yüksek olduğundan tarama programları önem taşımaktadır (23,24). Serviks kanserinden korunma aşağıdaki şekilde sınıflandırılabilir:

Birincil korunma; kansere neden olabilecek risk faktörlerinin önlenmesini kapsar. HPV enfeksiyonu ve HPV aşı farkındalığının oluşturulması ve yaygınlaştırılması, risk faktörlerinin önlenmesi ve riskli davranışların değiştirilmesi, bariyer kontraseptif kullanımının sağlanması ve bireylere doğru sağlık alışkanlıklarının kazandırılması serviks kanserinde birincil korunma yaklaşımlarını oluşturmaktadır (38,39,40).

İkincil korunma; erken tanı ve tarama programları ile prekanseröz lezyonların invaziv hale dönüşmeden tedavisini kapsar. DSÖ tarafından serviks kanseri taramasının ülke genelinde toplum tabanlı olarak yürütülmesi önerilmektedir. Bu amaçla serviks kanserinde tarama; servikal sitolojiyi (Papanicolaou (Pap) test veya Pap smear), HPV-DNA testini veya her ikisini içermektedir (41,42).

Amerikan Kanser Birliği'ne göre; serviksi olan kadınlara aşağıdaki şekilde tarama yapılmalıdır (41).

- 25 yaşından önce tarama yapılması önerilmez.
- 25-65 yaş arasındaki kadınların test için üç seçeneği vardır.
 - Her 5 yılda bir tek başına HPV testi,
 - Her 3 yılda bir tek başına Pap testi,
 - Her 5 yılda bir Pap test ve HPV testi (kotest) yaptırabilirler.
- >65 yaş üzeri ise;
 - Yeterli negatif tarama varsa (2 ardışık negatif HPV testi veya 2 negatif kotest veya 3 negatif sitoloji testi) tarama sonlandırılır.
 - Yeterli negatif tarama yoksa kriterler karşılanana kadar taramaya devam edilmelidir.
- Histerektomi sonrası; serviksi olmayan ve CIN2/serviks kanseri öyküsü olmayan kadınlar taramamalıdır.
- HPV aşısı olanlara yaşa özel tarama önerileri uygulanmalıdır (aşılanmamış bireylerle aynı).

Türkiye'de yürütülen serviks kanseri tarama programına göre;

- 30-65 yaş arasında bulunan tüm kadınların tarama programına dahil edilerek her beş yılda bir HPV veya Pap smear testlerinin yapılması önerilmektedir.
- 65 yaş üzeri olan ve son iki HPV veya Pap-smear testi negatif olan kadınların tarama programından çıkarılması amaçlanmaktadır.
- Histerektomi olan kadınların taramaya dahil edilmesi gerekli değildir (43).

Üçüncül korunma; klinik bulgular ortaya çıktıktan sonra tespit edilen invazif kanserin tedavisi için uygun yöntemlerin kullanılmasını, sakatlıkların azaltılmasını ve rehabilitasyonunun sağlanmasını kapsar (38,39,40).

2.1.2. Uterin/Endometriyal Kanser

2.1.2.1. Epidemiyoloji

Gelişmiş ülkelerde belirgin bir artış eğilimi gösteren endometriyum kanseri en sık görülen kadın genital sistem kanseridir (44). Endometriyum kanseri, 2020'de 417.000 yeni vaka ve 97.000 ölümlle kadınlarda en sık teşhis edilen altıncı kanserdir (4). Sağlık bakanlığı kanserle savaş dairesi verilerine göre en çok görülen ilk 10 kanser içinde 6. sıradadır. Ülkemizde jinekolojik kanser sınıflamasında en çok görülen 1. kanserdir (2).

2.1.2.2. Risk Faktörleri

Fazla östrojene maruz kalma ile ilgili tüm durumlarda endometriyal kanser riskinde artma olduğu bilinmektedir. Aşırı endojen östrojen metabolizması ya da progesteronun yetersiz salgılanması endometriyal kanser gelişme riskini arttırmaktadır (24,45). Postmenapozal dönemde olmak (60-70 yaş), erken menarş, geç menapoz, menstrual düzensizlikler, beyaz ırk, obezite, nulliparite, infertilite, polikistik over sendromu, obezite, diyabet, hipertansiyon, karşılanmamış östrojene maruz kalma, hayvansal yağdan zengin beslenme, meme ve over kanseri öyküsü, tamoksifen kullanımı, östrojen tedavisi ve aile öyküsü (ailede kolorektal, endometriyum, over ve mide kanseri varlığı) endometrium kanserinde risk faktörlerini oluşturmaktadır. (23,24,25,44,45,46,47,48,49)

2.1.2.3. Patofizyoloji

Endometriyal kanserlerin büyük bir kısmı adenokarsinomdur. Yavaş büyür ve geç metastaz yapar. Squamöz hücreli karsinomları hızlı büyüme özelliği gösterir. Endometriyal kanser, epitel tabakasının tübüler glandlarında gelişir. Uterusun alt segmentinde servikse yakın olarak gelişen tümörlerin, pelvik ve paraaortik lenf nodlarına yayılım insidansı fundusta gelişen tümöre göre daha yüksektir. Derin

myometrial invazyon yapar ve agresif olmaya eğilimlidir. Bu nedenle bu hastaların hayatta kalma şansları azdır (24).

2.1.2.4. Sınıflandırma

Endometriyum kanserinin FIGO sınıflandırması aşağıdaki gibidir(35).

Çizelge 2.2. FIGO Endometrium Kanseri Evrelemesi

Evre I: Tümör uterusu sınırlı	
IA	Myometrial invazyon yok veya %50'den az
IB	%50 veya daha fazla myometrial invazyon
Evre II: Servikal stromal invazyon (uterus dışına çıkmamış tümör)	
Evre III: Lokal veya bölgesel yayılım	
IIIA	Uterus seroza tutulumu veya adneksiyel tutulum
IIIB	Vajinal ve/veya parametriyal tutulum
IIIC	Pelvik ve/veya paraaortik tutulum C1: Pozitif pelvik lenf nodu tutulumu C2: Pozitif paraaortik lenf nodu tutulumu (ve/veya pelvik lenf nodu tutulumu)
Evre IV: Mesane ve/veya bağırsak mukozası invazyonu ve/veya uzak metastaz	
IVA	Mesane ve/veya bağırsak mukoza invazyonu
IVB	Uzak metastaz (intraabdominal uzak metastaz, inguinal lenf nodu metastazı)

2.1.2.5. Klinik Değerlendirme

Endometrium kanserinin en erken ve en önemli belirtisi anormal vajinal kanamadır ve hastaların büyük çoğunluğu postmenapozal kanama ile doktora başvurmaktadır. Ancak vakaların bazılarında kanama öyküsü görülmemektedir. Hastalar genellikle erken evrede tanı almakta ve iyi prognoza sahip olmaktadır (23,25,50). Cinsel ilişki esnasında ağrı, pelvik bölgede kitle, uterusun büyümesi, alt karın ve sırtta ağrı görülen diğer belirtilerdir (24).

2.1.2.6. Tanı

Endometriyal kanser için spesifik bir tanı testi bulunmamakta ve popülasyon taramasının faydası tam olarak kanıtlanmamıştır (51). Endometriyal kanser pap smear ile nadir olarak tanılanmaktadır. Pelvik ve rektovajinal muayene ile tanı konulabilir.

Endometriyum kanserli hastaların değerlendirilmesinde, transvajinal ultrasonografi, endometrial biyopsi, bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme yöntemleri kullanılmaktadır. Endometriyal biyopsi negatif ve belirtiler inatçı ise D&C ve histeroskopi uygulanır (23,51,52,53).

2.1.2.7. Tedavi

Cerrahi, radyoterapi, hormonal tedavi ve kemoterapi başlıca tedavi seçeneğidir. Ana tedavi cerrahidir. Bazı vakalarda tedavi yöntemleri kombinasyonu hastaya uygulanır (24,54).Endometriyum kanserinin cerrahi tedavi planında ameliyat öncesi ve ameliyat sırasındaki histolojik alt tip, grade ve myometrial invazyon derinliği dikkate alınmaktadır (55). Cerrahi evreleme endometriyum kanserinde standart yaklaşımla birlikte; total histerektomi, bilateral salpingooferektomi, batin sıvı örnekleme ve seçili olgularda pelvik ve paraaortik lenf nodu örnekleme standart tedavi prosedürüdür (56,57).

2.1.2.8. Korunma

Endometriyum kanserinde korunma basamakları Őu Şekildedir:

Birincil korunma; endometriyum kanserine yönelik farkındalık oluşturma, sağlıklı yaşam tarzı geliştirme, kombine oral kontraseptif kullanma, insülin direncini azaltma ve profilaktik cerrahiye içermektedir.

İkincil korunma; endometriyum kanserine yönelik spesifik bir tarama testi bulunmamaktadır. Riskli grupların belirlenmesi ve düzenli kontrollerini yaptırılmaları önerilmektedir.

Üçüncül korunma; endometriyum kanserine yönelik uygun tedavi yönetimini ve rehabilitasyonu içermektedir (58).

2.1.3. Over Kanseri

2.1.3.1. Epidemiyoloji

Over kanseri jinekolojik kanserler arasında mortalite hızı en yüksek iki kanserden biridir. Over kanseri, kadınlarda görülen kanser türleri içinde dünyada sekizinci, ülkemizde altıncı sırada bulunmaktadır (22,59).

2.1.3.2. Risk Faktörleri

Over kanserinde hormonal, çevresel ve genetik faktörler etkilidir. Over kanseri çoğunlukla sporadik gelişse de, yaklaşık %24'ü ailesel ve genetik nedenlere bağlı gelişmektedir ve bu mutasyonların yaklaşık %18'inden BRCA 1 ve 2 genleri sorumludur (28). Over kanserinde risk faktörleri şu şekilde sıralanabilir;

- Ailede meme ya da over kanseri hikâyesi bulunma (özellikle anne ve kız kardeşte),
- Ovulasyonun 40 yıldan uzun sürmesi (erken menarş, geç menapoz),
- Overlerde fonksiyon bozukluğu, ovulasyon yokluğu (infertilite ve endometriyozis)
- Perineal bölgeye kozmetik amaçlı uzun süre talk uygulanması ya da aspezdoz gibi sanayi ürünleri ile uğraşma,
- İnfertilite ile sonuçlanan pelvisin inflamatuvar hastalığı (yüzey epitelinde proliferasyon yarattığı için)
- Endüstrileşmiş ülkede yaşama,
- Beyaz ırk Musevi etnik grubundaki bireyler,
- Aşırı kahve tüketimi,
- Düşük parite,
- Yüksek beden kitle indeksi (23,60,61,62)

2.1.3.3. Patofizyoloji

Over kanseri; epitelial (%90- 95) ve germ hücreli (%5-10) tümörler olmak üzere ikiye ayrılır. Epitelial tümörler genellikle orta ve ileri yaş grubunda gözlenirken, germ hücreli tümörler genellikle genç yaş grubunda görülür, ancak epitelial over tümörlerine göre çok daha hızlı büyürler (63).

Over kanserlerinin en yaygın tipi epitelyal olanlardır. Bu tümörler; seröz adenokarsinom, müsinöz adenokarsinom, endometroid, berrak hücreli tümörler ve brenner tümörleridir. Epitelyal over kanseri doğal yapısı ve yayılma şekli itibari ile tüm abdominal kaviteyi tutar. Tanı anında birçok kadında intraabdominal metastaz vardır ve hastaların büyük bir kısmı evre III-IV hastalık tanısı alırlar (64).Over kanserleri tedavisi en zor olan tümörlerdir. Çünkü büyük bir kısmı tanındığında evre III'e ulaşmıştır. Over kanseri tanındığında beş yıllık yaşam süresi %20,,dir. Erken tanıda yaşam süresi artar (24).

2.1.3.4. Sınıflandırma

Over kanseri FIGO sınıflandırması aşağıdaki gibidir (35).

Çizelge 2.3. FIGO Over Kanseri Evrelemesi

Evre I: Yumurtalıklarla veya fallop tüpleriyle sınırlı tümörler	
IA	Tümör 1 over (kapsül sağlam) veya fallop tüpü ile sınırlı; over veya fallop tüpü yüzeyinde tümör yok; asit veya periton yıkamalarında malign hücre yok
IB	Tümör yumurtalıklarla (kapsüller bozulmamış) veya fallop tüpleriyle sınırlı; over veya fallop tüpü yüzeyinde tümör yok; asit veya periton yıkamalarında malign hücre yok
IC	Tümör, aşağıdakilerden herhangi biriyle 1 veya her iki yumurtalık veya fallop tüpü ile sınırlı: IC1: cerrahi sızıntı IC2: Kapsül ameliyat öncesi veya over veya fallop tüpü yüzeyinde tümör yırtıldı IC3: Asit veya periton yıkamalarında malign hücreler
Evre II: Tümör 1 veya 2 yumurtalık veya pelvik uzatma (pelvik ağzın altında) veya peritoneal kanser içeren fallop tüplerini içerir	
IIA	Uterus veya fallop tüplerinde veya yumurtalıklarda uzatma ve /veya implantlar
IIB	Diğer pelvik intraperitoneal dokulara uzama
Evre III: Tümör, pelvis dışındaki peritona ve /veya retroperitoneal lenf nodlarına metastaz sitolojik olarak veya histolojik olarak doğrulanmış yayılmasıyla birlikte 1 veya iki yumurtalık veya fallop tüpü veya periton kanseri içerir.	
IIIA1	Sadece pozitif retroperitoneal lenf nodları (sitolojik veya histolojik olarak kanıtlanmış) IIIA1(i) en büyük boyutta 10 mm'ye kadar metastaz IIIA1(ii) en büyük boyutta 10 mm'den fazla metastaz
IIIA2	Pozitif retroperitoneal lenf nodları olan veya olmayan mikroskopik ekstrapelvik (pelvik ağzın üstünde) periton tutulumu
IIIB	Retroperitoneal lenf nodlarına metastazlı veya metastaz olmadan en büyük boyutta 2 cm'ye kadar pelvisin dışındaki makroskopik peritoneal metastaz
IIIC	Retroperitoneal lenf nodlarına metastazlı veya metastaz olmadan en büyük boyutta 2 cm'den fazla pelvisin dışındaki makroskopik peritoneal metastaz (her iki organın parankimal tutulumu olmadan tümörün karaciğer ve dalak kapsülüne yayılmasını içerir)
Evre IV: Peritoneal metastazlar hariç uzak metastaz	
IVA	Pozitif sitolojili plevral efüzyon
IVB	Parankim metastazlar ve ekstra abdominal organlara metastazlar (kasık lenf düğümleri ve karın boşluğu dışındaki lenf düğümleri dahil)

2.1.3.5. Klinik Değerlendirme

Over tümörü sessiz ve hızlı büyür bu yüzden ilk belirtiler genelde gözden kaçır. Erken belirtiler olarak abdomenin alt kısmında belirsiz bir rahatsızlık ve sindirim şikâyetleri sayılabilir. Düzensiz vajinal kanama, karında şişkinlik ve dolgunluk hissi, sık sık ve acil idrara çıkma isteği, pelvik ve abdominal ağrı, pelvik kitle, yorgunluk abdominal şişkinlik, hazımsızlık, abdomenin alt kısmında basınç, ağırlık hissi, sırt ağrısı, çabuk doyma, iştahsızlık ve konstipasyon sık görülen erken belirtilerdir (23,62,65).

2.1.3.6. Tanı

Overlerin pelvisin derinlerine yerleşmiş olması ve erken semptomların asemptomatik olması erken tanıyı son derece zorlaştırır. Bu nedenle genellikle III veya IV. evrelerde tanı konmakta ve sağ kalım oranları düşüktür (23,24,66). Over kanserinin tanısında hasta anamnezi, pelvik muayene, ultrason ve tümör belirteçleri kullanılmaktadır (23,67). Tümör belirteci olarak CA-125, HE4 ve CA19-9'a bakılır (62).

2.1.3.7. Tedavi

Over kanserinde temel tedavi yaklaşımı cerrahidir. Cerrahide amaç tümörün çıkarılması, tanıyı kesinleştirmek, kanserin evresini belirlemek ve hastanın olabildiğince uzun yaşamasını sağlamaktır (23,62,65). Epitelyal over kanserinde evreleme cerrahisi rutin olarak histerektomi, bilateral salpingo-ooferektomi, omentektomi ve pelvik-paraaortik lenfadenektomi işlemlerini içermektedir (64). İleri evre over kanserinde kemoterapi gerekebilir. Tedaviyi etkileyen gen mutasyonları için genetik testler yapılabilir. İmmünoterapi tartışmalıdır (68).

2.1.3.8. Korunma

Over kanserinde korunma basamakları şu şekildedir:

Birincil korunma; over kanserine yönelik farkındalık oluşturma, riskli davranışlardan uzak durma (kilo kontrolü, sigara içmeme vs), ovulasyonun engelleyeceği için kombine oral kontraseptif (KOK) kullanma, emzirme ve risk grubunda profilaktik cerrahi içermektedir.

