

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI

KANSER ŞÜPHESİYLE HİSTEREKTOMİ
OPERASYONU YAPILAN KADINLARIN PATOLOJİ
SONUCU BEKLEME SÜRECİNDEKİ KAYGI
DÜZEYLERİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Şerife BASIR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2021-ANTALYA

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI

KANSER ŞÜPHESİYLE HİSTEREKTOMİ
OPERASYONU YAPILAN KADINLARIN PATOLOJİ
SONUCU BEKLEME SÜRECİNDEKİ KAYGI
DÜZEYLERİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Şerife BASIR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Öznur KÖRÜKCÜ

“Kaynakça gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

2021-ANTALYA

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam boyunca akademik bilgi ve tecrübelerini paylaşan, desteğini esirgemeyen, saygıdeğer danışmanım Doç. Dr. Öznur KÖRÜKCÜ başta olmak üzere,

Yüksek lisans eğitimime ve tezimin planlanmasından son aşamasına kadar emek ve katkıları adına Hemşirelik Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği anabilim dalı hocalarıma,

Yüksek lisans eğitimim boyunca verdiği katkılarından dolayı Sağlık Bilimleri Enstitüsü çalışanlarına,

Tezimin verilerinin toplanmasında yardımcı olan başta sorumlu hemşirem olmak üzere Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğindeki çalışma arkadaşlarım, doktor ve personel arkadaşlarıma,

Bu çalışmanın gerçekleşmesi için gönüllü olan ve vaktini ayıran sevgili kadınlara,

Eğitim hayatım boyunca yanımda olan, maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen sevgili ailem Bayram Ali Basır, Nurşen Basır, abilerim Mustafa Basır ve Osman Yılmaz'a, ablalarım Zehra Yılmaz ve Nuran Basır'a,

Bu süreç boyunca çalışmama katkı ve desteği olan, bana olan inançlarını kaybetmeyen Dr Uğur Büyükokudan başta olmak üzere değerli hekim arkadaşlarıma sonsuz minnet ve teşekkürlerimi sunarım.

Şerife BASIR

ÖZET

Amaç: Bu çalışma kanser şüphesiyle histerektomi olan kadınların patoloji sonucu bekleme sürecindeki kaygı düzeyi ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla kesitsel tipte planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipte planlanan araştırmanın örneklemini, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Kadın Doğum Kliniğinde Nisan 2019- Nisan 2020 tarihleri arasında histerektomi operasyonu geçirmiş ve sonrasında patoloji sonucunu beklemekte olan 109 kadın oluşturmaktadır. Veriler postoperatif 3. ve 4. günlerde yüz yüze görüşme tekniğiyle Kişisel Bilgi Formu, Durumluk Kaygı Ölçeği ve Kanser Kaygı Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Bulgular SPSS ile analiz edilerek Bağımsız gruplarda t testi, Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis ve Spearman korelasyon testi kullanılmış ve sonuçlar $p<0.05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmada hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği puanı ortalaması 46.99 ± 9.12 , Kanser Kaygı Ölçeği puanı ortalaması 15.10 ± 4.94 olarak saptanmış ve normal kişilere göre kaygı puanları yüksek bulunmuştur. Yeterli sosyal desteği olmayanların olanlara göre durumluk kaygı puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p=0.015$). Cronbach's alfa değeri Durumluk Kaygı Ölçeği için 0.888, Kanser Kaygı Ölçeği için 0.909 bulunmuş ve yüksek güvenilir olarak yorumlanmıştır. İki ölçek arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı bir korelasyon bulunmuştur.

Sonuç: Kanser şüphesiyle histerektomi planlanan kadınların histerektomi sonrası durumluk ve kanser kaygı puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır. Kadınların yaş, eğitim durumu, geçirilen cerrahinin tipi, ailede kanser olan bireyin varlığı gibi özellikleri ve kaygı düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı ancak sosyal desteğin durumluk kaygıyı anlamlı derecede etkilediği sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Histerektomi, patoloji, kaygı, Kanser Kaygı Ölçeği, hemşirelik

ABSTRACT

Aim: This study was planned in a cross-sectional type to determine the level of anxiety and factors affecting it during the waiting period for pathology results among women who underwent hysterectomy for suspected cancer.

Materials and Methods: The sample of the study planned in cross-sectional type consists of 109 women who underwent hysterectomy operation between April 2019-April 2020 at the Department of Obstetrics and Gynecology of Akdeniz University Hospital and waiting for the pathology result after the operation. The research data were collected on the 3rd-4th postoperative day, using face-to-face interview technique, Personal Information Form, State Anxiety Scale, Cancer Anxiety Scale. The results were analyzed by SPSS and independent groups t test, Mann Whitney U test, Kruskal Wallis, Spearman correlation test were used in the data analysis. Results were evaluated at $p < 0.05$ significance level.

Results: In the study, it is detected that the average score of the State Anxiety Scale was 46.99 ± 9.12 and for Cancer Anxiety Scale was 15.10 ± 4.94 which is found that their anxiety scores were higher than normal individuals. The average state anxiety score of those who did not have sufficient social support was statistically significantly higher ($p = 0.015$). Cronbach's alpha value was found 0.888 for State Anxiety Scale and 0.909 for Cancer Anxiety Scale and was interpreted as highly reliable. A moderately positive significant correlation was found between the two scales.

Conclusion: It is found that scheduled for hysterectomy with cancer suspicion had high state anxiety score and cancer anxiety score after hysterectomy. It is concluded that there is no statistically significant relationship between anxiety level and women's characteristics such as age, educational status, type of surgery, presence of cancer in the family, however social support significantly affects state anxiety.

Key Words: Hysterectomy, pathology, anxiety, Cancer Worry Scale, nursing

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
İÇİNDEKİLER	iii
ŞEKİLLER DİZİNİ	vi
TABLolar DİZİNİ	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR	viii
1.GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Histerektomi	3
2.2. Jinekolojik Kanserler	4
2.3. Patolojik İnceleme Süreci	5
2.4. Kanser Korkusu	6
2.5. Kaygı	8
2.6. Kaygının Oluşum Mekanizması	9
2.7. Histerektomi Olan Kadınlarda Kaygı Düzeyi ve Etkileyen Faktörler	10
2.8. Kaygıda Hemşirelik Bakımı	13
3. GEREÇ VE YÖNTEM	19
3.1. Araştırmanın Türü	19

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	19
3.3. Araştırmanın Örnekleme	19
3.4. Araştırma Kapsamına Alınma Kriterleri	19
3.5. Araştırma Kapsamına Alınmama Kriterleri	19
3.6. Araştırmanın Değişkenleri	20
3.7. Araştırmanın Hipotezi	20
3.8. Araştırma Verilerinin Toplanması	20
3.9. Araştırmanın Etiği	22
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	22
3.11. Araştırma Verilerinin İstatiksel Değerlendirilmesi	22
4. BULGULAR	24
5. TARTIşMA	34
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	42
KAYNAKÇA	44
EKLER	
Ek-1.Kişisel Bilgi Formu	
Ek-2.Durumluk Kaygı Ölçeği	
Ek-3.Kanser Kaygı Ölçeği	
Ek-4.Akdeniz Üniversitesi Hastanesi İzin Yazısı	
Ek-5.Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilimdalı İzin Yazısı	
Ek-6.Etik Kurul Onam Formu	

Ek-7.Kanser Kaygı Ölçeği Kullanımı İzin Yazısı

Ek-8 Aydınlatılmış Onam Formu

ÖZGEÇMİŞ



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1: Histerektomi yapılan kadınların kliniğe başvuru nedenlerinin dağılımı 26



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Çalışma grubunun tanımlayıcı özellikleri	24
Tablo 2. Çalışma grubunun şu an kliniğe başvuru şikayetlerinin dağılımı	25
Tablo 3. Çalışma grubuna ait tıbbi ve tanımlayıcı özellikler	26
Tablo 4. Araştırma grubundaki bireylerin çeşitli özelliklerinin durumluk kaygı puanına etkisi	27
Tablo 5. Araştırma grubundaki bireylerin çeşitli özelliklerinin kanser kaygı puanına etkisi	29
Tablo 6. Araştırma grubundaki bireylerin histerektomi tipine, ailede kanser öyküsüne ve yeterli sosyal desteğe göre durumluk kaygı puanının karşılaştırılması	31
Tablo 7. Araştırma grubundaki bireylerin histerektomi tipine, ailede kanser öyküsüne ve yeterli sosyal desteğe göre kanser kaygı puanının karşılaştırılması	32
Tablo 8. Durumluk Kaygı Ölçeği ve Kanser Kaygı Ölçeği Puan ortalamaları	33
Tablo 9. Durumluk Kaygı Ölçeği ve Kanser Kaygı Ölçeği'nin ortalama, standart sapma, Cronbach's alpha, korelasyon katsayıları	33

SİMGELER VE KISALTMALAR

ACTH: Adrenokortikotropik Hormon

ASHA: American Sexual Health Association

d: Etki Büyüklüğü

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

HPA: Hipotalamus-Hipofiz-Adrenal

HPV: Human Papilloma Virus

SPSS: Statistical Package for Social Sciences

SS: Standart Sapma

TDK: Türk Dil Kurumu

$\bar{X}$: Ortalama

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı

Histerektomi en yaygın jinekolojik prosedürlerden biridir ve benign sebeplerin yanı sıra malign jinekolojik durumlarda da etkili bir yöntemdir (Pålsson ve ark.,2017). Jinekolojik kanser şüphesiyle histerektomi olan hastalar genellikle yeni kanser teşhisi veya ameliyata bağlı önemli duygusal veya psikolojik sıkıntı, anksiyete, depresyon, belirsizlik gibi durumlara maruz kalabilmekte ve bu duruma cerrahi insizyon bakımı, ağrı yönetimi, beslenmeyle ilgili fiziksel ihtiyaçlar eşlik edebilmektedir (Mazanec,2018). Histerektomi sonrası kadınlar kendilerini farklılaşmış, yetersiz, değersizleşmiş hissedebilmekte ve diğer cerrahilere oranla daha fazla kaygı yaşayabilmektedir (Silva ve Vargens,2016).

Kaygı fizyolojik, duyuşsal ve bilişsel değişiklikleri kapsayan uzun süreli, öngörülemeyen bir tehdide yanıt olarak gelişen durum olarak tanımlanmaktadır (Robinson ve ark.,2013). Histerektomi olan her hastanın kaygı gösterme seviyesi hastanın anksiyeteye yatkınlığı, eğitim durumu, yaş, sosyal destek, ameliyatla ilgili geçmiş deneyimler, önerilen ameliyatın türü ve kapsamı, mevcut sağlık durumu ve sosyoekonomik durum gibi çeşitli faktörlerden etkilenmektedir (Caumo ve ark.,2001). Hastaların kaygı düzeyi davranışlarıyla doğrudan ilişkili olup kaygı düzeyi yüksek hastalarda tedaviye uyumsuzluk, daha uzun hospitalizasyon, daha fazla analjezik ihtiyacı gibi olumsuz sonuçlar gelişebilmektedir (Mirani ve ark.,2019). Kaygının etkin yönetilmemesi postoperatif dönemde komorbiditelere ve prognozun kötüye gitmesine neden olabilir bu nedenle kaygı düzeyini ve etkileyen faktörleri belirlemek önemlidir (Kjohede ve ark.,2012).

Literatürde histerektomi sonrası progresif kas gevşetme tekniği, refleksoloji, preoperatif eğitim ve danışmanlık, diyafragmatik solunum, sosyodemografik özellikler, cerrahi tipi gibi değişkenlerle kaygı düzeyi ilişkisi üzerine yapılan çalışmalar olduğu görülmüştür (Kavlak,2017;Ergen ve ark.,2019; Patil ve ark.,2017). Ancak malignite şüphesiyle histerektomi planlanan ve cerrahiye ek olarak kanser kaygısı da yaşayan hastalara yönelik bir çalışma mevcut olmayıp genellikle çalışmaların örneklemini benign nedenli histerektomiler oluşturmuştur.

Kaygı ve korku, daha uzun süreli etkileri olan tedavi gerektiren bozukluklar olarak değil, semptom olarak düşünüldüğünde, kısa müdahaleler ile yönetilebilir ve kaygıyla baş etme sağlanabilir (Cecilia ve ark.,2020). Kaygı düzeyini en aza indirmek ve bekleme sürecini kolaylaştırmak için, hemşire, kişiselleştirilmiş ve pratikte pekiştirilmiş bilgi birikimini kullanmalı stres yönetimini sağlamalıdır (Essa ve ark.,2017). Bu çalışmayla hemşirelerin duygusal durumları değerlendirmesi, potansiyel sorunları ve kaygıları tanımlaması, bunlara müdahale etme konusunda etkin olmalarının sağlanması ve bu konuda farkındalık oluşturmaları beklenmektedir.

1.2.Araştırmanın Amacı

Çalışmanın amacı kanser şüphesiyle histerektomi yapılan kadınların yaşadıkları kaygı düzeyi ve etkileyen faktörleri belirlemektir.

Bu araştırma ile aşağıdaki araştırma sorularına cevap aranacaktır:

1. Kanser şüphesiyle histerektomi operasyonu geçiren kadınların durumluk kaygı düzeyi yüksek midir?
2. Histerektominin tipi kadınların patoloji sonucu bekleme sürecinde kaygı düzeyini etkiler mi?
3. Ailede kanser öyküsü olan kadınların patoloji sonucu bekleme sürecinde kaygı düzeyleri daha fazla mıdır?
4. Sosyal desteğin varlığı kaygı düzeyini etkiler mi?

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Histerektomi

Histerektomi Yunanca rahim anlamına gelen “histera” ve çıkartılma anlamına gelen “ektomi” kelimelerinin birleşmesiyle oluşan bir terim olup çeşitli cerrahi yöntemlerle uterusun veya uterus parçalarının çıkartılması işlemi olarak tanımlanmaktadır (Kumari ve ark.,2019). Histerektomi anormal uterin kanama,pelvik organ prolapsusu, pelvik ağrı veya enfeksiyon, gebeliğe bağlı patolojiler gibi iyi huylu uterin patolojilerinin tedavisinde ve servikal intraepitelyal neoplazi,invaziv servikal kanser,atipik endometriyal hiperplazi, invaziv endometriyal kanser, over ve fallopi tüpü kanseri gibi jinekolojik malignitelerin tedavisinde altın standarttır (Rao ve ark.,2019; Lefebvre ve ark.,2018).

Histerektomi sezaryenden sonra kadınlarda uygulanan en yaygın majör cerrahi işlemlerden biridir ve ağırlıklı olarak 30 ila 50 yaş arası kadınlara uygulanmaktadır (Halli ve ark,2020). Histerektomi sıklığı bölgeden bölgeye ve zamanla büyük ölçüde değişmektedir bunun sebebi ilgili hastalıkların görülme sıklığı, jinekologlara ve tıbbi tedavilere erişim olanağı, kişi başına düşen hastane yatak sayısı, sağlık sigortası imkanı, hastanın sosyal statüsü, hastaların tedavi seçenekleri hakkındaki bilgileri, doğurganlığı koruyucu tedaviye ilişkin kültürel normları gibi etmenlerdir (Huang ve ark., 2020; Rashid ve ark.,2020).

Histerektomi birçok ülkede yaygınlaşmakta olan bir prosedürdür (Billfeldt ve ark., 2018; Yuksel ve ark., 2020). Ülkelere göre histerektomi oranlarını inceleyen bir çalışmada Amerika Birleşik Devletleri (% 26,2), İrlanda (% 22,2), Avustralya (% 22,0) gibi gelişmiş ülkelerde yüksek oranda histerektomi yapıldığı görülürken Tayvan (%8.8) ve Singapur (% 7.5) gibi az gelişmiş ülkelerde bu oranın daha düşük olduğu tespit edilmiştir (Desai ve ark., 2017). Türkiye’de Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde, Nisan 2001-Mayıs 2011 tarihleri arasında 10 yıllık sürede toplam gerçekleştirilen histerektomi sayısı yaklaşık 8066’dır (Çelik ve ark., 2014). Çalışmamızın yürütüldüğü Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi’nde Nisan 2018-Nisan 2019 tarihleri arasında yaklaşık 150 kadına histerektomi operasyonu planlanarak yatırışı yapılmıştır.

Histerektominin üç tipi mevcut olup subtotal histerektomide servikse dokunulmadan sadece uterusun üst kısmı çıkarılır (Doenges ve ark., 2019). Total histerektomi uterus ve serviksin tamamının çıkartılmasıdır (Alkatout, 2020). Bazı durumlarda total abdominal histerektomiye salpingooferektomi denilen over ve tüplerin çıkartılması eşlik etmektedir bu işlem panhisterektomi olarak adlandırılır (Wodlin 2019). Radikal histerektomide ise uterusun tamamı, overler, fallop tüpleri, lenf nodları ve pelvisteki ya da abdomendeki tümörlerin tamamı çıkartılmaktadır (Doenges ve ark.,2019; Kumari ve ark.,2019). Histerektomi yöntem olarak açık cerrahi (TAH), vajinal olarak (VH) veya laparoskopik histerektomi şeklinde yapılabilmektedir (Huang ve ark.,2020; Yuksel ve ark.,2020).

Histerektominin cerrahi travmaya ek olarak, kadınların cinsel işlevi ve yaşam kalitesini etkilediği ayrıca histerektominin kadınlar üzerinde psikolojik, fizyolojik ve sosyal anlamda olumsuz etkileri olduğu belirtilmektedir (Gerçek ve ark.,2016; Xiao ve ark., 2016). Ölüm, bağımlı kalma korkusu, geleceğe yönelik belirsizlik, fertilite sorunları, benlik algısında bozulma, kişilerarası ilişkilerde bozulma, roller ve fonksiyonların kaybı, ekonomik problemler kadınların sıklıkla yaşadıkları psikolojik sorunlardır (Terzioğlu ve Alan 2015; Yılmaz ve ark.,2015). Sağlık sisteminin önemli bir parçası konumunda olan hemşireler hastalar için güvenli etkili ve kaliteli klinik bakımı sağlamalıdır (Bilgiç ve ark., 2019). Histerektomi olan bireylere rutin hemşirelik bakımı verilmesinin yanı sıra sosyal, fiziksel, psikolojik olarak ele alınması, yeterli bilgi ve desteğin sağlanması gerekmektedir (Selimen ve Işık, 2011).

2.2. Jinekolojik Kanserler

Kanser anormal hücrelerin kontrolsüz büyümesi ve yayılması ile karakterize edilen bir hastalıktır (Sharma ve ark.,2019). Jinekolojik kanser kadın üreme siteminde meydana gelen maligniteleri ifade etmektedir ve jinekolojik kanserler endometrium, over, serviks, vajina ve vulva kanseridir (Papade ve ark.,2020). Jinekolojik kanserlerde diğer organ kanserlerinde ortaya çıkan sorunlardan farklı olarak beden imajında bozulma, cinsel kimlik algısında değişim, üremenin devamlılığının sağlanamaması gibi problemler karşımıza çıkmaktadır bu problemler kadın ve ailesinin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Bilge ve ark.,2016; La Rosa ve ark., 2020).

Jinekolojik kanserler kadınlarda meme kanserinden sonra morbidite ve mortalitenin en sık olduğu kanserlerdir ve dünyadaki jinekolojik kanser sıklığı incelendiğinde sıralama; endometrium, over ve serviks kanseri şeklindedir (Bray ve ark.,2018). Türkiye’de 2020 yılında kaydedilen yeni vaka oranı endometrium (%2.5), over (%1.7) ve servix (%1.1) kanseri olarak belirtilmiştir (IARC,2020). Türkiye Kanser İstatistikleri verilerine göre tüm yaş gruplarındaki kadınlarda görülen jinekolojik kanserlerin oranı endometrium (%5.5), over (%3.5) ve serviks (%2.4) şeklindedir.

Jinekolojik kanser risk faktörleri arasında kalıtım dahil olmak üzere yaş, obezite, hormon replasmanı olarak tek başına östrojen alınması, HPV ile enfekte olma gibi durumlar sıralanabilmektedir (ASHA, 2015). Sigara-alkol tüketimi, sedanter yaşam, perinatal gelişim, mesleki maruziyet, sosyo-ekonomik düzey de jinekolojik kanser riskini artıran faktörler arasında yer almaktadır (Torre-Montero, 2019).

2.3. Patolojik İnceleme Süreci

Jinekolojik kanser tanısı histopatolojik inceleme ile yapılmaktadır ve bu patolojik inceleme, tümör evrelendirilmesi, kanserin yayılımı, malignite öncesi dokuda meydana gelen değişikliklerin belirlenmesinde, kesin tanının konulmasında ve tedavi yönteminin belirlenmesinde önemli bir yere sahiptir (Sharma ve Gupta, 2020).

Cerrahi materyal hastadan alındıktan sonra numunenin tanımlama ve doğrulama işlemi cerrah ile cerrahi hemşiresi arasında sözel olarak yapılmakta, hastaya ait kimlik ve iletişim bilgileri, materyalin alındığı yer ve materyal özellikleri, klinik tanı, organ veya dokuya ait birden fazla parça olduğunda doğru sıralama ve isimlendirme, yapılan girişimin tarihi ve saati gibi bilgiler uygun formlara kaydedilmektedir (Raspollini ve ark., 2018).

