

KADINLARDA SIK KARŞILAŞILAN KANSELERDE KLİNİK SÜREÇ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Editör
DERYA ŞİMŞEK
GÜLHAN AKDEMİR
ÖZLEM ABİ



BİDGE Yayınları

KADINLARDA SIK KARŞILAŞILAN KANSERLERDE KLİNİK SÜREÇ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Editör: DR. ÖĞR. ÜYESİ DERYA ŞİMŞEKLİ, ÖĞR. GÖR.
GÜLHAN AKDEMİR, ARŞ. GÖR. ÖZLEM ABİ

ISBN: 978-625-372-833-5

1. Baskı

Sayfa Düzeni: Gözde YÜCEL

Yayınlama Tarihi: 22.10.2025

BİDGE Yayınları

Bu eserin bütün hakları saklıdır. Kaynak gösterilerek tanıtım için yapılacak kısa alıntılar dışında yayıncının ve editörün yazılı izni olmaksızın hiçbir yolla çoğaltılamaz.

Sertifika No: 71374

Yayın hakları © BİDGE Yayınları

www.bidgeyayinlari.com.tr - bidgeyayinlari@gmail.com

Krc Bilişim Ticaret ve Organizasyon Ltd. Şti.

Güzeltepe Mahallesi Abidin Daver Sokak Sefer Apartmanı No: 7/9 Çankaya /
Ankara



İÇİNDEKİLER

MEME KANSERİNDE KLİNİK SÜREÇ VE HEMŞİRELİK BAKIMI	4
DERYA ŞİMŞEKLİ	4
ÖZLEM ABİ	4
GÜLHAN AKDEMİR	4
SERVİKS KANSERİNDE KLİNİK SÜREÇ VE HEMŞİRELİK BAKIMI	22
GÜLHAN AKDEMİR	22
DERYA ŞİMŞEKLİ	22
ÖZLEM ABİ	22
ENDOMETRİUM KANSERİNDE KLİNİK SÜREÇ VE HEMŞİRELİK BAKIMI	46
ÖZLEM ABİ	46
GÜLHAN AKDEMİR	46
DERYA ŞİMŞEKLİ	46

MEME KANSERİNDE KLİNİK SÜREÇ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

**DERYA ŞİMŞEKLİ¹
ÖZLEM ABİ²
GÜLHAN AKDEMİR³**

Giriş

Meme kanseri Türkiye ve dünyada kadınlar arasında görülme sıklığı yüksek olan mortalite oranını arttıran kronik hastalıklardan biridir. Hastalığın erken teşhis edilmesi, erken aşamada tedaviye başlanabilmesini sağlayarak bireylerin hayatta kalma oranlarını arttırabilmektedir. Bu açıdan erken tanı oldukça önemlidir. Rutin taramada kendi kendine meme muayenesi, klinik meme muayenesi, mamografi yer almaktadır. Diğer tanı yöntemleri arasında ise meme ultrasonu, meme manyetik rezonans görüntüleme, pozitron emisyon grafisi, biyopsi gibi yöntemler yer almaktadır. Hastalık başlangıç aşamasında belirti vermeyebilir. Genellikle rutin taramalar esnasında veya hastanın memesinde kitleyi hissetmesiyle hastaneye başvurulur. Memelerde ele gelen kitle, şekil bozukluğu, portakal

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Ardahan Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü, Orcid: 0000-0002-3904-951X

² Arş. Gör., Iğdır Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü, Orcid: 0000-0002-8110-8608

³ Öğr. Gör. Dr, Iğdır Üniversitesi, Ebelik Bölümü, Orcid: 0000-0001-8068-2272

kabuğu görüntüsü, meme derisinde kalınlaşma, renk değişikliği, meme başından kanlı veya pürülan bir akıntının gelmesi, koltuk altında ele gelen kitle gibi belirtilerle kendini gösterebilir (Harbeck ve ark., 2019: 66). Hastalığın tedavisi tümörün biyolojik türüne ve hastalığın evresine göre farklılık göstermekle birlikte genellikle kemoterapi, radyoterapi, cerrahi tedavi ve hormonoterapi uygulanabilmektedir. Hastalığın tüm süreçleri hasta ve ailesi açısından oldukça yorucu ve yıpratıcı geçmekte ve yaşam kalitesinde düşme meydana getirmektedir. Özellikle kemoterapiye ve cerrahi tedaviye bağlı meydana gelebilen komplikasyonların yönetiminde uygun tedavi ve hemşirelik bakımı oldukça önemlidir (Trayes & Cokenakes, 2021: 171-178). Bu bölümde kadınlar arasında sık karşılaşılan meme kanserinin tanımı, risk faktörleri, fizyopatolojisi, tanısı, evreleri, tedavisi ve bakımına yer verilmiştir.

Meme Kanseri

Meme kanseri, meme hücrelerinde meydana gelen anormal ve kontrolsüz hücre büyümesi sonucunda ortaya çıkan kronik bir hastalıktır. Hastalık büyük oranda kadınlarda görülür. Erkeklerde de düşük oranda da olsa görülebilmektedir (Harbeck ve ark., 2019: 66). Bu bölümde sadece kadınlarda meydana gelen meme kanserine yer verilecektir.

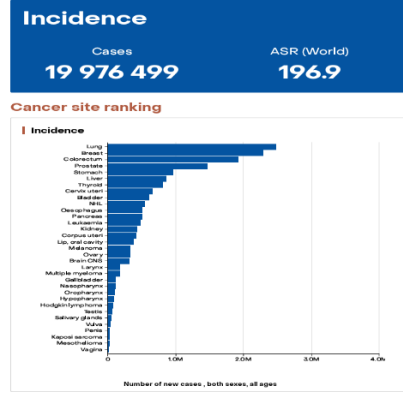
Meme, süt bezleri (lobüller), kanallar, yağ ve bağ dokusu, kan ve lenf damarlarından oluşan bir organdır. Memelerin temel görevi ise süt üretimidir. Ayrıca memeler, kadına kadınlık özelliği veren ikincil cinsiyet karakterlerinden biridir. Meme kanseri, meme dokusunu oluşturan süt bezleri, süt kanalları veya diğer meme hücrelerinde kontrolsüz hücre çoğalması sonucu ortaya çıkan, kötü huylu ve yayılma eğilimi gösteren bir hastalıktır (Harbeck ve ark., 2019: 66; Cuero, 2019: 34).

Meme Kanseri Epidemiyolojisi

Meme kanseri, insidans ve mortalite açısından kadınlar arasında sık görülen ve ilk sıralarda yer alan kanserdir. Kanser insidans oranlarına bakıldığında her iki cinsiyette yeni kanser vakaları arasında ilk sırada akciğer kanserinin ikinci sırada ise meme kanserinin yer aldığı görülmektedir (Şekil 1). Her iki cinsiyette kansere bağlı mortalite oranları bakımından ise akciğer, kolorektal ve karaciğer kanserinin ardından 4.sırada yer aldığı tespit edilmiştir (Şekil 2). Küresel Kanser Gözlemevi (GLOBOCAN) 2022 verilerine göre tüm dünyada kadınlar arasında görülen yeni kanser vakalarının %23.8'ini (2296840) meme kanserlerinin oluşturduğu bildirilmiştir. Yine aynı yıl içerisinde 4313548 ölümün %15.4'ünün meme kanseri nedeniyle meydana geldiği tespit edilmiştir (International Agency for Research on Cancer (IARCH), 2022a).

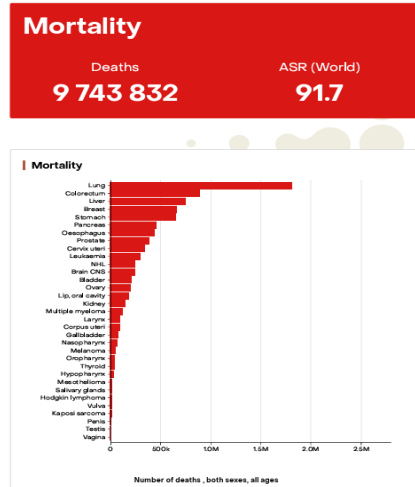
Türkiye kanser istatistiklerine bakıldığında 2020 yılı içerisinde en sık görülen kanser türleri içerisinde %43.4 ile kadınlar arasında 1.sırada yer aldığı görülmüştür (Şekil 3) (Şentürk ve ark., 2025: 18). GLOBOCAN 2022 yılı verilerine göre ise her iki cinsiyette kanserden ölüme neden olan ikinci hastalık olduğu bildirilmiştir (Şekil 4) (International Agency for Research on Cancer (IARCH), 2022b).

Şekil 1 2022 Yılı Dünya Geneli Kanser İnsidansları



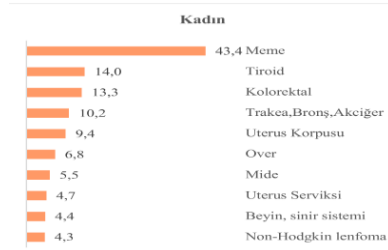
Kaynak: International Agency for Research on Cancer (IARCH). 2022a. "All Cancers Fact Sheet." GLOBOCAN. [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/cancers/39-all-cancers-fact-sheet.pdf](https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/cancers/39-all-cancers-fact-sheet.pdf) Erişim tarihi: 30.09.2025.

Şekil 2 2022 Yılı Dünya Geneli Kanser Mortalite Oranları



Kaynak: International Agency for Research on Cancer (IARCH). 2022a. "All Cancers Fact Sheet." GLOBOCAN. [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/cancers/39-all-cancers-fact-sheet.pdf](https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/cancers/39-all-cancers-fact-sheet.pdf) Erişim tarihi: 30.09.2025.