İkincil korunma; over kanserinden korunmada tanı testi ve tarama programı bulunmamaktadır. Sadece over kanseri riski bulunanlara (örneğin, BRAC1 ve BRCA2 veya Lynch sendromu mutasyonları varlığı) veya semptomları olan kadınlarda; anamnez, kapsamlı pelvik muayene, transvajinal ultrason, CA 125, HE4 (human epididymis protein 4) ve CA19-9 tümör belirteci için kan testleri yapılması önerilmektedir.

Üçüncül korunma; kansere yönelik belirtiler ortaya çıkınca, uygun tedavi yönetimi ve rehabilitasyonu içermektedir (58,69,70).

2.1.4. Vulva Kanseri

2.1.4.1. Epidemiyoloji

Vulva kanseri diğer jinekolojik kanserlere oranla daha az sıklıkta görülmektedir. Özellikle postmenopozal kadınlarda görülen vulva kanseri, jinekolojik kanserlerin %2-5'ini oluşturmaktadır (71).

2.1.4.2. Risk Faktörleri

Vulva kanserine sebep olan faktörler net olarak bilinmemektedir fakat bazı risk faktörlerinin oluşmasında etkili olabileceği üzerinde durulmaktadır. 60 yaş üzerinde olmak, kronik vulva distrofisi, kronik pruritis ya da tahriş, çok eşli cinsel yaşam, Herpes Simpleks Virüsü, immünosupresyon, liken skleroz, vulvar lezyonu, serviks kanseri olma ve sigara içme risk faktörleridir (72,73,74).

2.1.4.3. Patofizyoloji

Vulva kanserinin %90'nı Squamöz hücreli, %4'ü bazal hücreli karsinoma, geri kalanları da paget's hastalığı, bartolin glandlarının adenokarsinomu, fibrosarkom ve melanomdur (75).

2.1.4.4. Sınıflandırmama

Vulva kanseri FIGO sınıflandırması aşağıdaki gibidir (35).

Çizelge 2.4. FIGO Vulva Kanseri Evrelemesi

Evre	Tanı
Evre I	Tümör vulva ya da perinede sınırlı, en büyük çapı ≤ 2 cm ve stromal invazyon ≤ 1 mm, lenf nodu metastazı yok
	IA: 1 mm'den küçük stromal invazyon IB: 1 mm'den daha büyük stromal invazyon
Evre II	Tümör herhangi bir büyüklükte ve komşu perineal yapılara uzanım göstermekte (1/3 alt üretra, 1/3 alt vajen, anüs), lenf nodu metastazı yok
Evre III	Tümör herhangi bir büyüklükte ve pozitif inguino-femoral lenf nodları
	IIIA: (i) 5mm'e eşit ya da büyük tek lenf nodu metastazı (ii) 5mm'den küçük 1-2 lenf nodu metastazı IIIB: (i) 5mm'e eşit ya da büyük 2 ya da daha fazla lenf nodu metastazı (ii) 5mm'den küçük 3 ya da daha fazla lenf nodu metastazı IIIC: Ekstrakapsüler yayılımı olan pozitif lenf nodu/nodları
Evre IV	Bölgesel (2/3 üst üretra, 2/3 üst vajen) veya uzak
	IVA: Tümör şunlardan birini tutmuştur. 2/3 üst üretra, 2/3 üst vajen, mesane mukozası, rektal mukoza, ya da kemiğe fikse (i) Fikse ya da ülserle bölgesel (inguino veya femoral) lenf nodları yok, (ii) Fikse ya da ülserle bölgesel (inguino veya femoral) lenf nodları var IVB: Pelvik lenf nodları da dahil herhangi bir uzak metastaz

2.1.4.5. Klinik Değerlendirme

Vulva kanserinde belirtiler kanserin tipine ve lezyonların prekanseröz ya da kanseröz olup olmama durumuna göre değişim gösterir. Prekanseröz evrede belirtiler çoğunlukla asemptomatiktir. En yaygın belirti kaşıntıdır. Vulva kanserinde genel olarak belirti ve bulgular; vulvada yanma, ağrı, akıntı ,vulvada kızarıklık, kaşıntı, renk değişikliği, döküntü, siğil, yara görünümlü lezyonlar ve deride kalınlaşma, dizüri, menstrual periyotla ilişkili olmayan kanama ve cinsel işlev bozukluğu şeklindedir (75,76).

2.2.4.6. Tanı

Vulva kanserinin spesifik bir tanı yöntemi bulunmamaktadır. Pelvik muayene ve vulva kanserinin herhangi bir semptomunu bilmek, erken teşhiste ve başarılı tedavi şansında büyük avantaj oluşturur. Vulvada şüpheli lezyon varlığında biyopsi yapılması tanıda yardımcı olur (71,75).

2.1.4.7. Tedavi

Vulva kanserinin tedavisi öncelikle histolojiye ve cerrahi evrelemeye bağlıdır. Tedavi, özellikle skuamöz hücreli karsinom için ağırlıklı olarak cerrahidir, ancak eşzamanlı kemoradyoterapi, özellikle ilerlemiş tümörler için etkili bir alternatiftir. Hastalar evre I ve II'de bireysel değerlendirilmelidir. Vulvanın invaziv kanserinde evre I ve II'de radikal vulvektomiye başvurulur. Evre III'de radikal vulvektomiye ek olarak distal üretra ya da vajina gibi organların da eksizyonu gerekebilir. Evre IV'de mesane ve rektuma yayılma mevcutsa radikal vulvektomiye ek olarak pelvik egzantrasyon uygulanır. uzak metastaz veya kemiğe yayılım varsa tedavi sadece palyatif ve radyoterapi olarak planlanır (71,75).

2.1.4.8. Korunma

Vulva kanserinde korunma basamakları şu şekildedir:

Birincil korunma; vulva hijyeni kurallarına uymak kanseri önlemede önemlidir. Vulva kanseri serviks kanserinin metastazına bağlı ortaya çıkabileceği için, serviks kanserinden korunmada önemli yeri olan HPV aşısının vulva kanserine karşı da koruyucu olacağı düşünülmektedir

İkincil korunma; vulva kanserine yönelik bir tarama programı bulunmamaktadır. Vulva kanserine HPV 16'nın neden olduğu, ileri sürülmektedir. Bu nedenle vulva kanserinin taraması riskli gruplarda pap test/HPV test ve dikkatli vulva muayenesi ile yapılmalıdır. Vulva kanserinde sıklıkla görülen belirti vulvada kitledir. Erken tanı için kadınların her ay düzenli kendi kendine vulva muayenesi yapması önerilmektedir.

Üçüncül korunma; kansere yönelik belirtiler ortaya çıkınca, uygun tedavi yönetimi ve rehabilitasyonu içermektedir. Vulva kanserinin tedavisinde, kadının cinsel fonksiyonlarını kaybetmeden kanseri ortadan kaldırmak hedeflenmektedir (71,76).

2.1.5. Vajina Kanseri

2.1.5.1. Epidemiyoloji

Primer vajinal kanser nadir olarak görülür ve tüm jinekolojik kanserlerinin %1-%2' sini oluşturmaktadır. Vajinal kanser insidansı yaş ilerledikçe artmakta ve hastaların yaklaşık %50'si 70 yaşın üzerinde ve %20'si 80 yaşın üzerindedir (77).

2.1.5.2. Risk Faktörleri

Vajinal kanserde risk faktörleri; 50-70 yaş arasında olmak, intrauterin DES'e maruz kalmak, pelvik radyasyon, intravajinal peser kullanma, genital human papilloma virüs enfeksiyonu ve herpes simpleks tip II, servikal ve vulvar kanser hikayesi olarak bildirilmektedir (77).

2.1.5.3. Patofizyoloji

Vajinal kanserlerin %95'i Squamöz hücreli karsinom, %5'i adenokarsinom ve sarkoma botryoides'dir. Vajinal kanser daha çok vajinanın 2/3 üst kısmında gelişir. Vajina kanserleri üretra, vulva, anüs, rektum ve kemik pelvise yakın olması nedeniyle yayılabilir ancak bu yapıları etkileme oranı yüksek değildir (23,24).Vajinanın intraepitelyal neoplazisi (VAIN) ; VAIN I hafif displazi, VAIN II orta displazi, VAIN III ciddi displazi olarak sınıflandırılırken son zamanlarda düşük dereceli skuamöz intraepitelyal lezyon ve yüksek dereceli skuamöz intraepitelyal lezyon olarak değişmiştir (77).

2.1.5.4. Sınıflandırma

Vajina kanseri FIGO sınıflandırması aşağıdaki gibidir (35).

Çizelge 2.5. FIGO Vajina Kanseri Evrelemesi

FIGO	Tanı
Evre I	Kanser sadece vajinada sınırlı ve 2 cm''den büyük değildir
Evre I	Kanser sadece vajinada sınırlı ve 2 cm''den daha büyük
Evre II	Kanser vajinal duvar boyunca büyümüş, ancak pelvik duvara kadar ulaşmamıştır ve 2 cm''den büyük değildir.
Evre II	Kanser vajinal duvar boyunca büyümüş, ancak pelvik duvara kadar ulaşmamıştır ve 2 cm''den daha büyük
Evre III	Kanser herhangi bir boyutta olabilir ve pelvik duvara uzanım gösterebilir ve/veya vajinanın alt 1/3''ünde büyüyebilir ve/veya böbreklerde idrar çıkışını engelleyerek çalışmamasına neden olabilir (hidronefroz)
Evre IVA	Kanser mesane veya rektum içine ya da pelvis dışına doğru uzanım gösterebilir

2.1.3.5. Klinik Değerlendirme

İnvaziv vajinal kanserin belirtisi ağrısız vajinal kanama ve akıntıdır. Kanama genellikle postmenapozal ve postkoitaldir. Mesane ağrısı ve sık idrara çıkma da erken belirtiler arasındadır. Hastalığın ilerlediği durumlarda tutulan organ ile ilgili bulgu verir (78).

2.1.3.6. Tanı

Vajinal kanser tanısı; vajinanın gözle ve palpasyonla muayenesinde lezyonun lokasyonu, sayısı ve genişliğinin tespit edilmesiyle konur. Pap smear squamöz hücreli karsinomanın tanılanmasında yardımcıdır (23). Şüpheli vajinal kanser için değerlendirme; jinekolojik muayene, biyopsi ile kolposkopiye içermelidir (78).

2.1.3.7. Tedavi

Tedavi lezyonun yeri, boyutu ve tekli veya çoklu olma durumuna göre planlanır. VAIN I tedaviye gerek kalmadan kaybolur. VAIN II lazer ya da 5-Fu krem uygulanarak

veya lazer ve 5-Fu kremin birlikte uygulanmasıyla tedavi edilir. VAIN III lokal eksizyonla tedavi edilir. Vajinal kanserlerde genellikle seçilen tedavi yöntemi radyoterapidir. Küçük yüzeysel tümörlerin tedavileri için brakiterapi yeterlidir. Vajinanın üst kısmındaki tümörler için radikal vajinektomi ve radikal histerektomi uygulanabilir. Evre IV ya da tekrarlayan vakalar için özellikle rektovajinal ve vezikovajinal fistül varsa pelvik ekzantrasyon uygulanabilir. Metastatik veya tekrarlayan vajinal kanserlerde diğer tedavi seçeneklerinin uygulanmadığı durumlarda kemoterapi seçilir (77,78).

2.1.3.8. Korunma

Vajinal kanserde korunma basamakları şu şekildedir:

Birincil korunma; genellikle serviks kanserinin metastazına bağlı olarak görüldüğü için korunmada HPV aşısı yaptırma, riskli davranışlardan uzak durma ve sağlıklı yaşam tarzı geliştirme vajinal kanserden korunmada önemlidir.

İkincil korunma; vajinal kanserin erken tanısı için tarama testi bulunmamaktadır. Genellikle serviks kanseri metastazına bağlı olarak ortaya çıktığı için pap test/HPV testleri önerilmektedir. Serviks kanserindeki risk faktörleri vajinal kanser içinde geçerli olduğu için risk gruplarının belirlenmesi önemlidir.

Üçüncül korunma; Uygun tedavi yönetimi ve rehabilitasyonu içermektedir (58,79,80).

2.1.6. Tuba Kanseri

2.1.6.1. Epidemiyoloji

Jinekolojik kanser türleri içinde % 1-2 gibi oranında görülen fakat çok hızlı ilerleyen bir kanser türüdür (23). Güncel veriler over, fallop tüpü ve periton kanserlerinin bir arada ele alınması gerektiğini vurgulamaktadır (62).

2.1.6.2. Risk faktörleri

Tuba kanserinin etiyolojisi tam olarak açıklanamamaktadır. Over kanserinin, hormonal ve genetik faktörlerinin tuba kanserinin görülmesinde artışa neden olduğu düşünülmektedir. Hastalık çoğunlukla postmenopozal dönemde görülmektedir (62).

2.1.6.3. Klinik Görünüm

Tuba kanseri belirtileri pelvik bölgede basınç hissi, karın ağrısı, batında su toplanması ve kitle oluşmasıdır. Erken tanılanma şansının olmaması ve belirtilerin geç ortaya çıkması mortaliteyi arttırmaktadır (23).

2.1.6.4. Tanı

Tanı ultrasonografi, MR, laparoskopi ve kanda bakılan Ca125, Ca19-9 ile konur (23).

2.1.6.5. Tedavi

Tedavisi cerrahi, kimyasal tedavi, radyoterapi, hormonal tedavi ya da bazı tedavilerin aynı anda uygulandığı kombine tedavidir (62).

2.2. Jinekolojik Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi; “bireyin kendi yaşamını, kültürel değerleri kapsamında, amaçları, beklentileri, standartları ve ilgi alanları dahilinde algıladığı durumdur.” (81)Dünya Sağlık Örgütü ise yaşam kalitesini “kişinin kendi amaçlarına, beklentilerine, standartlarına ve çıkarlarına göre bir kültür ve değer sisteminde kendi yaşamını algılaması” olarak tanımlamıştır. Fiziksel sağlık, psikolojik durum, inanç, cinsiyet, yaş, medeni durum, sosyal ilişkiler, yaşanılan konut ve özellikleri, sağlık, eğitim, gelir, iş yaşamı, boş zaman aktiviteleri ve kişinin bunlardan duyduğu tatmin yaşam kalitesini belirler (82,83).

Günümüzde tanı ve tedavi yöntemlerinin gelişmesi, kanser tanısı almış bireylerin yaşam süresinin uzamasını sağlamıştır. Kanser hastalığının tedavisinde yaşanan hızlı gelişmeler ve onkoloji hastalarının yaşam süresinin uzaması, kısa ama kaliteli bir şekilde yaşama konusunu gündeme getirmiştir. Bu doğrultuda yaşam kalitesi diğer sağlık bakım alanlarında olduğu gibi onkoloji alanında da tartışılmaya başlanmıştır (10).

Kanser yaşam kalitesini olumsuz etkileyen ciddi bir sağlık problemidir. Kanser tanı ve tedavisi, fiziksel, duygusal, sosyal, mesleki, ekonomik zorlukları beraberinde getirir (18,20,21,84). Kanser tanısının konması ve tedaviye başlanması; birey ve ailenin fiziksel, emosyonel, sosyal ve ekonomik dengelerini alt üst etmekte, yaşamdan

doym almalarını engellemekte ve yaşam kalitesini azaltmaktadır. Kanser hastalığının adı, adının verdiği korku, gelecek kaygısı, hastalık sürecinde yaşanabileceklerin yarattığı stres ve tedaviye bağlı istenmeyen etkiler, hasta ve hasta yakınlarının yaşam kalitesini önemli derecede etkilemektedir (18,83).

Günümüzde jinekolojik kanserlerin insidansının artması, tedavi sürecindeki alternatiflerin çoğalması, jinekolojik kanserlerin çoğunluğunun cerrahi müdahale gerektirmesi, tedavi süresinin uzun olması gibi durumlar jinekolojik kanserli hastaların yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır (63). Diğer kanser türlerinde yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin yanı sıra jinekolojik kanserlerde uygulanan tedavilere bağlı olarak kadının beden imajı, cinsel kimliği ve üreme yeteneği de olumsuz etkilenmekte ve hastanın yaşam kalitesi bozulmaktadır (13,63,85). Yapılan çalışmalarda jinekolojik kanserli hastaların yaşam kalitelerinin düşük olduğu belirlenmiştir (11,14,15). Ayrıca çalışmalarda jinekolojik kanserli hastaların tanı aldıktan sonra takip süresi boyunca fiziksel, psikososyal, cinsel sorunlar yaşadıkları ve hastalıklarının takrarlamasından korktukları bildirmektedir. Yaşanılan bu sorunlar ve hastalığa ait korkular kadınların yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (17). Hansen ve ark (2013) çalışmasında kanser hastalarının %60'ının takipleri sırasında sıklıkla fiziksel ve duygusal problemlerle ilgili karşılanmamış bir ihtiyacının olduğu ve bu karşılanmayan ihtiyaçların da yaşam kalitesini düşürdüğü belirlenmiştir (86). Sekse ve ark (2019) jinekolojik kanserli hastaların yaşam deneyimleri ve yaşam kalitelerini inceledikleri çalışmada; tedaviden yıllar sonra bile kadınların fiziksel, zihinsel ve psikososyal sağlıklarıyla ilgili sorunlar yaşadıkları ve yaşam kalitelerinin düşük olduğu belirlenmiştir (15).