Histerektomi materyallerinin histopatolojik incelemesi hastadan örnek alma ile başlayarak makroskopik inceleme, doku takibi, bloklama, kesim, boyama/kapama, mikroskopik inceleme, patoloji raporunun düzenlenmesi, onaylanması/imzalanması aşamalarını içermektedir (Hofsjö ve ark., 2017;Yeşim ve Gökhan, 2019). Patoloji raporu düzenlendikten sonra kliniğe ulaştırılarak hasta dosyasına girişi yapılmakta ve klinisyenin tedavi sürecini belirleyerek tedaviyi uygulamasıyla işlem sonlanmaktadır (Yörükoğlu, 2005).

Bir doku veya sıvı örneğinin patolojiye kabulünden sonuç raporunun düzenlenmesine kadar geçen süreç materyal niteliği, hastalık ve laboratuvar niteliği, materyalin taşınma, saklanma, işlenmesi sırasında meydana gelebilecek hatalar gibi çeşitli faktörlerden etkilenmektedir (Compton ve ark., 2019). Bu süreçte patoloji tetkiğinin zamanında sonuçlanmaması hasta anksiyetesini artırmakta, yatış süresini uzatmakta ve tedavi sürecini olumsuz etkileyebilmektedir (Özyurt ve ark., 2019). Patoloji birimine tanısal amaçlı gönderilen ve kanser şüphesi bağlamında yapılan incelemeler hasaların kaygı düzeyini artırabilmektedir ve işlemin sonucu kişinin hayatı için bir tehdit algısı oluşturabilir (Gül ve ark., 2014).

Literatürde histerektomi öncesi yapılan endometrial örnekleme sonuçları ile histerektomi materyalinin histopatolojik bulgularının birbiriyle ilişkisinin çok yüksek olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Aydoğmuş ve ark., 2018). Yapılan çalışmalarda benign sebepler nedeniyle yapılan histerektomi ameliyatlarının patoloji değerlendirmesi sonucunda malign gelebildiğini ve hastaların psikososyal sağlığında önemli değişiklikler olabildiğini belirtmektedir (Dolgun ve İnan,2017). Toplam 10.756 hastaya benign endikasyonlar nedeniyle histerektomi yapılmış ve jineko-patolojik incelemeden sonra %0.42 oranda beklenmeyen uterus maligniteleri tespit edilmiştir (Wagner ve ark.,2019). Histerektomi geçiren 229.536 kadının katıldığı çalışmada kadınların %0.96'sında beklenmeyen uterus kanseri tespit edilmiştir (Parsons ve ark.,2018). Bu verilerden yola çıkarak kanser olma olasılığı olan ya da tanısı alan kişilerde korku, umutsuzluk, suçluluk, çaresizlik gibi olumsuz duygu ve düşüncelerin gelişmesiyle hastalığın yaşamı tehdit etmesine ilişkin endişelerin ortaya çıkması beklenmektedir ve bu tür tepkiler tedavi ekibince anlayışla karşılanmalı gerekli destek sağlanmalıdır (Tünel ve ark., 2012).

2.4. Kanser Korkusu

Hem fizyolojik bir uyarılma hem de bir tehdidin varlığından kaynaklanan öznel bir deneyim olan korku, bilişsel, biyolojik, duygusal ve davranışsal faktörlerle karakterize olan çok boyutlu bir yapıya sahiptir (Mazzocco ve ark., 2019). Kanserle ilişkili korku, endişe veya kaygı olarak bilinen "kanseri korkusu", kanserin nedenleri veya sonucundan kaynaklı olumsuz bir psikolojik deneyim olarak tanımlanmaktadır (Morowatisharifabad ve ark.,2020). Kanser en korkulan hastalıktır çünkü tedavi süreci zorludur, tedaviden sonraki etkileri yaşam kalitesini önemli ölçüde azaltır ve kanserin

neden olduğu fiziksel, zihinsel, sosyal ve ekonomik problemler sadece hasta üzerinde değil, aynı zamanda bakım veren kişinin veya hastanın ailesi üzerinde de önemli bir etkiye sahiptir (Park ve ark.,2020).

Kanser korkusu kişisel özelliklere göre değişebilmektedir ve daha yüksek kanser korkusu seviyeleri düşük eğitim, sağlık durumu ve kalıtsal riskler ile ilişkilendirilmektedir (Flores-Luevano ve ark.,2020). Ayrıca medeni durum, bakmakla yükümlü olduğu birinin olup olmaması, çalışma durumu gibi sosyal faktörlerin yanı sıra hastalığın tedavisi ve prognozuna yönelik kaygılar da kanser korkusunu etkilemektedir (Rayne ve ark.,2016). Kanser tanısı alma korkusunun altında yatan nedenin ne olduğunu tam olarak anlamak önemlidir; yalnızlık, dışlanma, dış görünümün değişimi, statü kaybı gibi sosyal sonuçlardan korkma, hastalığa ilişkin yeterli bilgiye sahip olmama, duygusal ve zihinsel süreçte bozulma gibi bir çok korku alt faktörü sıralanabilmektedir (Morowatisharifabad ve ark.,2020).

Korku, bazı caydırıcı faktörlere maruz kalmanın ve ya bu faktöre maruz kalanların ifadeleri sonucunda da öğrenilebilmektedir buna örnek olarak iğneler, kemoterapi ve radyoterapi gibi tıbbi tedaviler gösterilebilir ve kanser korkusu ciddi tıbbi hastalıkların evrensel bir komplikasyonudur (Macleod, 2017). Kanser korkusunun odağına bağlı olarak tutum ve davranışlar değişebilmektedir örneğin kansere yakalanma korkusu, kanser olmadığından emin olmak için kanser taramasına katılımı kolaylaştırabilirken, kanser tedavileriyle ilgili korku, kanser teşhisi koyulursa karşılaşacağı zorluklardan kaçınmak için taramanın önünde bir engel teşkil edebilmektedir (Murphy ve ark., 2018).

Hastaların kanser tanısı alıp almadığını öğrenme süreci korku ve kaygı uyandıran bir deneyim olmakla birlikte biyopsi veya test sonuçlarını bekleme sürecinde tükenmiş hissetmektedirler (Straker, 2019). Sonucun ne olacağını beklerken yaşanan belirsizlik hissi kötü bir sonuçla karşılaşmaktan daha yıpratıcı ve kaygı verici bir süreç haline gelebilmektedir (Çınar ve ark.,2020). Hastalar için terapötik etkileri ve yüksek yaşam kalitesini optimize etmek için ameliyat öncesinde veya sırasında hastaların psikolojik durumları dikkate alınmalı ve dikkatle izlemelidir (Yang ve ark.,2017). Kansere ilişkin belirsizlik ve korku yönetiminde destekleyici hemşirelik bakımıyla belirsizliğe bağlı bilgi eksikliğinin giderilmesi, hastalıkla ilgili korku yönetiminde yeterliliği sağlama,

belirsizliği yönetmek için baş etme stratejileri geliştirmeye yardımcı olma gibi yöntemlerle sürece uyum göstermesi sağlanabilir (Çınar ve ark., 2020).

2.5. Kaygı

Türk Dil Kurumu sözlüğü tanımına göre kaygı genellikle kötü bir şey olacakmış düşüncesiyle ortaya çıkan ve sebebi bilinmeyen gerginlik durumudur (TDK,2020). Kaygı algılanan tehditlere karşı biyolojik bir tepki ve adaptasyon geliştirme olarak tanımlanmaktadır (Saviola ve ark.,2020). Gelecek hakkında belirsizlik, istenen sonucun tahmin veya kontrol edilememesiyle meydana gelen çaresizlik hali kaygıyla ilişkilendirilmektedir (Patil ve ark.,2017). Bu tepkiler beklenmedik ve potansiyel olarak tehlikeli durumlar karşısında organizmaya verilecek zararı önlemek veya azaltmaya yöneliktir ve bu nedenle, kaygı her şeyden önce hayatta kalmak için gerekli olan, fizyolojik bir mekanizmadır (Babaev ve ark.,2018).

Anksiyete, kaygı, korku gibi kavramlar farklı anlamlar taşımasına rağmen birbirlerinin yerine kullanılmakta olup kaygı genellikle anksiyetenin bilişsel göstergesi olarak kabul edilmektedir korku ise bir tehlike ve tehdit karşısında geliştirilen tepkidir (Perrotta, 2019). Öte yandan, korku nesnel, spesifik olaylara veya gerçek tehditlere karşı olumsuz duygusal tepkileri vurgularken, kaygı, spesifik olmayan, tehlikenin kaynağı belirsiz ve sübjektif uyarılmalara olumsuz tepkileri vurgular (Cai ve ark.,2017). Geçmişte bir tehditle karşılaşıldığında oluşan korku sonucunda gelecekte benzer bir durumla karşılaşma ihtimali kaygı olarak tanımlanıp korkunun çözümlenmemiş hali kaygı olarak belirtilmiştir (Akça ve ark.,2014). Kaygı ve korkunun ayrımı korkunun daha çok şu anda algılanan tehdide yanıt olarak, kesin ve gerçeğe dayalı; kaygının ise gelecekte tehdit oluşturabilecek bir duruma karşı ortaya çıktığı ve içsel, belirsiz olduğu şeklindedir (Moreno-Rius,2018).

Kaygının somatik belirtileri arasında kalp çarpıntısı, taşikardi, ritm bozukluğu gibi kardiyak sistemi etkileyen; nefes darlığı, göğüste sıkışma hissi, hiperventilasyon gibi solunum sistemini etkileyen; ağız kuruluğu, bulantı kusma, mide krampları gibi gastrointestinal sistemi etkileyen belirtiler olmak üzere baş dönmesi, kas ağrısı ve kramplar, dizlerde titreme, güçsüzlük, terleme gibi tepkiler yer almaktadır (Özyürek ve Demiray,2010).

2.6 Kaygının Oluşum Mekanizması

Duygu, davranış ve bellek merkezi olarak işlev gören ayrıca kaygı, dikkat ve cinsel içgüdülere verilen tepkilerin kontrol merkezi limbik sistemdir. Limbik terimi, Thomas Willis tarafından beyin sapını çevreleyen kortikal bir sınır olarak tanımlanmıştır (Rolls,2015). Limbik sistemin subkortikal bir yapısı olan amigdala özellikle korku, kaygı ve saldırganlık gibi duygusal tepkileri işlemeyi içerir (Babaev ve ark.,2018).

Amigdala beynin farklı bölgeleriyle anatomik bağlantılara sahip olan ayrıca lateral çekirdek, bazal çekirdek, ve aksesuar bazal çekirdekten oluşan bazolateral kompleks, merkezi çekirdek ve dağılmış hücre kümeleri dahil olmak üzere birçok alt çekirdekten oluşan badem şeklindeki hücre kütesidir (Janak ve Tye,2015). Bazolateral amigdala, talamus, kortikal birleşme alanları ve prefrontal korteksten lateral çekirdek yoluyla duygusal bilgi alır, lateral çekirdek yoluyla alınan bilgileri bazal çekirdeğe işler ve santrolateral amigdalanın lateral alt bölümüne gönderir (Babaev ve ark.,2018; Janak ve Tye, 2015). Prefrontal korteks korkuyla ilişkili davranışların farkındalığını sağlama, korku ve kaygı davranışlarını önleme ve korkuya verilen tepkinin azaltılması gibi konularda önemli rol oynamaktadır (Aydın, 2017).

Kaygı hissedildiği anda meydana gelen otonomik ve bilişsel belirtilerin çoğunu amigdala başlatmaktadır ve hipotalamusla bağlantısı sayesinde sempatik sinir sistemiyle hipotalamus-hipofiz-adrenal (HPA) ekseninin aktivasyonunu sağlamaktadır (Aydın,2017). Stresöre maruz kalmak sempatik sinir sistemi ve HPA eksenini aktivitesinde bir artışa neden olur bu yanıtı kompanse etmek için ise parasempatik sinir sistemi aktive olmaktadır (Golpanian ve ark.,2020). Aktivasyon sırasında sempatik sinir sistemi norepinefrin ve epinefrin üretirken, HPA eksenini kortikotropin salgılatıcı hormon yoluyla, hipofizden adrenokortikotropik hormonun (ACTH) sentezini ve salınmasını uyarır (Jurueña ve ark.,2018). ACTH'ın salınımı arttığında böbreküstü bezlerin korteksini etkileyerek iki karbonlu steroid yapıda bir glukokortikoid olan kortizol salınımını sağlar (Civan ve ark.,2018; Jurueña ve ark.,2018). Gerek psikolojik gerekse fiziksel kökenli stresler ACTH'ın ve dolayısıyla kortizolün büyük ölçüde artmasına neden olmaktadır (Civan ve ark.,2018). Fiziksel veya psikolojik bir tehdidin varlığında, kortizol strese neden olan uyaranlarla başa çıkmak veya tehlikeden kaçmak için gerekli enerjiyi sağlamaktadır (Hannibal ve Bishop,2014). Strese adaptasyon sağlanamaz ve sürekli stresöre maruz kalınırsa

kompanseuar mekanizmalar yıkılır, immün sistem baskılanır, böbrek, kalp problemleri ve bazı diğer fizyolojik yanıtlar ortaya çıkar (Civan ve ark.,2018). Limbik sistem fonksiyonları başta duyular olmak üzere, büyük oranda östrojenler tarafından etkilenmektedir (Reding ve ark.2020). Östrojenler beyin kimyasını birçok nörotransmitter konsantrasyonunu değiştirerek etkilemektedir bu yüzden östrojen eksikliği cerrahi menopoza giren kadınlarda sıcak basması, uyku bozuklukları ve depresyon gibi değişikliklere neden olabilmektedir (Reding ve ark.,2020; Terzioğlu ve Alan, 2015).

2.7. Histerektomi Olan Kadınlarda Kaygı Düzeyi ve Etkileyen Faktörler

Başlıca yaşam değişiklikleri kaygıya neden olan faktörler arasındadır ve bu değişikliklerden biri cerrahidir (Nigussie ve ark.,2014). Hastaneye yatışla başlayan anksiyete süreci, ameliyatın hasta için ifade ettiği anlam, operasyonda veya sonrasında oluşabilecek komplikasyon riskleri, cerrahi sonrası patoloji sonucunu bekleme, sosyal çevreden uzak kalma ve çeşitli tıbbi uygulamalar ile birlikte artış göstermektedir (Fındık ve Topçu, 2012). Kadınların histerektomi sonrası kendilerini farklı, yabancılaşmış, yetersiz, değişmiş hissettikleri ve histerektomi olan kadınlarda diğer ameliyatlara oranla depresyon ve kaygı düzeyinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Silva ve Vargens, 2016). Histerektomi sonrası yaşanan kaygı tedaviye uyumu reddetmeye, genel yaşam kalitesinde azalmaya ve prognozun kötüye gitmesine neden olabilmektedir (Essa ve ark.,2017).

Histerektomi olan kadınların çoğunda operasyon sonrasında farklı düzeylerde kaygı ve korku görülmektedir her hastanın kaygı gösterme derecesi hastanın anksiyeteye yatkınlığı, ırk, eğitim durumu, yaş, sosyal destek, ameliyatla ilgili geçmiş deneyimler, önerilen ameliyatın türü ve kapsamı, mevcut sağlık durumu ve sosyoekonomik durum gibi çeşitli faktörlerden etkilenmektedir (Mulugeta ve ark.,2018).

Histerektomi oranları bölgeye, ırk ve etnik gruba göre değişiklik göstermekte Afroamerikanlar Avrupalı Amerikalı kadınlardan daha yüksek oranda histerektomi olmaktadır bunun yanında Afroamerikanlar kendilerinden önceki nesillerin deneyimlediği ırksal-etnik ayrımcılık mirası hem de kendi hasta-doktor etkileşimlerinde algıladıkları süregelen ırksal önyargılar nedeniyle tıbbi kurumlardan korkmakta ve daha fazla kaygı yaşayabilmektedir (Dillaway,2016). Kırsal kesimde

yaşayan ve eğitim seviyesi düşük kişilerin operasyona dair bilgilerinin kısıtlı oluğu belirlenmiştir (Jain ve Pansare,2017).

Psikolojik sağlık eğitimine dayalı aktif entegre müdahalelerin, depresyon, anksiyete ve uyku bozukluğu semptomlarını önemli ölçüde iyileştirdiği histerektomi ile ilgili algılar üzerinde olumlu etkileri olduğu belirlenmiştir (More ve ark., 2020). Bir çalışmada eğitimin ve progresif gevşeme egzersizlerinin histerektomi sonrası durumluk anksiyeteyi düşürmede etkili olduğu belirlenmiştir (Özdemir ve Pasinlioğlu,2009). Abdominal histerektomi geçiren kadınlarda preoperatif eğitimin postoperatif kaygıya etkisinin araştırıldığı çalışmada ameliyat öncesi eğitim alan deney grubundaki kadınların anksiyetesinde anlamlı azalma olduğu gösterilmiştir (Priya ve Roach, 2013).

Yapılan araştırmalara göre 50 yaş altında histerektomi olan kadınların ameliyat sonrası fiziksel aktivitelere çabuk dönebildiği belirtilmiş ancak bu kişilerin ileri yaştaki kadınlara göre daha stresli olduğu ve yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği belirlenmiştir (Banovcinova ve Jandurova,2018). Genç yaşta histerektomi geçiren kadınların psikolojik sağlığını korumak için diğer kadınlardan daha fazla destek almaya ihtiyacı olduğu belirtilmektedir bunun sebebi ise rahmin kültürel olarak kadınlıkla bağdaştırılması, eşinin veya ailesinin olumsuz tutumundan korkma, cinsel çekiciliği kaybetme korkusu, üremenin kaybı gibi durumlarla ilişkili olduğu düşünülmektedir (Khan ve ark.,2020).

Histerektomi adayları, cinsel işlevlerine ve cinsel partnerleriyle ilişkilerine olası olumsuz etkilerinden her zaman endişe duymaktadır (Briedite ve ark.,2014). Histerektominin yorgunluk, kilo değişiklikleri, sinirlilik, uykusuzluk, zayıf konsantrasyon veya zayıf hafıza, ağlama krizleri, iştahsızlık, ishal veya kabızlık, kaygı gibi fiziksel etkilerinin yanı sıra cinsel davranışta değişikliklere de neden olduğu bilinmektedir (Bayram ve Beji,2010). Histerektomi, vulvektomi gibi cerrahi tedaviler, kemo-radyoterapinin yan etkileri kadının cinsel davranış ve sağlığını olumsuz etkilemektedir. Cinsel rahatsızlıkların ana nedeninin, ameliyat sonrası değiştirilmiş öz imaj algısı ve vajinal kayganlaşmadaki azalma olduğu düşünülmektedir (Alshawish ve ark., 2020).

Psikolojik olarak, stres düzeyinin artması, uyku yetersizliği gibi faktörler başkalarıyla etkileşim kurmama, sosyal izolasyon gibi durumlara yol açabilmektedir (Pinto ve ark.,2012a). Kaygı belirtileri fiziksel aktivitesi ve sosyal ilişkileri bozulmuş kişilerde, aile ve sosyal desteği yetersiz kişilerde daha sık görülmektedir (Cardoso ve ark.,2016). Sosyal destek bireyin hastalık sürecinde karşılaştığı kaygı yaratan durumlarda çevresindeki kişilerden duygusal destek, günlük aktivitelere yardım ve başa çıkma konusunda bilgi sağlamasıdır (Topçu ve Baskın,2019). Bu destekleyici kaynaklar duygusal (empati, sevgi, güven veya bakım), somut (finansal yardım, maddi mal veya hizmet sağlama), bilgilendirici (tavsiye, rehberlik, öneriler) veya arkadaşlık (ör. aidiyet duygusu) olabilmektedir ve aile, arkadaşlar, komşular, iş arkadaşları gibi kişiler tarafından sağlanmaktadır (Aliche ve ark.,2020). Sosyal bağlar psikolojik sağlıkta önemli bir rol oynamaktadır ve kişinin sıkıntıyla başa çıkmak için stratejiler geliştirmesine yardımcı olmaktadır (De Souza ve ark.,2017). Yapılan bir çalışmada sosyal desteğin hastanede kalış süresini azalttığına ulaşılmıştır (Adogwa ve ark.,2017). Ayrıca hastaların sosyal destek düzeyleri arttıkça genel sağlık durumları, fiziksel, emosyonel, bilişsel fonksiyonlarında iyileşme olduğu belirtilmiştir (Duran ve ark.,2015).

Jinekolojik kanser tanısı alma kaygısı fiziksel ve psikolojik olarak kadınları etkilemektedir ve bu süreç korku, umutsuzluk, çaresizlik duygularına neden olabilmektedir (Körükçü, 2018). Ailelerinde kanser öyküsü olanların kendi riskini hatırlatıcılara maruz kalması, daha yüksek kanser endişesi veya daha büyük risk algılanmasına sebep olabilmektedir (Whitney ve ark.,2019). Spesifik olarak, birinci derece akrabalarında kanser olan kişilerin, artan kaygı seviyeleri ve daha düşük yaşam kalitesi ile ilişkilendirildiği gösterilmiştir (Gopie ve ark.,2012). Kanser riski olan kadının kanser tanısı almış yakın bir akrabaya bakım verme deneyimi kanser endişesini tetikleyen ve hatırlatan bir başka etkidir (Whitney ve ark., 2019).