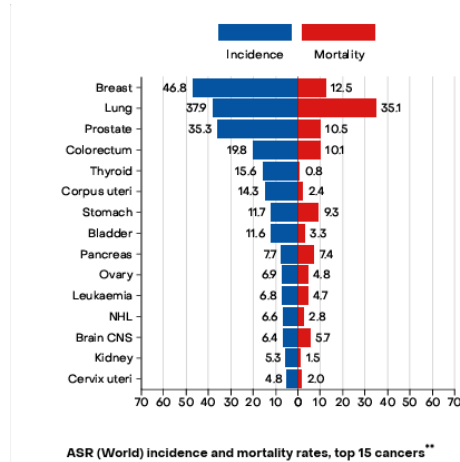
Şekil 3 Türkiye’de 2020 Yılında Kadınlarda En Sık Görülen Kanserler



Kaynak: International Agency for Research on Cancer (IARCH). 2022b.
“Türkiye Kanser Veri Sayfası.” GLOBOCAN.

<https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/792-turkiye-fact-sheet.pdf> Erişim tarihi: 30.09.2025.

Şekil 4 Türkiye’de Her İki Cinsiyette Kanser Türlerine Göre Mortalite Oranları



Kaynak: International Agency for Research on Cancer. (2024). GLOBOCAN 2022: Türkiye Kanser Veri Sayfası. Global Cancer Observatory. Erişim adresi: <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/792-turkiye-fact-sheet.pdf> Erişim tarihi: 30.09.2025

Meme Kanserinin Risk Faktörleri

Meme kanseri birçok çevresel ve genetik risk faktörüne bağlı olarak meydana gelebilmektedir. Bu risk faktörleri temelde, meme ile ilgili risk faktörleri, yaş, ailede meme kanseri öyküsü, beslenme, menapoz ve menarj yaşıdır. Meme kanseri risk faktörleri üremeye ilişkin, hormonal, kalıtsal, memeye ilgili, yaşam tarzı ve diğer faktörler olarak kategorize edilebilir.

Üremeye ilgili risk faktörleri, menarş yaşı, menapoz yaşı, gebelik, küretaj, menstrual siklus döngüsü ve gebelik özellikleridir. Hormonal risk faktörleri, hormonal doğum kontrol yöntemleri, yumurtlamayı uyarıcı ilaçlar ve menapoz sonrası hormon terapisi. Kalıtsal faktörler, genetik faktörler ve ailede meme kanseri öyküsünün pozitif olmasıdır. Memeye ilgili faktörler, emzirme süresi, meme yoğunluğu, iyi huylu meme bozukluklarıdır. Yaşam tarzına ilişkin bireyde obezite veya aşırı kilonun olması, alkol tüketimi, sigara içimi, kahve, fiziksel inaktivite, D vitamini eksikliği ve uyku problemlerinin meme kanserinde risk faktörü olduğu bildirilmiştir. Yukarıda yazılan risk faktörlerinin dışında hava kirliliği, gece çalışma, sosyoekonomik durum, diyabet ve radyasyon maruziyetinin de meme kanserinde risk faktörü olduğu saptanmıştır (Feng ve ark., 2018: 77-106; Momenimovahed & Salehiniya, 2019: 151-164).

Meme Kanserinin Patofizyolojisi

Meme kanseri, meme hücrelerinde başlayan kötü huylu bir tümördür. Normal koşullar altında, hücrelerin büyümesini ve kontrollü hücre ölümü olarak adlandırılan apoptozu birlikte düzenleyen proto-onkogenler, tümör baskılayıcı genler ve DNA onarım mekanizmaları arasında bir denge vardır. Bu dengenin genetik mutasyonlar veya fonksiyonel kayıp gibi nedenlerle bozulması hücrelerin kontrolsüz şekilde bölünmesine ve tümör oluşumuna yol açar. BRCA1, BRCA2, TP53 ve PTEN genlerinin

mutasyona uğraması, DNA onarımını bozar, genomik stabilite bozulur ve bu durum meme kanseri patogenezinin en kritik değişiklikleri arasında yer alır (Abdulkareem, 2013: 2).

Anormal hücre bölünmesi duktal veya lobüler epitelde başlar. Bu erken evre, kötü huylu hücrelerin bazal membranla sınırlı kaldığı duktal karsinoma in situ (DCIS) veya lobüler karsinoma in situ (LCIS) olarak ortaya çıkabilir. İnvaziv karsinoma ilerleme ise, tümör hücrelerinin bazal membranı aşır, stromaya sızması, lenf ve kan yoluyla metastaz yapma yeteneği kazanmasıyla olur. Bu süreçte kanser hücreleri epitelde mezenkimale geçiş yapar, hücre dışı matriks bileşenlerini parçalar ve komşu dokulara göç eder. Bu aşamada tümörün büyümesi için yeni damar oluşturması gereklidir. Bunun için oluşan kanser hücreleri vasküler endotel büyüme faktörü (VEGF) gibi anjiojenik mediatörler salgılayarak tümörün etrafında yeni damar oluşumunu sağlar. Sitotoksik T lenfositlerinin aktivitesini baskılayan PD-L1 gibi immün sistemi baskılayan moleküller oluşturur. Bu yolla hem büyümeye hem de yayılmaya devam edebilir (Feng ve ark., 2018: 77-106; Smolarz ve ark., 2022: 2569).

Östrojen ve progesteron hormonları da meme kanserinde önemli rol oynar. Bu hormonlarda dengesizliğin olduğu erken menarş, geç menapoz, doğum yapmama, ekzojen hormon kullanımı gibi durumlarda meme dokusunda hücre çoğalması olabildiği ve bu durumun meme kanseri riskini arttırdığı tespit edilmiştir. Bunun dışında aşırı kilo alımı, alkol tüketimi, sigara, radyasyon maruziyeti ve fiziksel hareketsizliğinde hastalık gelişimini kolaylaştırdığı bildirilmiştir (Smolarz ve ark., 2022: 2569).

Meme kanseri, biyolojik olarak 4 alt tipten oluşur. Bu tipler östrojen (ER), progesteron (PR), insan epidermal büyüme faktörü reseptör 2 (HER2) ve hücre proliferasyon hızını gösteren Ki67 değerine göre belirlenmektedir (Feng ve ark., 2018: 77-106).

- Luminal A: ER (+), PR (+), HER2 (-), düşük Ki67, yavaş ilerleyen, iyi prognozlu türdür.
- Luminal B: ER (+), PR düşük/-, HER2 (+ veya -), Ki67 yüksek, Luminal A'ya göre daha agresif, nüks riski daha yüksek olan türdür.
- HER2 Pozitif (Non-luminal): ER (-), PR (-) ve HER2 (+), hızlı proliferasyon ve agresif klinik seyir gösterir.
- Triple Negatif: ER (-), PR (-), HER2 (-), daha kötü prognoz, yüksek metastaz potansiyeli söz konusudur.

Meme Kanseri Tanı Yöntemleri

Meme kanserinde erken tanı, başarılı bir meme kanseri tedavisinin anahtardır. Bunun için her ülkenin kendi rutin tarama programları vardır. Bunun için rutin taramalar Türkiye'de Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM) aracılığıyla yürütülmektedir. Meme kanseri tarama programı kapsamında 20 yaş ve üzerinde ayda bir kendi kendine meme muayenesi yapılması, 20 yaş ve üzerinde 2 yılda bir, 40-69 yaş arasında yılda bir klinik meme muayenesi ve 40-69 yaş arası kadınlara 2 yılda bir mamografi çekilmesi önerilmektedir (Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2023). Meme kanserinin tespitinde kullanılan diğer tanı yöntemleri ise, mamografi, mssseme ultrasonu, meme manyetik rezonans görüntüleme (MR), bilgisayarlı tomografi, biyopsi, Pozitron Emisyon Tomografisi (PET), sentinel lenf nodu biyopsisidir. Bu tanı yöntemlerinden ilk olarak meme ultrasonu veya mamografi ile tümörün görüntülenmesi ve derecelendirilmesi sonrası bireyden biyopsi isteminde bulunmaktadır. Biyopsi sonrası gelen patoloji raporuna göre tümör ve alt türleri belirlenir. Ardından tümör boyutu, çevre dokularla ve göğüs duvarıyla ilişkisi, yayılımı ve lenf bezlerini tutma durumunu belirlemek adına meme MR'ı ve PET çekimi yapılmaktadır (Bhushan ve ark., 2021: 723).

Meme Kanseri Belirtileri

Meme kanseri erken evrelerde genellikle belirti vermeyebilir. Taramalar esnasında kitlenin tespit edilmesi veya bireyin rastlantısal olarak eline kitle gelmesi ile süreç başlamaktadır. Meme kanseri belirtileri, memelerde ele gelen kitle, şişlik veya yumrunun olması, meme derisinde çukurlaşma veya portakal kabuğu görünümünün olması, meme veya meme başında ağrı, akıntı, kanama, meme başının içe doğru çekilmesi, memelerde asimetrisinin olması, meme derisinde kızarıklık, döküntülerin olması ve koltuk altında, köprücük kemiğinin yakınında ele gelen kitleler, lenf bezi şişliklerinin olmasıdır (Harbeck ve ark., 2019: 66).