2.3. Jinekolojik Kanserli Hastalarda Hemşirelik Girişimleri

Hemşireler jinekolojik kanserin önlenmesi, tanı, tedavisi dolayısıyla her aşamasında önemli rolleri olan sağlık çalışanlarıdır. Jinekolojik kanserler tedavinin manevi ve maddi yükünün fazlalığının yanı sıra kadının üreme yeteneğini, cinselliğini etkilediği için ile diğer kanserlerden farklıdır. Bu nedenle jinekolojik kanserli hastaya bakım veren hemşireler bu farklılığı da göz önünde bulundurarak danışmanlık yapma, bakım verme, sağlık eğitimi yapma, kanser vakalarını yönetme ve araştırma yapma rollerine sahiptir (58,63). Hemşireler; hastalığın ve tedavinin semptomlarını izleme ve

kontrolünü sağlama, tıbbi tedavilerinin yapılmasını ve rahatlığını sağlama, problem çözüme ve karar verme, emosyonel destek verme, bakımı koordine etme, hastaların güvende hissetmesine olanak sağlamaya yönelik hemşirelik girişimlerini planlamalı ve uygulamalıdır (63).

Kanserli hastalara bakım veren hemşireler sadece yaşamın süresine değil, aynı zamanda yaşam kalitesine de odaklanmalıdır. Yaşam kalitesi yaşamın tümünü ilgilendiren çok boyutlu bir kavramdır. Kanser ve kanser tedavisine bağlı ortaya çıkan yan etkiler, psikososyal durum, maneviyat, beden imajı, cinsellik, aile/iş/sosyal yaşam, roller ve sorumluluklar gibi yaşamın tüm yönleri hemşireler tarafından değerlendirilmelidir (10). Hemşireler bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkileyen risk faktörlerini erken dönemde belirlemeli, ortadan kaldırılması ya da en aza indirilmesine yönelik girişimleri planlamalı ve uygulamalıdır (20). Jinekolojik kanserli bireylerin yaşam kalitesinin nasıl etkilendiğinin bilinmesi, bu konuda hastalara nasıl destek verileceğinin belirlenmesi açısından önemlidir (18,21).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, jinekolojik kanserli hastaların yaşam kalitesinin belirlenmesi amacıyla kesitsel tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih

Araştırma, Isparta Şehir Hastanesi ve Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi jinekoloji onkoloji polikliniği, servisi ve kemoterapi ünitesinde Ocak 2020-Aralık 2021 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Isparta Şehir Hastanesi ve Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinin jinekoloji onkoloji polikliniği, servisi ve kemoterapi ünitesine başvuran tüm jinekolojik kanserli kadınlar oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemini ise; olasılıksız örnekleme yöntemlerinden rastlantısal örnekleme yöntemi ile seçilen, belirtilen hastanelerin jinekoloji onkoloji polikliniği, servisi ve kemoterapi ünitesine başvuran, araştırma katılım kriterlerine uyan ve Ocak 2020-Aralık 2021 tarihleri arasında araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 160 jinekolojik kanserli hasta oluşturmuştur.

Araştırmaya katılım kriterleri;

1. 18 yaş ve üzerinde olmak,
2. En az 3 ay önce jinekolojik kanser tanısı almış olmak
3. İletişim güçlüğü ve mental yetersizliği olmamak
4. Psikiyatrik bir hastalığa sahip olmamak
5. Türkçe bilmek ve konuşmak

G*Power 3.0.10 programı kullanılarak yapılan güç analizi sonucunda; $d=0,25$ etki büyüklüğü, %5 hata payı ve 160 örnek sayısında çalışmanın gücü %88 olarak bulunmuştur.

3.4. Verilerin Toplanması

Veriler, Ocak 2020-Aralık 2021 tarihleri arasında belirtilen hastanelerin kliniklerinde araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmış, görüşmeler ortalama 20 dakika sürmüştür.

3.4.1. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında hastaların tanıtıcı özelliklerini içeren “Kişisel Bilgi Formu” ve yaşam kalitesini belirlemek için “Yaşam Kalitesi Ölçeği/Kanser Hastası” kullanılmıştır.

3.4.1.1. Kişisel Bilgi Formu (EK-1)

Araştırmacı tarafından literatür incelenerek hazırlanan Kişisel Bilgi Formu; hastaların yaşı, medeni durumu, eğitim durumunu, mesleği, gelir düzeyini, çocuk sahibi olma durumu, kanser dışında fiziksel hastalık bulunma durumunu, beraber yaşanılan kişiyi, tedavi sürecinde bakıma primer destek olan kişi, kanser hastalığının türünü, kanser hastalığının evresini vb sorgulayan toplam 19 sorudan oluşan bir formdur. (11-17)

3.4.1.2. Yaşam Kalitesi Ölçeği/Kanser Hastası (Quality of life/ Cancer patient) (YKÖ) (EK-2)

Yaşam Kalitesi Ölçeği Ferrell ve arkadaşları tarafından 1995 yılında, kanser hastalarında yaşam kalitesini belirlemek amacı ile geliştirilmiştir (88). Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması ise 2003 yılında Reis tarafından yapılmıştır (89). Ölçeğin dört alt boyutu bulunmaktadır.

Fiziksel İyilik Hali; yorgunluk, iştah değişikliği, ağrı/sızı, bulantı, kabızlık ve doğurganlıkta değişiklik gibi bireylerin fiziksel sağlığını etkileyen sorunları belirlemektedir.

Psikolojik İyilik Hali; hastalık sonucu ile baş etme, konsantre olabilme, kendini verimli hissetme ve kanserin yinelenmesi gibi, geleceğe yönelik korku ve endişeleri ifade etmektedir.

Sosyal İyilik Hali; hastalığın aile bireylerine verdiği sıkıntı, destek sistemleri, kişisel ilişkileri, iş yaşamı cinsel yaşam ve çevreden kopma gibi davranışları ölçmektedir.

Manevi İyilik Hali; yaşamın amacı, hastalığın neden olduğu olumlu değişiklikler, kendini umutlu hissetme ve manevi aktivitelere ilişkin durumları ifade etmektedir.

Ölçeğin Puanlaması

Ölçek her biri 0-10 puanlı VAS (Visual Analog Sacle) üzerinden değerlendirilen toplam 41 maddeden oluşmakta ve hastanın yaşam kalitesine ilişkin subjektif algılaması dört alt boyut ile değerlendirilmektedir. Bunlar iyilik hali (8 madde,1-8), psikolojik iyilik hali (18 madde; 9-26), sosyal iyilik hali (8 madde; 27-34), ve manevi iyilik hali (7 madde; 35-41). Ölçek üzerinden rakamlardan 0=en kötü sonuç, 10=en iyi sonuç olarak açıklanır. Her soru için verilen puanlar esas alınmaktadır. Ancak 1-7, 16-27,29-34 ve 38 numaralı sorular ters yönde puanlanmaktadır. Örneğin, ölçekteki birinci madde üzerindeki 3 numaralı sayı işaretlendiğinde; $10-3=7$ puan olarak hesaplanmaktadır.

Alt boyut puanları, o alt boyutta yer alan tüm maddelerin puanının toplamı madde sayısına bölünmesiyle elde edilmektedir. Toplam yaşam kalitesi puanı ise maddelerin toplamı, toplam madde sayısına bölünmesiyle elde edilmektedir. (89)

Ölçekten alınabilecek toplam en düşük puan 0, en yüksek puan ise 10'dur. Toplam puanın yüksek olması, hastanın yaşam kalitesinin yüksek/doyumlu olduğunu, toplam puanın düşüklüğü ise yaşam kalitesinin kötü olduğunu göstermektedir. 0-2 puan arası; yaşam kalitesinin çok kötü olduğunu, 3-4 puan; orta derecede kötü olduğunu, 5-6 puan; orta düzeyde, 7-8 puan; orta derecede iyi ve 9-10 puan arası; yaşam kalitesinin çok iyi düzeyde olduğunu göstermektedir.. Bu değerlendirme aynı zamanda kanser hastasına uygulanan tedavi şekillerinin etkinliğinin de bir göstergesidir (89). Ferrell ve arkadaşlarının çalışmasında Cronbach"s alpha 0.93 olup, Reis'in (2003) çalışmasında ise 0.97 olarak bulunmuştur (88,89). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach"s alpha değeri 0,87 olarak belirlenmiştir (Çizelge 3.1).

Çizelge 3.1. Ölçeğe ilişkin güvenilirlik katsayısının incelenmesi

Ölçekler (N=160)	Madde sayısı	Cronbach- α katsayısı	
Yaşam kalitesi ölçeği (kanseri hastası)	<i>Fiziksel iyilik hali</i> <i>Psikolojik iyilik hali</i> <i>Sosyal iyilik hali</i> <i>Manevi iyilik hali</i> Toplam - YKÖ	8 18 8 7 41	0,772 0,851 0,701 0,718 0,873

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel analizler SPSS (IBM SPSS Statistics 24) adlı paket program kullanılarak yapılmıştır. Bulguların yorumlanmasında frekans tabloları ve tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Normal dağılıma uygun ölçüm değerleri için parametrik yöntemler kullanılmıştır. Parametrik yöntemlere uygun şekilde, iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Independent Sample-t” test (t-tablo değeri), bağımsız üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “ANOVA” test (F-tablo değeri) yöntemi kullanılmıştır. Üç veya daha fazla grup için anlamlı fark çıkan değişkenlerin ikili karşılaştırmaları için varyansların homojenliği dikkate alınarak Tukey veya Tamhane testi uygulanmıştır. Normal dağılıma uygun olmayan ölçüm değerleri için parametrik olmayan yöntemler kullanılmıştır. Parametrik olmayan yöntemlere uygun şekilde, iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri), bağımsız üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Kruskal-Wallis H” test (χ^2 -tablo değeri) yöntemi kullanılmıştır. Üç veya daha fazla grup için anlamlı fark çıkan değişkenlerin ikili karşılaştırmaları için Bonferroni düzeltmesi uygulanmıştır. Normal dağılıma sahip olan iki nicel değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde “Pearson”; en az birinin normal dağılıma sahip olmadığı durumlarda “Spearman” korelasyon katsayısı kullanılmıştır. $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.6. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya başlamadan önce, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna sunulmuş ve onay alınmıştır (EK-3). Ayrıca araştırmanın yapıldığı kurumdan yazılı izin alınmıştır (EK-4). Araştırma kapsamındaki kadınların haklarının korunması için araştırma verilerini toplamaya

başlamadan önce araştırmanın amacı hakkında bilgi verilerek gönüllü olanlar çalışmaya alınmıştır. Kadınlara istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri belirtilerek “Özerklik” ilkesi, bireysel bilgilerin araştırmacı ile paylaşıldıktan sonra korunacağı söylenerek “Gizlilik ve Gizliliğin Korunması” ilkesine uyulmasına özen gösterilmiştir. Elde edilen bilgilerin ve cevaplayanın kimliğinin gizli tutulacağı belirtilerek “Kimliksizlik ve Güvenlik” ilkesi yerine getirilmiştir. (EK-5)



4. BULGULAR

Jinekolojik kanserli hastaların yaşam kalitelerini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada aşağıdaki bulgular elde edilmiştir.

Jinekolojik kanserli hastaların yaş ortalamasının $59,82 \pm 10,60$ (yıl) olduğu tespit edilmiş ve %36,2' sinin 51-60 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir. Hastaların %73,1' inin evli, %38,8' inin okuryazar olduğu, %78,7' sinin çalışmadığı, %97,5' inin sağlık güvencesinin olduğu ve %52,5' inin il merkezinde yaşadığı belirlenmiştir. Jinekolojik kanserli hastaların %99,4' ünün çekirdek aile tipinde yaşadığı, %96,3' ünün çocuk sahibi olduğu, %63,6' sının 2-3 çocuğunun olduğu, %45,6' sının eşiyile birlikte yaşadığı ve %46,2' sinin gelirinin giderine eşit olduğu belirlenmiştir (Çizelge 4.1.).

Çizelge 4.1. Jinekolojik kanserli hastaların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı

Sosyo-demografik özellikler (n=160)	n	%
Yaş [$\bar{X} \pm S.S. \rightarrow 59,82 \pm 10,60$ (yıl)]		
≤50	30	18,8
51-60	58	36,2
61-70	46	28,8
>71	26	16,2
Medeni durum		
Bekar	43	26,9
Evli	117	73,1
Eğitim düzeyi		
Okuryazar değil	28	17,5
Okuryazar	41	25,5
İlkokul	62	38,8
Ortaokul	12	7,5
Lise	15	9,4
Üniversite	2	1,3
Çalışma durumu		
Çalışıyor	34	21,3
Çalışmıyor	126	78,7
Sağlık güvencesi		

Var	156	97,5
Yok	4	2,5
Halen yaşanan yer		
İl merkezi	84	52,5
İlçe	23	14,4
Köy	53	33,1
Aile tipi		
Çekirdek aile	159	99,4
Geniş aile	1	0,6
Çocuk sahibi olma		
Olan	154	96,3
Olmayan	6	3,7
Çocuk sayısı		
Tek çocuk	14	9,1
2-3	98	63,6
≥4	42	27,3
Birlikte yaşanan kişi/kişiler		
Eşi	73	45,6
Çocukları	24	15,0
Eşi ve çocukları	43	26,9
Tek başına	16	10,0
Kendi anne/babasıyla	4	2,5
Gelir düzeyi		
Gelir giderden az	15	9,4
Gelir gidere eşit	74	46,2
Gelir giderden fazla	71	44,4

Çizelge 4.2. Jinekolojik kanserli hastaların hastalıklarına ilişkin özelliklerinin dağılımı

Değişken (N=160)	n	%
Mevcut hastalık tanısı		
Serviks CA	20	12,5
Endometrium CA	75	46,8
Over CA	62	38,8
Vulva CA	2	1,3
Vajen CA	1	0,6
Tanı süresi [$\bar{X} \pm S.S. \rightarrow 1,03 \pm 0,39$ (yıl)]		
<1 yıl	82	51,2
≥ 1 yıl	78	48,8
Klinik evre		
Evre 1	61	38,1
Evre 2	58	36,3
Evre 3	30	18,8
Evre 4	11	6,8
Uygulanan tedavi		
Cerrahi	58	36,2
Cerrahi +Radyoterapi	31	19,4
Cerrahi + Kemoterapi	71	44,4
Ailede kanser öyküsü		
Var	100	62,5
Yok	60	37,5
Kronik hastalık		
Var	78	48,8
Yok	82	51,2
Kronik hastalığın adı		
Diyabet	23	29,5
Hipertansiyon	30	38,5
Kalp hastalığı	6	7,6
Diyabet + Hipertansiyon	14	18,0
Diğer	5	6,4
Bakıma destek veren kişi		
Oğlu	14	8,8
Kızı	72	45,0
Eşi	59	36,9
Diğer(akraba, komşu)	15	9,3

Jinekolojik kanserli hastaların hastalıklarına ilişkin bulgularının dağılımı Çizelge 4.2’de verilmiştir. Bireylerin hastalık tanı süresi ortalamasının $1,03\pm 0,39$ (yıl) olduğu tespit edilmiştir. Hastaların %46,8’inin endometrium CA, %51,2’sinin tanı süresinin <1 yıl olduğu, %38,1’inin evre 1 olduğu belirlenmiştir. Jinekolojik kanserli hastaların %44,4’üne cerrahi + kemoterapi uygulandığı, %62,5’inin ailesinde kanser öyküsü olduğu, %51,2’sinin kronik hastalığı olmadığı, %38,5’inin hipertansiyonu olduğu ve %45’inin bakımında kızının destek olduğu belirlenmiştir.