Cerrahi sonrası uygulanan tedaviler, yaşanabilecek semptomlar, gelecekte planlananlar hakkında bilgilendirmenin yetersiz olması, hayatlarındaki belirsizlik ve öngörülemezlik kaygı seviyesini artırmaktadır (Weare,2015). Cerrahin tercih ettiği cerrahi yaklaşım, kadınların cerrahi yaklaşım hakkındaki kararını etkileyen baskın faktörlerdendir bununla birlikte, iyileşme süresi, vücut görüntüsü veya cerrahi riskler konusunda endişesi olan bilinçli kadınların minimal invaziv histerektomi seçeneğini

tercih etme olasılığı daha yüksektir (Janda ve ark.,2018b). Kaygı düzeyi ve cerrahi teknik ilişkisinin incelendiği bir meta-analiz çalışmasında cerrahi tekniğin herhangi bir psikolojik etkiye neden olmadığı, depresyon ve kaygı düzeyini anlamlı etkilemediği sonucuna varılmıştır (Darwish ve ark.,2014).

2.8. Kaygıda Hemşirelik Bakımı

Hastaların anksiyete ile başa çıkmalarına yardımcı olmak sağlık çalışanlarının sorumluluklarından biri olarak kabul edildiğinden, cerrahi hastaların yaşadığı kaygının ve kaygı ile ilişkili değişkenlerin anlaşılması hayati önem taşımaktadır (Aliche ve ark., 2020). Kaygıyı artıran risk faktörlerinin belirlenmesi hemşirenin hasta destek sistemleriyle bağlantı kurarak psikolojik destek sağlamasına yardımcı olur (Mulugeta ve ark.,2018). Psikososyal desteğin önemli olduğu bu süreç, hastanın algısı ve psikolojik olarak etkilenme seviyesi belirlenerek doğru şekilde yönetilebilir hastanın kaygı düzeyi azaltılarak kendini iyi hissetmesi ve tedavi sürecine uyumlu olması sağlanabilir (Doğan,2019).

Psikolojik hazırlık terimi, insanların ne düşündüklerini, nasıl hissettiklerini veya o durum karşısındaki davranışlarını değiştirmeyi ifade etmektedir bu hazırlık prosedür hakkında bilgi verme, bilişsel müdahale, duygu odaklı yaklaşım, davranış eğitimi, gevşeme teknikleri gibi müdahaleler olarak sırlanmaktadır (Powell ve ark.,2016).

Psikolojik hazırlık için prosedür bilgilerini verme aşaması, hastanın geçireceği süreci, ne olacağı, ne zaman olacağı ve nasıl olacağını açıklamayı amaçlar (Powell ve ark.,2016). Hastaların genellikle tanı ve tedavi ve cerrahiye yönelik bilgi eksikleri olduğu için korkuları mevcuttur bu nedenle hemşireler hastayı, ailesini ve arkadaşlarını dahil ederek hasta merkezli iletişim yöntemiyle tedavi seçeneklerini açıklamalı, hastaların değerlerini, tercihlerini ve ihtiyaçlarını yansıtmak için tedavi kararlarına hastaları dahil etmeli, bakımın koordinasyonu ve entegrasyonunu sağlayarak korku ve kaygıyı gidermeyi amaçlamalıdır (Levit ve ark.,2013). Preoperatif dönemde ameliyat yöntemi, ameliyatın olası komplikasyonları, anestezi ve etkileri konusunda rehberlik edilmelidir (Zhang ve ark.,2018). Temel bilgilerin eğitimi verilmeli üreme organlarının, özellikle uterusun anatomisini ve fizyolojisini açıklamak için kısa ve anlaşılır kelimeler kullanılmalı, hastalara rahim kaybının sadece doğurganlık eksikliğine yol açtığını, eğer ooferektomi yapılmamışsa total histerektominin yumurtalık rezeksiyonu anlamına gelmediğini, endokrin fonksiyon ve

kadını çekicilik üzerinde hiçbir etkisi olmadığını, yaşlanmanın hızlanmasına neden olmadığı gibi bilgiler açıklanmalıdır (Wang ve ark.,2014; Zhang ve ark.,2018). Histerektominin cinselliğe olan etkileri hakkında bilgilendirme açıkça yapılmalı kadının ve eşinin bu konudaki kaygıları etkili bir şekilde dinlenmeli ve danışmanlık sağlanmalıdır (Schmidt ve ark.,2019). Psikolojik preoperatif eğitime dayalı müdahalelerin, depresyon, anksiyete ve uyku bozukluğu semptomlarını önemli ölçüde iyileştirdiği bulunmuştur ayrıca bu müdahaleler hastaların histerektominin önemini doğru bir şekilde anlamalarına yardımcı olabilir bu da postoperatif süreçte oluşabilecek olumsuz duygunun somatik ve psikolojik sonuçlarını iyileştirebilmektedir (Wang ve ark.,2014). Hemşireler tarafından verilen preoperatif eğitimin cerrahi operasyon geçiren hastaların anksiyetesini ve postoperatif komplikasyonlarını azalttığı belirtilmektedir (Kalogianni ve ark.,2015). Hastanın ihtiyacına yönelik hasta eğitiminin, geleneksel hasta eğitimine göre kaygıyı azaltmada, hasta memnuniyetini artırmada ve eğitimde harcanan zamanı azaltmada daha etkili olduğu belirtilmektedir (Wongkietkachorn ve ark., 2018).

Bilişsel davranışçı müdahaleler, bir bireyin, özellikle prosedürün olumsuz yönleri hakkında düşünme şeklini değiştirmeyi amaçlamaktadır bu yeniden anlamlandırma, olumsuz düşünceden ziyade olumlu veya nötr bir düşünceye olanak tanıyan farklı bir bakış açısı geliştirmeyi içerir; örneğin, cerrahi işlem sonrası olumsuz etkilenenlerin yerine operasyonu başarılı olan kişilerin sayısına odaklanır (Powell ve ark.,2016; Shehmar ve Gupta, 2010). Bilişsel terapiler hastalarla birlikte yürütülen bir işlemdir, hastanın düşünceleri ve inançları bir hipotez gibi kabul edilip uygunluğu kontrol edilerek yanlış düşünceler çürütülmelidir bu süreçte hastaya soru sorarak düşünceler ortaya çıkarılır ancak sorular hastanın temel düşünce ve inançlarını tehdit etmemeli hastayı yönlendirici tarzda olup sorun çözümüne odaklanmalı ve hastanın kendini daha iyi hissetmesini sağlamalıdır (İzci ve Ünveren, 2017).

Duygu odaklı müdahale olumsuz duyguları azaltmaya yönelik olup bu kontrol odağı olan kişilerde ve benlik saygısı yüksek olan bireylerde daha güçlüdür (April ve ark.,2012). Kontrol odağı, kişiliğin kilit bir yönüdür ve 'bir kişinin kendi yaşamında meydana gelen olayları ve olayların üzerinde bıraktığı etkileri kontrol edebildiklerine ne derecede inandığı' olarak tanımlanabilir (Omani Samani ve ark.,2017). İçselleştirilmiş kontrol odağına sahip olmanın anksiyete ve stresli yaşam olaylarını

yönetebilmede etkili olduğu belirtilmektedir ve daha dışsal kontrol odağına sahip kişiler hayatında meydana gelen olayları kontrol edemedikçe daha fazla kaygı yaşamaktadır (Hovenkamp-Hermelink ve ark.,2019). Duygu odaklı yöntemler duyguların tartışılmasını, ortaya çıkartılmasını, benimsenmesini, anlaşılmasını sağlamayı ayrıca işlevsel olmayanları ayırt etmelerini ve işlevsel olmayan duyguların işlevsel olan duygularla değiştirilmesini sağlayarak iyi oluşu arttırmayı amaçlar bunun yanında kaygıya daha fazla tahammül etmelerine ve bu sayede daha önce inkâr ettikleri veya çarpıttıkları kaygı yaratan iç deneyimlere odaklanmalarına ve bunları kontrol etme becerileri kazanmalarına yardımcı olur (Çelik ve Aydoğdu, 2018).

Hastalık tanısı alan kişiler sağlık personellerinden, çevredeki insanlardan, medyadan hastalık hakkında olumlu ya da olumsuz bilgilere maruz kalmaktadır bunun sonucunda hastalıkla ilgili bir algı oluşmaktadır (Aksan ve Gizir,2019). Bireyin hastalığı kendince değerlendirme biçimi hastalık durumunun bilişsel görünümü olarak tanımlanır (Yildirim ve ark.,2013). Hastalığa kendi inançları, değerleri ve bilgileri ışığında süreci anlamlandırma ve baş etmek için oluşturdukları bu bilişsel model ‘hastalık temsilleri’ olarak adlandırılır (Pinto ve ark.,2012b).

Levanthal, öz düzenleme teorisinde birbirine paralel 2 faktör olduğunu ileri sürmektedir:

- Bilişsel faktör: sağlığı tehdit eden olayların neden ve sonuçlarına yönelik düşünceler (hastalık algıları/temsilleri)
- Duygusal faktör: sağlığı tehdit eden şeye verilen duygusal tepkiler (anksiyete / endişe / depresyon) (O’Carroll, 2020).

Hastalık temsilleri Leventhal’in öz düzenleme teorisinin temelini ve ilk aşamasını oluşturmakta ve bu modele göre bireyin hastalık algıları başa çıkma stratejilerini doğrudan etkilemektedir (Aksan ve Gizir, 2019). Hastalığın tedavi edilebilir ve kontrol edilebilir olarak algılanması, pozitif hastalık sonuçları ile ilişkilendirilirken, olumsuz algılar hastalığa bağlı semptomları artırır ve olumsuz hastalık sonuçları ile ilişkilendirilir (Richardson ve ark., 2016). Hastalık temsillerinin içeriği, hastalık kimliği ile ilgili fikirler (örneğin grip gibi bir hastalığın semptomunu bilir ancak yeni tanı koyulmuş bir hastalığın semptomları hakkında çeşitli inanışlar geliştirebilir), bireyin sağlık tehdidinin nedeni hakkındaki inançları (örneğin bu hastalığa kötü

beslenmenin neden olduğunu düşünüyorsa beslenme düzenini değiştirecektir), hastalığın zamansal gelişimi (örneğin akut, kronik veya döngüsel), hastalığının kontrol edilebilirliğine ve tıbbi tedavinin işe yarayışına dair inançları olmak üzere beş boyuttan oluşmaktadır (Kudubeş ve Bektaş 2015).

Öz düzenleme teorisinin ikinci aşaması başa çıkma olup bireyin hastalık tehdidine karşı yanıt veya davranış geliştirir hastalıkla ilgili düşünce ve duyguları yönetmeye çalışır. Son ve üçüncü aşaması ise değerlendirme aşaması olup başa çıkma aşamasında verilen tepkilerin etkin ya da verimli olup olmadığını değerlendirmesi, başa çıkma aşamasında seçilen prosedür etkisiz bulunmuşsa alternatif bir yöntem seçilmesi gibi geri bildirimleri içermektedir (Aksan ve Gizir, 2019). Leventhal'ın bu modeli hastalık tanısı koyulan bireyin hastalığa dair inançları bireyin sağlıkla ilgili davranışını motive eder, yönlendirir ve şekillendirir, hastalığın olumsuz etkilerini azaltmak için harekete geçip geçmeyeceğini ve nasıl harekete geçeceğini etkileyebilir (Kye ve ark.,2015). Hemşireler bu modeli kullanarak bireyin hastalıkla ilgili algılarını değerlendirir, düşüncelerini yeniden yapılandırır, başetme mekanizmalarını güçlendirerek hastalığa eşlik eden kaygının üstesinden gelebilmelerini sağlayabilirler (Kudubeş ve Bektaş, 2015).

Hemşirelik bakımı planlanırken Jean Watson tarafından geliştirilen bakım felsefesine dayanarak, boyutlarına bireyin bedensel, akılsal, ruhsal ve sosyokültürel olarak bir bütün halinde değerlendirilmesi bütüncül bakım ve iyileştirici terapiler kullanılmasıyla hastaların rahatlaması ve kaygılarının azaltılması sağlanabilmektedir (Korhan,2019). Bu modele göre bakım aşamaları iyileştirme süreci, kişilerarası bakım ilişkisi ve bakım anı olmak üzere üç aşamadır (Erbay Dalli ve ark.,2018). Bu modelin iyileştirme süreci aşamasında müzik, doğa sesi, melodi, ilahi şarkılar gibi işitsel yöntemlerin, masaj, terapötik dokunma, ayaklardaki refleks noktalarının uyarılması gibi dokunma yöntemlerinin, aromaterapi, nefes egzersizleri gibi soluk alıp verme yöntemlerinin bilinçli kullanılması sağlanabilmektedir (Arslan-Özkan ve Okumuş,2012).

Kaygıyı azaltmak için benzodiazepinlerin diğer ilaçlara göre daha etkili olduğu bulunmuş ancak uyuşukluk, dikkat dağınıklığı, dengesizlik gibi komplikasyonları nonfarmakolojik yöntemlere yönelmeye neden olmuştur (Ebrahimi ve ark.,2020). Hemşirelerin hastalarla güven, samimiyet, saygı, destek gibi sözlü olmayan iletişimi kurmak için başvurabilecekleri nonfarmakolojik yöntemlerden biri terapötik

dokunmadır (Alp ve Yucel,2020). Terapötik dokunma enerji dengesizliklerinden kaynaklanan hastalıkların semptomlarını azaltmak amacıyla ellerle enerji alanlarını etkileyerek enerjiyi dengeleme, bireyi rahatlatma ve birey üzerinde olumlu etki bırakma için yapılan tamamlayıcı bir terapidir (Turan,2015).

Nefes teknikleri (diyafragma solunumu) ve egzersizler kaygı düzeyini azaltan yöntemlerdir ve progresif kas gevşetme tekniği kaygı ve stresle başa çıkmada en etkili yöntemlerden biri olup mental ve fiziksel gerginliğin azalmasını sağlar (Amad Pastor ve ark.,2017). Diyafragmatik solunum, havayı aşağı doğru hareket ettirmek için diyafram kasının kasılmasını kullanan, diyafram uzunluğunu ve solunum verimliliğini artıran ve daha verimli ekspirasyonu kolaylaştıran bir solunum tekniğidir ve otonom sinir sistemi üzerinde rahatlatıcı ve dengeleyici bir etkiye sahip olduğu gösterilmiştir (Chen ve ark.,2017).

Müzik, akupunktur, masaj ve aromaterapi gibi farmakolojik olmayan müdahaleler bütüncül ve hasta merkezli bir yaklaşım sunar ek olarak herhangi bir olumsuz sekele olmaksızın anksiyeteyi azalttığı ve hafiflettiği gösterilmiştir (Zhang ve ark.,2018). Farmakolojik yöntemle kıyasla daha uygun maliyetli ve güvenli bir yöntem olan müzik dinleme, perioperatif kaygıyı azaltmakta, genel hasta memnuniyetini arttırmakta ve postoperatif ağrıyı azaltmakta ek olarak inflamatuvar yanıtı modüle etmektedir (Polascik ve ark.,2020). Kaygıyı azaltan yöntemlerden biri olan akupunktur işleminde vücudun belli noktalarına iğne ile verilen uyarılar merkezi ve çevresel sinir sistemini uyarır endorfin, dopamin ve serotonin gibi hormonların salgılanmasını ve beynin anksiyeteyi kontrol eden mekanizmasının harekete geçmesini sağlar (Zhu ve ark,2020). Uçucu yağlar kullanılarak; örneğin lavanta esansiyel yağı gibi aromatik moleküllerin solunması ile yapılan aromaterapi önemli psikolojik ve fizyolojik faydaları olan sakinleştirici bir tedavi seçeneğidir (Jaruzel ve ark.,2019).

Masaj el ile veya mekanik olarak vücuda ritmik hareketlerle baskı uygulamaktır ve uygun masaj kas spazmı ve gerginliği azaltır ayrıca sinir sistemini uyarır endorfin ve serotonin salgılanmasına neden olur böylece hastanın rahatlaması, ağrı eşliğinin artması sağlanır (Yaban,2019). Histerektomi uygulanan 60 kadına ayak masajı uygulanmış ve Spilberger durumluk-sürekli kaygı ölçeği kullanılarak ameliyat sonrası kaygı düzeyleri ölçülmüş ve yapılan bu çalışmada ayak masajının kaygıyı azalttığı sonucuna ulaşılmıştır (Maryami ve ark.,2013). Aynı şekilde ayak refleksolojisi

yöntemiyle abdominal histerektomi sonrası ağrı ve anksiyeteye etkisinin araştırıldığı diğer bir çalışmada refleksolojinin ağrı düzeyleri ve anksiyete skorlarını anlamlı derecede azalttığı sonucuna ulaşılmıştır (Öztürk ve ark., 2018).

Ülkemizde hemşirelik alanında histerektomi olan kişilerle yapılan çalışmalar konusu bakımından incelendiğinde;

- Histerektomi ameliyatı geçiren kadınlarda kaygı, ağrı ve sosyal desteğin derlenme kalitesine etkisi (Burma,2020)
- Histerektomi ameliyatı olan hastaların kaygı düzeylerinin ve öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi (İpşir,2019)
- Histerektomide preoperatif solunum, yatak içi egzersiz ve mobilizasyon eğitiminin postoperatif ağrı ve mobilizasyon düzeyine etkisinin belirlenmesi (Kavlak,2017)
- Histerektomi geçiren kadınlara yönelik geliştirilen hemşirelik destek programının etkinliği (Yılmaz, 2019)
- Abdominal histerektomi ameliyatı geçiren kadınlarda reiki ve sırt masajının ağrı üzerine etkisi(Utli,2018)
- Abdominal histerektomi sonrası refleksolojinin iyilik haline etkisi(Öztürk,2015)
- Histerektomiye ilişkin kadın ve eşlerinin bilgi ve düşünceleri(Toptaş,2017)
- Histerektomi sonrası cinsel yaşam, histerektomi olmuş kadınların yaşam kalitesinin incelenmesi, jinekolojik kanser kontrolü ve hemşirelik gibi çalışmalara rastlanmıştır (Bolsay ve Sevil 2018; Eroğlu ve Koç,2014).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma kanser şüphesiyle histerektomi yapılan kadınların patoloji sonucu bekleme sürecindeki kaygı düzeyi ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan kesitsel bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Kadın Doğum Kliniğine yatışı yapılan, kanser şüphesiyle histerektomi operasyonu geçiren ve sonrasında patoloji sonucu beklemekte olan kadınlarla yürütülmüştür. Araştırma verileri Nisan 2019- Nisan 2020 tarihleri arasında toplanmıştır. Veri toplamak için kullanılan ölçeklerin uygulanması ve hastalarla yapılacak olan görüşmenin zamanı, hastaların patoloji sonucunu beklediği postoperatif 3 ve 4. gün olarak belirlenmiştir.

3.3. Araştırmanın Örneklemi

Araştırma örneklemi Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Kadın Doğum Kliniğinde histerektomi operasyonu geçirmiş ve sonrasında patoloji sonucunu beklemekte olan kadınlar oluşturmaktadır. Araştırma örneklemi belirlemek için Cochran örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Buna göre evren sayısı 150, tip 1 hata oranı (α)= 0.05, güven düzeyi 0.95 ve prevelans %50 kabul edilerek örneklem sayısı (n) 109 olarak belirlenmiştir (<http://sampsiz.sourceforge.net/iface/>).

3.4. Araştırma Kapsamına Alınma Kriterleri

- Çalışmaya katılmayı gönüllü kabul etmesi
- 18 yaşın üzerinde olması ve okuma-yazma bilmesi
- Kanser şüphesiyle histerektomi ameliyatı olmuş olması
- Patoloji sonucu beklemesi

3.5. Araştırma Kapsamına Alınmama Kriterleri

- Patoloji işleminin ne amaçla yapıldığını bilmemesi
- Veri toplama sırasında psikiyatrik bir tanı almış olması
- Alzheimer, demans ve diğer nörolojik sorunlarının olması
- Geçmişte kanser tanısı almış olması

3.6.Araştırmanın Değişkenleri:

Bağımlı değişkenler: Kanser şüphesiyle histerektomi olan kadınların yaşadıkları Durumluk Kaygı, Kanser Kaygısı ölçeklerinin puan ortalamaları araştırmanın bağımlı değişkenleridir.

Bağımsız değişkenler: Kanser şüphesiyle histerektomi olan kadınların yaş, eğitim durumu, geçirilen cerrahinin tipi, ailede kanser olan bireyin varlığı, sosyal destek varlığı araştırmanın bağımsız değişkenleridir.

3.7. Araştırma Hipotezi

H 1: Kanser şüphesiyle histerektomi operasyonu geçiren kadınlarda patoloji sonucu bekleme süreci kaygı düzeyini olumsuz etkiler.

3.8. Araştırma Verilerinin Toplanması

Araştırmanın yapılacağı hastanenin başhekimisi ve klinik anabilim dalı başkanına çalışmayla ilgili bilgiler verilerek gerekli izin alınmıştır. Kanser şüphesiyle histerektomi operasyonu olmuş, araştırmaya dahil olma kriterlerine uyan hastalara araştırmanın amacı ve görüşmenin ne kadar süreceğiyle ilgili bilgi verilmiştir. Veriler cerrahi sonrası 3. ve 4. günlerde toplanmış ve yüz yüze konuşma tekniği kullanılarak 15 dakikalık bir sürede anket formları hasta tarafından doldurulmuştur. Çalışmaya katılan katılımcıların isimleri alınmamıştır ayrıca aydınlatılmış onam formunda gönüllü katılım sağladıklarına ve bilgilendirildiklerine dair imzaları yer almaktadır (Ek-8).