Meme Kanserin Evreleri

Meme kanserinin evreleri, tümörün boyutu, lenf bezi tutulumu ve vücuda yayılımı baz alınarak yapılmaktadır. Evrelemede TNM evrelemesi kullanılmaktadır (T: Tümör, N: Lenf Nodu Tutulumu ve M: Metastaz) (TX:primer tümör değerlendirilemiyor, T0:primer tümöre ait kanıt yok, Tis: Karsinoma in situ, T1: Tümör boyutu ≤ 2 cm, T2: tümör boyutu 2-5 cm, T3: Tümör boyutu ≥ 5 cm, T4: herhangi bir boyutta göğüs duvarı ve cilde yayılım var. NX bölgesel lenf nodu değerlendirilemiyor, N0: lenf nodu metastazı yok, N1: aynı tarafta 1. ve 2. seviye hareketli aksiller lenf nodu tutulumu, N2: aynı tarafta 1. ve 2. seviye hareketli aksiller lenf nodu tutulumu ya da aynı tarafta mamarian lenf nodu tutulumu, N3: 1. ve 2. Seviye aksiller lenf nodu tutulumu olup olmaması önemli olmaksızın infraklaviküler lenf nodu tutulumu ya da 1. ve 2. seviye aksiller lenf nodu tutulumu ile beraber aynı taraf mamarian lenf nodu tutulumu veya aksiller mamarian lenf nodu tutulumuna bakılmaksızın aynı tarafta supraklavikuler lenf nodu tutulumu. M0: uzak metastaz yok, M1: uzak metastaz var). Bu sisteme göre meme kanserinin evrelerine Tablo 1’de yer verilmiştir (Feng ve ark., 2018: 77-106).

Tablo 1. Meme Kanseri Evrelemesi

<i>Evreler</i>		<i>T</i>	<i>N</i>	<i>M</i>
<i>Evre 0</i>		<i>Tis</i>	<i>N0</i>	<i>M0</i>
<i>Evre I</i>		<i>T1</i>	<i>N0</i>	<i>M0</i>
<i>Evre II</i>	<i>IIA</i>	<i>T0</i>	<i>N1</i>	<i>M0</i>
		<i>T1</i>	<i>N1</i>	<i>M0</i>
		<i>T2</i>	<i>N0</i>	<i>M0</i>
	<i>IIB</i>	<i>T2</i>	<i>N1</i>	<i>M0</i>
		<i>T3</i>	<i>N0</i>	<i>M0</i>
<i>Evre III</i>	<i>IIIA</i>	<i>T0</i>	<i>N2</i>	<i>M0</i>
		<i>T1</i>	<i>N2</i>	<i>M0</i>
		<i>T2</i>	<i>N2</i>	<i>M0</i>
		<i>T3</i>	<i>N1</i>	<i>M0</i>
		<i>T3</i>	<i>N2</i>	<i>M0</i>
	<i>IIIB</i>	<i>T4</i>	<i>N0</i>	<i>M0</i>
		<i>T4</i>	<i>N1</i>	<i>M0</i>
		<i>T4</i>	<i>N2</i>	<i>M0</i>
	<i>IIIC</i>	<i>Her T</i>	<i>N3</i>	<i>M0</i>
	<i>Evre IV</i>		<i>Her T</i>	<i>Her N</i>

Kaynak: Melbourne Breast Cancer Surgery. (2017). AJCC Cancer Staging Manual, 8th Edition – Breast Cancer Staging. Erişim adresi:

<https://www.melbournebreastcancersurgery.com.au/wp-content/themes/ypo-theme/pdf/tnm-staging-system-aug.pdf>

Meme Kanseri Tedavisi

Meme kanseri tedavisi tümörün türüne, biyolojik tipine, hastalığın evresine ve hastanın durumuna göre belirlenmektedir. Amaç vücudun bir veya daha fazla bölümünde yer alan kanser

hücrelerinin tamamen ortadan kaldırılması, hastanın normal yaşantısına geri dönebilmesinin sağlanmasıdır. Meme kanserinin erken aşamada tespit edilip, tedaviye başlanması durumunda hayatta kalma oranı oldukça yükselmektedir. Tedavide genel olarak kemoterapi, hormonoterapi, radyoterapi ve cerrahi tedavi yer almaktadır. Bu tedaviler hastanın durumu ve tümörün biyolojik türüne göre kombine olarak uygulanmaktadır (Bhushan, Gonsalves, and Menon 2021: 723; Harbeck ve ark., 2019: 66).

Kemoterapi

Kanser hücrelerinin büyüme ve çoğalmasını durdurmak ve tamamen yok etmek amacıyla uygulanmaktadır. Tedavi yöntemi hastanın yaşı, kilosu, kan değerleri, komorbid hastalık durumuna göre haftalık, on beş günde bir veya üç hafta da bir olarak uygulanabilmektedir. Kemoterapötik ajanlar damardan veya oral yolla verilebilmektedir. Kemoterapötik ilaçlar hızlı bölünen hücrelerin DNA'sı üzerine etki ederek hücrelerin ölmesini sağlar. Kanser hücreleri üzerine etki ettiği gibi vücuttaki sağlıklı hücreler üzerinde de olumsuz etkiler meydana getirdiğinden özellikle kemik iliği, deri, saç ve sindirim sistemi üzerinde birçok yan etkinin meydana gelmesine neden olur. Bu yan etkiler bazen ciddi düzeylerde ortaya çıkarak hastanın yaşam kalitesini düşürür. Meme kanserinde kemoterapiler neoadjuvan, adjuvan ve palyatif kemoterapi olmak üzere üç farklı şekilde isimlendirilebilir. Neoadjuvan kemoterapi meme koruyucu cerrahi düşünülen hastalarda tümörün küçültülmesi veya yok edilmesi amacıyla uygulanmaktadır. Adjuvan kemoterapi primer cerrahi sonrası uygulanan kemoterapidir. Palyatif kemoterapi ise 4. evre meme kanseri durumunda verilen kemoterapidir (Bhushan ve ark., 2021: 723; Harbeck ve ark., 2019: 66; Traves & Cokenakes, 2021: 171-178).

Hedefe Yönelik Tedaviler

Bu tedavi yöntemi sadece meme kanseri hücrelerinin hedef alındığı, diğer hücrelere zarar verilmediği tedavi türüdür. Bu tedaviler genellikle kemoterapiye kombine olarak uygulanır ve kemoterapiye oranla çok daha az yan etkiye neden olmaktadır (Bhushan ve ark., 2021: 723; Harbeck ve ark., 2019: 66; Traves & Cokenakes, 2021: 171-178).

Hormonoterapi

Östrojen ve progesteron pozitif meme kanseri olan bireylerde tercih edilen tedavi türüdür. Hastanın durumuna göre 5-10 yıl devam ettirilir. Hormon pozitif meme kanserinde tekrarlama olasılığını oldukça fazla düşürmektedir. Bu anlamda en sık tercih edilen ilaç Tamoksifen'dir. Menstruasyon döngüsü sona ermiş olan kadınlarda veya overleri alınmış kadınlarda ise en sık tercih edilen aromataz inhibitörü Arimidex'tir (Bhushan ve ark., 2021: 723; Harbeck ve ark., 2019: 66; Traves & Cokenakes, 2021: 171-178).

Cerrahi Tedavi

Meme kanserinin sık tercih edilen tedavilerinden biridir. Kanserın evresine göre mastektomi, meme koruyucu cerrahi ve aksiller diseksiyon gibi operasyonlar gerekebilmektedir. Mastektomi ise birçok farklı türde yapılabilmektedir. Bunlar total mastektomi, kısmi mastektomi, radikal mastektomi, modifiye radikal mastektomi, cilt koruyucu mastektomidir (Bhushan ve ark., 2021: 723; Harbeck ve ark., 2019: 66; Traves & Cokenakes, 2021: 171-178).

Radyoterapi

Meme kanseri tedavi sürecinde genellikle ameliyat sonrasında uygulanan bir tedavi yöntemidir. Bu tedavi esnasında

memeye birlikte etkilenen bölgenin koltuk altına da ışın verilmektedir. Amaç bölgede yer alan kanser hücrelerinin yok edilmesidir. İnternal (brakiterapi) ve eksternal olarak iki farklı şekilde uygulanabilmektedir. Ciltte lokal reaksiyonlara neden olabilmektedir. Ayrıca uzun vadeli yan etkilerde ortaya çıkarabilmektedir (Bhushan ve ark., 2021: 723; Harbeck ve ark., 2019: 66; Traves & Cokenakes, 2021: 171-178).

Meme Kanserinde Hemşirelik Bakımı

Meme kanseri tanının koyulması itibariyle hatta daha tanı konulma aşamasında bile hasta ve yakınlarını oldukça yoran, psikolojik açıdan yıpratıcı bir süreçtir. Tanı alındıktan sonraki süreçte hastanın bilgi eksikliği, ne ile karşılaşacağını bilememesi, bu belirsizlik sürecine karşı tahammülsüzlük söz konusudur. Tedavi sürecinin başlamasıyla birlikte hastaya uygulanan tedavilerin yan etkileri de hızlı bir şekilde ortaya çıkmaya başlamaktadır. Özellikle kemoterapötik ajanların birçok farklı yan etkisi söz konusudur. Bu yan etkiler hem kadının benlik imajını sarsmakta hem de fiziksel ve ruhsal açıdan zorlanmasına neden olmaktadır. Cerrahi tedavi de hastaya sadece lumpektomi olarak isimlendirilen kitlenin çıkarılması operasyonu uygulanmış olsa bile beden imajındaki değişime ayak uydurmada zorlanma meydana gelebilir. Bu açıdan hastanın bu sürecinde hemşirelik bakımı oldukça büyük önem arz etmektedir. Hemşirelerin hem bilgileri hem de destekleri bu hastalık süreci açısından rahatlatıcı olabilmektedir (Bayram ve ark., 2014: 675-684; Pennery, 2010: 342-354; Remmers ve ark., 2010: 11-16).