Çizelge 4.3. Jinekolojik kanserli hastaların yaşam kalitesi ölçeği ve alt boyut toplam puan ortalamalarının dağılımı

Ölçekler (n=160)		Ortalama	S.S.	Medyan	Min.	Max.
Yaşam kalitesi ölçeği (kanser hastası)	<i>Fiziksel iyilik hali</i>	5,81	1,46	5,9	2,1	9,6
	<i>Psikolojik iyilik hali</i>	5,32	1,56	5,5	1,8	8,2
	<i>Sosyal iyilik hali</i>	7,39	1,27	7,6	3,5	9,8
	<i>Manevi iyilik hali</i>	4,05	1,30	4,0	0,7	8,0
	Toplam - YKÖ	5,60	1,13	5,7	2,8	8,0

Jinekolojik kanserli hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği/Kanser Hastası ve alt boyut toplam puan ortalamalarının dağılımı ile ölçekten alınan en düşük ve en yüksek puanlar Çizelge 4.3’de verilmiştir. Jinekolojik kanserli hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği’nden en düşük 2,8, en yüksek 8 puan aldığı ve ölçek toplam puan ortalamasının $5,60\pm 1,13$ olduğu bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutları incelendiğinde; fiziksel iyilik hali alt boyut puan ortalamasının $5,81\pm 1,46$; psikolojik iyilik hali alt boyut puan ortalamasının $5,32\pm 1,56$; sosyal iyilik hali alt boyut puan ortalamasının $7,8139\pm 1,27$; manevi iyilik hali alt boyut puan ortalamasının $4,05\pm 1,30$ olduğu bulunmuştur.

Çizelge 4.4. Jinekolojik kanserli hastaların sosyodemografik özellikleri ile yaşam kalitesi ölçeği (kanser hastası) ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması

Değişken (n=160)	Yaşam kalitesi ölçeği (kanser hastası)									
	Fiziksel iyilik hali		Psikolojik iyilik hali		Sosyal iyilik hali		Manevi iyilik hali		Toplam - YKÖ	
	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]
Yaş										
≤50 ⁽¹⁾	5,72±1,43	5,6 [1,7]	4,78±1,58	4,6 [2,7]	6,75±1,32	6,7 [2,2]	4,46±1,49	4,6 [1,7]	5,29±1,25	5,2 [2,0]
51-60 ⁽²⁾	6,23±1,58	6,3 [2,4]	5,00±1,56	5,1 [1,9]	7,15±1,32	7,3 [1,7]	4,47±1,13	4,5 [1,6]	5,57±1,22	5,6 [1,7]
61-70 ⁽³⁾	5,81±1,30	6,0 [1,4]	5,82±1,55	6,3 [2,0]	7,97±1,00	8,0 [1,3]	3,85±1,16	3,6 [1,6]	5,90±1,04	6,1 [1,5]
>70 ⁽⁴⁾	4,97±1,11	5,1 [1,2]	5,75±1,24	5,9 [2,0]	7,68±1,01	7,7 [1,3]	2,99±1,02	3,1 [1,1]	5,50±0,85	5,7 [1,3]
İstatistiksel analiz*	F=4,864		$\chi^2=13,364$		F=7,788		F=10,645		F=1,959	
Olasılık/Fark	p=0,003 [2-4]		p=0,000 [3-1,2]		p=0,000 [3-1,2]		p=0,000 [4-1,2]		p=0,122	
Medeni durum										
Bekar	5,75±1,19	5,9 [1,1]	5,53±1,52	5,6 [1,9]	7,62±1,14	7,9 [1,9]	3,56±1,53	3,3 [1,9]	5,64±1,07	5,7 [1,5]
Evlü	5,83±1,55	5,9 [2,1]	5,24±1,57	5,3 [2,5]	7,31±1,30	7,5 [1,8]	4,23±1,16	4,3 [1,7]	5,59±1,18	5,7 [1,7]
İstatistiksel analiz	Z=-0,025		Z=-0,918		t=1,355		Z=-3,226		t=0,285	
Olasılık	p=0,980		p=0,359		p=0,177		p=0,001		p=0,776	
Eğitim düzeyi										
Okuryazar değil ⁽¹⁾	5,56±1,65	5,4 [1,6]	5,32±1,48	5,3 [2,3]	7,44±1,26	7,7 [2,2]	3,47±1,32	3,4 [1,6]	5,46±0,99	5,7 [1,7]
Okuryazar ⁽²⁾	5,67±1,47	6,0 [1,8]	5,44±1,66	5,6 [2,8]	7,72±1,14	8,0 [1,4]	4,05±1,33	3,9 [2,1]	5,69±1,21	5,8 [1,7]
İlkokul ⁽³⁾	6,02±1,36	5,9 [1,7]	5,65±1,37	5,9 [1,8]	7,50±1,08	7,6 [1,6]	4,32±1,29	4,3 [1,9]	5,86±0,98	5,9 [1,5]
Ortaokul ⁽⁴⁾	5,77±1,76	5,6 [2,1]	4,45±1,74	4,7 [2,9]	6,55±1,90	6,2 [3,6]	3,89±1,24	4,0 [1,5]	5,03±1,53	5,4 [2,5]
Lise ve üzeri ⁽⁵⁾	5,85±1,31	5,9 [1,4]	4,38±1,56	4,1 [2,9]	7,65±1,34	6,8 [1,9]	4,13±1,09	4,1 [0,9]	5,01±1,12	4,6 [1,7]
İstatistiksel analiz	F=0,616		F=3,317		F=3,390		F=2,173		F=2,701	
Olasılık/Fark	p=0,652		p=0,012 [3-5]		p=0,011 [2-4]		p=0,075		p=0,033 [3-5]	
Çalışma durumu										
Çalışıyor	6,01±1,33	5,9 [1,6]	4,65±1,45	4,7 [2,8]	6,74±1,36	6,8 [2,2]	4,46±0,93	4,6 [1,3]	5,29±1,05	5,4 [1,6]
Çalışmıyor	5,76±1,49	5,6 [1,6]	5,49±1,55	5,7 [2,2]	7,57±1,18	7,7 [1,9]	3,93±1,37	3,7 [2,0]	5,69±1,14	5,7 [1,6]
İstatistiksel analiz	t=0,893		Z=-2,833		t=-3,531		Z=-2,384		t=1,817	
Olasılık	p=0,373		p=0,005		p=0,001		p=0,017		p=0,071	
Halen yaşanan yer										
İl merkezi	5,73±1,39	5,6 [1,3]	5,49±1,56	5,9 [2,3]	7,35±1,47	7,7 [2,2]	3,93±1,31	3,7 [1,8]	5,63±1,17	5,8 [1,8]
İlçe	6,20±1,43	6,3 [1,9]	5,11±1,45	5,2 [1,9]	7,43±0,90	7,3 [1,0]	4,34±1,26	4,4 [1,6]	5,64±1,04	5,4 [1,3]
Köy	5,77±1,58	6,0 [2,0]	5,13±1,60	5,1 [2,4]	7,46±1,05	7,5 [1,6]	4,12±1,30	4,0 [1,9]	5,53±1,12	5,7 [1,5]
İstatistiksel analiz	F=0,960		$\chi^2=2,788$		$\chi^2=0,075$		$\chi^2=3,313$		F=0,142	
Olasılık	p=0,385		p=0,248		p=0,963		p=0,191		p=0,868	

*Normal dağılıma sahip olan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Independent Sample-t” test (t-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında “ANOVA” test (F-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında “Kruskall-Wallis H” test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Çizelge 4.4. (Devamı) Jinekolojik kanserli hastaların sosyodemografik özellikleri ile yaşam kalitesi ölçeği (kanser hastası) ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması

Değişken (n=160)	Yaşam kalitesi ölçeği (kanser hastası)									
	Fiziksel iyilik hali		Psikolojik iyilik hali		Sosyal iyilik hali		Manevi iyilik hali		Toplam - YKÖ	
	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]
Çocuk sahibi olma durumu										
Olan	5,83±1,47	5,9 [1,8]	5,34±1,57	5,5 [2,5]	7,42±1,28	7,6 [1,9]	4,07±1,26	4,0 [1,9]	5,62±1,14	5,7 [1,6]
Olmayan	5,31±1,01	5,8 [1,3]	4,75±1,27	4,8 [2,1]	6,73±0,69	6,7 [1,2]	3,52±2,13	3,1 [3,3]	5,04±0,75	5,2 [1,0]
İstatistiksel analiz*	Z=-0,926		Z=-1,096		Z=-1,663		t=1,008		t=1,251	
Olasılık	p=0,355		p=0,273		p=0,096		p=0,315		p=0,213	
Çocuk sayısı										
Tek çocuk ⁽¹⁾	6,13±1,17	5,8 [1,5]	4,84±1,61	4,9 [2,9]	6,94±1,12	5,9 [1,8]	4,01±1,24	4,2 [2,0]	5,36±1,08	5,3 [1,2]
2-3 ⁽²⁾	5,95±1,58	6,0 [2,3]	5,30±1,57	5,4 [2,2]	7,37±1,38	7,6 [2,1]	4,26±1,20	4,4 [1,8]	5,65±1,19	5,8 [1,7]
≥4 ⁽³⁾	5,45±1,25	5,5 [1,2]	5,59±1,56	5,9 [2,6]	7,70±1,01	7,8 [1,4]	3,65±1,34	3,3 [1,9]	5,64±1,05	5,8 [1,5]
İstatistiksel analiz	$\chi^2=3,373$		F=1,298		$\chi^2=4,334$		F=3,591		$\chi^2=1,482$	
Olasılık	p=0,185		p=0,276		p=0,115		p=0,030		p=0,477	
Fark							[2-3]			
Birlikte yaşanan kişi										
Eşi	5,88±1,68	6,0 [2,5]	5,63±1,54	6,0 [2,2]	7,67±1,18	7,8 [1,8]	4,06±1,26	3,9 [1,9]	5,79±1,15	6,0 [1,6]
Çocukları	5,66±0,79	5,7 [1,1]	5,48±1,49	5,4 [2,1]	7,60±1,14	7,6 [2,2]	3,89±1,34	3,6 [2,1]	5,67±0,90	5,6 [1,3]
Eşi ve çocukları	5,90±1,43	6,1 [1,6]	4,93±1,51	5,2 [2,3]	6,92±1,38	6,9 [2,4]	4,37±1,19	4,3 [1,9]	5,41±1,14	5,5 [1,9]
Tek başına	5,63±1,21	5,8 [1,0]	5,17±1,60	5,5 [2,7]	7,53±1,32	7,6 [2,1]	3,63±1,37	3,2 [2,0]	5,46±1,16	5,2 [2,4]
İstatistiksel analiz	$\chi^2=0,920$		$\chi^2=6,051$		F=3,197		$\chi^2=7,176$		F=2,146	
Olasılık	p=0,821		p=0,109		p=0,025		p=0,066		p=0,078	
Fark					[1-3]					
Gelir düzeyi										
Gelir < gider ⁽¹⁾	5,35±1,68	5,9 [2,8]	4,59±1,71	4,2 [2,8]	7,00±1,18	6,8 [2,1]	3,10±1,42	2,7 [1,3]	4,95±1,24	4,9 [1,8]
Gelir = gider ⁽²⁾	5,74±1,57	5,5 [2,0]	5,16±1,47	5,3 [2,1]	7,29±1,33	7,4 [1,8]	3,96±1,27	3,9 [1,9]	5,49±1,10	5,6 [1,5]
Gelir > gider ⁽³⁾	5,98±1,27	6,1 [1,6]	5,63±1,57	6,2 [2,3]	7,58±1,20	7,8 [1,8]	4,34±1,21	4,3 [1,7]	5,86±1,08	6,1 [1,7]
İstatistiksel analiz	F=1,307		$\chi^2=7,817$		F=1,770		$\chi^2=12,282$		F=4,918	
Olasılık	p=0,274		p=0,020		p=0,174		p=0,002		p=0,008	
Fark			[1,2-3]				[1-2,3]		[1-3]	

*Normal dağılıma sahip olan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Independent Sample-t" test (t-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında "ANOVA" test (F-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında "Kruskall-Wallis H" test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Jinekolojik kanserli hastaların sosyo-demografik özellikleri ile Yaşam Kalitesi Ölçeği (YKÖ) ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması Çizelge 4.4" de verilmiştir.

Jinekolojik kanserli hastalardan 61-70 yaş arasında olanların toplam YKÖ puan ortalaması $5,90\pm 1,04$ olarak bulunmuştur. Jinekolojik kanserli hastaların yaşları ile toplam YKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Yaş gruplarına göre fiziksel iyilik hali ($F=4,864$; $p=0,003$), psikolojik iyilik hali ($\chi^2=13,364$; $p=0,000$), sosyal iyilik hali ($F=7,788$; $p=0,000$) ve manevi iyilik hali ($F=10,645$; $p=0,000$) puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir.

Bekar olan hastaların toplam YKÖ puan ortalaması $5,64\pm 1,07$ olarak bulunmuştur. Jinekolojik kanserli hastaların medeni durumları ile toplam YKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Medeni duruma göre manevi iyilik hali puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($Z=-3,226$; $p=0,001$). Evli olanların manevi iyilik hali puanları, bekar olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Eğitim düzeyi ilkokul olan hastaların toplam YKÖ puan ortalaması $5,86\pm 0,98$ olarak bulunmuştur. Eğitim düzeylerine göre psikolojik iyilik hali ($F=3,317$; $p=0,012$), sosyal iyilik hali ($F=3,390$; $p=0,011$) ve toplam YKÖ puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($F=2,701$; $p=0,033$). İlkokul mezunu olanların toplam YKÖ puanları, lise/üzeri mezunu olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Çalışmayan hastaların toplam YKÖ puan ortalaması $5,69\pm 1,14$ olarak bulunmuştur. Jinekolojik kanserli hastaların çalışma durumu ile toplam YKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Çalışma durumuna göre psikolojik iyilik hali ($Z=-2,833$; $p=0,005$) ve sosyal iyilik hali puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($t=-3,531$; $p=0,001$). Çalışmayanların psikolojik ve sosyal iyilik hali puanları, çalışanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir. Çalışma durumuna göre manevi iyilik hali puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($Z=-2,384$; $p=0,017$). Çalışanların manevi iyilik hali puanları, çalışmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

İlçede yaşayan hastaların toplam YKÖ puan ortalaması $5,64\pm 1,04$ olarak bulunmuştur. Jinekolojik kanserli hastaların yaşadıkları yer ile toplam YKÖ ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Çocuk sahibi olan hastaların toplam YKÖ puan ortalaması $5,62\pm 1,14$ olarak bulunmuştur. Jinekolojik kanserli hastaların çocuk sahibi olma durumu ile toplam YKÖ ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Jinekolojik kanserli hastalardan 2-3 çocuğu olanların toplam YKÖ puan ortalaması $5,65\pm 1,19$ olarak bulunmuştur. Çocuk sayısına göre sadece manevi iyilik hali alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($F=3,591$; $p=0,030$). 2-3 çocuğu olanlar ile ≥ 4 çocuğu olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. 2-3 çocuğu olanların manevi iyilik hali puanları, ≥ 4 çocuğu olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Eşi ile birlikte yaşayan hastaların toplam YKÖ puan ortalaması $5,79\pm 1,15$ olarak bulunmuştur. Birlikte yaşanan kişi/kişilere göre sadece sosyal iyilik hali alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($F=3,197$; $p=0,025$). Sadece eşiyile yaşayanların sosyal iyilik hali puanları, eşi ve çocuklarıyla yaşayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Geliri giderinden fazla olan hastaların toplam YKÖ puan ortalaması $5,86\pm 1,08$ olarak bulunmuştur. Jinekolojik kanserli hastaların gelir düzeyi ile psikolojik iyilik hali ($\chi^2=7,817$; $p=0,020$), manevi iyilik hali alt boyut puan ortalamaları ($\chi^2=12,282$; $p=0,002$) ve toplam YKÖ puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($F=4,918$; $p=0,008$). Geliri giderinden fazla olanların toplam YKÖ ve psikolojik iyilik hali puan ortalamaları, geliri giderinden az ve geliri giderine eşit olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir. Geliri giderine eşit ve geliri giderinden fazla olanların manevi iyilik hali puanları, geliri giderinden az olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir (Çizelge 4.4).