Araştırma verilerini toplamak amacıyla aşağıdaki gereçler kullanılmıştır:

1. Kişisel Bilgi Formu
2. Durumluk Kaygı Ölçeği
3. Kanser Kaygı Ölçeği

Kişisel Bilgi Formu (Ek-1):

Veri toplamak için araştırmacı tarafından literatüre dayanarak hazırlanan kişisel bilgi formu kullanılmıştır. Bu formda katılımcıların sosyodemografik özelliklerini belirleyen (yaş, eğitim, medeni durum, gelir durumu, zararlı alışkanlıklar, kronik hastalık, ailede kanser öyküsü gibi durumlar) obstetrik öykü, menopoz durumu ve kliniğe başvuru şikayeti, sosyal destek alma durumu ve patoloji bekleme öyküsünü içeren toplam 17 soru bulunmaktadır.

Durumluk Kaygı Ölçeği (Ek-2):

Durumluk Kaygı Ölçeği, Spielberger ve arkadaşları tarafından 1970 yılında geliştirilmiş bir öz değerlendirme formudur (Andsoy ve Alsawi,2018). Öner ve Le Compte tarafından Türkçe'ye uyarlanan ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,94 olarak belirlenmiştir (Öner ve LeCompte,1983). Toplamda 20 maddeden oluşan 4'lü likert tipteki Durumluk Kaygı Ölçeği, kişinin belirli zamandaki kaygısını ölçmektedir. Durumluk Kaygı Ölçeği'nde maddelerin ifade ettiği duyuş, düşünce ya da davranışların şiddet derecesine göre "hiç", "biraz", "çok", ve "tamamiyle" seçeneklerinden birinin seçilmesi istenir (Spielberger,2010).

Durumluk Kaygı Ölçeği'nde 10 tane (1,2,5,8,10,11,15,16,19 ve 20. maddeler) tersine çevrilmiş ifade vardır (Aslı ve ark.,2017). Ölçeğin puanlanması yapılırken tersine dönmüş ifadeler 1 ağırlık değerinde olanlar 4'e, 4 ağırlık değerinde olanlar ise 1'e dönüştürülmüştür. Doğrudan ifadelerde 4 değerindeki cevaplar kaygının yüksek olduğunu gösterir. Tersine dönmüş ifadelerde ise 1 değerindeki cevaplar yüksek kaygıyı, 4 değerindekiler düşük kaygıyı gösterir. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlıklı puandan ters ifadelerin toplam ağırlıklı puanı çıkarılıp bu sayıya önceden tespit edilmiş ve değişmeyen bir değer olan 50 puan eklenmiştir ve en son elde edilen değer bireyin kaygı puanı olarak kabul edilmiştir (Kara, 2012). 42 puanın üzerinde olan puanlar için kaygı düzeyinin yüksek olduğu bildirilmektedir(Öner ve LeCompte,1983). Envanterin orijinal doğrulamasında, 0-30 arası düşük, 30-44 puan arasında orta düzey ve 45 üzeri yüksek kaygı olarak nitelendirilmiştir (Spielberger,1970).

Kanser Kaygı Ölçeği (Ek-3):

Kanser Kaygı Ölçeği kanserin tekrarı ile ilgili endişeleri ve bu endişelerin günlük işleyişe etkilerini değerlendirmektedir. Ölçek 8 maddeden oluşmaktadır. Ölçekteki yanıtlar 4'lü Likert ölçeğine göre değerlendirilmiştir. Yanıtlar “Neredeyse hiç”, “Bazen”, “Çoğu zaman”, “Neredeyse her zaman” dır. Ölçek faktör analizine göre tek faktörlüdür. Ölçeğin puanlaması 8’den 32’ye kadardır. Daha yüksek puanlar kanser için daha sık kaygıyı ifade etmektedir (Custers ve ark.,2014). Ölçeğin geçerlik ve güvenilirliği Körükcü ve Üner tarafından 2017’de yapılmıştır ve yapılan çalışmada Cronbach Alfa katsayısının 0.87 olduğu belirlenmiştir (Uner ve Korukcu,2020).

3.9.Araştırmanın Etiği

Araştırmanın yürütüleceği Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği’nden (Ek-4) ve Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanlığı’ndan yazılı izin alınmıştır (Ek-5). Araştırma için Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan (Onay tarihi: 20.02.2019 Karar No:185) etik onam alınmıştır (Ek-6). Ayrıca görüşme öncesinde araştırmacı, katılımcıya araştırma ile ilgili bilgiler vermiş, aydınlatılmış onam formunu kullanarak yazılı ve sözlü onamını almıştır. Katılımcılara istedikleri zaman görüşmeden ayrılma hakkına sahip olduğu belirtilmiştir. Çalışmanın katılımcılar açısından hiçbir riski bulunmamaktadır. Bu çalışmada kullanılan Durumluk Kaygı Envanteri “Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler” isimli kitaptan alınmıştır (Koroğlu ve Aydemir 2006). Çalışmada kullanılacak olan Kanser Kaygı ölçeğinin kullanımı için Doç. Dr. Öznur Körükcü ve Fatma Özlem Üner’den e-posta yolu ile izin alınmıştır (Ek-7).

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğindeki kadınlar ile sınırlandırılması, kanser şüphesiyle histerektomi olan kadınlardan geçmişte kanser öyküsü olanların çalışmaya dahil edilmemesi olarak sıralanabilir.

3.11.Araştırma Verilerinin İstatiksel Değerlendirilmesi

İstatistiksel analizler SPSS versiyon 20.0 yazılımı kullanılarak yapıldı. Tanımlayıcı bulgular sayısal değişkenler için ortalama, standart sapma, minimum, maksimum; kategorik değişkenler için frekans ve yüzde ile sunuldu. Durumluk Kaygı Ölçeği puanı ve Kanser Kaygı Ölçeği puanının iki kategorili değişkenler (ailede kanser öyküsü,

yeterli sosyal destek, eğitim, gelir getiren işte çalışma ve medeni durum) açısından karşılaştırılmasında parametrik koşullarda Bağımsız gruplarda t testi ve nonparametrik koşullarda Mann Whitney U testi kullanıldı. Durumluk Kaygı Ölçeği puanı ve Kanser Kaygı Ölçeği puanının üç veya daha fazla kategorili değişkenler (histerektomi tipi, aylık gelir) açısından karşılaştırılmasında nonparametrik koşullar olduğundan Kruskal Wallis testi kullanıldı. Durumluk Kaygı Ölçeği ve Kanser Kaygı Ölçeği puanlarının ilişkisi Spearman korelasyon testi ile değerlendirildi. Tip-1 hata düzeyinin %5'in altında olduğu durumlar testin tanınal değerinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu şeklinde yorumlandı. Ölçeklere ait iç tutarlığın değerlendirmesinde Cronbach's alfa değerleri hesaplandı.

Etki Büyüklüğünün Hesaplanması

Bağımsız gruplarda t testi ve Mann Whitney U testi için:

Etki büyüklüğü (d), anlamlı farklılığın ortaya konması için ilgilenilen sonuç değişkenine göre iki ortalama ya da iki oran arasındaki beklenen farklılık olarak ifade edilmektedir ve sonuçlar arası farkın önemli olup olmadığını gösteren bir ölçüttür. Etki büyüklüğü değerinin 0.2'den küçük olması durumunda zayıf, 0.5 olması durumunda orta ve 0.8'den büyük olması durumunda ise kuvvetli olarak yorumlanmıştır (Kılıc,2014). Etki büyüklüğü gruplara ait ortalamalar arası farkın grupların standart sapmalardan elde edilecek harmanlanmış standart sapmaya bölümü ile hesaplanmıştır. Kullanılan harmanlanmış standart sapma ve etki büyüklüğü formülü aşağıda sunulmuştur:

$$\text{Harmanlanmış standart sapma} = \sqrt{(\text{Grup1 standart sapması}^2 + \text{Grup2 standart sapma}^2) / 2}$$

$$\text{Etki büyüklüğü} = (\text{Grup1 ortalaması} - \text{Grup2 ortalaması}) / \text{Harmanlanmış standart sapma}$$

Varyans analizi yapıldığında (ANOVA ve Kruskal Wallis testi) etki büyüklüğü hesaplamak için eta kare (η^2) hesaplanması:

$$\eta^2 = \text{kareler toplamı}(\text{gruplar arası}) / \text{Kareler Toplamı}(\text{toplam}) \text{ (Özsoy ve Özsoy, 2013).}$$

4.BULGULAR

Histerektomi ameliyatı olmuş 109 kadına ilişkin tanımlayıcı ve sosyodemografik bilgiler Tablo 1’de sunulmuştur.

Tablo 1. Çalışma grubunun tanımlayıcı özellikleri

		n	%
Eğitim durumu	Okur-yazar	14	12.8
	İlkokul	49	45.0
	Ortaokul	13	11.9
	Lise	23	21.1
	Üniversite	10	9.2
Gelir getiren bir işte çalışma	Hayır	74	67.9
	Evet	35	32.1
Aylık gelir miktarı	Asgari ücret ve altı	70	64.2
	Asgari ücret üzeri	30	35.8
Medeni durumu	Evli	85	78.0
	Bekar	24	22.0
Menopoza girme durumu	Hayır	54	49.5
	Evet	55	50.5
Ailenizde kanser öyküsü olma durumu	Hayır	50	45.9
	Evet	59	54.1
Kronik hastalık durumu	Hayır	53	48.6
	Evet	56	51.4
Alışkanlıklar	Sigara kullanımı	21	19.3
	Sigara ve alkol kullanımı	5	4.6
	Yok	83	76.1
Yaş (Min-Max)	50.93±7.65 (30-72)		
Yaşanan gebelik sayısı $\bar{X} \pm SS$ (Min-Max)	3.28±1.95 (0-12)		
Menopoza girme yaşı? $\bar{X} \pm SS$ (Min-Max)	48.0±3.85 (38-57)		

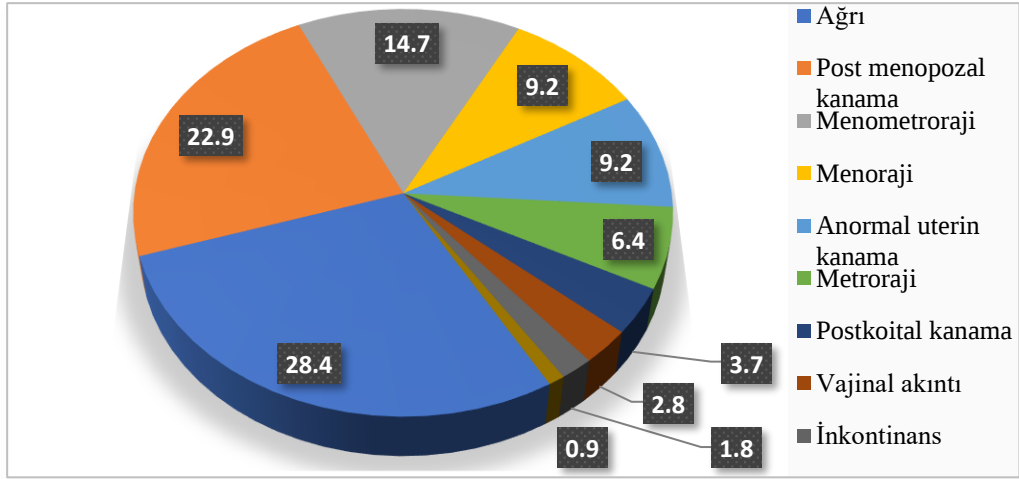
Hastaların eğitim durumu incelendiğinde; %45'inin ilkokul mezunu, %21.2'sinin lise mezunu, %12.8'inin okur yazar, %11.9'unun ortaokul mezunu, %9.2'sinin üniversite mezunu olduğu görülmüştür. Hastaların %67.9'u gelir getiren bir işte çalışmamakta, % 32.1'i gelir getiren bir işte çalışmaktadır. Aylık gelir miktarı incelendiğinde %64.2'sinin geliri asgari ücret ve altında beyan edilmiştir.

Hastaların %78'inin evli, %22'sinin bekar olduğu, %50.5'inin menopoza girdiği ve %49.5'inin menopoza girmediği, %54.1'inin ailesinde kanser bulunduğu, %45.9'unun ailesinde kanser öyküsü bulunmadığı, %54.1'inde kronik bir hastalığı olduğu, %19.3'ünün sigara kullandığı, %4.6'sının sigara ve alkol kullandığı görülmüştür. Çalışma grubunun yaş ortalaması 50.93, yaşanan gebelik sayısı ortalaması 3.28, menopoza girenlerin menopoza girme yaş ortalaması 48 olarak bulunmuştur.

Tablo 2. Çalışma grubunun şu an kliniğe başvuru şikayetlerinin dağılımı

	n	%
Ağrı	31	28.4
Post menopozal kanama	25	22.9
Menometroraji	16	14.7
Menoraji	10	9.2
Anormal uterin kanama	10	9.2
Metroraji	7	6.4
Postkoital kanama	4	3.7
Vajinal akıntı	3	2.8
İnkontinans	2	1.8
Prolapsus	1	0.9
Toplam	109	100

En sık başvuru %28.4 oranında ağrı olup ikinci sıklıkta %22.9 postmenopozal kanama, üçüncü sıklıkta %14.7 menometroraji, sıklık sırasına göre diğer şikayetler anormal uterin kanama, metroraji, postkoital kanama, vajinal akıntı, inkontinans ve prolapsus şeklindedir.



Şekil 1: Histerektomi yapılan kadınların kliniğe başvuru nedenlerinin dağılımı

Tablo 3. Çalışma grubuna ait tıbbi ve tanımlayıcı özellikler

			n	%
Daha önce	Ameliyat geçirdiniz mi?	Hayır	37	33.9
		Evet	72	66.1
	Patoloji sonucu beklediniz mi?	Hayır	44	40.4
		Evet	65	59.6
Şu anki	Yapılan ameliyatın çeşidi nedir?	Abdominal	48	44.0
		Vajinal	14	12.8
		Laparoskopik	47	43.1
	Cerrahi operasyon nedeni nedir?	Myoma uteri	42	38.5
		Diğer	25	22.9
		Postmenopozal kanama	22	20.2
		Polip	10	9.2
		Hiperplazi	7	6.4
		Prolapsus	3	2.8
	Ameliyat sonrası hastanede yatarken kaygı yaşamınıza neden olan bir faktör var mı?	Hayır	55	50.5
		Evet	54	49.5
	İçinde bulunduğunuz süreçte yakınlarınızın desteğini hissediyor musunuz?	Hayır	10	9.2
		Evet	69	63.3
		Kısmen	30	27.5

Çalışma grubunun %66.1'inin daha önce ameliyat geçirmiş ve %59.6'sı patoloji sonucu beklemiştir. Şu anki yapılan ameliyatın %44'ü abdominal, %12.8'i vajinal ve %43.1'i laparoskopik histerektomidir. Cerrahi operasyon nedenleri incelendiğinde; %38.5 oranında en sık myoma uteri, %22.9 oranında ve ikinci sıklıkta diğer nedenler, %20.2 oranında ve üçüncü sıklıkta postmenopozal kanama sıklık sırasına göre diğer nedenlerin polip, hiperplazi, prolapsus olduğu görülmüştür (Tablo 3).

Tablo 4. Araştırma grubundaki bireylerin çeşitli özelliklerinin durumluk kaygı puanına etkisi

Özellikler	Gruplar	Durumluk Kaygı Puanı	t / F	p	d
		$\bar{X} \pm SS$			
Eğitim durumu	İlkokul mezunu ve altı (n=63)	47.41±8.76	t:0.563	0.575	0,11
	Ortaokul mezunu ve üzeri (n=46)	46.41±9.66			
Gelir getiren bir işte çalışma durumu	Hayır (n=74)	48.02±8.87	t:1.740	0.085	0,35
	Evet (n=35)	44.80±9.38			
Medeni durum	Evli (n=85)	47.31±7.49	t:0.702	0.370	0.14
	Bekar (n=24)	45.83±13.55	Z:-0.897		
Aylık gelir	Asgari ücret ve altı (n=70)	46.48±9.80	t:0.773	0.441	0.030
	Asgari ücret üzeri (n=39)	47.89±7.79			
Daha önce ameliyat öyküsü	Yok (n=37)	45.72±10.99	t: -1.035	0.303	0.20
	Var (n=72)	47.63±8.00			
Daha önce patoloji sonucu bekleme	Hayır (n=44)	47.59±11.06	t: 0.525	0.601	0.11
	Evet (n=65)	46.58±7.60			

Durumluk kaygı puanı ortalaması standart sapmayla beraber; eğitim durumu ilkokul mezunu ve altı olanlarda 47.41 ± 8.76 , ortaokul mezunu ve üzeri olanlarda 46.41 ± 9.66 olarak saptanmıştır. Gruplar arasında eğitim durumuna göre durumluk kaygı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık gözlenmemektedir ($p=0.575$).

Durumluk kaygı puanı ortalaması standart sapmayla beraber; gelir getiren bir işte çalışmayanlarda 48.02 ± 8.87 , gelir getiren bir işte çalışanlarda 44.80 ± 9.38 olarak saptanmıştır. Gruplar arasında çalışma durumuna göre durumluk kaygı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık gözlenmemektedir ($p=0.085$). Gruplar arasında anlamlı derecede farklılık gözlenmese de geliri olmayan gruptaki durumluk kaygı puanı yüksekliği dikkat çekici bir bulgu olarak değerlendirilmelidir.

Durumluk kaygı puanı ortalaması standart sapmayla beraber; evli olanlarda 47.31 ± 7.49 , bekar olanlarda 45.83 ± 13.55 olarak saptanmıştır. Gruplar arasında medeni durumuna göre durumluk kaygı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık gözlenmemektedir ($p=0.370$).

Durumluk kaygı puanı ortalaması standart sapmayla beraber; gelir durumu 2000 TL ve altı olanlarda 47.14 ± 11.96 , 2001-3000 TL olanlarda 46.06 ± 8.18 , 3001-4000 TL olanlarda 46.0 ± 6.27 , 4001 TL ve üzeri olanlarda 50.62 ± 9.09 olarak saptanmıştır. Gelir durumuna göre durumluk kaygı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık bulunmamaktadır ($p=0.471$).

Durumluk kaygı puanı ortalaması standart sapmayla beraber; daha önce ameliyat öyküsü olmayanlarda 45.72 ± 10.99 , olanlarda 47.63 ± 8.00 olarak saptanmıştır. Gruplar arasında ameliyat öyküsüne göre durumluk kaygı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık gözlenmemektedir ($p=0.303$).

Durumluk kaygı puanı ortalaması standart sapmayla beraber; daha önce patoloji sonucu beklemeyenlerde 47.59 ± 11.06 , bekleyenlerde 46.58 ± 7.60 olarak saptanmıştır. Gruplar arasında patoloji sonucu beklemeye göre durumluk kaygı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık gözlenmemektedir ($p=0.601$).

Tablo 1. Araştırma grubundaki bireylerin çeşitli özelliklerinin kanser kaygı puanına etkisi

Özellikler	Gruplar	Kanser Kaygı Puanı	t / F	p	d
		$\bar{X} \pm SS$			
Eğitim durumu	İlkokul mezunu ve altı (n=63)	14.95±5.03	t:-0.366	0.715	0.07
	Ortaokul mezunu ve üzeri (n=46)	15.30±4.87			
Gelir getiren bir işte çalışma durumu	Hayır (n=74)	15.47±4.99	t:1.144	0.255	0.24
	Evet (n=35)	14.31±4.81			
Medeni durum	Evli (n=85)	14.76±4.60	Z: 0.897 t: 1.341	0.396	0.29
	Bekar (n=24)	16.29±5.95			
Aylık gelir	Asgari ücret ve altı (n=70)	15.55±4.91	t: 1.295	0.200	0.047
	Asgari ücret üzeri (n=39)	14.28±4.95			
Daha önce ameliyat öyküsü	Yok (n=37)	14.00±4.93	t: -1.681	0.096	0.34
	Var (n=72)	15.66±4.88			
Daha önce patoloji sonucu bekleme	Hayır (n=44)	15.52±5.69	t: 0.731	0.466	0.14
	Evet (n=65)	14.81±4.38			

Kanser kaygı puanı ortalaması standart sapmayla beraber; eğitim durumu ilkokul mezunu ve altı olanlarda 14.95 ± 5.03 , ortaokul mezunu ve üzeri olanlarda 15.30 ± 4.87 olarak saptanmıştır. Gruplar arasında eğitim durumuna göre kanser kaygı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık gözlenmemektedir ($p=0.715$).

Kanser kaygı puanı ortalaması standart sapmayla beraber; gelir getiren bir işte çalışmayanlarda 15.47 ± 4.99 , gelir getiren bir işte çalışanlarda 14.31 ± 4.81 olarak saptanmıştır. Gruplar arasında çalışma durumuna göre kanser kaygı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık gözlenmemektedir ($p=0.255$).