Meme kanserinde etkili bir hemşirelik bakımı için öncelikle hastanın kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesi önemlidir. Hemşireler hastaların korku ve kaygılarını belirlemek, sorunlarını tespit edebilmek için kapsamlı bir değerlendirme yapmalıdır. Hastadaki ağrı, yorgunluk, bulantı, lenfödem gibi fiziksel semptomlar, anksiyete, depresyon, beden imajında bozukluk ve başa

çıkma mekanizmalarını kullanma durumuna ilişkin psikolojik faktörler ve hareketlilik, günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık gibi fonksiyonel durumunu değerlendirmelidir. Bu değerlendirme bireyselleştirilmiş bir hemşirelik bakım planının temelini oluşturmaktadır (Bayram ve ark., 2014: 675-684; Pennery, 2010: 342-354; Remmers ve ark., 2010: 11-16).

Kanser tedavi sürecindeki hemşirelik girişimleri hastaların semptomlarını hafifletmek ve yaşam kalitesini arttırmak amacıyla uygulanmaktadır. Bu amaçla hastada meydana gelen tüm semptomlar tespit edilmelidir. Buna yönelik olarak ağrının farmakolojik ve nonfarmakolojik kontrolü sağlanmalıdır. Bulantı ve kusma varsa uygun zamanda ve atlamadan mutlaka antiemetiklerini kullanması sağlanmalı, aynı zamanda diyetle ilişkili düzenlemeler yapılmalıdır. Bol bol dinlenmesi sağlanmalı, dengeli aktiviteye teşvik edilmelidir. Hasta cerrahi tedavi aldıysa uygun şekilde egzersiz yapmanın önemi anlatılıp, kompresyon giysileri ve hastanın öz bakımı konusunda eğitim yapılmalıdır (Bayram ve ark., 2014: 675-684; Pennery, 2010: 342-354; Remmers ve ark., 2010: 11-16).

Hastanın duygusal ve psikolojik açıdan ihtiyaçları belirlenmeli, gerekirse psikolojik destek alması sağlanmalıdır. Tanı ve tedavisine ilişkin bireysel ve grup terapisi sunulmalıdır. Tüm süreçlerde ailenin de desteklenmesi, bilgi gereksiniminin giderilmeye çalışılması gerekmektedir (Bayram ve ark., 2014: 675-684; Pennery, 2010: 342-354; Remmers ve ark., 2010: 11-16).

Sonuç

Meme kanseri, kadınlar arasında mortalite ve morbidite hızını arttıran kanserlerden biridir. Hastalığın erken tanısında hastaların hayatta kalma ihtimali ve tedavi edilebilme ihtimali artmaktadır. Tanı ve tedavi süreçleri hasta ve yakınları açısından oldukça yorucu ve yıpratıcıdır. Özellikle kemoterapi süresi ve buna paralel olarak meydana gelen komplikasyonlar hastaların yaşam

kalitesinde ciddi oranda düşmeler meydana getirmektedir. Bu açıdan meme kanserinin erken aşamada tespit edilmesi ve erken dönemde tedaviye başlanması oldukça önemlidir.

Kaynakça

Abdulkareem, I. H. (2013). A review on aetio-pathogenesis of breast cancer. *J Genet Syndr Gene Ther*, 4(142), 2. <https://doi.org/10.4172/2157-7412.1000142>

Bayram, Z., Durna, Z., & Akin, S. (2014). Quality of life during chemotherapy and satisfaction with nursing care in Turkish breast cancer patients. *European Journal of Cancer Care*, 23(5), 675–684. <https://doi.org/10.1111/ecc.12185>

Bhushan, A., Gonsalves, A., & Menon, J. U. (2021). Current state of breast cancer diagnosis, treatment, and theranostics. *Pharmaceutics*, 13(5), 723. <https://doi.org/10.3390/pharmaceutics13050723>

Cuero, C. (2019). Cancer de mama. *Revista Médica de Panamá*, 39(2), 34. <https://doi.org/10.37980/im.journal.rmdp.2019828>

Feng, Y., Spezia, M., Huang, S., Yuan, C., Zeng, Z., Zhang, L., Ji, X., Liu, W., Huang, B., Luo, W., Liu, B., Lei, Y., Du, S., Vuppapapati, A., Luu, H. H., Haydon, R. C., He, T. C., & Ren, G. (2018). Breast cancer development and progression: Risk factors, cancer stem cells, signaling pathways, genomics, and molecular pathogenesis. *Genes and Diseases*, 5(2), 77–106. <https://doi.org/10.1016/j.gendis.2018.05.001>

Harbeck, N., Penault-Llorca, F., Cortes, J., Gnant, M., Houssami, N., Poortmans, P., Ruddy, K., Tsang, J., & Cardoso, F. (2019). Breast cancer. *Nature Reviews Disease Primers*, 5, 66. <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0111-2>

International Agency for Research on Cancer (IARCH). (2022a). *Estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide*. GLOBOCAN.

https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/pie?mode=cancer&group_populations=1&sexes=2&cancers=20 Erişim tarihi:30.09.2025

International Agency for Research on Cancer (IARCH). (2022b). *Türkiye Kanser Veri Sayfası*. GLOBOCAN. <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/792-turkiye-fact-sheet.pdf> Erişim tarihi: 30.09.2025

Momenimovahed, Z., & Salehiniya, H. (2019). Epidemiological characteristics of and risk factors for breast cancer in the world. *Breast Cancer: Targets and Therapy*, 11, 151–164. <https://doi.org/10.2147/BCTT.S176070>

Pennery, E. (2010). Specialist Nursing Roles: What are the Challenges? In V. Harmer (Ed.), *Breast Cancer Nursing Care and Management* (pp. 342–354). <https://doi.org/10.1002/9781118784921>

Remmers, H., Holtgräwe, M., & Pinkert, C. (2010). Stress and nursing care needs of women with breast cancer during primary treatment: A qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing*, 14(1), 11–16. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2009.07.002>

şentürk, B., Ünlü, F., Dündar, S., Kavak Ergün, A., Sevinç, A., & Tütüncü, S. (2025). *Türkiye Kanser İstatistikleri*. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-istatistikleri.html> Erişim tarihi: 30.09.2025

Smolarz, B., Zadrořna Nowak, A., & Romanowicz, H. (2022). Breast Cancer—Epidemiology, Classification, Pathogenesis and Treatment (Review of Literature). *Cancers*, 14, 2569. <https://doi.org/10.3390/cancers14102569>

Trayes, K. P., & Cokenakes, S. E. H. (2021). Breast cancer treatment. *American Family Physician*, 104(2), 171–178.

Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2023). *Cancer screenings*. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-taramalari>. Erişim tarihi: 30.09.2025

SERVİKS KANSERİNDE KLİNİK SÜREÇ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

**GÜLHAN AKDEMİR¹
DERYA ŞİMŞEKLİ²
ÖZLEM ABİ³**

Giriş

Serviks kanseri dünya genelinde, kadınlar arasında meme, akciğer ve kolorektal kanserlerden sonra dördüncü sıklıkta görülen kanserdir. Türkiye’de görülme sıklığı açısından onuncu sırada yer almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre 2022 yılında küresel ölçekte 662.301 yeni serviks kanseri vakası bildirilmiştir. Aynı yıl 348.874 kadın bu hastalık nedeniyle yaşamını yitirmiştir. (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2025). Serviks kanseri olgularının %58’i Asya’da, %20’si Afrika’da, %10’u Avrupa’da ve %10’u Latin Amerika’da görülmektedir. Hastalıkla ilişkili ölümlerin yarısından fazlası Asya’da gerçekleşmektedir. Bu durum, serviks kanserinin küresel yükünün özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde yoğunlaştığını göstermektedir (Tandoğan ve ark., 2025: 2). Türkiye verileri incelendiğinde, en güncel resmi istatistiklere göre serviks kanserinin görülme sıklığı yüz binde 4,5 olup, yılda ortalama 2.374 kadına bu tanı konulmaktadır.

İnsan papillomavirüs (HPV), serviks kanserinin en önemli nedenlerinden biridir. Cinsel olarak aktif bireylerin yaklaşık %80'inin yaşamlarının bir döneminde HPV ile enfekte olduğu tahmin edilmektedir. Yüksek riskli HPV tipleri, özellikle 16 ve 18 tipleri, serviks kanserlerinin %70'inden fazlasından sorumludur. Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı, HPV'nin erkek kanserlerinin yaklaşık %1'inden, kadın kanserlerinin ise %5-10'undan sorumlu olduğunu bildirmektedir. Türkiye'de ise HPV ile ilişkili kanserlerin kadınlarda erkeklere göre yaklaşık beş kat daha fazla görüldüğü tahmin edilmektedir. Her HPV enfeksiyonu serviks kanseri ile sonuçlanmamasına karşın serviks kanserlerinin neredeyse tamamına yakını yüksek riskli HPV tipleriyle ilişkili kalıcı enfeksiyon sonucu gelişmektedir (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2025).