Çizelge 4.5. Jinekolojik kanserli hastaların hastalıklarına ilişkin özellikleri ile göre yaşam kalitesi ölçeği (kanser hastası) ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması

Değişken (n=160)	Yaşam kalitesi ölçeği (kanser hastası)									
	Fiziksel iyilik hali		Psikolojik iyilik hali		Sosyal iyilik hali		Manevi iyilik hali		Toplam - YKO	
	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]
Hastalık tanısı										
Serviks ⁽¹⁾	5,90±1,51	5,9 [2,2]	5,09±1,32	5,1 [1,9]	6,68±1,41	6,9 [1,6]	3,87±1,13	3,5 [2,1]	5,35±1,05	5,4 [1,3]
Endometriyum ⁽²⁾	5,73±1,19	5,6 [1,1]	5,45±1,55	6,0 [2,4]	7,68±1,02	7,8 [1,5]	4,14±1,40	4,0 [2,0]	5,71±1,05	5,8 [1,4]
Over ⁽³⁾	5,92±1,67	5,9 [2,2]	5,25±1,68	5,3 [2,7]	7,33±1,38	7,6 [2,4]	4,08±1,18	4,0 [1,5]	5,59±1,25	5,6 [2,1]
İstatistiksel analiz*	$\chi^2=1,284$		$\chi^2=1,385$		$\chi^2=1,519$		$\chi^2=0,543$		F=0,838	
Olasılık/Fark	p=0,526		p=0,500		p=0,020 [1-2]		p=0,762		p=0,434	
Tam süresi										
<1 yıl	5,99±1,41	6,1 [1,6]	5,45±1,41	5,7 [1,9]	7,50±1,23	7,6 [1,8]	4,04±1,30	4,0 [1,8]	5,71±1,07	5,8 [1,3]
≥1 yıl	5,62±1,49	5,6 [1,8]	5,18±1,69	5,2 [3,0]	7,29±1,30	7,6 [1,8]	4,06±1,31	3,9 [1,8]	5,49±1,28	5,5 [1,8]
İstatistiksel analiz	t=1,633		Z=-1,089		Z=-0,777		t=-0,073		t=1,286	
Olasılık	p=0,104		p=0,276		p=0,437		p=0,942		p=0,200	
Klinik evre										
Evre 1 ⁽¹⁾	6,44±1,41	6,4 [2,2]	5,37±1,34	5,5 [2,0]	7,56±1,21	7,6 [1,9]	4,50±1,22	4,6 [1,7]	5,86±1,03	5,9 [1,5]
Evre 2 ⁽²⁾	5,35±1,26	5,5 [1,3]	5,38±1,73	5,8 [2,8]	7,49±1,29	7,7 [1,7]	4,07±1,28	3,7 [1,8]	5,62±1,20	5,7 [1,8]
Evre 3 ⁽³⁾	4,98±1,42	5,1 [2,1]	5,07±1,60	5,0 [1,9]	6,91±1,20	6,9 [1,5]	3,31±1,27	3,4 [1,6]	5,11±1,06	5,2 [1,3]
Evre 4 ⁽⁴⁾	5,43±1,52	5,6 [0,9]	5,33±1,81	5,6 [3,5]	7,31±1,42	8,0 [2,6]	3,44±0,82	3,3 [1,4]	5,41±1,19	5,8 [2,0]
İstatistiksel analiz	F=8,606		$\chi^2=1,250$		F=1,985		$\chi^2=20,486$		F=3,171	
Olasılık/ Fark	p=0,000 [1-2,3]		p=0,741		p=0,118		p=0,000 [1-3,4]		p=0,026 [1-3]	
Uygulanan tedavi										
Cerrahi	6,50±1,42	6,5 [2,1]	5,53±1,33	5,7 [1,9]	7,76±1,16	7,9 [1,9]	4,59±1,20	4,6 [1,6]	6,00±0,99	6,2[1,4]
Cerrahi +Radyoterapi	5,13±1,25	5,3 [1,3]	5,36±1,54	5,6 [2,3]	6,98±1,34	7,4 [1,6]	3,53±1,26	3,3 [1,4]	5,31±1,14	5,7[1,6]
Cerrahi + Kemoterapi	5,54±1,36	5,5 [1,4]	5,12±1,73	5,3 [2,6]	7,28±1,25	7,3 [2,0]	3,84±1,26	3,7 [2,0]	5,40±1,16	5,3[1,8]
İstatistiksel analiz	F=12,360		$\chi^2=1,668$		$\chi^2=7,997$		F=9,330		$\chi^2=11,328$	
Olasılık/ Fark	p=0,000 [1-2,3]		p=0,434		p=0,018 [1-2,3]		p=0,000 [1-2,3]		p=0,003 [1-2,3]	
Ailede kanser öyküsü										
Olan	5,64±1,43	5,9 [1,2]	5,18±1,61	5,5 [2,5]	7,22±1,33	7,4 [1,8]	3,86±1,33	3,7 [1,7]	5,45±1,15	5,6 [1,8]
Olmayan	6,10±1,47	5,9 [2,3]	5,53±1,47	5,7 [2,1]	7,68±1,09	7,8 [1,7]	4,35±1,20	4,4 [1,6]	5,86±1,06	5,8 [1,6]
İstatistiksel analiz	Z=-1,526		Z=-1,135		t=-2,251		Z=-2,711		t=-2,297	
Olasılık	p=0,127		p=0,256		p=0,026		p=0,007		p=0,023	
Kronik hastalık										
Olan	5,72±1,48	5,8 [1,4]	5,57±1,46	6,0 [2,3]	7,65±1,06	7,7 [1,5]	3,89±1,29	3,7 [2,0]	5,72±1,06	5,8 [1,5]
Olmayan	5,90±1,44	5,9 [1,8]	5,08±1,63	5,2 [2,5]	7,16±1,39	7,1 [2,3]	4,20±1,30	4,0 [1,9]	5,50±1,19	5,6 [1,6]
İstatistiksel analiz	Z=-0,659		Z=-1,932		Z=-2,167		t=-1,532		t=1,230	
Olasılık	p=0,510		p=0,053		p=0,030		p=0,128		p=0,221	
Bakıma destek veren										
Oğlu ⁽¹⁾	6,04±0,78	5,9 [1,2]	5,79±1,05	5,7 [1,5]	8,01±1,04	8,3 [1,3]	3,29±0,68	3,2 [1,2]	5,84±0,65	5,8 [1,1]
Kızı ⁽²⁾	5,55±1,38	5,6 [1,6]	5,43±1,52	5,6 [2,4]	7,41±1,21	7,6 [1,8]	4,04±1,41	3,7 [2,0]	5,60±1,11	5,7 [1,5]
Eşi ⁽³⁾	6,06±1,67	6,0 [2,3]	5,21±1,61	5,3 [2,4]	7,38±1,38	7,5 [1,9]	4,35±1,17	4,3 [1,7]	5,65±1,25	5,7 [1,7]
Diğer ⁽⁴⁾	5,88±1,32	5,8 [1,3]	4,73±1,79	4,7 [3,2]	6,84±1,06	6,8 [1,5]	3,64±1,31	4,1 [2,0]	5,18±1,10	5,1 [2,1]
İstatistiksel analiz	F=1,438		$\chi^2=3,740$		$\chi^2=6,996$		$\chi^2=10,583$		$\chi^2=2,677$	
Olasılık/ Fark	p=0,234		p=0,291		p=0,072		p=0,014 [1-3]		p=0,444	

*Normal dağılıma sahip olan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Independent Sample-t” test (t-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında “ANOVA” test (F-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında “Kruskall-Wallis H” test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Jinekolojik kanserli hastaların hastalıklarına ilişkin özellikleri ile Yaşam Kalitesi Ölçeği (YKÖ) ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması Çizelge 4.5’de verilmiştir.

Endometrium CA tanısı alan hastaların toplam YKÖ puan ortalaması $5,71\pm 1,05$ olarak bulunmuştur. Jinekolojik kanserli hastaların hastalık tanısı ile sadece sosyal iyilik hali puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=1,519$; $p=0,020$). Endometrium CA olanların sosyal iyilik hali puanları, serviks CA olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Tanı süresi 1 yılın altında olan hastaların toplam YKÖ puan ortalaması $5,71\pm 1,07$ olarak bulunmuştur. Jinekolojik kanserli hastaların tanı süresi ile toplam YKÖ ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hastalık evresi “Evre 1” olan hastaların toplam YKÖ puan ortalaması $5,86\pm 1,03$ olarak bulunmuştur. Jinekolojik kanserli hastaların hastalığın klinik evresi ile fiziksel iyilik hali ($F=8,606$; $p=0,000$), manevi iyilik hali ($\chi^2=20,486$; $p=0,000$) ve toplam YKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($F=3,171$; $p=0,026$). Evre 1 olanların fiziksel iyilik hali puanları, evre 2 ve 3 olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir. Evre 1 olanların manevi iyilik hali puanları, evre 3 ve 4 olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir. Evre 1 olanların toplam YKÖ puanları, evre 3 olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Tedavi şekli cerrahi olan hastaların toplam YKÖ puan ortalaması $6,00\pm 0,99$ olarak bulunmuştur. Jinekolojik kanserli hastaların hastalığın tedavi şekli ile fiziksel iyilik hali ($F=12,360$; $p=0,000$), sosyal iyilik hali ($\chi^2=7,997$; $p=0,018$), manevi iyilik hali ($F=9,330$; $p=0,000$) ve toplam YKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=11,328$ $p=0,003$).

Ailede kanser öyküsü olmayan hastaların toplam YKÖ puan ortalaması $5,86\pm 1,06$ olarak bulunmuştur. Jinekolojik kanserli hastaların ailede kanser olma durumu ile sosyal iyilik hali ($t=-2,251$; $p=0,026$), manevi iyilik hali ($Z=-2,711$; $p=0,007$) ve toplam YKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($t=-2,297$; $p=0,023$). Ailede kanser öyküsü olmayanların sosyal iyilik hali puanları, manevi iyilik hali ve toplam YKÖ puan ortalamaları ailede kanser öyküsü olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Kronik hastalığı olan hastaların toplam YKÖ puan ortalaması $5,72\pm 1,06$ olarak bulunmuştur. Kronik hastalık durumuna göre sadece sosyal iyilik hali alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($Z=-2,167$; $p=0,030$). Kronik hastalığı olanların sosyal iyilik hali puanları, kronik hastalığı olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Bakımına eşi yardımcı olan hastaların manevi iyilik hali puan ortalaması $4,35\pm 1,17$ olarak bulunmuştur. Bakıma destek veren kişiye göre sadece manevi iyilik hali alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=10,583$; $p=0,014$). Bakıma destekçisi oğlu olanların manevi iyilik hali puanları, eşi olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Çizelge 4.6. Jinekolojik kanserli hastaların ölçek puanlarının birbiriyle ilişkilerinin incelenmesi

Korelasyon* (n=160)		<i>Fiziksel</i>	<i>Psikolojik</i>	<i>Sosyal iyilik</i>	<i>Manevi iyilik</i>	Toplam
		<i>İyilik hali</i>	<i>iyilik hali</i>	<i>hali</i>	<i>hali</i>	- YKÖ
<i>Fiziksel İyilik hali</i>	<i>r</i>	1,000	0,482	0,500	0,413	0,730
	<i>p</i>	-	0,000	0,000	0,000	0,000
<i>Psikolojik iyilik hali</i>	<i>r</i>	0,482	1,000	0,624	0,179	0,901
	<i>p</i>	0,000	-	0,000	0,024	0,000
<i>Sosyal iyilik hali</i>	<i>r</i>	0,500	0,624	1,000	0,193	0,755
	<i>p</i>	0,000	0,000	-	0,013	0,000
<i>Manevi iyilik hali</i>	<i>r</i>	0,413	0,179	0,196	1,000	0,501
	<i>p</i>	0,000	0,024	0,013	-	0,000
Toplam - YKÖ	<i>r</i>	0,730	0,901	0,755	0,501	1,000
	<i>p</i>	0,000	0,000	0,000	0,000	-

*Normal dağılıma sahip olan iki nicel değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde "Pearson"; en az birinin normal dağılıma sahip olmadığı durumlarda "Spearman" korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

Fiziksel iyilik hali ile psikolojik iyilik hali arasında pozitif yönde, zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($r=0,482$; $p=0,000$).

Sosyal iyilik hali ile fiziksel iyilik hali ve psikolojik iyilik hali arasında pozitif yönde, orta derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Manevi iyilik hali ile fiziksel iyilik hali, psikolojik iyilik hali ve sosyal iyilik hali arasında pozitif yönde, zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Toplam YKÖ ile fiziksel iyilik hali, psikolojik iyilik hali, sosyal iyilik hali ve manevi iyilik hali arasında pozitif yönde, yüksek/orta derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$).



5. TARTIŞMA

Jinekolojik kanserli hastaların yaşam kalitesinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmanın bulguları literatür ile tartışılmıştır. Tartışma aşağıdaki başlıklar halinde gruplandırılarak yazılmıştır:

Jinekolojik Kanserli Hastaların YKÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Jinekolojik Kanserli Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri ile YKÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Jinekolojik Kanserli Hastaların Hastalıklarına İlişkin Özellikleri ile YKÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

5.1. Jinekolojik Kanserli Hastaların YKÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmada jinekolojik kanserli hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği/Kanser Hastaları toplam puan ortalaması $5,60 \pm 1,13$ olarak orta düzeyde bulunmuştur. Dow ve Melancon'un (1997) aynı ölçme aracını kullanarak, over kanseri 152 hasta ile yaptığı çalışmada, yaşam kalitesi düzeyini 6.12 ± 1.42 ile orta düzeyde olduğunu saptamıştır (90). Nesrin ve ark (2006) çalışmasında jinekolojik kanserli hastaların yaşam kalitesini 4.83 ± 1.09 olarak orta düzeyde kötü bulmuştur (91). Aktaş ve Terzioğlu'nun (2015) çalışmasında kontrol grubundaki jinekolojik kanserli hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği/Kanser hastaları puan ortalamasının 4.35 ± 0.79 olduğu ve orta derecede kötü olduğu bulunmuştur (92). Reb ve Coge'nin (2019) Kaliforniya'da yaptıkları çalışmada jinekolojik kanserli hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği/ Kanser hastaları puan ortalamasının 6.4 ± 1.6 olduğu ve orta derecede olduğu bulunmuştur (93). Farklı ölçeklerle yapılan çalışmalarda da jinekolojik kanserli hastaların yaşam kalitelerinin düşük olduğu belirlenmiştir (11,12,14,15,16). Genel olarak jinekolojik kanserli hastaların yaşam kalitelerinin orta düzeyde ya da düşük olduğu görülmektedir. Bu nedenle jinekolojik kanserli hastalara bakım veren hemşirelerin bu konudaki farkındalıkları artırılmalı ve hastaların yaşam kalitelerini yükseltmeye yönelik bakım vermeleri teşvik edilmelidir.

Çalışmada Yaşam Kalitesi Ölçeği/ Kanser Hastaları “fiziksel iyilik hali” alt boyut puan ortalamasının $5,81\pm 1,46$ olduğu bulunmuştur. Jinekolojik kanserli hastaların fiziksel iyilik halinin orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Çalışma bulguları Reb ve Cope (2019)“nin çalışma bulguları ($X=5,9$) ve Aktaş ve Terzioğlu“nun (2015) çalışma bulguları (kontrol grubu 5.32 ± 1.17) ile benzerdir (92,93). Reis ve ark (2006) çalışmasında hastaların fiziksel iyilik halinin 6.77 ± 1.14 ile orta derecede yüksek olduğu saptanmıştır (91). Fiziksel iyilik hali; yorgunluk, iştah değişikliği, ağrı/sızı, bulantı, kabızlık ve doğurganlıkta değişiklik gibi bireylerin fiziksel sağlığını etkileyen sorunları belirlemektedir. Literatürde de kanser hastalarının yaşadıkları fiziksel şikayetlerin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği görülmektedir (94,95,96). Bu çalışmada hastaların fiziksel iyilik halinin orta düzeyde olması çoğunun tedavi şeklinin cerrahi+kemoterapi olmasına bağlı olabilir.

“Psikolojik iyilik hali” alt boyut puan ortalamasının $5,32\pm 1,56$ ile orta düzeyde olduğu bulunmuştur. Reis ve ark (2006) çalışmasında, en fazla etkilenen alanın psikolojik iyilik durumu 3.30 ± 1.13 ile orta derece kötü olarak bulunmuştur (91). Reb ve Cope (2019)“nin çalışma bulguları 5.9 olarak orta düzeyde bulunmuştur (93). Psikolojik iyilik hali; hastalık sonucu ile baş etme, konsantre olabilme, kendini verimli hissetme ve kanserin yinelenmesi gibi, geleceğe yönelik korku ve endişeleri ifade etmektedir. Onkoloji hastaları tanı aldıklarında ve tedavileri boyunca genellikle kaygı, korku, endişe, öfke gibi psikolojik değişiklikler yaşayabilmektedir (94,97). Jinekolojik kanser tanısı almak kadınların üreme yeteneğini, cinselliğini de etkileyeceği için hayatında belirsizliklere ve değişikliklere neden olmakta dolayısıyla kadını ruhsal olarak olumsuz etkilemektedir (98,99). Bu durumun kadınların yaşam kalitesini olumsuz etkilediği düşünülmektedir.

“Sosyal iyilik hali” alt boyut puan ortalamasının $7,39\pm 1,27$ olarak orta derecede iyi olduğu bulunmuştur. Reis ve ark (2006) çalışmasında sosyal iyilik hali 5.43 ± 1.63 olarak orta düzeyde bulunmuştur (91). Reb ve Cope (2019)“nin çalışmasında sosyal iyilik hali 6.4 olarak orta düzeyde bulunmuştur (93). Aktaş ve Terzioğlu (2015) çalışmasında 5.15 ± 2.07 ile orta düzeyde bulunmuştur (92). Sosyal iyilik hali; hastalığın aile bireylerine verdiği sıkıntı, destek sistemleri, kişisel ilişkileri, iş yaşamı cinsel yaşam ve çevreden kopma gibi davranışları ölçmektedir. Çalışmada hastaların sosyal iyilik

düzeylerinin orta derece iyi bulunması, jinekolojik kanserli hastaların destek sistemlerinin yeterli olmasına bağlı olabilir.