Kanser kaygı puanı ortalaması standart sapmayla beraber; evli olanlarda 14.76 ± 4.60 bekar olanlarda 16.29 ± 5.95 olarak saptanmıştır. Gruplar arasında medeni durumuna göre kanser kaygı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık gözlenmemektedir ($p=0.396$).

Kanser kaygı puanı ortalaması standart sapmayla beraber; gelir durumu 2000 TL ve altı olanlarda 15.07 ± 5.09 , 2001-3000 TL olanlarda 15.88 ± 4.82 , 3001-4000 TL olanlarda 13.13 ± 4.28 , 4001 TL ve üzeri olanlarda 15.93 ± 5.49 olarak saptanmıştır. Gelir durumuna göre kanser kaygı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık bulunmamaktadır ($p=0.131$).

Kanser kaygı puanı ortalaması standart sapmayla beraber; daha önce ameliyat öyküsü olmayanlarda 14.00 ± 4.93 , olanlarda 15.66 ± 4.88 olarak saptanmıştır. Gruplar arasında ameliyat öyküsüne göre kanser kaygı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık gözlenmemektedir ($p=0.096$).

Kanser kaygı puanı ortalaması standart sapmayla beraber; daha önce patoloji sonucu beklemeyenlerde 15.52 ± 5.69 , bekleyenlerde 14.81 ± 4.38 olarak saptanmıştır. Gruplar arasında patoloji sonucu beklemeye göre kanser kaygı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık gözlenmemektedir ($p=0.466$).

Tablo 2. Araştırma grubundaki bireylerin histerektomi tipine, ailede kanser öyküsüne ve yeterli sosyal desteğe göre durumluk kaygı puanının karşılaştırılması

	Gruplar	Durumluk Kaygı Puanı	t / F	p	d
		$\bar{X} \pm SS$			
Histerektomi tipi	Abdominal (n=48)	47.43±9.88	F:0.103	0.773	0.019
	Vajinal (n=14)	46.50±7.49	χ^2 :0.773		
	Laparoskopik (n=47)	46.68±8.91			
Ailede kanser öyküsü	Hayır (n=50)	46.34±8.42	t: -0.684	0.496	0.50
	Evet (n=59)	47.54±9.71			
Yeterli sosyal destek	Hayır (n=40)	49.77±8.04	t:2.483	0.015	0.24
	Evet (n=69)	45.37±9.37			

Durumluk kaygı puanı ortalaması standart sapmayla beraber; abdominal histerektomi olanlarda 47.43±9.88, vajinal histerektomi olanlarda 46.50±7.49, laparoskopik histerektomi olanlarda 46.68±8.91 olarak saptanmıştır. Gruplar arasında histerektomi tipine göre durumluk kaygı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık gözlenmemektedir (p=0.773).

Durumluk kaygı puanı ortalaması standart sapmayla beraber; ailesinde kanser öyküsü olmayanlarda 46,34±8,42, ailesinde kanser öyküsü olanlarda 47.54±9.71 olarak saptanmıştır. Gruplar arasında ailede kanser öyküsü bulunmasına göre durumluk kaygı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık gözlenmemektedir (p=0.496).

Durumluk kaygı puanı ortalaması standart sapmayla beraber; yeterli sosyal desteği olmayanlarda 49.77±8.04, yeterli sosyal desteği olanlarda 45.37±9.37 olarak saptanmıştır. Yeterli sosyal desteği olmayanlarda olanlara göre durumluk kaygı puanı ortalaması istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir (p=0.015).

Tablo 3. Araştırma grubundaki bireylerin histerektomi tipine, ailede kanser öyküsüne ve yeterli sosyal desteğe göre kanser kaygı puanının karşılaştırılması

Özellikler	Gruplar	Kanser Kaygı Puanı	t / F	p	d
		$\bar{X} \pm SS$			
Histerektomi tipi	Abdominal (n=48)	15.20±4.68	F:0.400 x ² :1.293	0.524	0.0074
	Vajinal (n=14)	14.00±5.29			
	Laparoskopik (n=47)	15.31±5.15			
Ailede kanser öyküsü	Hayır (n=50)	15.02±4.01	t:-0.161	0.872	0.02
	Evet (n=59)	15.16±5.64			
Yeterli sosyal destek	Hayır (n=40)	15.32±4.41	t:0.359	0.720	0.07
	Evet (n=69)	14.97±5.25			

Kanser kaygı puanı ortalaması standart sapmayla beraber; abdominal histerektomi olanlarda 15.20±4.68, vajinal histerektomi olanlarda 14.00±5.29, laparoskopik histerektomi olanlarda 15.31±5.15 olarak saptanmıştır. Gruplar arasında histerektomi tipine göre kanser kaygı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık gözlenmemektedir (p=0.524).

Kanser kaygı puanı ortalaması standart sapmayla beraber; ailesinde kanser öyküsü olmayanlarda 15.02±4.01, ailesinde kanser öyküsü olanlarda 15.16±5.64 olarak saptanmıştır. Gruplar arasında ailede kanser öyküsü bulunmasına göre kanser kaygı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık gözlenmemektedir (p=0.872).

Kanser kaygı puanı ortalaması standart sapmayla beraber; yeterli sosyal desteği olmayanlarda 15.32±4.41, olanlarda 14.97±5.25 olarak saptanmıştır. Gruplar arasında yeterli sosyal desteğin olmasına göre kanser kaygı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık gözlenmemektedir (p=0.720).

Tablo 4. Durumluk Kaygı Ölçeği ve Kanser Kaygı Ölçeği puan ortalamaları

	n	Min	Max	$\bar{X}$	SS
Durumluk Kaygı Ölçeği	109	23	72	46.99	9.12
Kanser Kaygı Ölçeği	109	8	30	15.10	4.94

Kanser şüphesiyle histerektomi geçiren 109 kadının Durumluk Kaygı Ölçeği puanı ortalaması standart sapmayla beraber 46.99 ± 9.12 , Kanser Kaygı Ölçeği puanı ortalaması standart sapmayla beraber 15.10 ± 4.94 olarak saptanmıştır (Tablo 8).

Tablo 5. Durumluk Kaygı Ölçeği ve Kanser Kaygı Ölçeği'nin ortalama (M), standart sapma (SS), Cronbach's alpha, korelasyon katsayıları.

Ölçek	Cronbach's α	$\bar{X}$	SS	Spearman korelasyon katsayısı	
				DKÖ	KKÖ
DKÖ	0.888	46.99	9.12	-	0.594**
KKÖ	0.909	15.10	4.94	0.594**	-
Not: ** = significant at the 1% level (n=109) DKÖ: Durumluk Kaygı Ölçeği; KKÖ: Kanser Kaygı Ölçeği					

Cronbach's alfa katsayısı ne kadar yüksekse bu ölçekte bulunan maddelerin o ölçüde birbirleriyle tutarlı ve aynı özelliğin öğelerini yoklayan maddelerden oluştuğu yorumu yapılır. Cronbach's alfa katsayısının 0.80 ve üzerinde olması yüksek güvenilir, 0.60-0.79 arasında olması oldukça güvenilir, 0.40-0.50 arasında olması düşük güvenilir, 0.39 ve daha düşük olması güvenilir değil olarak yorumlanmaktadır.

Durumluk Kaygı Ölçeği'ne ait Cronbach's alfa değeri 0.888 olarak saptanmıştır ve yüksek güvenilir olarak yorumlanmıştır. Kanser Kaygı Ölçeği'ne ait Cronbach's alfa değeri 0.909 olarak saptanmıştır ve yüksek güvenilir olarak yorumlanmıştır. Durumluk Kaygı Ölçeği ve Kanser Kaygı Ölçeği puanları arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişki (korelasyon) bulunmaktadır.

5.TARTIŞMA

Histerektomi operasyonu geçiren kadınların diğer cerrahilere göre kaygı düzeyinin yüksek olduğu ve diğer hastalara göre duygusal ve fiziksel değişim açısından daha fazla desteğe ve bakıma ihtiyaç duyduğu belirtilmektedir (Essa ve ark.,2017). Bu nedenle mevcut araştırma kanser riski nedeniyle histerektomi yapılan kadınların patoloji sonucunu bekleme sürecinde durumluk kaygı ve kanser kaygı düzeyini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Hastaların durumluk kaygıları ve kanser kaygılarının belirlenmesi, bu durumu etkileyen faktörlere yönelik planlama ve hemşirelik bakımının sağlanması sürecin daha etkin yönetilmesini sağlayabilir.

Hastaların sosyodemografik özellikleri, tıbbi öyküleri ve kaygı ilişkisinin tartışılması

Araştırmamızda çalışma grubunun eğitim düzeyini ele aldığımızda %45'inin ilkokul mezunu olduğu belirlenmiştir (Tablo 1). Yılmaz ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında örneklemin %57.6'sı okur-yazar veya ilkokul mezunu, benzer şekilde İpşir'in (2019) çalışmasında histerektomi olan kadınlardan ilkokul mezunu olanlar %57.3 olarak saptanmıştır. Literatürde eğitim seviyesinin artmasının hastaların kaygıyla başa çıkmasında etkili olduğu belirtilmektedir (Aust ve ark., 2016; Fındık ve Topçu,2015). Buna bağlı olarak eğitim seviyesi yüksek kişilerin durumluk ve kanser kaygı puanlarının düşük olması beklenirken bu çalışmada durumluk ve kanser kaygısı ile eğitim seviyesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir. Çalışma örnekleminin çoğunluğunun ilkokul mezunu olması ve eğitim seviyesinin çok yüksek olmamasının kanser kaygı ve durumluk kaygı puanının yüksek bulunmasıyla ilgisi olabileceği düşünülmektedir. Eğitim düzeyi düşük kadınlar histerektomiye daha yatkın olduklarından, onlara histerektominin olası etkileri ve alternatif seçenekler hakkında daha fazla bilgi ve eğitim sağlamak, daha bilinçli seçimler yapmalarını sağlayacaktır (Prusty ve ark., 2018).

Histerektomi endikasyonları ve histopatolojik tanıların dağılımının incelendiği çalışmada kadınların yaş ortalaması 49.3 ± 5.4 olarak saptanmıştır (Keskin ve ark.,2013). Benzer şekilde Toptaş'ın (2017) histerektomiye ilişkin kadın ve eşlerinin bilgi ve düşünceleri çalışmasında kadınların yaş ortalaması 49.31 ± 7.33 olarak bulunmuştur. Atıgan ve Eraydın'ın (2020) çalışmasında 776 hastanın yaş ortalaması

abdominal ve vajinal histerektomi için sırasıyla 50.7 ± 6.2 ve 61.6 ± 3.1 'dir. Terzi ve arkadaşlarının (2012) laparoskopik histerektomileri değerlendirdiği çalışmasında yaş ortalaması 48.5 olarak bulunmuştur. Demirayak ve arkadaşlarının (2016) laparoskopik histerektomi deneyimleri çalışmasında yaş ortalaması 51.7 bulunmuştur. Rather ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında 330 kişinin %47'si, Sucheta KL (2017) ve arkadaşlarının çalışmasında çalışma grubunun %50'si 41-50 yaş aralığındadır. Literatür göz önüne alındığında bu çalışmada yaş ortalaması 50.93 olup diğer çalışmalarla benzer aralıktadır. Prolapsus, anormal uterin kanama gibi şikayetlerin ileri yaşta meydana gelmesi, kadınların jinekolojik muayene kaygısı nedeniyle ciddi şikayeti olmadıkça kontrole gelmemeleri bunun sonucunda hastalıkların tespitinin ileri yaşlarda yapılabilmesinin ve araştırmalarda histerektominin tipine göre yaş gruplandırması yapılmasının genel yaş ortalamasını etkilediği düşünülmektedir. Genç yaşta histerektomi olan kadınların daha fazla anksiyete yaşadığı ve daha fazla destek gereksinimi olduğuna dair çalışmalar mevcuttur (Ergen ve ark.,2019; Khan ve ark.,2020). Bu çalışmada katılımcıların yaş ortalamasının yüksek olmasının durumluk ve kanser kaygı puan ortalamaları azaltmaya yönelik etkisi olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan hastaların %78'i evlidir. Gerçek ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında histerektomi yapılan kadınların %78.4'ü evliyken El-Hadiyd ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında %75.1'i evli olup bu çalışmanın bulgularına yakın oranlara sahiptir. Histerektomi olan kadınlar operasyonun cinsel işlevlerine ve cinsel partnerleriyle ilişkilerine olası olumsuz etkilerinden dolayı endişe duyabilmektedir (Briedite ve ark.,2014). Bu nedenle evli kadınların bekarlara oranla durumluk kaygı düzeylerinin daha yüksek olması beklenmektedir. Çalışmada medeni durum ve durumluk kaygı arasında istatistiksel bir fark bulunmasa da evli kişilerin durumluk kaygı puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Kanser kaygı puanının istatistiksel olarak anlamlı sonucu olmasa da bekarlarda daha yüksek olmasının nedeni erken yaşta jinekolojik kanser tanısı alma, üreme yeteneğini kaybetme gibi faktörlere bağlı olduğu düşünülmektedir (Bilge ve ark.,2016).

Cerrahi öncesi menopoza durumu incelendiğinde bu çalışmadaki kadınların %50.5'inin menopoza girdikten sonra histerektomi olduğu saptanmıştır. Bu çalışmayla aynı örneklem sayısına sahip başka bir çalışmada histerektomi planlanan kadınların

%52.3'ünün menopoza girmiş olduğu belirtilmiştir (Şentürk ve ark.,2015). Can ve Bilgili'nin (2019) çalışmasında kadınların sadece %25'inin menopoza girmiş olduğu belirlenmiştir. Can ve Bilgili'nin (2019) çalışmasında menopoza girenlerin oranının bizim çalışmamıza oranla düşük olması, 45-49 yaşları arasındaki katılımcı sayısının fazla olmasına bağlı olabileceği düşünülmektedir. Vural ve Yangın'ın (2016) çalışmasında Türk kadınların ortalama menopoz yaşı 47 ± 4 olarak belirtilmiştir. Benzer şekilde Taş ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında kadınlarda menopoza girme yaşı ortalaması 47.1 ± 4 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada menopoza girme yaşı 48 olup literatürle paralellik göstermektedir.

Bu çalışmada yaşanan gebelik sayısı ortalaması 3.28 olarak saptanmıştır. Kavak'ın (2009) çalışmasında benign nedenlerle histerektomi yapılan 241 hastanın ortalama gebelik sayısı 3.13 olarak bulunmuştur. Histerektomi planlanan 406 hastayla yapılan başka bir çalışmada kadınların ortalama gebelik sayısı 3.5 olarak bulunmuştur (Jin ve ark., 2020).

Hastaların hastaneye başvuru şikayetlerine bakıldığında Ercan ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında %57'si menometroraji, %21'i pelvik ağrı, %4'ü prolapsus uteri nedeniyle başvurmuş %15'i ise herhangi bir şikayet yokken yapılan pelvik muayenede myoma uteri tespit edildiği için histerektomi yapılmıştır. Cevahir ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında hastaların %47.5'i anormal vajinal kanama, %19.1'i karın ağrısı %12.1'i prolapsus, %9.8'i menopoz sonrası kanama, %2.8'i idrar kaçırma şikayeti ile histerektomi olmuş. Bu çalışmada kliniğe başvuru şikayeti en sık %28.4 oranında ağrı sonrasına %22.9 ile postmenopozal kanama ve %15 ile menometroraji takip etmektedir. Çalışmada histerektomi endikasyonunun en sık myoma uteri olduğu ve histerektominin malignite şüphesiyle planlandığı düşünüldüğünde, myoma uteriye bağlı ağrı ve maligniteden kaynaklanan postmenopozal kanama, menometroraji gibi şikayetlerin literatüre göre daha sık görülmesini açıklar niteliktedir.

Meme biyopsisi beklemenin psikososyal sonuçları ve başa çıkma stratejilerinin araştırıldığı bir çalışmada hastaların %36'sı daha önce sonuç beklemiş olup bu kadınların sonuç beklemeyenlere göre kaygı ve risk algılama düzeylerinin daha yüksek olmadığı belirtilmiştir (Lebel ve ark., 2003). Perkütan meme biyopsisi kısa dönem sonuçlarının incelendiği çalışmada hastaların %22.9'u daha önce patoloji sonucu beklemiştir (Humphrey ve ark.,2014). Başka bir çalışmada ameliyat planlanan

kadınların %30'unun biyopsi öyküsü mevcut olup biyopsi sonrası durumluk kaygı puanı 39,71 olarak saptanmıştır (Wren ve ark.,2019). Bu çalışmada hastaların %59.6'sı daha önce patoloji sonucu beklemiş ve patoloji sonucu bekleyenlerin durumluk kaygı puan ortalaması 46.58, kanser kaygı puanı ise 14.81 olarak saptanmıştır. Bu sonuçlar incelendiğinde patoloji sonucu bekleme öyküsünün hem kanser kaygısını hem de durumluk kaygıyı istatistiksel olarak etkilemediği görülmektedir. Durumluk kaygı puan ortalaması patoloji sonucu bekleyenlerde daha düşükken, kanser kaygı puan ortalamasının patoloji sonucu bekleyenlerde daha yüksek olması aralarında zıt bir ilişki olduğunu düşündürmektedir. Biyopsi alındıktan sonra bazı hastalarda kaygı düzeyi azalmaktadır ancak hemen normal seviyeye dönmemektedir ayrıca bazı hastalarda patoloji sonucu açıklanana kadar klinik olarak anlamlı seviyede kalabilmektedir.

Histerektomi tipi, ailede kanser öyküsü ve sosyal desteğin durumluk kaygı ve kanser kaygısı ile ilişkisinin tartışılması

İnan ve Budak'ın (2018) çalışmasında total laparoskopik histerektomi uygulanmış 412 hastanın %33.9'u açık batın cerrahisi geçirmiştir. Benzer şekilde laparoskopik ve laparatomik histerektomilerin karşılaştırıldığı çalışmada kadınların %30.3'ünün geçirilmiş cerrahi öyküsü mevcuttur (Gengeç ve ark.,2017). Yılmaz ve Aydın'ın (2013) çalışmasında hastaların %48.8'i daha önce cerrahi geçirmiştir ve cerrahi öyküsü olmanın ameliyat kaygısını azaltmada istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olmadığı sonucuna varılmıştır. Bu çalışmada hastaların %66.1'i daha önce cerrahi operasyon geçirmiştir. Bulut (2017) ve Yıldız'ın (2011) çalışmasında olduğu gibi bu çalışmada da daha önce ameliyat geçirmiş olmanın kaygıyı azaltmada anlamlı bir etkisi bulunmamıştır. Önceki cerrahi ve tıbbi deneyimin kalitesinin (örneğin hastanın ne kadar memnun kaldığı, komplikasyon yaşanması, yoğun ağrı yaşanması gibi faktörler) kaygıyı olumlu ya da olumsuz yönde etkileyebileceği düşünülmektedir.

Histerektomi tipi ve oranları incelendiğinde 1452 kadının katıldığı bir çalışmada en sık abdominal yol %53 daha sonra laparoskopik %30.5 ve vajinal %16.5 yol tercih edilerek operasyon yapılmıştır (Ekici,2020). Benign nedenlerle histerektomi yapılan histerektomilerin 1 yıllık süreçte geriye dönük incelenmesinde cerrahi tipi oranları %56.8'i abdominal, %18.3'ü laparoskopik, %24.9'u vajinal şeklindedir (Sağlam ve ark.,2013). Örneklemi en geniş olan ve 329 438 kişiye histerektomi yapılan çalışmada

en sık görülen histerektomi tipi ve yapılma sıklığı TAH (% 45), LH (% 41), VH % 9,8) şeklinde sıralanmaktadır (Huang ve ark.,2020). Bu çalışmada en sık tercih edilen yöntem %44 ile abdominal sonrasında %43.1 oranında laparoskopik ve son olarak %12.8 oranında vajinal histerektomidir. Yapılan çalışmalarda laparoskopik ve vajinal yöntemin tercih edilme sıklığı değişiklik gösterse de literatürde ve bu çalışmada en sık tercih edilen yöntem abdominal histerektomi olmuştur.

Abdominal histerektomi ve laparoskopik histerektomi olan kadınların postoperatif kaygı düzeyini belirlemeye yönelik yapılan bir çalışmada laparoskopik grupta abdominal yönetime göre daha düşük anksiyete skoru belirlenmiştir (Ergen ve ark.,2019). Minimal invaziv girişimlerde açık ve daha büyük kesi gerektiren abdominal yönetime göre karın izlerinin olmaması, ameliyat sonrası ağrının daha az olması sebebiyle olumsuz psikolojik etkilerin daha az görülmesi beklenmektedir (Kürek-Eken ve ark.,2016). Ancak histerektomi tipi ve kaygı düzeyi ilişkisi incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa ulaşılmamıştır. Darwish ve arkadaşlarının (2014) çalışması bu sonucu destekler nitelikte olup cerrahi tekniğin psikolojik sonuç üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığını belirtmektedir.