DSÖ, serviks kanserini ortadan kaldırmaya yönelik küresel bir eliminasyon girişimi başlatmıştır. HPV aşıları 2006 yılından bu yana kullanılmakta olup güvenli ve etkilidir. 2021 yılında 194 ülkenin %59'u ulusal bağışıklama programına HPV aşısını dâhil etmiştir. Ancak düşük ve orta gelirli ülkelerin %48'inde aşı hâlâ ulusal programa girmemiştir. HPV aşıları yüksek riskli tip 16 ve 18'e karşı koruma sağlar. HPV aşısının kabulü, kadınların virüs ve aşı hakkındaki bilgi düzeyi ve inançlarıyla yakından ilişkilidir. Eğitim düzeyi, sosyoekonomik durum ve kişisel inançlar, aşının benimsenmesinde belirleyici faktörlerdir. HPV tanısı olan ve olmayan kadınların bilgi ve inançlarındaki farklılıkların değerlendirilmesi, hedefe yönelik sağlık eğitimlerinin planlanması açısından büyük önem taşımaktadır (Tandoğan ve ark., 2025: 8-9)

Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Serviks kanseri, dünya genelinde sağlık eşitsizliklerinin en belirgin şekilde gözlemlendiği kanserlerden biridir. Etkili korunma yöntemlerine erişim sınırlı olmakla birlikte HPV aşılama küresel kapsayıcılık yalnızca %12'dir. 20–70 yaş arasındaki

kadınların %67'si yaşamları boyunca hiç serviks kanseri taraması yaptırmamıştır. Bu durum, yüksek gelirli ülkeler ile düşük ve orta gelirli ülkeler arasındaki ciddi sağlık eşitsizliklerini açıkça ortaya koymaktadır. Tarama kapsamının %84'ü yüksek gelirli ülkelerde gerçekleşmektedir. Bu eşitsizlikler, Dünya Sağlık Örgütü'nün serviks kanserini önlemeye yönelik olarak aşı, tarama ve tedaviyi kapsayan üçlü stratejisini başlatmasına öncülük etmiştir (Soler ve ark., 2025: 1)

HPV tip 16 serviks, anal, orofaringeal, vajinal, vulvar ve penil kanserlerle de ilişkilidir (Tandoğan ve ark., 2025: 2). Erken yaşta cinsel aktiviteye başlama, çok sayıda cinsel partner veya yüksek riskli partner öyküsü, korunmasız cinsel ilişki, immünsupresyon, cinsel yolla bulaşan enfeksiyon öyküsü ve HPV ilişkili vulvar veya vajinal displazi varlığı başlıca risk unsurları arasında yer almaktadır (Cohen ve ark., 2019: 171; Goodman ve ark., 2025: 1). 308.036 kadının dâhil edildiği ve ortalama dokuz yıllık bir izlem süresini kapsayan bir çalışmada, sigara kullanımı ile servikal intraepitelyal neoplazi grade 3 / karsinoma in situ (CIN3/CIS) ve invaziv servikal kanser (ICC) gelişme riski arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışmanın sonucuna göre, sigara içme durumu, kullanım süresi ve yoğunluğunun söz konusu maligniteler için riski yaklaşık iki kat artırdığı, sigaranın bırakılmasının serviks kanseri riskinde anlamlı bir azalma sağladığı bildirilmiştir (Roura ve ark., 2014: 453). Almanya'da yapılan çalışmaya göre koruyucu sağlık davranışları olan HPV aşılama oranı %54,7 iken; serviks kanseri tarama oranı %64,5 olarak belirlenmiştir. HPV aşılama oranı ABD'de daha yüksek bulunurken, Almanya'da serviks kanseri taramasının önündeki en önemli engellerden biri cinsiyet kimliği ile ilişkili ayrımcılık ve cinsiyet onaylayıcı sağlık hizmetlerine erişimdeki yetersizlik olduğu açıklanmıştır. Çalışmanın sonucuna göre serviks kanseri riskinin yalnızca biyolojik etkenlerden değil, aynı zamanda sosyo-kültürel faktörler, toplumsal cinsiyet rolleri ve

sağlık hizmetlerine erişim olanakları gibi sosyal belirleyicilerden de güçlü biçimde etkilenmektedir (Goodman ve ark., 2025: 1)

Klinik Belirtileri ve Tanı Süreci

HPV serviks kanserinin en önemli nedenlerinden biridir. Cinsel olarak aktif bireylerin yaklaşık %80'inin yaşamlarının bir döneminde HPV ile enfekte olduğu tahmin edilmektedir. Yüksek riskli HPV tipleri, özellikle 16 ve 18 tipleri, serviks kanserlerinin %70'inden fazlasından sorumludur (Tandoğan ve ark., 2025: 1). Serviks kanseri klinik süreci, tarama, tanı, evreleme, tedavi ve izlem aşamalarını içerir. Serviks kanseri taraması, hastalığı erken ve asemptomatik evrede saptayan önemli bir önleyici yaklaşımdır. Erken tanı, tedavi etkinliğini artırmakta ve mortaliteyi azaltmaktadır. Tarama programları ve HPV aşılması, hastalığın önlenmesinde kritik öneme sahiptir. Tanı konulan hastalarda, klinik evreleme ve histopatolojik değerlendirme yapılır (Tewari, 2025: 59-62; Gashaye & Bekeko 2025: 2). Tanı yaşı ülkeler arasında farklılık göstermektedir. ABD'de serviks kanseri tanısı alan kadınların ortalama yaşı 47 olup, olguların yaklaşık %50'si 35 yaş altındadır. Güney Afrika'da ise 2004-2012 yılları arasında serviks kanser tanısı alan kadınların %25'inden fazlasının 40-49 yaş aralığındaki kadınlarda ortaya çıktığı saptanmıştır. Aynı dönemde yaşa özgü mortalitenin yaşla birlikte arttığı, ölümlerin %70'inin 50 yaş üzerindeki kadınlarda gerçekleştiği bildirilmiştir (Cohen ve ark., 2019: 171).

Serviks kanseri, kadınlarda yüksek mortalite oranlarına sahip olmasına rağmen, yıllarca sürebilen preinvaziv süreci sayesinde önlenabilir ve tedavi edilebilir bir kanser türüdür. Bu süreç, hastalığın invaziv kansere dönüşmeden önce tanı konulmasına ve etkili tedavi uygulanmasına olanak sağlar. Serviks kanserinin tanısında Pap smear, kolposkopi ve biyopsi gibi etkili yöntemler bulunmaktadır. Bu yöntemlerle saptanan kanserin tedavisi,

hastalığın evresine ve hastanın genel sağlık durumuna göre planlanmaktadır (Ertem & Hazar, 2022: 264)

Paraaortik lenf nodu tutulumunun bilinmesi tedavi stratejisinin, tutulumun görüldüğü alanlara göre ışınlama sahasının uyarlanması ve sağlaması ve prognoz daha doğru şekilde belirlenmesi için önemlidir. Evrelemede, bölgesel lenf nodu ve uzak organ metastazı değerlendirmesi için pelvik MRG ve FDG-PET/BT kullanılmaktadır. FDG-PET/BT, paraaortik lenf nodu tutulumunun saptanmasında yüksek duyarlılık ve özgüllüğe sahip olsa da, yanlış negatiflik oranı %8,5–12 arasında değişmekte, pelvik lenf nodu tutulumu olan olgularda ise bu oran %21'e kadar çıkabilmektedir (Lugan ve ark., 2025: 3-4).

Evreleme ve Prognoz

- **Evre I:** Tümör yalnızca servikte sınırlıdır.
 - a. **IA:** Sadece mikroskopla görülebilen invazyon.
 - 1. **IA1:** Stromal invazyon ≤ 3 mm ve yatay yayılım ≤ 7 mm.
 - 2. **IA2:** Stromal invazyon > 3 mm fakat ≤ 5 mm ve yatay yayılım ≤ 7 mm.
 - b. **IB:** Klinik veya radyolojik olarak görülebilen ya da mikroskopik tümör $> IA2$.
 - 1. **IB1:** Tümör ≤ 2 cm.
 - 2. **IB2:** Tümör > 2 cm ve ≤ 4 cm.
 - 3. **IB3:** Tümör > 4 cm.
- **Evre II:** Tümör serviksi aşmış, ancak pelvik duvara veya alt 1/3 vajinaya ulaşmamıştır.
 - a. **IIA:** Parametrium tutulumu yok.

1. **IIA1:** Tümör ≤ 4 cm.
 2. **IIA2:** Tümör >4 cm.
- b. IIB:** Parametrium tutulumu mevcut.
- **Evre III:** Tümör pelvik duvara veya alt 1/3 vajinaya ulaşmış ya da hidronefroz/renal disfonksiyon yapmıştır.
 - a. **IIIA:** Tümör alt 1/3 vajinayı tutar, ancak pelvik duvara ulaşmaz.
 - b. **IIIB:** Tümör pelvik duvara ulaşır ve/veya hidronefroz ya da non-fonksiyonel böbrek vardır.
 - c. **IIIC:** Lenf nodu tutulumu vardır.
 1. **IIIC1:** Pelvik lenf nodu tutulumu.
 2. **IIIC2:** Paraaortik lenf nodu tutulumu.
 - **Evre IV:** Tümör komşu organlara invazyon yapmış veya uzak metastaz vardır.
 - a. **IVA:** Mesane mukozası veya rektal mukozaya invazyon.
 - b. **IVB:** Uzak metastaz (akciğer, karaciğer, kemik vb.). (Singh N, 2019, s. 2-5)

Cerrahi evreleme, özellikle laparoskopi veya robotik cerrahi ile yapılan minimal invaziv yaklaşımlar sayesinde güvenlidir ve küratif tedavilerin başlanması zamanlama hatalarını en aza indirir (Lugan ve ark., 2025: 4)

Serviks kanserinin prognozu, büyük ölçüde hastalığın evresine ve histolojik özelliklerine bağlıdır. Erken evre hastalarda beş yıllık sağ kalım oranları %90'a çıkabilirken, ileri evre hastalarda bu oran belirgin şekilde düşmektedir. Lenf nodu tutulumu, parametrial invazyon ve tedaviye yanıt gibi faktörler prognozu

etkileyen önemli parametrelerdir. Nüks ve metastatik hastalıkta prognoz daha kötüdür ve tedaviye yanıt sınırlıdır (Tewari, 2025: 58).