“Manevi iyilik hali” alt boyut puan ortalamasının $4,05 \pm 1,30$ ile orta derecede kötü olduğu bulunmuştur. Reb ve Cope (2019)’nin çalışmasında 6,8 ile orta düzeyde bulunmuştur (93). Reis ve ark (2006) çalışmasında 5.88 ± 1.65 ile orta düzeyde bulunmuştur (91). Aktaş ve Terzioğlu (2015) çalışmasında 3.50 ± 0.80 ile orta derecede kötü bulmuştur (92). Manevi iyilik hali; yaşamın amacı, hastalığın neden olduğu olumlu değişiklikler, kendini umutlu hissetme ve manevi aktivitelere ilişkin durumları ifade etmektedir. Jinekolojik kanserli hastaların geleceğe yönelik belirsizlik hissetmeleri manevi iyilik halini olumsuz etkilemiş olabilir. Çalışmada manevi iyilik hali puan ortalamasının en düşük olduğu görülmektedir. Literatürde dua etmenin, kiliseye gitmenin, dini kurumlara/toplantılara katılmanın ve pozitif düşüncelere sahip olmanın, bireyin manevi iyilik durumunu yükseltmede son derece etkili olduğu belirtilmektedir (89). Hemşirelerin onkoloji hastalarının manevi iyilik halini değerlendirmesi ve hastalarda olumlu etki yaratacak aktivitelere yönlendirmesi gerektiği düşünülmektedir.

5.2. Jinekolojik Kanserli Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri ile YKÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmada yaş ilerledikçe hastaların fiziksel iyilik hali puan ortalamalarının düştüğü ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0,003$). Hastaların diğer sosyodemografik bulgularının fiziksel iyilik halini etkilemediği belirlenmiştir. Çalışmada hastaların yaş ilerledikçe yaşam kalitelerinin düştüğü saptanmıştır. Gülcihan ve Topcunun (2017) çalışmasında genç hastaların fiziksel fonksiyonellik alt boyut puan ortalamalarından anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir (100). Tekbaş’ın (2010) çalışmasında jinekolojik kanserli hastalarda, yaş arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü belirlenmiştir (101). Salonen (2011) meme kanserli hastalarla yaptığı çalışmada, çalışmamızdan farklı olarak genç hastaların yaşlı olanlara göre daha düşük yaşam kalitesine sahip olduğunu saptamıştır (102). Göl’ün (2017) çalışmasında yaş arttıkça fiziksel sağlıklarının düştüğünü ve 60 yaş ve üzeri grubun en düşük yaşam kalitesine sahip olduğunu bulmuştur (20). Çalışmada yaş ilerledikçe

hastaların fiziksel iyilik hali puan ortalamalarının düşmesi, yaşı büyük olan hastaların tedavi süreci ve tedavi yan etkilerini iyi tolere edememelerinden kaynaklanmış olabilir.

Çalışmada yaş ilerledikçe hastaların psikolojik iyilik hali puan ortalamalarının arttığı, eğitim düzeyi arttıkça azaldığı, çalışmayanlarda ve gelir düzeyi yüksek olanlarda puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Yan ve Sellick (2004) yaptıkları çalışmada 70 yaş ve üzerindeki hastaların 40 yaş ve altı hastalara göre depresyon düzeylerinin daha düşük olduğu bildirilmiştir (103). Gökgöz ve arkadaşlarının (2011) meme kanserli hastalarla yaptıkları çalışmada, ilkokul mezunu hastaların daha iyi beden imgesine sahip olduklarını saptamışlardır (104). Araştırmadan farklı olarak Göl'ün (2017) çalışmasında hastaların yaşı arttıkça psikolojik sağlıklarının düştüğünü bulmuştur (20). Kim ve ark. (2008) meme kanserli hastalarla yaptıkları çalışmada düşük gelire sahip olmanın depresyonda yaygın bir risk faktörü olduğu saptanmıştır (105). Reis (2006) yaptığı çalışmada genç hastaların psikolojik iyilik hali puan ortalamalarının düşük olduğunu bulmuştur (91).

Çalışmada yaş ilerledikçe, eğitim arttıkça hastaların sosyal iyilik hali puan ortalamalarının arttığı, çalışmayanların, eşi ile yaşayanların sosyal iyilik halinin daha iyi olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Yeşilbalkan ve ark. (2005) ile Selvi'nin (2006) yaptığı çalışmada ekonomik durumu iyi düzeyde olan hastaların sosyal yaşam ve aile durumu yaşam kalitesi alt ölçek puan ortalamasının önemli düzeyde yüksek olduğu bildirilmiştir (106,107). Zandbergen ve ark (2019) çalışmasında endometriyum kanserli hastaların sadece yaşının sosyal iyilik halini etkilediği bulunmuştur. Aynı çalışmada over kanserli hastalarda ise eğitim düzeyinin hastaların sosyal iyilik halini etkilediği bulunmuştur (108). Hastaların yaş aldıkça sosyal iyilik hali puanlarının artması hastalarının sosyal beklentilerinin çok olmamasına, sosyal zaman olarak kendi çocuk ve torunları ile geçirdikleri vakitten tatmin olmalarına bağlı olabilir.

Çalışmada yaş ilerledikçe hastaların manevi iyilik hali puan ortalamalarının azaldığı, evli olanların, çalışanların, 2-3 çocuğu olanların ve geliri yüksek olanların manevi iyilik halinin daha iyi olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Benzer şekilde Üstündağ ve Zencirci'nin çalışmasında (2015) evli olanların manevi iyilik hali puanları, bekar olanlara göre anlamlı düzeyde

daha yüksektir (109). Reis'in çalışmasında (2003) da evli olanların manevi iyilik halinin daha iyi olduğu saptanmıştır (89). Evli olan hastaların manevi iyilik halinin yüksek olması hastaların ailelerinden yeterli desteği alarak umutlu olmalarına yol açmış olabilir. Çalışmada yaş ilerledikçe azalan manevi iyilik hali hastaların artık belli bir amaçları olmamasına geleceğe dair herhangi bir umutlarının olmamasına bağlanabilir.

Çalışmada sadece eğitim düzeyi ve gelir düzeyi ile toplam YKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur. Tekbaş'ın (2010) jinekoloji kanserlerinde yapmış oldukları çalışmalarda gelir durumu arttıkça yaşam kalitesinin arttığı görülmüştür (101). Huang ve ark (2017) servikal kanserli hastalarda yaptığı çalışmada hastaların gelir düzeyi arttıkça yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0.008$) (11). Zandbergen ve ark (2019) endometrium ve over kanserli hastalarda yaptığı çalışmada yaş ve medeni durumun yaşam kalitesini etkilediği bulunmuştur (108). Eğitim düzeyi ve gelir durumu iyi olan hastaların yaşam kalitelerinin daha yüksek olması farkındalıklarının yüksek olması ve yaşam kalitesini yükseltebilecek kaynaklara ulaşım kolaylığının olmasına bağlı olabilir.

5.3. Jinekolojik Kanserli Hastaların Hastalıklarına İlişkin Özellikleri ile YKÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmada over CA olanların, tanı süresi <1 yıl ve evre I olanların, tedavi şekli cerrahi olanların ailede kanser öyküsü olmayanların, kronik hastalığı olmayanların, bakımına eşi destek olanların fiziksel iyilik hali puan ortalamalarının daha yüksek olduğu; sadece klinik evre ve tedavi şekli ile fiziksel iyilik hali alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Reis ve ark çalışmasında (2006) endometrium kanseri olanların, evre I olanların ve sadece cerrahi geçirenlerin fiziksel iyilik halinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (91). Zandbergen ve ark (2019) over kanserli hastalarda yaptığı çalışmada sadece kronik hastalık olma durumu hastaların fiziksel iyilik halini etkilediği bulunmuştur (108). Reb ve Cope'nin çalışmasında da over kanseri olanların fiziksel iyilik halinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (93). Tedavide cerrahi olanların fiziksel iyilik halinin daha yüksek

olmasının sebebi kemoterapi ve radyoterapinin yan etkilerine maruz kalmamalarından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmada endometrium CA olanların, tanı süresi <1 yıl ve evre 2 olanların, ailede kanser öyküsü olmayanların, kronik hastalığı olmayanların, bakımına oğlu destek olanların psikolojik iyilik hali puan ortalamalarının daha yüksek olduğu; ancak hastalığa özellikler ile psikolojik iyilik hali alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Reis ve ark çalışmasında (2006) endometrium kanseri olanların, evre I olanların ve sadece cerrahi geçirenlerin psikolojik iyilik halinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (91). Reis ve ark çalışmasında (2006) sadece hastalığın tanısı ve uygulanan tedavi türünün psikolojik iyilik halini etkilediği bulunmuştur ($p<0.05$)(91). Reb ve Cope'nin (2019) çalışmasında da endometrium kanseri olanların psikolojik iyilik halinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (93). Zandbergen ve ark (2019) over kanserli hastalarda yaptığı çalışmada sadece kronik hastalık olma durumunun hastaların psikolojik iyilik halini etkilediğini bulmuşlardır (108).

Çalışmada endometrium CA olanların, tanı süresi <1 yıl ve evre 1 olanların, tedavi şekli cerrahi olanların, ailede kanser öyküsü olmayanların, kronik hastalığı olanların, bakımına oğlu destek olanların sosyal iyilik hali puan ortalamalarının daha yüksek olduğu; sadece tanı, tedavi şekli, ailede kanser öyküsü olma durumu ve kronik hastalık olma durumu ile sosyal iyilik hali alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Göker (2011) yaptığı çalışmada endometriyum kanserli hastalarda sosyal refah düzeyinin daha iyi olduğunu bulmuştur (110). Reis ve ark çalışmasında (2006) endometrium kanseri olanların, evre I olanların ve sadece cerrahi geçirenlerin sosyal iyilik halinin daha yüksek olduğunu ve sadece hastalığın tanısı ile uygulanan tedavi türünün sosyal iyilik halini etkilediği bulunmuştur ($p<0.05$)(91). Reb ve Cope'nin (2019) çalışmasında da endometrium kanseri olanların sosyal iyilik halinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (93). Zandbergen ve ark (2019) çalışmasında endometrium kanserli hastaların sadece evrelerinin sosyal iyilik halini etkilediği bulunmuştur (108). Tedavisi cerrahi olanların sosyal iyilik halinin daha yüksek olmasının sebebi kemoterapi ve radyoterapinin yan etkilerine maruz kalmamalarından kaynaklanmıştır.

Çalışmada endometrium CA olanların, tanı süresi >1 yıl ve evre 1 olanların, tedavi şekli cerrahi olanların, ailede kanser öyküsü olmayanların, kronik hastalığı olmayanların, bakımına eşi destek olanların manevi iyilik hali puan ortalamalarının daha yüksek olduğu; sadece evre, tedavi şekli, ailede kanser öyküsü olma durumu ve bakıma destek veren kişi ile manevi iyilik hali alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Reis ve ark çalışmasında (2006) endometrium kanseri olanların, evre I olanların ve sadece cerrahi geçirenlerin manevi iyilik halinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (91). Reis ve ark çalışmasında (2006) sadece hastalığın tanısı ve uygulanan tedavi türünün manevi iyilik halini etkilediği bulunmuştur ($p<0.05$) (91). Reb ve Cope" nin çalışmasında (2019) over kanseri olanların manevi iyilik halinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (93).

Çalışmada endometrium CA olanların, tanı süresi <1 yıl ve evre 1 olanların, tedavi şekli cerrahi olanların, ailede kanser öyküsü olmayanların, kronik hastalığı olmayanların, bakımına oğlu destek olanların toplam YKÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu; sadece klinik evre, tedavi şekli ve ailede kanser öyküsü olma durumu ile toplam YKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Çalışma bulgusuna benzer şekilde Marangoz"un (2014) çalışmasında; endometrium kanseri olan hastaların over ve serviks kanseri olan hastalara göre genel yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (111). Reb ve Cope" nin çalışmasında (2019) da endometrium kanseri olanların psikolojik iyilik halinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (93).

Huang ve ark (2017) çalışmasında serviks kanseri olan hastalarda evre arttıkça ve tanı süresi uzadıkça yaşam kalitesinin düştüğü bulunmuştur (11). Ayrıca hastaların hastalıklarına ilişkin özelliklerinin yaşam kalitesini etkilemediği saptanmıştır. Zandbergen ve ark (2019) over kanserli hastalarda yaptığı çalışmada hastalığın evresi ve kronik hastalığa sahip olma durumunun yaşam kalitesini etkilediği bulunmuştur (108). Ayrıca tedavi şekli cerrahi olanların fiziksel iyilik hali puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0,000$). Tedavide cerrahi olanların fiziksel iyilik halinin daha yüksek olması, kemoterapi ve radyoterapinin yan etkilerine maruz kalmamalarından kaynaklanmış olabilir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Jinekolojik kanserli hastaların yaşam kalitelerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Jinekolojik kanserli hastaların yaş ortalamasının $59,82 \pm 10,60$ (yıl) olduğu,
- Jinekolojik kanserli hastaların %46,8'inin endometrium CA olduğu ve %44,4'üne cerrahi + kemoterapi uygulandığı,
- Yaşam Kalitesi Ölçeği/Kanser Hastası toplam puan ortalamasının $5,60 \pm 1,13$ ve orta düzeyde olduğu,
- Ölçeğin fiziksel iyilik hali alt boyut puan ortalamasının $5,81 \pm 1,46$; psikolojik iyilik hali alt boyut puan ortalamasının $5,32 \pm 1,56$; sosyal iyilik hali alt boyut puan ortalamasının $7,8139 \pm 1,27$; manevi iyilik hali alt boyut puan ortalamasının $4,05 \pm 1,30$ olduğu,
- Jinekolojik kanserli hastaların yaşı ve klinik evresi ile fiziksel iyilik hali alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu,
- Jinekolojik kanserli hastaların yaşı, eğitim düzeyi, çalışma durumu ve gelir düzeyi ile psikolojik iyilik hali alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu,
- Jinekolojik kanserli hastaların yaşı, eğitim düzeyi, çalışma durumu, birlikte yaşanan kişi, hastalık tanısı, ailede kanser olma öyküsü ve kronik hastalık varlığı ile sosyal iyilik hali alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu,
- Jinekolojik kanserli hastaların yaşı, medeni durumu, çalışma durumu, çocuk sayısı, gelir düzeyi, klinik evre, ailede kanser olma öyküsü ve bakıma destek veren kişi ile manevi iyilik hali alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu,
- Jinekolojik kanserli hastaların eğitim düzeyi, gelir durumu düzeyi, klinik evre ve ailede kanser olma öyküsü ile toplam YKÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Jinekolojik kanserli hastalara bakım veren hemşirelerin tüm boyutları ile hastaların yaşam kalitesini değerlendirmesi,
- Jinekolojik kanserli hastaların yaşam kalitelerini etkileyen faktörlerin belirlenmesi,
- Jinekolojik kanserli hastaların yaşam kalitelerini yükseltmek için gerekli danışmanlık, eğitim ve bakım hizmetlerinin verilmesi,
- Jinekolojik onkoloji ünitelerinde hastalara hizmet verecek özel birimlerin kurulması,
- Daha geniş örneklem gruplarında çalışmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