Çaman ve arkadaşlarının (2014) ailede kanser öyküsü ve algılanan kanser riskinin, kanserden korunma davranışları ile ilişkisini araştırdığı çalışmada katılımcıların %55'inin ailesinde kanser öyküsü olan birey mevcuttur ancak ailede kanser öyküsünün olması kanserden korunma davranışlarında anlamlı bir farklılık oluşturmamıştır. Ailede prostat kanseri öyküsü olanların prostat biyopsisinde kaygı düzeyinin incelendiği çalışmada, ailesinde kanser öyküsü olanlar ile grubun geri kalanı arasında kaygı düzeylerinde anlamlı bir fark gözlenmemiştir (Macefield ve ark., 2009). Başka bir çalışmada ailesinde kanser öyküsü olan katılımcılar, bu hastalıkla ilişkili daha yüksek düzeyde kaygı beyan etmiştir ve ailesinde kanser öyküsü olan grupta kanser kaygısı yüksek olanların oranı %61.2, kontrol grubunda ise % 47.5 (negatif aile öyküsü) olarak bulunmuştur (Gajda ve Kowalska,2020). Ailesinde meme kanseri öyküsü olan kadınların %49.1'i kansere yakalanma konusunda orta derecede kaygı yaşamaktadır (Seven ve ark.,2018). Bu çalışmada kadınların %54.1'inin ailesinde kanser öyküsü mevcuttur. Gruplar arasında ailede kanser öyküsü bulunmasına göre durumluk ve kanser kaygı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede

farklılık gözlenmemektedir ve bu sonuç Çaman (2014) ile Macefield'in (2009) çalışması ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda histerektomi yapılan kadınların %63.3'ünün yeterli sosyal desteği olduğu ve algılanan sosyal desteğin durumluk kaygı puanını istatistiksel olarak anlamlı derecede etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Durumluk kaygı puanı ortalaması yeterli sosyal desteği olmayanlarda 49.77 ± 8.04 , yeterli sosyal desteği olanlarda 45.37 ± 9.37 olarak saptanmıştır. Sosyal desteğin kanser kaygısına etkisi incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir ancak sosyal desteği olmayan kadınların kanser kaygı puanlarının biraz daha yüksek olduğu fark edilmiştir. Medeni durum ve kaygı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmasa da örneklemin büyük çoğunluğunu (%78) oluşturan evli kadınlar evli olmayanlara kıyasla eşi ve çocukları olduğu için daha fazla sosyal destek elde etmiş olabilir. Yapılan çalışmalar, bir eşten veya aileden gelen sosyal desteğin yaşam kalitesi, psikolojik iyilik hali ile önemli ölçüde ilişkili olduğunu belirtmektedir (Wang ve ark.,2007). Lebel ve arkadaşları (2003) hem destek sağlayan kişi sayısı hem de sağlanan desteğin kalitesi açısından, sosyal ve duygusal desteği algılama ile psikolojik sıkıntının azalması arasında doğrudan bir ilişki olduğuna dair bulgulara ulaşmıştır. Bir çalışmada kadınların aile üyelerinden, özellikle eşlerinden, çocuklarından ve ebeveynlerinden destek aldıklarını, en stresli aşama olan tanı sırasında ve tedavileri boyunca destek verdiklerini belirtmiş ve sosyal destek düzeyleri arttıkça kaygı düzeyinin azaldığı, duygusal olarak güçlü hissettikleri sonucuna ulaşılmıştır (Dumrongpanapakorn ve Liamputtong,2015). Sosyal destek sistemi zayıf olanların kaygı düzeyi anlamlı derecede daha fazla bulunmuştur (Wenzel ve ark., 2005). Sağlık uzmanlarından gelen sosyal desteğin kadınlarda psikolojik iyi oluşu sağladığı ve başa çıkmayı geliştirmeye yardımcı olduğu belirtilmektedir (Landmark ve ark.,2002). Yardakçı ve Akyolcu'nun (2004) çalışmasında hastaların ziyaret öncesi durumluk anksiyete puan ortalamalarının 40.20 ± 9.20 olduğu, ancak ziyaret sonrası düşüş gösteren bu ortalamanın 36.09 ± 8.99 olduğu belirlenmiş ve istatistiksel olarak önemli bulunmuştur (Yardakçı ve Akyolcu,2004). Bu sonuçlara dayanarak çalışma sonucunda kanser şüphesiyle histerektomi olan kadınların patoloji sonucu bekleme sürecinde algılanan sosyal desteğin durumluk kaygı düzeyini azalttığı söylenebilir.

Durumluk Kaygı Ölçeği ve Kanser Kaygı Ölçeği Ortalama Puanlarına İlişkin Tartışma

Bu çalışmada kanser şüphesiyle histerektomi operasyonu yapılan kadınların patoloji sonucu bekleme sürecindeki kaygı düzeyleri ve etkileyen faktörler belirlenmek amacıyla Durumluk Kaygı Ölçeği kullanılmış ve toplam puan 46.99 olarak saptanmıştır. Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması 42 puanın üzerinde olanlar için kaygı düzeyinin yüksek olduğu bildirilmekte envanterin orijinal doğrulamasında ise 45 ve üzeri yüksek kaygı olarak nitelendirilmektedir (Öner ve LeCompte,1983; Spielberger,1970).

Bu çalışmada durumluk kaygı düzeyinin normal kadın popülasyonu kaygı düzeyine göre yüksek olduğu saptanmıştır. Kanser şüphesiyle histerektomi olan kadınların patoloji sonucunu bekleme sürecindeki kaygılarını belirlenmeye yönelik bir çalışmaya rastlanmamış olup benzer bir çalışma olan ‘Histerektomi Ameliyatı Geçiren Kadınlarda Kaygı, Ağrı ve Sosyal Desteğin Derlenme Kalitesine Etkisi’ nin incelendiği çalışmada Durumluk Kaygı ortalama puanı 44.10 olarak bulunmuştur (Burma,2020). Yetişkin bireylerde ameliyat öncesi kaygı için risk faktörlerinin belirlendiği bir çalışmada durumluk kaygı ortalama puan 39.51 ± 9.26 olarak bulunmuştur (Caumo ve ark.,2001). Bu çalışmada durumluk kaygı puanının diğer çalışmalara oranla daha yüksek olduğu görülmektedir. Bunun sebebi histerektomilerin diğer çalışmalardan farklı olarak maligniteden şüphelenilerek yapılması olduğu düşünülmektedir. Kanser şüphesiyle biyopsi yapılan ve tanı koyulmasını bekleyen kadınlar için anksiyete düzeyi, belirsizlik düzeyi ile pozitif yönde ilişkilidir.

Jinekolojik kanser için yüksek risk altında olan kadınlar arasında kanser korkusu, histerektomi yaptırmaya karar verirken etkin bir faktördür ve benign nedenle ya da elektif histerektomi planlansa bile kanser olmaktan korktukları belirtilmiştir (Gallicchio ve ark.,2005). Histerektomi olan kadınlardan kanser kaygısı olanları belirlemek, gerekli zamanda psikososyal desteğin sağlanması ve kaygı düzeyini azaltmaya yönelik planlamalar yapılması için önemlidir (Konings ve ark.,2017). Bu çalışmada kadınların kanser kaygı seviyesini belirlemek amacıyla Kanser Kaygı Ölçeği kullanılmış olup ölçeğin puan ortalaması standart sapmayla beraber 15.10 ± 4.94 olarak saptanmıştır. Kanser Kaygı Ölçeği 14 ve üzeri puan ortalaması yüksek kaygı olarak değerlendirilmiştir ve bu çalışmadaki puan ortalamasına göre kadınların kanser

kaygı düzeyi yüksek bulunmuştur (Custers ve ark.,2014). İspanya’da 50 yaş ve üzeri insanlarda kanser kaygısı ile ilişkili faktörlerin incelendiği çalışmada ortalama puan 9.3 bulunmuştur ve kadınlarda, ailesinde kanser öyküsü olanlarda ve sosyal desteği yetersiz kişilerde daha fazla kanser kaygısı olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Hidalgo ve ark.,2015). Kolposkopi için sevk edilen anormal servikal sitolojisi olan kadınlarda kanser korkusu düzeylerini belirlemek için yapılan çalışmada kanser kaygı puanı 20.05 olarak belirlenmiştir (Uner ve Korukcu, 2020).



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

- Yeterli sosyal destek ile durumluk kaygı düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p=0.015$).
- Abdominal histerektomi olan kadınların durumluk kaygı puanı laparoskopik ve vajinal yöntemle göre daha yüksektir.
- Ailesinde kanser öyküsü olanların kanser öyküsü olmayanlara göre durumluk ve kanser kaygı puanı daha yüksektir.
- Eğitim düzeyi arttıkça durumluk kaygı puanı azalmakta kanser kaygı puanı artmaktadır
- Gelir getiren bir işte çalışmayanların durumluk ve kanser kaygı puanı daha yüksektir.
- Evli kişilerin bekarlara göre durumluk kaygı puanı daha yüksek kanser kaygı puanı ise daha düşüktür
- Daha önce ameliyat öyküsü olanların durumluk kaygı ve kanser kaygı puanı ameliyat öyküsü olmayanlara göre daha yüksektir.
- Daha önce patoloji sonucu bekleyenlerin durumluk ve kanser kaygı puanı ilk kez bekleyenlere göre daha düşüktür.
- Durumluk Kaygı Ölçeği ve Kanser Kaygı Ölçeği puanları arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişki(korelasyon) bulunmaktadır.

6.2. Öneriler

Klinik hemşireler için öneriler

- Kanser şüphesiyle histerektomi yapılan ve patoloji sonucu bekleyen kadınların kaygı düzeyini etkileyen faktörler belirlenmelidir.
- Histerektomi operasyonu öncesi ve sonrasında gerekli eğitim ve hazırlık sağlanarak hemşirelik bakımı planlanmalıdır.
- Psikososyal destek sağlanmalı, farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler kullanılarak hastanın kaygıyla baş etmesi güçlendirilmelidir.
- Hemşirelere kaygıyı azaltmaya yönelik müdahaleler konusunda eğitim planlanmalıdır.

Araştırmacılar için öneriler

- Kanser şüphesiyle histerektomi yapılan kadınların kaygı düzeyini belirlemeye yönelik daha fazla çalışma yapılmalı,
- Malignite şüphesiyle histerektomi olan kadınlarda sosyal destek faktörünün kaygıyla ilişkisi incelenmeli,
- Kadınların histerektomi sonrası yaşadığı kaygı ve psikolojik değişikliklere ilişkin çalışmalarla hemşirelerin bu konuda farkındalığı artırılmalıdır.

KAYNAKÇA

Adogwa O, Elsamadicy AA, Vuong VD, Mehta AI, Vasquez RA, Cheng J, Bagley CA, Karikari IO. Effect Of Social Support And Marital Status On Perceived Surgical Effectiveness And 30-Day Hospital Readmission. *Global Spine J.* 2017;7(8): 774-779.

Akça S, Şengül BZ, Uyar T. Psikopatoloji, Hasta Ve Terapist Bağlamında Altıtemel Duygudan Korkunun İncelenmesi. *Ayna Klinik Psikoloji Dergisi* 2014, 1(2), 23-39

Aksan AT, Gizir CA. Meme Kanseri Tanısı Almış Kadınların Hastalık Temsilleri ve Başa Çıkma Tarzları ile Kaygı ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi.* 2019; 9(54): 623-658.

Aliche JC, Ifeagwazi CM, Chukwuorji JC, Eze JE (2020): Roles Of Religious Commitment, Emotion Regulation And Social Support In Preoperative Anxiety. *Journal Of Religion And Health* 2020;59: 905-919.

Alkatout I. Laparoscopic Hysterectomy: Total Or Subtotal?-Functional And Didactic Aspects. *Minimally Invasive Therapy & Allied Technologies*, 2020;3:1-11.

Alp, F.Y., Yucel, S.C. The Effect of Therapeutic Touch on the Comfort and Anxiety of Nursing Home Residents. *Journal Of Religion And Health.* 2020; 162–175.

Alshawish E, Qadous MS, Yamani MA. “Experience of Palestinian Women After Hysterectomy Using a Descriptive Phenomenological Study.” *The Open Nursing Journal* 14 (2020): 74-79.

Amad Pastor M, Cánovas Tomás M, Díaz García I. How Can The Application Of The Nursing Process Help To Women With Anxiety Nursing Diagnosis? *Enfermería Global.* 2017;16: 389-397.

American Sexual Health Association. Gynecological Cancers. Erişim Tarihi:02.01.2020 <https://www.nccc-online.org/hpvcervical-cancer/gynecological-cancers/>.

Andsoy II, Alsawi SOM. Cerrahi Girişim Uygulanacak Çocukların Babalarının Ameliyat Hakkında Bilgi Ve Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi. Journal Of Contemporary Medicine 2018;8(3):264-270

April K, Dharani B, Peters K. Impact Of Locus Of Control Expectancy On Level Of Well-Being. Review Of European Studies. 2012;4(2):124-137.

Aslı A, Bilgin N, Mollaoğlu N. Dental Anksiyetede Durumluk Ve Sürekli Kaygı Ölçeğinin Kullanımı. ADO Klinik Bilimler Dergisi. 2017;8:1553-1560.

Atıgan A ,Eraydın E. Evaluation Of Hysterectomy Cases In Our Clinic. Hitit Med J 2020;2(1):7-10

Aust H, Rüşch D, Schuster M, Sturm T, Brehm F, Nestoriuc Y. Coping Strategies In Anxious Surgical Patients. BMC Health Services Research. 2016;16:250.

Avcı N. Total Abdominal Histerektomi Ameliyatı Sonrası Ağrının Ve Anksiyetenin Azaltılmasında Refleksolojinin Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Doktora Tezi,2015, İstanbul.

Aydin PC. Kaygı ve Endişe. Turkey Clinics Psychiatry-Special Topics. 2017;10(4):228–236.

Aydoğmuş H, Kolsuz Z, Elmalı F, Tıraş Hİ, Aydoğmuş S. Benign Patoloji Öntanısı İle Histerektomi Yapılan Olgularda Postoperatif İnsidental Endometrial Pre-/Malign Patoloji Saptanma Oranı. Bozok Tıp Dergisi. 2018; 8:25-29.

Babaev O, Chatain CP, Krueger-Burg D. Inhibition In The Amygdala Anxiety Circuitry. Experimental & Molecular Medicine. 2018;50:1-16.

Banovcinova L, Jandurova S. Subjective perceptions of life among women after hysterectomy. In SHS Web Of Conferences. EDP Sciences,2018;51

Bayram GO, Beji NK. Psychosexual Adaptation And Quality Of Life After Hysterectomy. Sexuality And Disability.2010;28(1):3-13.

Bilge Ç, Kaydırak MM, Aslan E. Jinekolojik Kanserin Cinsel Yaşam Üzerindeki Etkileri. SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi. 2016; 7(3):31-38.

Bilgiç D, Yağcan H, Güler B, Aypar NN. Jinekolojik Cerrahide Ameliyat Öncesi ve Sonrası Kanıta Dayalı Bakım Uygulamaları. Sağlık Akademisyenleri Dergisi. 2019;6(2):114-121.

Billfeldt NK, Borgfeldt C, Lindkvist H, Stjerndahl JH, Ankardal M. A Swedish Population-Based Evaluation Of Benign Hysterectomy, Comparing Minimally Invasive And Abdominal Surgery. European Journal Of Obstetrics Gynecology And Reproductive Biology 2018;222:113-118.

Bolsay N, Sevil Ü. Histerektomi Sonrası Cinsel Yaşam. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2018;24(3):93-104.

Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimates Of Incidence And Mortality Worldwide For 36 Cancers In 185 Countries. CA: A Cancer Journal For Clinicians 2018 ;68, 394-424.

Briedite I, Ancane G, Rogovska I, Lietuviute N. Quality Of Female Sexual Function After Conventional Abdominal Hysterectomy-Three Month'Observation. Acta Chirurgica Latviensis 2014;14(1), 26.

Bulut Ş. Cerrahi Operasyon Geçirecek Hastaların Ameliyata Özgü Kaygılarının Ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi.T.C.Maltepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi,2017, İstanbul.

Burma E. Histerektomi Ameliyatı Geçiren Kadınlarda Kaygı, Ağrı Ve Sosyal Desteğin Derlenme Kalitesine Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2020, Ankara.

Cai W, Tang Y-L, Wu S, Li H . Scale Of Death Anxiety (SDA): Development And Validation. *Frontiers In Psychology* 2017;8:858.

Çaman ÖK, Bilir N, Özcebe H. Ailede Kanser Öyküsü Ve Algılanan Kanser Riski, Kanserden Korunma Davranışları İle İlişkili Mi?. *Firat Med J* 2014;19:95-100.

Can R, Bilgili N. Histerektomi Yapılan Hastaların Ameliyatlarına İlişkin Bilgilerinin Belirlenmesi. *Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi* 2019; 4:43-50.

Cardoso G, Graca J, Klut C, Trancas B, Papoila A. Depression And Anxiety Symptoms Following Cancer Diagnosis: A Cross-Sectional Study. *Psychology, Health & Medicine* 2016;21:562-570.

Caumo W, Schmidt AP, Schneider CN, Bergmann J, Iwamoto CW, Bandeira D, Ferreira MBC. Risk Factors For Preoperative Anxiety In Adults. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* 2001;45:298-307.

Cecilia Clair, Åsa Engström, Ulrica Strömbäck. Strategies to Relieve Patients' Preoperative Anxiety Before Anesthesia: Experiences of Nurse Anesthetists. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*. 2020;35(3):314-320.

Çelik H, Aydoğdu B. Duygu Odaklı Terapi: Psikoterapide Yeni Bir Yaklaşım. *E-Kafkas Eğitim Araştırmaları Dergisi*, 2018;5(2):50-68.

Çelik İH, Canpolat FE, Demirel G, Eras Z, Sungur VG, Karaer B, Dilmen U. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Yenidoğan İşitme Tarama Sonuçları Ve Hastaların Değerlendirilmesi. *Türk Pediatri Arşivi* 2014;49:138-141.

Cevahir ZG, Aydın DS, Yurtsever ÇY, Bacanakgil BH, Boran AB. Kliniğimizde 2009-2011 Yılları Arasında Gerçekleştirilen Histerektomilerin Analizi. Istanbul Medical Journal 2015;16(1):29-33.

Chen YF, Huang XY, Chien CH, Cheng JF. The Effectiveness Of Diaphragmatic Breathing Relaxation Training For Reducing Anxiety. Perspectives In Psychiatric Care. 2017; 53(4):329-336.

Çınar D, Yıldırım Y, Aykar FŞ. Kanser Tanılı Hastanın Merley Mishel'in Hastalıkta Belirsizlik Kuramına Göre Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2020;11:553-559.

Civan A, Özdemir İ, Gencer YG, Durmaz M. Egzersiz Ve Stres Hormonları. Türkiye Spor Bilimleri Dergisi 2018;2(1), 1-14.

Cohen J. The Analysis Of Variance. In Statistical Power Analysis For The Behavioral Sciences. Hillsdale, N.J: L. Erlbaum Associates, 1988. New York.

Compton CC, Robb JA, Anderson MW, Berry AB, Birdsong GG, Bloom KJ, Branton PA, Crothers JW, Cushman-Vokoun AM, Hicks DG. Preanalytics And Precision Pathology: Pathology Practices To Ensure Molecular Integrity Of Cancer Patient Biospecimens For Precision Medicine. Archives Of Pathology & Laboratory Medicine 2019;143:1346-1363.

Custers JA, Van Den Berg SW, Van Laarhoven HW, Bleiker EM, Gielissen MF & Prins JB. The Cancer Worry Scale: Detecting Fear Of Recurrence In Breast Cancer Survivors. Cancer Nursing 2014;37:E44-E50.

Darwish M, Atlantis E & Mohamed-Taysir T. Psychological Outcomes After Hysterectomy For Benign Conditions: A Systematic Review And Meta-Analysis. European Journal Of Obstetrics & Gynecology And Reproductive Biology 2014;174:5-19.

De Souza J, Magalhães RC, Saint Arnault DM, Oliveira Jld, Barbosa SP, Assad FB, Saeki T, De Andrade LS. The Role Of Social Support For Patients With Mental Disorders In Primary Care In Brazil. *Issues In Mental Health Nursing* 2017;38(5):425-434.

Demirayak G, Kılık T, Çetinkaya FN, Bulut B, Akbaş M, Kılınç A, Kılıç BŞ, Şahin O, Kılıçkaya A, Mihmanlı V. Laparoskopik Histerektomi Deneyimlerimiz. *Okmeydanı Tıp Dergisi* 2016;32(4), 198-203.

Desai S, Campbell OM, Sinha T, Mahal A, Cousens S. Incidence And Determinants Of Hysterectomy In A Low-Income Setting In Gujarat, India. *Health Policy Plan* 2017;32: 68-78.

Dillaway HE. Are Hysterectomies Necessary? Racial-Ethnic Differences In Women's Attitudes. *Journal Of Women & Aging* 2016;28:309-321.

Dinçgez B, Inci Coşkun E, Ayanoğlu YT. Evaluation Of Hysterectomy Cases In Our Clinics. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni* 2011;45(2):35-38.

Doenges ME, Moorhouse MF, Murr AC. *Nursing Care Plans: Guidelines For Individualizing Client Care Across The Life Span*. Philadelphia, PA : F.A. Davis Company,2019.

Doğan D. Kanser Hastalarına Yönelik Psikiyatri Uygulamaları. *Social Sciences Studies Journal* 2019;5(35):2669-2690.