Tedavi Yaklaşımları ve Hemşirelik Bakımı

Serviks kanserlerinin yaklaşık %90'ı tarama ve HPV aşılama programlarının yetersiz olduğu düşük ve orta gelirli ülkelerde görülmektedir. Buna karşın, yüksek gelirli ülkelerde tarama programlarının uygulanmaya başlanmasından bu yana son otuz yılda insidans ve mortalite oranları yarı yarıya azalmıştır (Cohen ve ark., 2019: 169).

Serviks kanseri tedavisi hastalığın evresine, tümörün boyutuna, histolojik tipe ve hastanın genel sağlık durumuna göre planlanır. Tedavide, preinvaziv dönemdeki hastalar için kriyoterapi, lazer cerrahisi ve elektrocerrahi ile eksizyon uygulanabilirken; invaziv serviks kanseri vakalarında histerektomi, radyoterapi, kemoterapi, pelvik ekzanterasyon cerrahisi veya cerrahi ve kemo-radyoterapinin birlikte uygulandığı kombine yöntemler kullanılabilir (Ertem & Hazar, 2022: 264). Erken evrelerde radikal histerektomi ve pelvik lenfadenektomi en çok uygulanan cerrahi yaklaşımlardır. Fertilitenin korunması planlanıyor ise trakelektomi gibi uterus koruyucu cerrahi müdahaleler tercih edilmektedir. Lokal ileri evre hastalıkta kemoterapi, radyoterapi ve brakiterapi eşzamanlı uygulanır (Tewari, 2025: 56-60; Lugan ve ark., 2025: 3). Son yıllarda serviks kanseri tedavisinde immünoterapiler, hedefe yönelik tedaviler ve ileri radyoterapi teknikleri umut verici gelişmeler olarak öne çıkmaktadır (Tewari, 2025; 69). Paraaortik lenfadenektomi sırasında çıkarılması gereken lenf nodu sayısına dair kesin bir öneri bulunmamaktadır. Ancak lenfadenektominin kapsamı ve çıkarılan lenf nodu sayısının, tedavi stratejilerini şekillendirme ve sağ kalım üzerinde belirleyici olma potansiyeli bulunmaktadır (Lugan ve ark., 2025: 10-11). Düşük ve orta gelirli ülkelerde kanser kontrolüne yönelik uygulamaların etkinliği hâlen sınırlı olsa da, bu

alandan literatür giderek artmaktadır. El Salvador’da Sağlık Bakanlığı ülke genelinde serviks prekanser tedavisini uygulamasını desteklemiş ve süreçte uygulama stratejilerini belirlemiştir (Soler ve ark., 2025: 2).

Evre IVA’da serviks kanserinin mesane ve rektuma invazyonu nedeniyle vezikovajinal ve rektovajinal fistül gelişme riski yüksektir. Bu olgularda, ileri evre nedeniyle cerrahi tedavi genellikle tercih edilmemektedir. Yetersiz damar yapısı, doku onarımındaki güçlükler ve cerrahi girişimlerin başarısız sonuçları nedeniyle cerrahi uygun bir seçenek değildir. Bu durumda, kadının kendini olabildiğince temiz ve rahat hissetmesi sağlanmalıdır. Hemşire bu süreçte; vajinal akıntının emilmesi ve bölgenin kuru tutulması için temiz ve emici bezlerle tampon uygulamasını sağlamalıdır. Yatağı plastik örtü ile kaplayarak sızıntı ve kontaminasyonu önlenmelidir. Vajina ile anüs çevresindeki ciltte kızarıklık başladığında alanı kuru tutarak bölgeyi korumak amacıyla çinko oksit ya da vazelin uygulanmalıdır (Biewenga ve ark., 2010: 472-473).

İleri evre serviks kanseri olan hastalarda vajinal kanama görülebilmektedir. Olguların yaklaşık %6’sında ani ölüme yol açabilen vajinal kanama ileri evre serviks kanserinde sık görülen ve kontrol altına alınması güç bir semptomdur. Bu sorunun yönetiminde girişimsel radyoloji, radyoterapi, traneksamik asit ve vajinal tampon uygulamaları kullanılabilmektedir. Hemşire, bu süreçte kanamayı kontrol etmek amacıyla vajinal tampon ile doğrudan bası uygulamalı, hastayı olası kanamalar açısından düzenli olarak izlemeli ve kanamanın ciddi boyutlara ulaştığı durumlarda ekiple iletişim kurarak semptomları hafifletmek ve yaşam kalitesini artırmak için hastaya kan transfüzyonunun sağlanmasına aracılık etmelidir (Eleje ve ark., 2019).

Tedavide palyatif bakıma ihtiyaç duyulabilir. Serviks kanserinde palyatif bakım, multidisipliner bir ekip tarafından sağlanmakta olup, hemşire bu ekibin önemli bir üyesi konumundadır. Hemşire, serviks kanserinde palyatif bakım sürecinde semptom yönetimi, onurlu bir ölümün sağlanması ve yas sürecinde ailenin desteklenmesi gibi pek çok rol ve sorumluluğu yerine getirmektedir (Ertem & Hazar, 2022: 262). Palyatif bakım kapsamında hemşire, hastaya ve ailesine sürekli duygusal destek sağlamalı, hastanın ağrı ve diğer semptomlarını değerlendirip başa çıkmasına yardımcı olmalı, evde semptom kontrolü konusunda hasta ve aileyi bilgilendirmeli ve acil sağlık hizmetlerine ulaşmaları için gerekli yönlendirmeleri yapmalıdır. Ayrıca, hastanın günlük ihtiyaçlarını en üst düzeyde karşılamasını sağlamalı, yaşam kalitesini artırmalı ve süreç boyunca hasta ile ailesinin destek sistemlerini belirleyerek bu destekleri etkin şekilde kullanmalarını sağlamalıdır (Özçelik, 2020: 76-78).

Komplikasyonlar ve Hemşirelik Bakımı

Serviks kanseri, önlenabilir ve tedavi edilebilir bir jinekolojik kanserdir. Hastalık genellikle ileri evrelerde tespit edilebilmektedir. İleri evrelerde, hastalığın kendisi, yayılım gösterdiği organ ve sistemler ile hastaya uygulanan kemoterapi, radyoterapi veya kemo-radyoterapiye bağlı olarak ağrı, vajinal akıntı, fistül, vajinal kanama, diyare, konstipasyon, bacaklarda ödem ve nefes darlığı gibi birçok komplikasyon ortaya çıkabilmektedir (Ertem & Hazar, 2022: 262)

Kemoterapi, ileri evre serviks kanseri tedavisinde temel tedavi yöntemi olmakla birlikte ciddi yan etkilere sahiptir. Yorgunluk, bulantı, kusma ve immüsupresyon gibi kemoterapiye bağlı reaksiyonlar, hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkileyerek tedaviye uyum sürecinde zorluklara neden olur. Klinik uygulamalarda, yan etkilerin yeterince yönetilmemesi, hastalara

uygulanan yoğun ve sık kemoterapi programları süreci güçleşmektedir. Hemşirelik bakımı, serviks kanseri hastalarının bütüncül yönetiminde kritik bir rol üstlenmektedir. Hemşireler, hastaların fiziksel rahatsızlıklarını, duygusal sıkıntılarını ve tedaviye bağlı zorluklarını ele alarak ilk temas noktası olarak önemli bir görev üstlenirler. Hasta eğitimi, psikolojik destek sağlanması ve semptom yönetimi gibi müdahaleler, hem hastaların klinik sonuçlarını iyileştirmede hem de tedaviye uyumun artırılmasında temel stratejiler arasında yer alır (Fang ve ark., 2025: 47). Yoğunluk ayarlı radyoterapi (IMRT) gibi ileri radyoterapi teknikleri tedaviye bağlı toksisiteyi azaltmada etkin bulunmuştur (Tewari, 2025: 69).

Ağrı

Hemşire hastanın ağrı seviyesini belirlemeli, ağrısını arttıran ve azaltan faktörleri ortaya koymalı, uygun farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemlerle ağrı kontrol altına alınmaya çalışılmalıdır. Hastanın dikkati farklı yöne çekilmeye çalışılmalıdır. Zihin–beden–davranış etkileşimini destekleyerek, meditasyon ve yoga gibi uygulamaları yapabilmesine imkân tanınmalıdır. Vücudun bazı bölgelerini uyarmak ve ağrıyı azaltmak için masaj ve aromaterapi masajı gibi alternatif tedavi uygulamalarını gerçekleştirmelidir (Sholjakova ve ark., 2021: 3).

Vajinal Akıntı

Vajinal akıntıda hastanın temiz hissetmesi için sıcak suyla oturma banyosu yapmasını sağlamalı, yatağı temiz tutmak için plastik örtüler sermeli ve bu örtülerin sık sık değiştirilmesini veya klorlu su ile temizlenmesini sağlamalıdır. Ayrıca, banyo sonrası bölgenin kurulandırılması gerektiğini, vajina ve anüs derisinin korunması için çinko oksit uygulanması gerektiğini ve bu önlemlerin tahriş olmadan önleyici olarak alınması gerektiğini hasta ve yakınlarına bildirmelidir. Ortam uygunsa, kötü kokuyu azaltmak için odanın havalandırılmasını sağlamalı ve enfeksiyon ile koku

oluşumunu önlemek amacıyla iç çamaşırı, ped ve tamponların sık sık değiştirilmesini sağlamalıdır (Ertem & Hazar, 2022: 263).