1. **Hausman DM.** What Is Cancer? *Perspect Biol Med*, **2019**;62(4):778-784.
2. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Türkiye kanser istatistikleri 2017. Ankara, **2021**.
https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanserd/istatistik/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2017.pdf Erişim: 25.12.2021
3. **Şirin A, Kavlak O.** *Kadın Sağlığı*. İstanbul, Bedray Yayıncılık Tic. Ltd.Şti., 1.Baskı, **2008**.
4. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F.** Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin*, **2021**;71(3):209-249.
5. **Yılmaz M, Yazgı Z. G.** Onkoloji Hastalarının Yaşadığı Psikososyal Sorunlarla Baş Etmesinde Hemşirenin Rolü. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, **2020**;4(1):60-70.
6. **Karakartal D.** Kanser Hastalarının Yaşadıkları Psiko-Sosyal Sorunların İncelenmesi. *International Journal of Humanities and Education*, **2018**; 49-62
7. **Körükçü Ö.** Bazı Yaşamsal Geçişler Zordur. Jinekolojik Kanser Tanısı Almak Gibi. *ACU Sağlık Bil Dergisi*, **2018**; 9(3):248-2
8. **Ülger E, Alacacioğlu A, Gülseren AŞ, Zencir G, Demir L, Tarhan MO.** Kanserde Psikososyal Sorunlar ve Psikososyal Onkolojinin Önemi. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, **2014**;28(2):85-92.
9. **Yıldırım KN, Kaçmaz N, Özkan M.** İleri Evre Kanser Hastalarının Karşılanmamış Gereksinimleri. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, **2013**;4(3):153-8.
10. **Bölüktaş RP.** Onkoloji Hemşireliğinde Bir Sonuç Kriteri Olarak Yaşam Kalitesi. *Türkiye Klinikleri İç Hastalıkları Hemşireliği - Onkoloji Hemşireliği Özel Sayısı*, **2015**;1(2):53-61.
11. **Huang HY, Tsai WC, Chou WY, Hung YC, Liu LC, Huang KF, Wang WC, Leung KW, Hsieh RK, Kung PT.** Quality of Life of Breast and Cervical Cancer Survivors. *BMC Womens Health*, **2017**;12;17(1):30.
12. **Pasek M, Suchocka L, Osuch-Pęczak G, et al.** Longitudinal Health-Related Quality of Life Study among Cervical Cancer Patients Treated with Radiotherapy. *J Clin Med*, **2021**;10(2):226.
13. **Sekse RJT, Hufthammer KO, Vika, ME.** Sexual Activity and Functioning in Women Treated for Gynaecological Cancer. *Journal of clinical nursing*, **2017**;26(3-4):400-410.
14. **Karataşlı V, Can B, Çakır İ, Erkinç S, Kuru O, Gökçü M, Sancı M.** Life Quality of Endometrioid Endometrial Cancer Survivors: A Cross-Sectional Study. *J Obstet Gynaecol*, **2021**; 41(4):621-625.
15. **Sekse RJT, Dunberger G, Olesen ML, Østerbye M, Seibaek L.** Lived Experiences and Quality of Life After Gynaecological Cancer-An Integrative Review. *J Clin Nurs*, **2019**;28(9-10):1393-142

16. **Araya LT, Fenta TG, Sander B, Gebremariam GT, Gebretekle GB.** Health-Related Quality of Life and Associated Factors Among Cervical Cancer Patients at Tikur Anbessa Specialized Hospital, Addis Ababa, Ethiopia. *Health Qual Life Outcomes*, **2020**;18(1):72.
17. **Sekse RJT, Gjengedal E, R  heim M.** Living in A Changed Female Body After Gynecological Cancer. *Health care for women international*, **2013**;34(1):14-33.
18. **Çalışkan T, Duran S, Karadaş A, Ergün S, Tekir   .** Kanser Hastalarının Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Balıkesir Üniversitesi, *K   Tıp Fakültesi Dergisi*, **2015**; 17(1):27-36.
19. **Altıparmak S, Fadiloğlu   , Gürsoy ST, Altıparmak O.** Kemoterapi Tedavisi Alan Akciğer Kanserli Hastalarda   z Bakım Gücü ve Yaşam Kalitesi İlişkisi. *Ege Tıp Dergisi*, **2011**;50(2):95-102.
20. **G  l ND, Hacıhasanoğlu Aşılar R.** Kemoterapi Alan Kanserli Hastalarda Depresyon Ve Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2017**; 6(1):29-39.
21. **Yıldız E, Dedeli   ydam   .** 2020 Sistematik Derleme: Kanserli Hastalara Yönelik Damgalama İle İlgili Araştırmaların Sistematik Bir Analizi. *Sağlık ve Toplum*, **2020**;30(1):9-25.
22. **Wild CP, Weiderpass E, Stewart BW.** World Cancer Report Cancer Research for Cancer Prevention. *WHO-IARC*, **2020**.
23. **Kızılkaya Beji N.** *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları*. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2.Baskı, **2016**.
24. **Taşkın L.** *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Kitabı*. Ankara,   zyurt Matbaacılık,16. Baskı, **2020**.
25. **Ketenci Gencer F.** 2009-2013 Yılları Arasında Taksim-Gaziosmanpaşa Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde Opere Edilen Jinekolojik Malignite Vakalarının Retrospektif Değerlendirilmesi. *Bozok Tıp Dergisi*, **2019**;9(2):58-66.
26. **Kanbur A,   apık C.** Servikal Kanserden Korunma, Erken Tanı-Tarama Yöntemleri ve Ebe/Hemşirenin Rolü. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, **2011**;18(1):61-72.
27. **Selçuk Karakuş A, Yanıkkerem E.** Serviks Kanseri Ve Human Papillomavirus (Hpv) Prevalansı İle Hpv Aşı Programları. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, **2018**;4(4):40-55.
28. **Selçuk İ,   zel ř, Güngör T,   st  n Engin Y.** Over Kanseri Perspektifinde BRCA Gen Mutasyonları Ve Herediter Meme ve Over Kanser Sendromu. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, **2018**;15(3):135-144.
29. **Ceyhan M.** Human Papillomavirus (HPV) Aşıları. *Klinik Gelişim Dergisi*, **2012**;25(25):36-9.
30. **Çift T, Korkmazer E, Temur M, Karataş S,   zdemir H, G  cl   T, Üstünyurt E.** Hastanede   alışan Ebe ve Hemşirelerin Human Papilloma Virüs Aşıları Hakkında Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. *Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*, **2019**; 52(1): 49-52.
31. **İnce U, Akar M, Ildız N.** Human Papilloma Virüs (Hpv) Güncel Tedavi Ve Korunma Yöntemleri. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2017**;26(2): 189-192.
32. **Özsoy HM.** Erken Evre Serviks Kanseri. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, **2013**;16(1): 1-4.
33. **Yetmen   , Aktaş C, Bakkal BH.** Serviks Kanseriinde Radyoterapi Tedavisinin Yeri ve   nemi. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **2012**; 11(2):35-40.

34. Kaymak Çerkeşli ZA, Özkan EE. Evre IB-III Serviks Kanserinde Definitif ve Adjuvan Radyoterapi Sonuçlarının Karşılaştırmalı Değerlendirilmesi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2020;7(2): 117-122.
35. Bhatla N, Aoki D, Nand Sharma D, Sankaranarayanan R. FIGO CANCER REPORT 2018- Cancer of the cervix uteri. *Int J Gynecol Obstet*, 2018;143 (2): 22–36
36. Alp Avcı G, Bozdayı Avcı G. İnsan Papilloma Virüsü. *Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi*, 2013; 3(3):136-144.
37. Gülseren V, Kocaer M, Özdemir İ A, Gökçü M, Sancı M, Güngördük K. Servikal Kanser Olgularına Uygulanan Tedavilerin Karşılaştırılması; Tek Merkezli Retrospektif Çalışma. *Akdeniz Tıp Dergisi*, 2019; 5(3): 460 - 466.
38. Özerdoğan N, Gürsoy E. Serviks Kanserinde Korunma ve Hemşirelik. *Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics*, 2017;3(1).
39. Hotun Şahin N, Şahin D. Serviks kanseri. In: Can G. Ed. Onkoloji hemşireliği. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2. Baskı, 2020:953-964.
40. Aşçı Ö, Kocaöz S. Üreme organları tümörleri. In: Arslan Özkan H. Ed. Hemşirelik ve Ebelik için Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. Ankara, Akademisyen Kitabevi, 1. Baskı, 2019:673-720
41. Practice Bulletin No. 157: Cervical Cancer Screening and Prevention. *Obstet Gynecol*, 2016;127(1):e1-e20.
42. Fontham E, Wolf A, Church T et al. Servical Cancer Screening for Individuals at Average Risk: 2020 Guideline Update from the American Cancer Society. *Cancer J Clin*, 2020;70: 321–346.
43. T.C Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı Serviks Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari/listesi/serviks-kanseri-tarama-program%C4%B1-ulusal-standartlar%C4%B1.html> Erişim tarihi: 25.12.2021
44. Moore K, Brewer MA. Endometrial Cancer: Is This a New Disease?. *Am Soc Clin Oncol Educ Book*, 2017;37:435-442.
45. Günaldı O, Bozkurt H. S, İltar E, Günaldı A, Çelik A, Ayan MT. Obezitenin Kadın Kanseri Üzerindeki Etkileri: Derleme Makalesi. *Maltepe Tıp Dergisi*, 2019; 11(3): 88-97.
46. Gökçü M, Erkinç S, Solmaz U, Bağcı M, Temel O, Karadeniz T, Sancı M. Yüksek Riskli Ve Düşük Riskli Endometrium Kanseri Hastalarda İleri Yaş Kötü Prognostik Bir Faktör Müdür? *Bozok Tıp Dergisi*, 2018;8(3): 99-108.
47. Pekkölçay H. , Sakin Ö. , Pirimoğlu Z. M. , Bayraktar G. Menopoz Sonrasına Bırakılan Uterin Myomların Gelişen Endometrium Kanseri Üzerine Olumsuz Etkileri Var Mıdır?. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2018; 9-14.
48. Ural ÜM, Bedir R. Tamoksifen Tedavisini Takiben Gelişen Düşük Gradeli Endometriyal Stromal Sarkom. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 2016;13(0): 9-10.
49. Özgü E, Erkinç S, Yeşilyurt H, Salman Özgü B, Terzioğlu G, Güngör T. Endometrium Kanseri Üzerine Kötü Glisemik Kontrolün Evre ve Grade Üzerine Etkisi. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 2016; 13(3): 117-120.

50. **Zafer E, Bıçakçı B, Atakul T, Kaçar Döğer F, Cengiz M, Yüksel H.** The Tumor Grade Discrepancy in Endometrial Cancer Before and its Clinical Reflection. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, **2018**; 20(1): 19-24.
51. **Amant F, Mirza MR, Koskas M, Creutzberg CL.** Cancer of the corpus uteri. *Int J Gynaecol Obstet*, **2018**; 143(2):37-50
52. **Çintesun E, İncesu Çintesun FN, Karataş Aslan B, Uçar MG, Yarıkaya E.** Endometrial Örnekleme Sonuçlarımız: 655 Olgunun Analizi. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, **2017**;14(2):56-59.
53. **Günaldı A, Günaldı O, Cımlı AT.** Endometriyal Kanser Evrelemesinde Difüzyon Ağırlıklı Manyetik Rezonans Görüntülemenin Yararı. *Abant Tıp Dergisi*, **2020**; 9(1): 20-27.
54. **Sert F, Alanyalı S, Aras AB, Özşaran Z.** Evre I Endometrium Kanseri Uygulanan Radyoterapi Şeklinin Uzun Dönem Yan Etki Sonuçlarına Etkisi: Pelvik Eksternal Radyoterapi veya Vaginal Brakiterapi?. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, **2018**; 19(4): 145-150.
55. **Çetinkaya K, Ardıç F, Atalay F.** Tümör Boyutunun Endometrium Kanseri Lenf Nodu Metastazına Etkisi. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, **2017**;14(1): 5-8.
56. **Şahin H, Yalçın İ, Sarı M. E, Güngör T, Meydanlı M. M, Ayhan A.** Evre IIIB Endometrioid Tıp Endometrium Kanser Olgularının Analizi: Tersiyer İki Onkolojik Merkez Deneyimi. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, **2018**; 15(2):47-51.
57. **Temizkan O, Aşıcıoğlu B, Arıcı İ, Şanverdi I, Ayhan Ö, Çetin B, Besimoğlu.** Jinekoloji Kliniğimizde Son 2 Yıllık Endometrium Kanseri Cerrahi Tedavi Sonuçları ve Laparoskopinin Cerrahi Onkolojideki Yeri. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, **2015**; 49(4):279-283.
58. **Eroğlu K, Koç G.** Jinekolojik Kanser Kontrolü ve Hemşirelik. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, **2014**; 77-90.
59. Türkiye Kanser İstatistikleri 2016. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2018 <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-istatistikleri/yillar/2016-yili-turkiye-kanser-i-istatistikleri.html> Erişim: 20.12.2021
60. **Güngördük K, Sancı M, İnce O, Gülseren V, Gökçü M.** Endometriozis Ve Over Kanseri Arasındaki İlişki. *TRSGO Dergisi*, **2015**; 18(4):119-126.
61. **Yetimalar MH, Köksal AA, Çiftçi M, Çukurova K, İnceoğlu M, Keklik A.** Over Kanselerinin Epidemiyolojik Faktörler Açısından İncelenmesi. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, **2007**;10(3):72-82.
62. **Berek JS, Kehoe ST, Kumar L, Friedlander M.** Cancer of The Ovary, Fallopian Tube, And Peritoneum. *Int J Gynaecol Obstet*, **2018**;143 Suppl 2:59-78.
63. **Pınar G, Akdemir H, Abbasoğlu A.** Germ Hücreli Over Kanseri: Olgu Sunumu. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, **2007**;10(4): 99-105.
64. **Hançerlioglulları O, Selçuk İ, Ersak B, Akdan AK, Öztürk Başarır Z, Ayhan S, Yalçın HR.** Primer ve Sekonder Sitoredüktif Cerrahi Sırasında İntestinal Rezeksiyon Uygulanan Epitelyal Over Kanseri Olgularında Cerrahi Sonuçların Karşılaştırılması. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, **2018**; 15(4): 150-154.
65. **Erkılınc S, Karataşlı V, Demir B, Çakır İ, Can B, Temel O, Bağcı M, Gökçü M, Sancı M.** Benign ve Malign Extra-Genital Over Kanseri Taklitçileri: 28 Olgunun Gözden Geçirilmesi. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, **2018**; 15(3): 110-113.

66. **Elma S, Ertem G.** Sitoredüktif Cerrahi İle Birlikte Hipertermik İntraperitoneal Kemoterapi Uygulanan Over Kanseri Hastaya Yaklaşım: Olgu Sunumu. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2017**; 6(2):139-145.
67. **Özel Ş, Atasever M, Güneç MZ.** Lojistik Regresyon Modeli Kullanılarak Ovariyan Kitlelerin Malign-Benign Ayırımının Yapılması. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, **2018**; 15(3): 125-129.
68. **Kuroki L, Guntupalli SR.** Treatment of Epithelial Ovarian Cancer. *BMJ*, **2020**; 9;371:m3773
69. **Schmid D, Behrens G, Keimling M.** A Systematic Review and Meta-Analysis of Physical Activity And Endometrial Cancer Risk. *Eur J Epidemiol*, **2015**;30:397-412.
70. **Stewart C, Ralyea C, Lockwood S.** Ovarian Cancer: An Integrated Review. *Semin Oncol Nurs*, **2019**;35(2):151-156.
71. **Rogers LJ, Cuello MA.** Cancer of The Vulva. *Int J Gynaecol Obstet*, **2018**; 143 Suppl 2: 4-13.
72. **Pérez-López FR, Vieira-Baptista P.** Lichen Sclerosus in Women: A Review. *Climacteric*, **2017**; 20(4): 339-347.
73. **Singh N, Negi N, Srivastava K, Agarwal G.** A Cohort Study of Vulvar Cancer Over A Period of 10 Years And Review Oo Literature. *Indian J Cancer*, **2016**; 53(3): 412-415
74. **Satmary W, Holschneider CH, Brunette LL, Natarajan S.** Vulvar İntraepithelial Neoplasia: Risk Factors for Recurrence. *Gynecol Oncol*, **2018**; 148(1): 126-131
75. **Tan A, Bieber AK, Stein JA, Pomeranz MK.** Diagnosis and Management of Vulvar Cancer: A Review. *J Am Acad Dermatol*, **2019**;81(6):1387-1396.
76. **Keskin HG, Tahta T.** Vulva Kanseri ve Vulvektomi Sonrası Hemşirelik Yaklaşımları. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, **2021**; 5(1); 115-121
77. **Kaltenecker B, Tikaria R.** Vaginal Cancer. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; **2021**.
78. PDQ Adult Treatment Editorial Board. Vaginal Cancer Treatment (PDQ®): Health Professional Version. 2021 Feb 22. In: PDQ Cancer Information Summaries [Internet]. Bethesda (MD): National Cancer Institute (US); **2002**
79. **Karam MD, Berek JS, Kidd EA.** Vaginal Cancer. UpToDate, 2021.
80. **Lamos C, Mihaljevic C, Aulmann S, et al.** Detection of Human Papillomavirus Infection in Patients with Vaginal İntraepithelial Neoplasia. *PLoS One*, **2016**; 11(12): e0167386.
81. **Kankaya H. , Karadakovan A.** Yaşlı Bireylerde Günlük Yaşam Aktivite Düzeylerinin Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumuna Etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2017**; 6(4): 21-29.
82. **Aydiner Boylu A. , Paçacıoğlu B.** Yaşam Kalitesi Ve Göstergeleri. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi (AKAD)*, **2016**; 8(15): 137-150.
83. **Atlı A, Düger T.** Tedavi Gören Erişkin Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesi Ve Kas Kuvvetinin Değerlendirilmesi. *Türk Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, **2020**; 31(3): 288-297.
84. **Topçu B. , Gülcivan G.** Meme Kanseri Hastalarının Yaşam Kalitesi ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Namık Kemal Tıp Dergisi*, **2017**; 5(2): 63-74.