Dolgun ZN, İnan C. Kliniğimizde Yapılan Total Abdominal Histerektomi Endikasyonları Ve Operasyon Materyallerinin Histopatolojik Değerlendirilmesi. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni* 2017;48(2):49-52.

Dumrongpanapakorn P & Liamputtong P. Social Support And Coping Means: The Lived Experiences Of Northeastern Thai Women With Breast Cancer. *Health Promotion International* 2015;32:768-777.

Duran S, Karadaş A, Ergün S, Tekir O. Kanser Hastalarının Yaşam Kalitesi Ve Sosyal Destek Düzeylerinin Değerlendirilmesi. 2015;17:27-36.

Ebrahimi A, Eslami J, Darvishi I, Momeni K & Akbarzadeh M. Investigation Of The Role Of Complementary Medicine On Anxiety Of Patients Before And After Surgery: A Review Study. Holistic Nursing Practice 2020;34(6):365-379.

Ekici MA, Çetin Ç, Önal AC. Likelihood of incidental finding of gynecological cancer in women undergoing hysterectomy for benign indications. European Journal of Gynaecological Oncology, 2020;41(3): 402-407.

El-Hadidy MA, Zayed A. Body Image Disturbance And Self-Esteem After Hysterectomy In Egyptian Women. Arab Journal Of Psychiatry 2020: 31(2);150-158.

Erbay Dalli O, Yıldırım Y, Fadiloğlu Ç, Senuzun Aykar F. Use Of Watson's Theory Of Human Caring In Nursing Care Of Patients With Hypertensive Attack: Case Report. Journal Of Cardiovascular Nursing 2018; 9(19): 82-88.

Ercan Ö, Demir S, Dede FS. Benign Nedenlerle Yapılan Histerektomi Olgularında Histerektomi Öncesi Endometrial Örnekleme Ve Histerektomi Sonrası Patoloji Sonuçlarının Karşılaştırılması. Ortadoğu Tıp Dergisi 2013;5(4):190-193.

Ergen EB, Akpak YK, Kılıççı Ç, Yayla ÇA, Ayas S. Does Minimally Invasive Surgery Reduce Anxiety? Journal Of The Turkish German Gynecological Association 2019;20(3):142-146.

Eroğlu K, Koç G. Jinekolojik Kanser Kontrolü Ve Hemşirelik. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakóltesi Dergisi 2014;1(2):77-90.

Essa R, Ismail N, Hassan N. Effect Of Progressive Muscle Relaxation Technique On Stress, Anxiety, And Depression After Hysterectomy. Journal Of Nursing Education And Practice. 2017;7(7), 77.

Fındık Ü, Topçu S. Cerrahi Girişime Alınış Şeklinin Ameliyat Öncesi Anksiyete Düzeyine Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2015;19:22-33.

Flores-Luevano S, Shokar NK, Dwivedi AK, Shokar GS, Defeu SN. Breast Cancer Fear Among Mexican American Women In The United States. Breast Cancer: Basic And Clinical Research 2020;14:1-8.

Gajda M, Kowalska M. Decreasing The Impact Of Anxiety On Cancer Prevention Through Online Intervention. International Journal Of Environmental Research And Public Health 2020;17, 985.

Gallicchio L, Harvey LA, Kjerulff KH. Fear Of Cancer Among Women Undergoing Hysterectomy For Benign Conditions. Psychosomatic Medicine 2005;67, 420-424.

Gengeç K, Uyanıkoğlu H, İncebıyık A, Sak S, Sak ME . Kliniğimizde Yapılan Laparoskopik Ve Laparotomik Histerektomilerin Karşılaştırılması. Journal Of Harran University Medical Faculty 2017;14(2):104-110.

Gercek E, Dal NA, Dag H, Senveli S. The Information Requirements And Self-Perceptions Of Turkish Women Undergoing Hysterectomy. Pakistan Journal Of Medical Sciences 2016;32:165-170.

Golpanian RS, Kim HS, Yosipovitch G. Effects Of Stress On Itch. Clinical Therapeutics.2020;42(5):745-752.

Gopie JP, Vasen HF, Tibben A. Surveillance For Hereditary Cancer: Does The Benefit Outweigh The Psychological Burden?--A Systematic Review. Crit Rev Oncol Hematol 2012;83, 329-340.

Gül Aİ, Karaçavuş S, Okur A, Özkırış M, Uçar M, Sarp Ü, Börekçi E. Tanısal Testlerin Hastalarda Oluşturduğu Anksiyetenin Ölçümlemesi. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2014;11(3), 257-263.

Halli SS, Prasad JB, Biradar RA. Increased Blood Glucose Level Following Hysterectomy Among Reproductive Women In India. BMC Women's Health 2020;20(1):1-9.

Hannibal KE, Bishop MD. Chronic Stress, Cortisol Dysfunction, And Pain: A Psychoneuroendocrine Rationale For Stress Management In Pain Rehabilitation. Physical Therapy 2014;94(12), 1816-1825.

Hidalgo JL, Sotos JR, Herráez MJ, Rosa MC, López JL & Ortiz MP (2015): Factors Associated With Cancer Worry Among People Aged 50 Or Older, Spain, 2012-2014. Prev Chronic Dis 12, E226.

Hofsjö A, Bohm-Starke N, Blomgren B, Jahren H, Steineck G, Bergmark K Radiotherapy-Induced Vaginal Fibrosis In Cervical Cancer Survivors. Acta Oncologica 2017;56:661-666.

Hovenkamp-Hermelink JHM, Jeronimus BF, Van Der Veen DC, Spinhoven P, Penninx BWJH, Schoevers RA, Riese H. Differential Associations Of Locus Of Control With Anxiety, Depression And Life-Events: A Five-Wave, Nine-Year Study To Test Stability And Change. J Affect Disord 2019;253:26-34.

Huang CC, Lo TS, Huang YT, Long CY, Law KS, Wu MP. Surgical Trends And Time Frame Comparison Of Surgical Types Of Hysterectomy: A Nationwide, Population-Based 15-Year Study. Journal Of Minimally Invasive Gynecology 2020; 27(1):65-73.

Humphrey KL, Lee JM, Donelan K, Kong CY, Williams O, Itauma O, Halpern EF, Gerade BJ, Rafferty EA, Swan JS. Percutaneous Breast Biopsy: Effect On Short-Term Quality Of Life. Radiology 2014; 270(2):362-8.

İnan AH, Budak A. Kliniğimizde Yapılan 412 Total Laparoskopik Histerektominin İntraoperatif Ve Postoperatif Sonuçlarının Retrospektif Analizi. İzmir Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi 2018;22(4):179-184.

International Agency For Research On Cancer. World Health Organisation: Globocan Fact Sheets-Turkey. The Global Cancer Observatory,2020. Erişim Tarihi:10.01.2021 <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/792-turkey-fact-sheets.pdf>

İpşir B. Histerektomi Ameliyatı Olan Hastaların Kaygı Düzeylerinin Ve Öğrenim Gereksinimlerinin Belirlenmesi. İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2019.

İzci F, Ünveren G. Travma Sonrası Stres Bozukluğunda Bilişsel Davranışçı Terapi Ve Göz Hareketleri Ile Duyarsızlaştırma Ve Yeniden İşleme. Bilişsel Davranışçı Psikoterapi Ve Araştırmalar Dergisi 2017;6, 31-38.

Jain S, Pansare SS. Perceptions Of Indian Women On Hysterectomy. International Journal Of Reproduction. Contraception, Obstetrics And Gynecology 2017;6, 4647.

Janak PH, Tye KM. From Circuits To Behaviour In The Amygdala. Nature 2015;517:284-292.

Janda M, Armfield NR, Page K, Kerr G, Kurz S, Jackson G, Currie J, Weaver E, Yazdani A, Obermair A. Factors Influencing Women's Decision Making In Hysterectomy. Patient Education And Counseling 2018b;101(3):504-510.

Jaruzel CB, Gregoski M, Mueller M, Faircloth A, Kelechi T. Aromatherapy For Preoperative Anxiety: A Pilot Study. Journal Of Perianesthesia Nursing 2019;34(2):259-264.

Jin J, Min S, Peng L, Du X, Zhang D, Ren L. No Differences In The Prevalence And Intensity Of Chronic Postsurgical Pain Between Laparoscopic Hysterectomy And Abdominal Hysterectomy: A Prospective Study. Journal Of Pain Research 2020;13:19.

Juruena MF, Cleare AJ, Young AH. The Role Of Early Life Stress In HPA Axis And Depression. In Understanding Depression. Springer, Singapore. 2017;71-80.

Kara H. Yöneticilerde Durumluk Kaygısının Otomatik Düşünceler Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi Social Sciences 2012;7(4):244-258.

Kavak SB. Histerektomi Materyallerinde Adenomyozis Sıklığının Araştırılması. Fırat Tıp Dergisi 2009;14(4):247-249.

Kavlak T. Histerektomide Preoperatif Solunum, Yatak İçi Egzersiz Ve Mobilizasyon Eğitiminin Postoperatif Ağrı Ve Mobilizasyon Düzeyine Etkisinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Doktora Tezi,2017, Ankara.

Keskin S, Keskin D, Özdemir Ö. Histerektomi Endikasyonları Ve Histopatolojik Tanıların Dağılımı. Cumhuriyet Tıp Dergisi 2013;35(3):357-362.

Khan S, Khan S, Channa SR, Bawany MA. Depression And Anxiety Post Total Abdominal Hysterectomy With Bilateral Salpingo-Oophorectomy. The Professional Medical Journal 2020;27(2), 217-224.

Kilic S. Etki Büyüklüğü. Journal Of Mood Disorders 2014;4(1):44–6.

Kjohede P, Borendal Wodlin N, Nilsson L, Fredrikson MM, Wijma K. Impact of stress coping capacity on recovery from abdominal hysterectomy in a fast-track programme: a prospective longitudinal study. BJOG. 2012; 119: 998– 1006.

Konings IC, Harinck F, Kuenen MA, Sidharta GN, Kieffer JM, Aalfs CM, Poley J-W, Smets EM, Wagner A, Van Rens A. Factors Associated With Cancer Worries In Individuals Participating In Annual Pancreatic Cancer Surveillance. Familial Cancer 2017;16(1):143-151.

Köroğlu E, Aydemir Ö. Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler. 4.Baskı. Hekimler Yayın Birliği, Ankara,2009.

Körükçü Ö. Some Life Transitions Are Difficult. It's Like Getting A Gynecological Cancer Diagnosis. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2018; 9(3):248-254.

Kumari KIS, Palavalasa Manasa D, Paul SRP, Soumini G. Clinical Study On Hysterectomy For AUB As Surgical Management At Tertiary Care Centre GGH, Kakinada. *International Journal Of Clinical Obstetrics And Gynaecology*.2019;3:13-17.

Kürek Eken M, İlhan G, Temizkan O, Çelik EE, Herkiloğlu D, Karateke A. The Impact Of Abdominal And Laparoscopic Hysterectomies On Women's Sexuality And Psychological Condition. *Turkish Journal Of Obstetrics And Gynecology* 2016;13(4):196-202.

Kye SY, Park EY, Oh K, Park K. Perceptions Of Cancer Risk And Cause Of Cancer Risk In Korean Adults. *Cancer Research And Treatment : Official Journal Of Korean Cancer Association* 2015;47(2):158-165.

La Rosa VL, Shah M, Kahramanoglu I, Cerentini TM, Ciebiera M, Lin L-T, Dirnfeld M, Minona P, Tesarik J. Quality Of Life And Fertility Preservation Counseling For Women With Gynecological Cancer: An Integrated Psychological And Clinical Perspective. *Journal Of Psychosomatic Obstetrics Gynecology* 2020;41(2):86-92.

Landmark BT, Strandmark M, Wahl A. Breast Cancer And Experiences Of Social Support. In-Depth Interviews Of 10 Women With Newly Diagnosed Breast Cancer. *Scand J Caring Sci* 2002;16(3):216-223.

Lebel S, Jakubovits G, Rosberger Z, Loiselle C, Seguin C, Cornaz C, Ingram J, August L, Lisbona A. Waiting For A Breast Biopsy. Psychosocial Consequences And Coping Strategies. *J Psychosom Res* 2003;55(5):437-443.

Lefebvre G, Allaire C, Jeffrey J, Vilos G. No. 109-Hysterectomy. *Journal Of Obstetrics and Gynaecology Canada* 2018; 40(7):E567-E579.

Levit L, Balogh E, Nass S, Ganz PA. Patient-Centered Communication And Shared Decision Making. In *Delivering High-Quality Cancer Care: Charting A New Course For A System In Crisis*. National Academies Press (US).2013 Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK202146/>

Macefield RC, Lane JA, Metcalfe C, Down L, Neal DE, Hamdy FC, Donovan JL. Do The Risk Factors Of Age, Family History Of Prostate Cancer Or A Higher Prostate Specific Antigen Level Raise Anxiety At Prostate Biopsy? *European Journal Of Cancer* 2009;45:2569-2573.

Macleod AD. Fear In Palliative Care. *Progress In Palliative Care* 2017;25(6):273-278.

Maryami Z, Modarres M, Taavoni S, Rahimi Foroushani A. Effect Of Foot Massage On Pre-And Post Hysterectomy Anxiety. *Hayat* 2013;19(1):65-75

Mazanec SR, Reichlin D, Gittleman H, Daly BJ. Perceived Needs, Preparedness, and Emotional Distress of Male Caregivers of Postsurgical Women With Gynecologic Cancer. *Oncol Nurs Forum*. 2018;45(2):197-205.

Mazzocco K, Masiero M, Carriero MC & Pravettoni G. The Role Of Emotions In Cancer Patients' Decision-Making. *Ecancermedicalscience* 2019;13:914-914.

Mirani SH, Areja D, Gilani SS, Tahir A, Pathan M, Bhatti S. Frequency of Depression and Anxiety Symptoms in Surgical Hospitalized Patients. *Cureus*. 2019;11(2):e4141.

More UR, Shinde MB, Nimmi PM. Effectiveness Of Preoperative Teaching On Women Undergoing Hysterectomy. *Journal Of Critical Reviews* 2020;7(12):367-370.

Moreno-Rius J. The Cerebellum In Fear And Anxiety-Related Disorders. *Progress In Neuro-Psychopharmacology And Biological Psychiatry* 2018;85:23-32.

Morowatisharifabad MA, Gerayllo S, Jouybari L, Amirbeigy MK, Fallahzadeh H. Concerns And Fear Of Esophageal Cancer In Relatives Of Patients With Cancer: A Qualitative Study. *Journal Of Gastrointestinal Cancer* 2020;51:957-964.

Mulugeta H, Ayana M, Sintayehu M, Dessie G, Zewdu T. Preoperative Anxiety And Associated Factors Among Adult Surgical Patients In Debre Markos And Felege Hiwot Referral Hospitals, Northwest Ethiopia. *BMC Anesthesiology* 2018;18(1):155.

Murphy PJ, Marlow LAV, Waller J, Vrinten C. What Is It About A Cancer Diagnosis That Would Worry People? A Population-Based Survey Of Adults In England. BMC Cancer 2018;18(1):86.

Nigussie S, Belachew T, Wolancho W. Predictors Of Preoperative Anxiety Among Surgical Patients In Jimma University Specialized Teaching Hospital, South Western Ethiopia. BMC Surgery 2014;14: 67.

O'Carroll RE. Self-Regulation Interventions – What Do We Know And Where Should We Go? Health Psychology Review 2020;14(1):159-164.

Omani Samani R, Maroufizadeh S, Navid B, Amini P. Locus Of Control, Anxiety, And Depression In Infertile Patients. Psychology, Health & Medicine 2017;22(1):44-50.

Öner N, Lecompte WA. Durumluk-Sürekli Kaygi Envanteri El Kitabı. Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, İstanbul,1983.

Özdemir F, Pasinlioğlu T. Histerektomi Operasyonu Geçiren Kadınların Histerektomi Hakkında Görüşlerinin Belirlenmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2009;11(1):30-37.

Özsoy S, Özsoy G. Effect Size Reporting In Educational Research.2013;12(2), 334-346.

Öztürk R, Sevil Ü, Sargin A, Yücebilgin MS. The Effects Of Reflexology On Anxiety And Pain In Patients After Abdominal Hysterectomy: A Randomised Controlled Trial. Complementary Therapies In Medicine 2018;36:107-112.

Özyürek A, Demiray K. Yurtta Ve Ailesi Yanında Kalan Ortaöğretim Öğrencilerinin Kaygı Düzeylerinin Karşılaştırılması.Doğuş Üniversitesi Dergisi.2010;11(2).

Özyurt E, Uğurlu D, Erduran S, Aykutluğ M, Yetiş SD, Aydın İ, Akar Y, Açıkgöz O, Alper M. Patoloji Sonuçlarının Zamanında Çıkmasına Yönelik Kademeli SMS Uygulamaları Dışkapı Modeli. Sağlık Akademisyenleri Dergisi 2019;6(1):11-17.

Pålsson M, Stjerndahl JH, Granåsen G, Löfgren M, Sundfeldt K. Patient-reported lower urinary tract symptoms after hysterectomy or hysteroscopy: a study from the Swedish Quality Register for Gynecological Surgery. International urogynecology journal, 2017;28(9):1341-1349.

Papade A, Reddy GS, Pravalika N, Kumar BS. Risk Factors Of Female Reproductive Cancers In Indian Inhabitants. Medico Research Chronicles 2020;7(3):112-118.

Papargyri P, Zapanti E, Salakos N, Papargyris L, Bargiota A, Mastorakos G. Links between HPA axis and adipokines: clinical implications in paradigms of stress-related disorders. Expert review of endocrinology & metabolism, 2018;13(6):317-332.

Park K, Kim Y, Yang HK, Min HS. The Fear Of Cancer From The Standpoint Of Oneself, The Opposite Sex And The Fear Of Side Effects Of Cancer Treatment. Cancer Research And Treatment : Official Journal Of Korean Cancer Association 2020;52(4):993-1001.

Parsons LHP, Pedersen R, Richardson DL, Kho KA. The Prevalence Of Occult Endometrial Cancer In Women Undergoing Hysterectomy For Benign Indications. European Journal Of Obstetrics & Gynecology And Reproductive Biology 2018;223:108-112.

Patil K, Faye A, Gawande S, Tadke R, Bhav S & Kirpekar V. Correlates Of Anxiety In Patients Posted For Hysterectomy. Panacea Journal Of Medical Sciences 2017;7(1):40-44.

Perrotta G. Anxiety Disorders: Definitions, Contexts, Neural Correlates And Strategic Therapy. Jacobs Journal of Neurology and Neuroscience 2019;6(1):046.

Pinto PR, McIntyre T, Almeida A, Araújo-Soares V. The Mediating Role Of Pain Catastrophizing In The Relationship Between Presurgical Anxiety And Acute Postsurgical Pain After Hysterectomy. *Pain*. 2012a;153(1):218-26.

Pinto PR, McIntyre T, Nogueira-Silva C, Almeida A, Araújo-Soares V. Risk Factors For Persistent Postsurgical Pain In Women Undergoing Hysterectomy Due To Benign Causes: A Prospective Predictive Study. *The Journal Of Pain* 2012b;13(11):1045-1057.

Polascik BA, Tan DJA, Raghunathan K, Kee HM, Lee A, Sng BL, Belden CM. Acceptability And Feasibility Of Perioperative Music Listening: A Rapid Qualitative Inquiry Approach. *Journal Of Music Therapy*. 2020.

Powell R, Scott NW, Manyande A, Bruce J, Vögele C, Byrne-Davis LM, Unsworth M, Osmer C, Johnston M. Psychological Preparation And Postoperative Outcomes For Adults Undergoing Surgery Under General Anaesthesia. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*. 2016;(5):CD008646.

Priya P, Roach EJ. Effect Of Pre-Operative Instruction On Anxiety Among Women Undergoing Abdominal Hysterectomy. *Nursing Journal Of India* 2013;104(6), 245-8.
Prusty RK, Choithani C, Gupta SD. Predictors Of Hysterectomy Among Married Women 15–49 Years In India. *Reproductive Health* 2018;15, 3.

Rao PR, Vijayalakshmi D, Reddy DS. To Study The Trends In Hysterectomy In A Tertiary Care Hospital Based On The Indications Of Hysterectomy. *IOSR Journal Of Dental And Medical Sciences*. 2019;18:49-53.

Rashid A, Qamar H, Pario S. Frequency And Morphology Of Benign Histopathological Lesions In Total Abdominal Hysterectomy Specimens. *The Professional Medical Journal* 2020;27(3):481-486.

Raspollini MR, Lax SF, McCluggage WG. The Central Role Of The Pathologist In The Management Of Patients With Cervical Cancer: ESGO/ESTRO/ESP Guidelines. *Virchows Archiv* 2018;473(1):45-54.

Rather GR, Gupta Y, Bardhwaj S. Patterns Of Lesions In Hysterectomy Specimens: A Prospective Study. JK Science 2013;15(2):63-68.

Rayne S, Schnippel K, Firnhaber C, Wright K, Kruger D & Benn C-A. Fear Of Treatments Surpasses Demographic And Socioeconomic Factors In Affecting Patients With Breast Cancer In Urban South Africa. Journal Of Global Oncology 2016;3(2):125-134.