Bulantı-Kusma

Bulantı-kusma, kanser hastalarının tedavi sürecinde en sık görülen semptomlar arasında yer almakta olup hastaların %40–80’inde ortaya çıkabilmektedir. Bulantı-kusma hastalığının kendisi, uygulanan tedaviler, obstrüksiyon, enfeksiyon ve psikolojik durum gibi çeşitli nedenlerden kaynaklanabilmektedir. Serviks kanseri hastalarında kemoterapiye bağlı bulantı-kusma genellikle orta düzeyde seyrederken anksiyete düzeyi yüksek olan hastalarda daha şiddetli görülebilmektedir. Bu nedenle bulantı-kusmanın kontrolünde altta yatan nedenin belirlenmesi büyük önem taşımaktadır (Jakobsen ve ark., 2020: 644-646). Bulantı-kusmayı önlemek için farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemlerle hastanın konforu sağlamalıdır. Farmakolojik yaklaşımlarda altta yatan neden dikkate alınarak prometazin, skopolamin, sedatif antihistaminikler, benzodiazepinler ve metoklopramid gibi ilaçlar kullanılabilir (Prapti ve ark., 2012: 470). Tedaviye ek olarak bulantı ve kusmanın azaltılmasında masaj, müzik, gevşeme egzersizleri, akupunktur ve yoga gibi nonfarmakolojik yöntemlerden de yararlanılabilir. Ayrıca, hasta eğitimi ve çevresel düzenlemeler de bulantı ve kusma kontrolünde önem taşır. Hastanın üç ana öğün yerine gün boyu azar azar ve sık öğünler tüketmesini sağlamalı, kemoterapi ve radyoterapi günlerinde tedavi öncesinde hafif yiyecekler tüketmesini önermeli, ağız içi kanamalara duyarlı olduğundan yumuşak yiyecekler tercih etmesi gerektiğini hatırlatmalı, yiyeceklerdeki koku ve tat kaynaklı bulantıyı azaltmak için oda sıcaklığında veya soğuk tüketilmesi tavsiye etmelidir. Yağlı, kızartılmış, baharatlı ve aşırı tatlı yiyeceklerden uzak durması gerektiği vurgulanmalı, kırmızı ete karşı tiksinti gelişebileceği için protein ihtiyacını balık, tavuk ve baklagiller gibi alternatif kaynaklardan karşılamasını önermelidir. Yemeklerden sonra en az bir saat boyunca dik oturması ve sakin bir

şekilde dinlenmesi sağlamalı, yemek sırasında dikkatini başka yöne çekebilmesi için sevdiği müzikleri veya televizyon programlarını izlemesi konusunda hasta bilgilendirmelidir (Özdelikara & Arslan, 2017: 219-221).

Diyare

Diyare, kanser hastalarında sık görülen ve klinik açıdan önemli bir semptomdur. Şiddetli diyare olguları, bazı durumlarda yaşamı tehdit edici boyutlara ulaşabilmektedir. Serviks kanseri hastalarında kemoterapi sonrası gelişen diyare hastalığın evresi, psikolojik stres ve beslenme alışkanlıkları gibi faktörlerle ilişkilidir. Diyare yönetiminde hemşirelik bakımının temel adımı, semptoma yol açan nedenlerin kapsamlı bir değerlendirme ile belirlenmesi ve bireyselleştirilmiş, hasta merkezli bakımın planlanmasıdır. Farmakolojik yaklaşımlar kapsamında, hekim tarafından reçete edilen loperamid, kodein veya difenoksilat gibi antidiarreal ilaçlar kullanılabilir (Yurtsev, 2019: 159-162). Bununla birlikte, nonfarmakolojik yöntemler hasta eğitimi ve düzenli izleme üzerine temellendirilmelidir. Hemşire bireyin bağırsak alışkanlıklarını sistematik biçimde değerlendirerek anormal durumları tanımlamalı, diyareye yol açan kemoterapi, radyoterapi, anksiyete, enfeksiyon gibi etkenleri belirlemelidir. Diyareye bağlı gelişebilecek karın ağrısı, ateş, halsizlik, dehidratasyon bulguları ile sıvı-elektrolit kayıpları yakından izlemelidir. Hemşire, hastaya bağırsak irritasyonunu artırabileceği ve semptomları kötüleştirebileceği için hafif, kolay sindirilebilir ve posasız gıdaları tercih etmesini, aşırı sıcak veya soğuk yiyeceklerden kaçınmasını önermelidir (Ertem & Hazar, 2022: 264). Yeterli hidrasyonu sağlamak amacıyla günlük 10–12 bardak sıvı almaya teşvik etmeli, diyareyi kötüleştirebilecek kızartılmış yiyecekler, alkol, kafein gibi gıdalardan ve uygun olmayan ilaçlardan uzak durması sağlamalıdır. Hastanın daha az ve sık öğünler tüketmesini sağlayarak bağırsak sağlığını desteklemelidir (Prapti ve ark., 2012: 469-470).

Konstipasyon

Konstipasyon, kanser hastalarının yaklaşık %60'ında görülen özellikle ileri evre hastalarda opioid analjezikler veya antikolinergik ilaçların kullanımına bağlı ortaya çıkan yaygın bir komplikasyondur. Konstipasyonun önlenmesi ve şikâyetlerin azaltılması amacıyla hem farmakolojik hem de nonfarmakolojik yaklaşımlar uygulanmalıdır (Wickham ve ark., 2017: 152). Etkin bir yönetim için hemşire öncelikle hastanın bağırsak alışkanlıklarını düzenli olarak değerlendirmelidir. Farmakolojik tedavi kapsamında, hekim tarafından reçete edilen laksatifler, rektal supozituarlar veya lavmanlar uygulanmalıdır. Ayrıca, hemşire hastaya yaşam tarzı ve beslenme önerileri sunarak nonfarmakolojik yöntemlerle semptom kontrolüne katkıda bulunmalıdır. Yeterli hidrasyonu sağlamak için günlük sıvı alımı artırılmalı, bağırsak hareketlerini destekleyen lif açısından zengin besinler tercih edilmelidir. Kabızlık sürecinde gaz oluşumuna yol açabilecek elma, bezelye, fasulye, süt ve gazlı içeceklerden kaçınılmalı; peynir ve yumurta gibi kabızlığa neden olabilecek gıdaların tüketimi sınırlandırılmalıdır. Ayrıca, bireyin fiziksel kapasitesine uygun şekilde aktivite düzeyi artırılarak semptom yönetimine katkı sağlanmalıdır (Nakano ve ark., 2025: 116-120).

Kilo Kaybı

İştah kaybı ve buna bağlı kilo kaybı yönetiminde farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler tercih edilir. Farmakolojik tedavide iştahı artırmak amacıyla kortikosteroid türevleri prednizon veya deksametazon kullanılır. Nonfarmakolojik yaklaşımlarda hemşire; yemeğin iştahı uyandıracak şekilde sunulması, hastanın yemek kokularından uzak tutulması ve üç ana öğün yerine gün boyunca azar azar ve sık öğünlerle beslenmesi konusunda hastayı bilgilendirir. Hastanın sevdiği yiyeceklerin tercih edilmesi, taze gıdalar, meyveler ve meyve sularının gün içine

yayılması önerilir. Sıvıların öğün sırasında değil, öğünler arasında tüketilmesinin erken tokluk hissini azaltacağı açıklanır. Ayrıca, yemek sırasında sevilen bir müzik, televizyon programı ya da kişinin eşlik etmesinin iştahı olumlu yönde etkileyebileceği belirtilir. Yemeklerden önce kısa yürüyüş gibi tolere edilebilen fiziksel aktiviteler teşvik edilir ve yüksek kalorili, protein açısından zengin besinlerin tüketimi konusunda hem hastaya hem de yakınlarına eğitim verilir (Yang ve ark., 2025: 1-14).

Ateş

Ateş, serviks kanseri hastaları için bir stresör olup yorgunluk yaratmakta ve tedavi sürecini zorlaştırmaktadır. Bu nedenle ateşin nedeni belirlenmeli ve kontrol altına alınmalıdır. Farmakolojik tedavide parasetamol türevleri kullanılır. Nonfarmakolojik yöntemlerde hemşire; hastanın giysilerini çıkarmasına ve temiz hava almasına olanak tanır, giysilerin sık değiştirilmesini ve hastanın ılık duş almasını sağlayarak hijyen ve konforu destekler. Ayrıca yeterli hidrasyonun sağlanması için bol sıvı alımını teşvik eder. Bakım vericilere, normal vücut ısısı değerleri hakkında eğitim vererek riskleri tanımalarını sağlar. Bunun yanında, ateşin 48 saatten uzun sürmesi ya da inatçı öksürük, halsizlik ve diğer semptomlarla birlikte görülmesi durumunda sağlık kuruluşuna başvurulması gerektiğini hastaya ve yakınlarına anlatır (Søgaard ve ark., 2022: 970-972).