85. **Bilge Ç, Mecdi Kaydırak M, Aslan E.** Jinekolojik Kanserin Cinsel Yaşam Üzerindeki Etkileri. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2017**; 7(3): 31-38.
86. **Chase DM, Monk BJ, Wenzel LB, Tewari KS.** Supportive Care for Women with Gynecologic Cancers. *Expert Review of Anticancer Therapy*, **2008**;8(2), 227–241
87. **Hansen DG, Larsen PV, Holm LV, Rottmann N, Bergholdt SH, Søndergaard J.** Association Between Unmet Needs and Quality of Life of Cancer Patients: A Population-Based Study. *Acta Oncologica*, **2013**;52(2);391–399.
88. **Ferrell BR, Dow KH, Grant M.** Measurement of The Quality of Life in Cancer Survivors. *Qual Life Res*, **1995**;4(6):523-31.
89. **Reis N.** Jinekolojik Kanselerde Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler. Doktora Tezi. Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi, İstanbul, **2003**.
90. **Dow KH, Melancon CH.** Quality of Life in Women with Ovarian Cancer. *Western Journal of Nursing Research*, **1997**;19(3): 334-350.
91. **Reis N, Coşkun A, Beji NK.** Jinekolojik Kanselerde Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2006**;9 (2): 25-35.
92. **Aktas D, Terzioğlu F.** Effect Of Home Care Service on The Quality of Life in Patients with Gynecological Cancer. *Asian Pac J Cancer Prev*, **2015**;16(9):4089-94.
93. **Reb AM, Cope DG.** Quality of Life and Supportive Care Needs of Gynecologic Cancer Survivors. *West J Nurs Res*, **2019**;41(10):1385-1406.
94. **Temiz G, Durna Z.** Evaluation of Quality of Life and Health Care Needs in Cancer Patients Receiving Chemotherapy. *J Cancer Educ*, **2020**;35(4):796-807.
95. **Sirilerttrakul S, Wannakansophon N, Utthiya P, Ckumdee S, Tangteerakoon P, Chansriwong P.** Evaluation Of Adverse Events And Health-Related Quality of Life in Patients with Colorectal Cancer Receiving Ambulatory Home-Based Chemotherapy in Thailand. *Nurs Open*, **2021**;8(6):3036-3044
96. **Chaveli López B.** Oral Toxicity Produced by Chemotherapy: A Systematic Review. *J Clin Exp Dent*, **2014**;6(1):e81-e90.
97. **So WKW, Choi KC, Chen JMT, Chan CWH, Chair SY, Fung OWM, Wan RWM, Mak SSS, Ling WM, Ng WT, Bernice WLY.** Quality of Life in Head And Neck Cancer Survivors at 1 Year After Treatment: The Mediating Role of Unmet Supportive Care Needs. *Eur J Oncol Nurs*, **2014**;22(11):2917–2926.
98. **Gemalmaz A, Avşar G.** Kanser Tanısı ve Sonrası Yaşananlar: Kalitatif Bir Çalışma. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, **2015**;12:93-8.
99. **Yıldız Y, Alacacioğlu A, Varol U, Küçükzeybek Y, Aşık N, Salman T, Taşkınatan H, Oflazoğlu U, Akyol M, Tarhan OM.** Evaluating Sexual Satisfaction and Quality of Life in Patients with Gynecological Cancer. *Acta Oncol tur*, **2018**;51[3]:370-376
100. **Topçu B, Gülcivan G.** Meme Kanseri Hastalarının Yaşam Kalitesi ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Namık Kemal Tıp Dergisi*, **2017**; 5(2): 63-74.
101. **Tekbaş S.** Jinekolojik Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Tedavi Bakımının Etkileri. Doktora Tezi, Trakya Üniversitesi, Edirne, **2010**

102. **Salonen P.** Quality of Life in Patients with Breast Cancer. Academic Dissertation. University Of Tampere, Finland, **2011**.
103. **Yan H, Sellick K.** “Quality of Life of Chinese Patients Newly Diagnosed with Gastrointestinal Cancer: A Longitudinal Study”. *International Journal of Nursing Studies*, **2004**;41(3): 309-319.
104. **Gökgöz S, Sadikoglu G, Paksoy E, Guneytepe U, Özçakır A, Bayram N, Bilgel N.** Health Related Quality of Life among Breast Cancer Patients: A Study from Turkey. *Global Journal of Health Science*, **2011**;3(2): 140-52.
105. **Kim SH, Son BH, Hwang SY, Han W, Yang JH, Lee S, Yun YH.** Fatigue and Depression in Disease-Free Breast Cancer Survivors: Prevalence, Correlates, and Association With Quality of Life. *Journal of Pain and Symptom Management*, **2008**;35(6):644-655.
106. **Yeşilbalkan ÖU, Akyol AD, Çetinkaya Y, Altın T, Ünlü D.** Kemoterapi Tedavisi Alan Hastaların Tedaviye Bağlı Yaşadıkları Semptomlar ve Yaşam Kalitesine Olan Etkisinin İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2005**;21(1): 13-31.
107. **Selvi Öz Z.** Kemoterapi Alan Hematolojik Malignansili Hastalarda Yaşam Kalitesi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, **2006**.
108. **Zandbergen N, de Rooij BH, Vos MC, Pijnenborg JMA, Boll D, Kruitwagen RFPM, van de Poll-Franse LV, Ezendam NPM.** Changes In Health-Related Quality Of Life Among Gynecologic Cancer Survivors During The Two Years After Initial Treatment: A Longitudinal Analysis. *Acta Oncol*, **2019**; 58(5):790-800
109. **Üstündağ S, Zencirci AD.** Factors Affecting The Quality of Life of Cancer Patients Undergoing Chemotherapy: A Questionnaire Study. *Asia Pac J Oncol Nurs*, **2015**;2(1):17-25.
110. **Goker A, Guvenal T, Yanikkerem E, Turhan A, Koyuncu FM.** Quality of Life in Women with Gynecologic Cancer in Turkey. *Asian Pac J Cancer Prev*, **2011**;12(11):3121-3128.
111. **Marangoz Ç.** Jinekolojik Kanserlerde Cinsel Yaşam Ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara, **2014**.

EKLER

EK-1. Kişisel Bilgi Formu

Sayın Katılımcı, bu araştırma “**Jinekolojik Kanserli Hastaların Yaşam Kalitelerinin Belirlenmesi**” amacıyla yapılmaktadır. Veriler başka amaçla kullanılmayacak, sonuçlar toplu halde analiz edilecek ve isminiz hiçbir şekilde açıklanmayacaktır. İstemediğiniz takdirde bu araştırmaya katılmak zorunda değilsiniz. Bu bilimsel araştırmaya desteğiniz için teşekkür ederiz.

1. Yaşınız:
2. Medeni Durumunuz: () Bekar () Evli
3. Eğitim Durumunuz:
() Okur-yazar değil () Okur-yazar () İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite
- 4.Çalışıyor musunuz?: ()Evet ()Hayır
5. Sosyal güvenceniz var mı? () Var () Yok
6. Halen yaşadığınız yerleşim birimi: () İl () İlçe () Köy
7. Aile yapınız: ()Çekirdek aile ()Geniş aile
8. Çocuk sahibi olma durumunuz: ()Evet ()Hayır
- 9.Cevabı evet ise sahip olduğu çocuk sayısı:
- 10.Kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?
()Eşim ()Çocuklarım ()Eşim ve çocuklarım ()Tek başına ()Diğer (Belirtiniz):
- 11.Gelir durumunuz: ()Gelir giderden az ()Gelir gidere eşit ()Gelir giderden fazla
12. Kronik bir hastalığınız var mı?: ()Evet ()Hayır
- 13.Cevabınız evet ise bu hastalıkların ne/neler olduğu:
()Diyabet ()Hipertansiyon ()Kalp hastalığı ()Böbrek hastalığı ()KOA
()Diğer(belirtiniz):
14. Mevcut tanınız:
()Serviks CA ()Endometrium CA () Over CA ()Vulva CA ()Tuba CA
()Vajen CA
15. Hastalık tanınız ne zaman konuldu?.....
16. Hastalığınızın klinik evresi:.....
- 17.Bugüne kadar uygulanan tedavi türleri(Birden fazla işaretlenebilir):
() Cerrahi tedavi ()Radyoterapi ()Kemoterapi ()Hormon terapisi
18. Ailenizde kanser tanısı almış başka birey var mı?
()Evet () Hayır
- 19.Bakımınıza destek olan birisi var mı? Cevabınız evet ise kimin destek olduğunu belirtiniz. 1.Evet... 2. Hayır

Ek-2. Yaşam Kalitesi Ölçeği/Kanser Hastası

Fiziksel İyilik Hali

Aşağıdaki her bir sorununuzun, sizin açınızdan boyutu/büyüklüğü:

1. Yorgunluk

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

2. İştah değişiklikleri

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

3. Ağrı ya da sızı

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

4. Uyku değişiklikleri

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

5. Kabızlık

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

6. Bulantı

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

7. Adet görme ya da gebe kalabilmede değişme

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

8. Genel olarak, tüm beden sağlığınızın durumu

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

Psikolojik İyilik Hali

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

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

10. Yaşam kaliteniz ne kadar iyi?

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

11. Ne kadar mutlu olduğunuzu hissediyorsunuz?

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

12. Yaşamınızdaki şeylerin, sizin kontrolünüz altında olduğunu düşünüyor musunuz?

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

13. Yaşamınızdaki ne kadar memnunsunuz?

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

14. Olayları hatırlama ya da konsantre olma yeteneğiniz şu anda nasıl?

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

15. Kendinizi ne derece verimli hissediyorsunuz?

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

16. Hastalığınız ya da tedaviniz görüntünüzde değişikliğe neden oldu mu?

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

17. Hastalığınız ya da tedaviniz kendinizi algılama biçiminizde değişikliğe neden oldu mu?

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

Hastalığınız ve tedavinizin, aşağıdaki basamaklarında ne kadar sıkıntı yaşadınız?

18. Teşhisin konulması

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

19. Kanser tedavileri (kemoterapi, radyoterapi ya da cerrahi)

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

20. Tedavim tamamlandığından beri

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

21. Ne kadar kaygılısınız?

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

22. Ne kadar mutsuzsunuz?

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

Korku/endişenizin büyüklüğü:

23. Gelecekte uygulanacak tanı testleri

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

24. İkinci bir kez kanser olmak

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

25. Kanserinizin tekrarlaması

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

26. Kanserinizin yayılması

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

Sosyal Endişeler**27. Hastalığınız, aileniz için ne kadar sıkıntı verici?**

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

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

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

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

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

30. Cinsel yaşamınız hastalığınızdan etkilendi mi?

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

31. Hastalığınız ve tedaviniz iş yaşamınızı ne derece etkiledi?

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

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

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

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

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

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

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

Manevi İyilik Hali

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

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

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

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

37. Kanser teşhisi, manevi yaşamınızı nasıl değiştirdi?

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

38. Geleceğe yönelik ne kadar belirsizlik yaşıyorsunuz?

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

39. Hastalığınız yaşamınızda ne kadar olumlu değişiklik yarattı?

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

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

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

41. Kendinizi ne kadar umutlu hissediyorsunuz?

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

Ek-3. Etik Kurul Onayı

T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Sayısı	Tarih
94	6 Aralık 2019

KARAR NO 34- Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı'nda, Prof. Dr. Evşen Nazik yönetiminde, Fadime Çakır tarafından yürütülmesi öngörülen, "Jinekolojik Kanserli Hastaların Yalnızlık Düzeyleri ve Yaşam Kalitelerinin Belirlenmesi" başlıklı yüksek lisans tez projesi araştırma etiği yönünden değerlendirildi. Toplantıya katılan üyelerin oybirliğiyle uygun olduğuna karar verildi.

Ek-4. Kurum İzinleri

Tarih ve Sayı: 19/10/2021-E.220662



T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
Araştırma Ve Uygulama Hastanesi
Başhekimliği
Hizmet İçi Eğitim Birimi

Sayı :E-26515734-605.01-141509
Konu :Fadime Çakır'ın Tez Çalışması Hk.

Tarih: 19.10.2021

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi :09.01.2020 tarihli ve 99132376-27224817-044.01.01-E.1139 sayılı yazı

İlgi yazınızda üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Fadime ÇAKIR'ın " Jinekolojik Kanserli Hastaların Yalnızlık Düzeyleri ve Yaşam Kalitelerinin Belirlenmesi" konulu çalışması incelenerek sosyal mesafe ve maske kuralına riayet etmesi kaidesiyle hastanemiz Jinekoloji Polikliniği,Jinekoloji Servisi ve Kemoterapi Ünitesinde çalışma yapması uygun görülmüştür.

Söz konusu araştırma verilerinin hastane yönetimiz ile paylaşılması gerektiği hususunda;
Bilgilerinizi ve gereğini arz/rica ederim.

Prof. Dr. Rasih YAZKAN
Başhekim

24/01/2020-13444



T.C.
ISPARTA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ



Sayı : 16657963-799
Konu : Araştırma Tezi (Fadime ÇAKIR)

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi : 09/01/2020 tarihli ve 38113317-27224817-044.01.01-E.1139 sayılı yazı.

İlgi sayılı yazınız incelenmiş olup; Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Fadime ÇAKIR'ın "Jinekolojik Kanseri Hastaların Yalnızlık Düzeyleri ve Yaşam Kalitelerinin Belirlenmesi" konulu araştırma tezi ile ilgili çalışmasını Isparta Şehir Hastanesi jinekoloji polikliniği, jinekoloji servisi ve kemoterapi ünitesi hastalarına uygulama talebinin uygun görüldüğüne dair komisyon kararı yazımız ekinde gönderilmiş olup;

Bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Dr.Mehmet KARAKAYA
İl Sağlık Müdürü

Ek: Komisyon Kararı (1 Sayfa)

İmzalı

Ek-5. Bilgilendirilmiş Gönüllüonam Formu

GÖNÜLLÜLERİN BİLGİLENDİRİLDİĞİ VE RIZASININ ALINDIĞINI GÖSTEREN ONAM FORMU

Değerli katılımcı;

Bu çalışma Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği ABD tarafından yürütülecektir. Bu çalışmada jinekolojik kanserli hastaların yaşam kalitelerinin belirlenmesi amacıyla yapılacaktır.

Bu çalışmaya kendi isteğinizle girebilir, girmeyebilir ya da istediğiniz aşamada çalışmadan ayrılabilirsiniz. Eğer katılmayı reddederseniz, bu durum tıbbi bakımınıza ve sağlık personeli ile olan ilişkinize herhangi bir zarar getirmeyecektir.

Çalışma ekibi, kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ve araştırmanın sonuçları tıbbi literatürde yayınlanabilecektir. Kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır.

Bu çalışmaya katılmanızı ve iş birliği yapmanızı arzu ediyoruz. Yardımlarınız için şimdiden teşekkür ediyoruz.

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorum ()

Çalışmaya katılmayı kabul etmiyorum ()

GÖNÜLLÜNÜN ADI SOYADI:

İMZA:

TARİH:

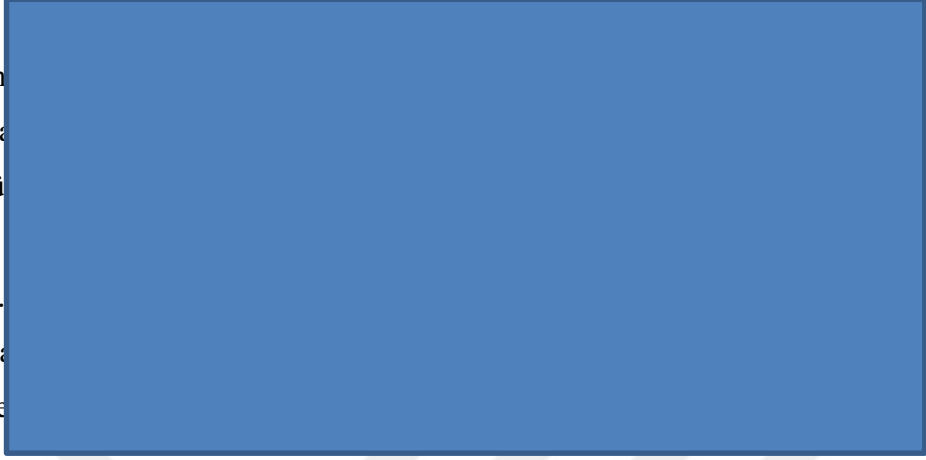
AÇIKLAMAYI YAPAN ARAŞTIRICININ ADI SOYADI:

İMZA:

TARİH:

ÖZGEÇMİŞ

Danışm
arasında
bölümü
başladı.
Dalı'nda
Hastane



ortaokulu,
7 yılları
emşirelik
alışmaya
Anabilim
ta Şehir