Reding KM, Styner MM, Wilson ME, Toufexis D, Sanchez MM. Social Subordination Alters Estradiol-Induced Changes In Cortico-Limbic Brain Volumes In Adult Female Rhesus Monkeys. Psychoneuroendocrinology 2020;114:104592.

Richardson E, Schüz N, Sanderson K, Scott J, Schüz B. Illness Representations, Coping, And Illness Outcomes In People With Cancer: A Systematic Review And Meta-Analysis: Systematic Review Illness Representations In Cancer. Psycho-Oncology 2016;26(6):724-737.

Robinson OJ, Vytal K, Cornwell BR, Grillon C. The Impact Of Anxiety Upon Cognition: Perspectives From Human Threat Of Shock Studies. Front Hum Neurosci. 2013;7:203.

Rolls ET. Limbic Systems For Emotion And For Memory, But No Single Limbic System. Cortex 2015;62:119-157.

Sağlam D, Karacaoğlu MÜ, Karacan T, Koçer H, Dayan H, Naki MM. Benign Endikasyonlu Olgularda Histerektomi Yöntemlerinin Karşılaştırılması. Medical Bulletin Of Haseki/Haseki Tip Bulteni 2013;51: 112-5.

Saviola F, Pappaianni E, Monti A, Grecucci A, Jovicich J, De Pisapia N. Trait And State Anxiety Are Mapped Differently In The Human Brain. Scientific Reports 2020;10:11112.

Schmidt A, Sehnem GD, Cardoso LS, Quadros Jsd, Ribeiro AC, Neves ET. Sexuality Experiences Of Hysterectomized Women. Escola Anna Nery 2019;23(4): e20190065.

Selimen D, Işık I. The Importance of a Holistic Approach During the Perioperative Period. *AORN journal*. 2011;93(4):482-7.

Şentürk M, Budak M, Çakmak Y, Durukan Ö, Polat M. Histerektomi Olgularında Adenomyosis Prevelansı Ve İlişkili Faktörler. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni* 2015;46:102-105.

Seven M, Bağcıvan G, Akyuz A, Bölükbaş F. Women With Family History Of Breast Cancer: How Much Are They Aware Of Their Risk? *Journal Of Cancer Education* 2018;33(4):915-921.

Sharma P, Gupta S. Histopathological Analysis Of Cervical And Uterine Pathologies In Hysterectomy Specimens In Tertiary Care Centre. *J Med Sci Clin Res* 2020;8(12):761-765.

Sharma P, Sharma S, Verma K. Quality of life among cancer patients receiving treatment in the Regional Cancer Hospital, IGMCH, Shimla, Himachal Pradesh. *International Journal of Advance Research, Ideas and Innovations in Technology*. 2019;5(4):196-202.

Shekhar C, Paswan B, Singh A. Prevalence, Sociodemographic Determinants And Self-Reported Reasons For Hysterectomy In India. *Reproductive Health*. 2019;16,118.

Silva CDMCE, Vargens OMD. Woman Experiencing Gynecologic Surgery: Coping With The Changes Imposed By Surgery. *Revista Latino-Americana De Enfermagem* 2016;24.

Spielberger C. Development of the Spanish edition of the State-Trait Anxiety Inventory. *Revista Interamericana De Psicologia*. 1971.

Spielberger, CD. State-trait anxiety inventory. In I. Weiner, W. Craighead (Eds.), *The Corsini encyclopedia of psychology*. 4th edition. 2010;1698–1699

Straker N. Psychodynamic Psychiatry For Patients With Cancer: Survivorship. *Psychodynamic Psychiatry* 2019;47(4):403-424.

Sucheta KL, Manangi M, Madhu KP, Arun BJ, Nagaraj N. Hysterectomy: Clinical Profile, Indications And Postoperative Complications. 2016;5(7).

Tariq N, Sarfaraz K, Nasim F. Abdominal Hysterectomy: Still A Common. Journal Of The Society Of Obstetricians And Gynaecologists Of Pakistan 2013;3(2):87-93.

Taş BG, Toprak D, Esen ES, Öztürk GZ. 18 Yaş Ve Üzeri Kadınlarda Meme Kanseri Risk Düzeyinin Belirlenmesi. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2020;24(1):32-40.

Tazegül A, Acar A. Kliniğimizde Gerçekleştirilen Histerektomi Olgularının Klinik Ve Demografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi. Selçuk Tıp Dergisi.2010;26(1):19-22.

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

Topçu SY, Baskın BE. Cerrahi Girişim Bekleyen Kolorektal Kansere Hastalarında Sosyal Destek Algısı Ve Etkileyen Faktörler. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2019;10(4):423-430.

Toptaş B. Histerektomiye İlişkin Kadın Ve Eşlerinin Bilgi Ve Düşünceleri. In Hemşirelik. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi 2017, Aydın.

Torre-Montero JC. Gynecological Cancer, Principle of Nursing in Oncology. 2019;183-194.

Tünel M, Vural A, Evlice YE, Tamam L. Meme Kanseri Hastalarında Psikiyatrik Sorunlar. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi 2012;21:189-219.

Turan N. Yoğun Bakım Ünitesinde Terapötik Dokunmanın Önemi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2015;6(3):134-139

Türk Dil Kurumu (2020). Available At: <https://sozluk.gov.tr/> (Accessed 14.04.2020)

Türkyılmaz M, Baran Deniz E, Dünder S, Ergün Kavak A, Sevinç A, Tütüncü S, Seymen E. Türkiye Kanser İstatistikleri 2016. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı, 2019,Ankara.

Uner FO,Korukcu O. A Prevalence And Psychometric Study On Fear Of Cancer In Women With Abnormal Cervical Cytology Undergoing Colposcopy. *Psycho-Oncology* 2020;29(11):1850-1855.

Utli H. Abdominal Histerektomi Ameliyatı Geçiren Kadınlarda Reiki Ve Sırt Masajının Ağrı Üzerine Etkisi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi,2018,Malatya.

Vural PI,Yangın HB. Menopoz Algısı: Türk Ve Alman Kadınların Karşılaştırılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2016;5(3):7-15.

Wagner P, Kommos F, Kommos S, Hartkopf A, Pasternak I, Oberlechner E, Greif K, Wallwiener M, Neis F, Abele H . Unexpected Malignant Uterine Pathology: Incidence, Characteristics And Outcome In A Large Single-Center Series Of Hysterectomies For Presumed Benign Uterine Disease. *Gynecologic Oncology* 2019;153(1):49-54.

Wang XQ, Lambert CE, Lambert VA. Anxiety, Depression And Coping Strategies In Post-Hysterectomy Chinese Women Prior To Discharge. *International Nursing Review* 2007;54(3):271-279.

Weare K. Rehabilitation After Gynecological Cancer Treatment. *International Journal Of Gynecology & Obstetrics* 2015;131(2):S164-S166.

Wenzel L, Dealba I, Habbal R, Kluhsman BC, Fairclough D, Krebs LU, Anton-Culver H, Berkowitz R, Aziz N. Quality Of Life In Long-Term Cervical Cancer Survivors. *Gynecologic Oncology* 2005;97(2):310-317.

Whitney CA, Dorfman CS, Shelby RA, Keefe FJ, Gandhi V, Somers TJ. Reminders Of Cancer Risk And Pain Catastrophizing: Relationships With Cancer Worry And Perceived Risk In Women With A First-Degree Relative With Breast Cancer. *Familial Cancer* 2019;18(1):9-18.

Wodlin NB. Risk Factors For Impaired Patient-Reported Satisfaction And Increased Length Of Hospital Stay Following Hysterectomy On Benign Indications In Premenopausal Women: A Study From The Swedish National Register For Gynecological Surgery. *Geburtshilfe Und Frauenheilkunde*. 2020; 80(3): 288–299.

Wongkietkachorn A, Wongkietkachorn N, Rhunsiri P. Preoperative Needs-Based Education To Reduce Anxiety, Increase Satisfaction, And Decrease Time Spent In Day Surgery: A Randomized Controlled Trial. *World Journal Of Surgery* 2018;42(3):666-674.

Wren AA, Shelby RA, Soo MS, Huysmans Z, Jarosz JA, Keefe FJ. Preliminary Efficacy Of A Lovingkindness Meditation Intervention For Patients Undergoing Biopsy And Breast Cancer Surgery: A Randomized Controlled Pilot Study. *Supportive Care In Cancer* 2019;27(9):3583-3592.

Xiao CL, Gavrilidis E, Lee S, Kulkarni J. Do mental health clinicians elicit a history of previous trauma in female psychiatric inpatients?, *Journal of Mental Health*, 2016;25(4):359-365.

Yaban ZS. Usage Of Non-Pharmacologic Methods On Postoperative Pain Management By Nurses: Sample Of Turkey. *International Journal Of Caring Sciences* 2019;12(1):529-541.

Yang Y, Ma H, Wang M, Wang A. Assessment Of Anxiety Levels Of Patients Awaiting Surgery For Suspected Thyroid Cancer: A Case-Control Study In A Chinese-Han Population. *Asia-Pacific Psychiatry* 2017;9(4).

Yardakçı R, Akyolcu N. Ameliyat Öncesi Dönemde Yapılan Hasta Ziyaretlerinin Hastanın Anksiyetesi Üzerine Etkisi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2004;6:7-14.

Yeşim A, Gökhan A. Patoloji Laboratuvar Rutininde Akılcı Laboratuvar Kullanımı: Tetkik İstemlerinin Retrospektif Değerlendirmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi 2019;10(25):612-630.

Yıldız D. Ameliyat Öncesi Ve Sonrası Dönemde Hastaların Kaygı Düzeylerinin Belirlenmesi.Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Yüksek Lisans Tezi, 2011,Lefkoşa.

Yılmaz E, Karataş B, Sancı M. Kadınlarda Histerektomi Sonrası Cinsel Fonksiyon Ve Yaşam Kalitesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2015;31, 40-52.

Yılmaz K. Histerektomi Geçiren Kadınlara Yönelik Geliştirilen Hemşirelikdestek Programının Etkinliği. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Yüksek Lisans Tezi, 2019,İstanbul.

Yörükoğlu K. Patoloji Laboratuvarında Toplam Kalite. Aegean Pathology Journal, 2005;2:86-97.

Yuksel S, Serbetcioglu GC, Alemdaroglu S, Yetkinel S, Durdag GD, Simsek E, Celik H. An Analysis Of 635 Consecutive Laparoscopic Hysterectomy Patients In A Tertiary Referral Hospital. Journal Of Gynecology Obstetrics And Human Reproduction 2020;49(1).

Zhang H, Jia Y, Li X, Feng Y, Wang X. Effects Of Psychological Intervention On Quality Of Life, Negative Emotions, And Psychological Rehabilitation In Post-Hysterectomy Women. Int J Clin Exp Med 2018;11(7):7304-7311.

Zhu J, Arsovska B, Kozovska K. Acupuncture Treatment In Anxiety. European Journal Of Pharmaceutical And Medical Research (EJPMR) SJIF Impact Factor 6.222 2020;7: 120-122.

EKLER

Kişisel Bilgi Formu

- 1.Yaş:
- 2.Eğitim durumu: a) Okur-yazar b) İlkokul c) Ortaokul d) Lise
e) Üniversite f) Lisansüstü
3. Gelir getiren bir işte çalışma durumu: a) Evet b) Hayır
- 4.Aylık gelir:
- 5.Medeni durum: ()Evli ()Bekar
6. Yaşanan gebelik sayısı:
- 7.Menopoza girdiniz mi? ()Evet () Hayır Evet ise kaç yaşında?
- 8.Ailenizde kanser olan biri var mı? () Evet () Hayır
- 9.Kronik bir hastalığınız var mı? () Evet () Hayır
10. Zararlı alışkanlıklar:
Sigara: Evet() Hayır() Alkol: Evet() Hayır() Diğer:.....
Yok()
11. Şu an kliniğe başvuru şikayetiniz nedir?
12. Daha önce bir ameliyat geçirdiniz mi? () Evet..... () Hayır
13. Yapılan ameliyatın çeşidi nedir? () Abdominal ()Vajinal ()Laparoskopik
- 14.* Cerrahi operasyon nedeni nedir?
() Postmenopozal kanama () Myoma uteri ()Hiperplazi () Polip ()Prolapsus
()Diğer
15. Ameliyat sonrası hastanede yatarken kaygı yaşamınıza sebep olan bir faktör var mı?
() Evet
() Hayır
16. İçinde bulunduğunuz süreçte yakınlarınızın desteğini hissediyor musunuz?
() Evet () Hayır () Kısmen
17. Daha önce patoloji sonucu beklediniz mi? () Evet () Hayır

*Araştırmacı tarafından hasta dosyasındaki bilgilere yönelik olarak doldurulacaktır.

Durumluk Kaygı Ölçeği

		Hiç	BİRAZ	ÇOK	TAMAMIYLA
1.	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3.	Su anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4.	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6.	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7.	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9.	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12.	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13.	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14.	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17.	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18.	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)

Kanser Kaygı Ölçeği

	Neredeyse hiç	Bazen	Çoğu zaman	Nerdeyse her zaman
1.Kansere yakalanma olasılığınız hakkında ne sıklıkta düşünürsünüz?	☐	☐	☐	☐
2.Bu düşünceler ruh halinizi etkiler mi?	☐	☐	☐	☐
3.Bu düşünceler günlük aktivitelerinizi gerçekleştirme becerilerinizi etkiler mi?	☐	☐	☐	☐
4.Bir gün kanser olma ihtimalinizden ne kadar endişelenirsiniz?	☐	☐	☐	☐
5.Kanser gelişmesi hakkında ne sıklıkta kaygılanıyorsunuz?	☐	☐	☐	☐
6.Bu kaygı sizin için ne kadar büyük bir sorundur?	☐	☐	☐	☐
7.Aile üyelerinde kanser gelişme olasılığı hakkında ne sıklıkta kaygılanıyorsunuz?	☐	☐	☐	☐
8. Ameliyata ihtiyaç duyacağınız konusunda ne kadar endişelisiniz?	☐	☐	☐	☐

Cancer Worry Scale-Eng. (8 items), © E.M.A. Bleiker, NKI-AVL, Amsterdam, The Netherlands, 2012

Evrak Tarih ve Sayısı: 08/03/2019-E.32960



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Üniversite Hastanesi Başmüdürlüğü



Sayı : 26708535-900-E.32960
Konu : Şerife BASIR Tez Çalışması

08/03/2019

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : a) 01/03/2019 tarihli ve 57830559-302.14.03-E.29791 sayılı yazı,
b) 06/03/2019 tarihli ve 97593652-900-31679 sayılı yazı,

Enstitümüz Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans programı öğrencisi Şerife BASIR'ın "Kanser Şüphesiyle Histerektomi Yapılan Kadınlarda Patoloji Sonucu Bekleme Sürecindeki Kaygı Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler" konulu tez çalışmasını Nisan 2019 - Nisan 2020 tarihleri arasında Hastanemiz Kadın Doğum Servislerinde yapabilmesi uygun görülmüştür. Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

e-imzalıdır
Prof.Dr. Bülent AYDINLI
Başhekim

Ek: Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Cevap Yazısı

Adres: Akdeniz Üniversitesi Sağlık, Araştırma ve Uygulama Merkezi (Hastane)
Başmüdürlüğü
Telefon: 2422496000 Faks: 2422496040
e-Posta: yuzlid@akdeniz.edu.tr Elektronik Ad: www.akdeniz.edu.tr

Bilgi için: Pilya ALTINANAHTAR
Unvanı: Sekreter

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Evrak Tarih ve Sayısı: 06/03/2019-31679



T.C.
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı



Sayı : 97593652-900-31679
Konu : Şerife BASIR Tez Çalışması
Uygunluğu Hk.

06/03/2019

SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ (HASTANE) BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 06/03/2019 tarihli ve 26708535-900-E.31464 sayılı yazı,

İlgi yazıda bahsi geçen çalışmanın Nisan 2019-Nisan 2020 tarihleri arasında Anabilim Dalımız bünyesinde yapılması uygun görülmüştür.
Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof.Dr. Selahattin KUMRU
Anabilim Dalı Başkanı

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
2019

KARAR

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası A Blok 1. Kat No: A1-05 Kamptis /ANTALYA
	TELEFON	0 (242) 249 69 54
	FAKS	0 (242) 249 69 03
	E-POSTA	etik@akdeniz.edu.tr
	ETİK KURUL KODU	2012-KAEK-20
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNYANI/ADI/SOYADI		Dr.Öğr.Üyesi Ömer KÖRÜKÇÜ
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Kanser Şüphesiyle Histerektomi Yapılan Kadınlarda Patoloji Sonucu Bekleme Sürecindeki Kayıp Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler
DESTEKLEYİCİ		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 185	Tarih: 20.02.2019
	Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın yapılmasında bilimsel ve etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir	

Dr.Öğr.Üyesi M. Levent ÖZÖNÜL
Başkan Yardımcısı

Prof. Dr. Mustafa CANPOLAT
Üye

Prof. Dr. Adnan YAŞATARGİL
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Prof. Dr. Elif Nisan
Üye

Prof. Dr. Veli YAZIŞIZ
Üye (dindir)

Prof. Dr. Fatma KARSLI
Üye

Prof. Dr. Oğuz DURSUN
Üye (dindir)

Doç. Dr. Gökhan Dursun BAYSAK
Üye

Doç. Dr. Dilek KIPŞAK KOBGÜN
Üye

Doç. Dr. İsmail BİLİR
Üye

Dr. Öğr. Üyesi Mehmet TÜRKAY
Üye

Dr. İsmail HÜLER
Üye (dindir)

Tuğrul ALTUN
Üye

Av. Mustafa AÇIKEL
Üye (dindir)

Kanser Kaygı Ölçeği



Oznur Korukcu <oznurkorukcu@akdeniz.edu.tr>

24.12.2020 Per 21:57

Kime: Siz

↶ ↷ → ...

Sevgili Şerife,
Kanser Kaygı Ölçeğini çalışmada kullanmandan memnuniyet duyarız. Tez çalışmada kolaylıklar dilerim..

Sevgilerimle..

Doç.Dr. Öznur KÖRÜKCÜ

iPhone'umdan gönderildi

şerife basır <serifebasir@hotmail.com> şunları yazdı (24 Ara 2020 21:42):

Sayın Doç. Dr. Öznur Körükcü ,
Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü yüksek lisans öğrencisiyim. Tezimde geçerlik ve güvenirlik çalışması Fatma Özlem Üner ve tarafınızdan yapılan KANSER KAYGI ÖLÇEĞİ'ni kullanmak istiyorum. Ölçeği tezimde kullanabilmek için izninize ihtiyaç duymaktayım. Yardıminız için şimdiden teşekkür eder, iyi çalışmalar dilerim.

Saygılarımla.
Şerife Basır



FATMA ÖZLEM ÜNER <fatma.uner@alanya.edu.tr>

24.12.2020 Per 22:27

Kime: Siz

↶ ↷ → ...

Tabiki kullanabilirsiniz, kolaylıklar dilerim çalışmanızda.

24 Ara 2020 Per, saat 21:41 tarihinde şerife basır <serifebasir@hotmail.com> şunu yazdı:

Sayın Fatma Özlem Üner ,
Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü yüksek lisans öğrencisiyim. Tezimde geçerlik ve güvenirlik çalışması Doç. Dr. Öznur Körükcü ve tarafınızdan yapılan KANSER KAYGI ÖLÇEĞİ'ni kullanmak istiyorum. Ölçeği tezimde kullanabilmek için izninize ihtiyaç duymaktayım. Yardıminız için şimdiden teşekkür eder, iyi çalışmalar dilerim.

Saygılarımla.
Şerife Basır

Yanıtla | İlet

AYDINLATILMIŞ ONAM

İsmim Şerife Basır, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda yüksek lisans yapmaktayım. Aynı zamanda Kadın Hastalıkları ve Doğum servisinde klinik hemşiresiyim. Akdeniz Üniversitesi Hastanesi'nde histerektomi yapılan kadınlarda kaygı düzeyini belirlemek için çalışma yapıyorum. Bu amaç doğrultusunda, sizlerin cevaplamaı Kişisel Bilgi Formu ve histerektomi işlemi sonrası yaşadığınız kaygı düzeyini ölçmek için ölçekler hazırlanmıştır. Sorularımı yanıtlamak ortalama 15 dakikanızı alacaktır. Sorulan sorulara cevap vermeniz, kaygı yaşayan kadınlara bu konuda bakım verilmesi ve destek olunması açısından önemlidir. Toplanan veriler yalnızca araştırma için kullanılacaktır. Araştırmaya katılmak konusunda gönüllü olmanız esastır.

Katıldığınız için teşekkür ederim.

Katılımcının İmzası

Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği
Yüksek Lisans Öğrencisi
Şerife Basır

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Şerife	Uyruğu	TC
Soyadı	Basır	e-posta	serifebasir@hotmail.com
Doğum tarihi	27.01.1995		

Eğitim Bilgileri

Mezun olduğu kurum		Mezuniyet yılı
Lise	Antalya Anadolu Lisesi	2013
Lisans	Akdeniz Üniversitesi	2017
Yüksek Lisans	Akdeniz Üniversitesi	2021

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (yıl-yıl)
Hemşire	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	2017-Halen

Yabancı Dilleri	Sınav türü	Puamı
İngilizce	Yökdil Sağlık	56,2