Yorgunluk

Serviks kanserli hastalarda radyoterapi, anksiyete, yetersiz beslenme ve sıvı alımı gibi çeşitli nedenlerle yorgunluk ortaya çıkmaktadır. Farmakolojik tedavide kortikosteroid türevleri tercih edilir (Grusdat ve ark., 2022: 3734). Nonfarmakolojik yaklaşımlarda hemşire hastanın yaşadığı yorgunluğun şiddetini; anemi, anksiyete, uykusuzluk gibi altta yatan nedenleri değerlendirmelidir. Depresyonun yorgunluk etkeni olduğu durumlarda psikoterapi, destek gruplarına katılım ve bilişsel-davranışçı terapilerin

uygulanması için ilgili disiplinlerle iletişim kurmalıdır. Ayrıca laboratuvar bulgularını takip ederek aneminin varlığını değerlendirmeli, gerektiğinde ekiple iş birliği yaparak kan transfüzyonunun sağlanmasına destek olmalıdır. Hastanın 7–8 saat uyumasına özen göstermeli ve düzenli uyku-uyanıklık saatleri oluşturması konusunda eğitim vermelidir. Yüksek protein ve kalori içeren beslenme programı oluşturarak enerjisini artırmaya yardımcı olmalı, hastanın gün içinde olabildiğince aktif kalmasını sağlamalı, günlük yaşam aktivitelerinde destek olmalı ve uygun egzersiz programlarının hazırlanmasına katkıda bulunmalıdır (Kang ve ark., 2023: 1-2; Ertem & Hazar, 2022: 265-266).

Lenfödem

Lenfödem, diğer kanser türlerine göre jinekolojik kanserlerde daha sık görülen bir semptomdur ve genellikle lenf nodlarının çıkarılması ya da radyoterapiye bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Lenfödemi olan hastalar, olmayanlara göre daha fazla fiziksel kısıtlılık ve stres yaşamaktadır. Bu durum hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Gu ve ark., 2025: 5928). Lenfödem yönetiminde henüz kesin bir tedavi bulunmamakta olup, hemşirenin öncelikli rolü hastayı ve ailesini riskin azaltılması ve kontrol edilmesi konusunda bilgilendirmektir. Hemşire hastanın normal beden kitle indeksini koruyarak lenfatik sistem üzerindeki yükü azaltır, düzenli egzersizi teşvik eder ve manikür-pedikür gibi cilt hasarına yol açabilecek uygulamalardan hastanın kaçınmasını önerir. Böcek, arı sokması ve kedi tırmalaması gibi cilt bütünlüğünü bozabilecek durumlardan sakınmayı, ödemli cildin enfeksiyona duyarlı olması nedeniyle enfeksiyonlardan korunmayı, cildin nemlendirilmesini, güneş yanıklarını önlemek için güneş kremi kullanılmasını ve uzun süre güneşte kalmamasını sağlamalıdır. Seyahatlerde basınç giysisi kullanımını, lenfatik drenajı engellemek için dar kıyafetlerden kaçınılmasını ve rahat ayakkabı tercih edilmesini önermelidir. Ödemli bölgede enfeksiyon belirtileri,

kızarıklık ya da lenf nodlarında hassasiyet varlığını mutlaka değerlendirmelidir (Tümekaya & Seven, 2025: 7-9)

Cinsel İşlev Bozukluğu

Serviks kanseri tedavisinde uygulanan radyoterapi, kemoterapi ve cerrahi yöntemler cinsel isteksizlik, uyarılma bozukluğu, dispareni, cinsel ilişki sırasında abdominal ağrı ve orgazm azalması gibi sorunlara neden olabilmektedir. Pelvik radyoterapi alan kadınlarda ise postkoital kanama, vajinal kuruluk, vajinal darlık ve cinsel istekte azalma gibi ek sorunlar ortaya çıkmaktadır. Farmakolojik tedavide hormon içermeyen ve su bazlı vajinal nemlendiriciler, kayganlaştırıcılar ve lokal vajinal östrojen tedavisi kullanılır. Nonfarmakolojik yönetimde ise danışmanlık ve cinsel eğitim ön plana çıkmaktadır (Kamal Masaud ve ark., 2021: 215). Hemşire, eşler arasında sağlıklı iletişimini destekleyerek cinsel uyumun sürdürülmesine katkı sağlamalı, bireyleri cinsel yaşamlarında önemli gördüklerini paylaşımları konusunda teşvik etmeli, eşlerin karşılıklı olarak cinsellik ile ilgili duygu ve düşüncelerini ifade etmelerini desteklemelidir. Tedavi sürecinde gebeliği önlemek için aile planlaması konusunda çiftlere danışmanlık sunulmalıdır (Mishra ve ark., 2021: 600-603).

Anksiyete ve Depresyon

Serviks kanseri, kadınların fiziksel sağlığını etkilediği gibi ruhsal sağlıklarını da etkilemektedir. Fiziksel semptomlar, uygulanan tedavi, tümör evresi, yaş, düşük sosyo-ekonomik düzey ve cinsel sorunlara bağlı olarak stres, anksiyete ve depresyon ortaya çıkabilmektedir. Antidepresan tedavisi, psikiyatrik destek uygulanan ilk tedavi yöntemlerindendir (Grusdat ve ark., 2022: 3735). Hastanın kendini özgürce ifade edebileceği bir ortam sağlamalı, korku ve kaygılarını dile getirmesi için cesaretlendirmeli ve hastanın sorular sormasına fırsat tanınmalıdır. Uygun baş etme yöntemlerini geliştirmesine, uygun olmayan stratejilerin değiştirilmesine destek

olmalıdır. Duyusal aşırı yüklenmeyi azaltmak için sakin ve düzenli bir çevre oluşturmalıdır (Shi ve ark., 2021: 1776-1777)

Dispne

Dispne, farklı şiddet ve nitelikte yaşanabilen, solunum güçlüğü ile karakterize bir komplikasyondur. Hastaya farmakolojik olarak oksijen ve opioid tedavisi uygulanır. Nonfarmakolojik tedavi yöntemleri arasında dispnenin nedenlerinin belirlenmesi, korku ve paniği önleme, psikoterapi, gevşeme egzersizleri veya müzik kullanılabilir. Hemşire hastanın solunumunu kolaylaştırmak için başucunu 45° yükselterek semi-fowler pozisyon vermeli, burundan derin nefes alıp dudaklar büzülerek nefesi iki kat daha uzun sürede vermeyi öğretmeli ve göğüs duvarı vibrasyonu ile hava yolunun açıklığının korunmasına destek olmalıdır (Ertem & Hazar, 2022: 266)

Basınç Ülseri

Basınç yaraları, vücudun kemik çıkıntıları üzerinde basınca maruz kalan yumuşak dokularda gelişen lokalize yaralanmalardır. En sık sakrum, topuk ve iskium bölgelerinde görülür. Basınç yaraları, hastalarda yaşam kalitesini azaltarak sağlık bakım maliyetlerini artırmaktadır. Basınç yarası oluşumunu önlemek için hemşirenin yapacağı basınç yarası riskini değerlendirme ve erken tanılama kritik öneme sahiptir. Hemşire basınç noktalarını renk ve ısı değişiklikleri açısından gözlemleyerek en fazla iki saatte bir pozisyon değişimi yapmasına yardımcı olur. Günlük banyo ve cilt masajı gibi uygulamalarla deri bütünlüğünü destekler, çarşafların kuru ve düzgün olmasını sağlar, mümkünse basınç oluşumunu geciktiren köpük yatak kullanır. Ayrıca yastık gibi destek materyaller ile sakrum, koksiks ve topuk gibi yüksek riskli bölgelerde basıncın dağılımına yardımcı olur. Bunun yanı sıra, doku bütünlüğünü korumak için hastanın kalori, vitamin, mineral ve protein açısından

zengin bir beslenme programına uyumunu destekler (Antony ve ark., 2023: 76; Ertem & Hazar, 2022: 266).

Sonuç ve Öneriler

HPV tanısı almış kadınlarda bilgi düzeyinin artmasına rağmen genel farkındalık ve aşılama oranları düşük seyretmektedir. Bu durum, eğitim ve farkındalık çalışmalarının güçlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. HPV aşısının ulusal bağışıklama programına dâhil edilmesi, erişilebilirliği ve aşının kabulünü belirgin şekilde artıracaktır. Hemşireler HPV'den korunmaya yönelik tutumların şekillenmesinde kilit bir rol oynamaktadır. Bu nedenle hemşirelere yönelik kapsamlı eğitim programlarının geliştirilmesi, hem iletişim becerilerini hem de HPV ve aşı konusundaki bilgi düzeylerini artıracaktır. Özellikle genç ve sosyoekonomik açıdan dezavantajlı kadınları hedef alan toplum temelli eğitim programlarının uygulanması, bilgi eksikliklerinin giderilmesi ve aşıya yönelik tereddütlerin azaltılması açısından büyük önem taşımaktadır.

Kanser tedavileri çoğunlukla yaşam süresini uzatmaya ve hastalığın tekrarlamasını önlemeye odaklanırken, hastaların yaşadığı semptomlar çoğu zaman göz ardı edilebilmektedir. Oysa bu semptomların kontrolü, jinekolojik kanserlerde yaşam kalitesini artırmada kritik öneme sahiptir. Serviks kanserinde en sık görülen sorunlar; ağrı, vajinal akıntı, kanama, bulantı, kusma, sindirim problemleri, iştahsızlık, halsizlik, yorgunluk, ödem, bası yaraları, nefes darlığı, stres, anksiyete, depresyon ve cinsel işlev bozukluklarıdır. Bu sorunların etkili yönetimi ve bakımı hemşirelerin temel sorumluluğudur.

Hemşirelerin serviks kanseri tedavisinde psikososyal destek sağlama ve semptom yönetimindeki rolleri, hastaların genel iyilik hâlini artırmada kritik öneme sahiptir. Kemoterapi protokollerine uyumun düşük olması tedaviden beklenen başarı oranında düşüşe

yol açabilir. Hemşirelik müdahaleleri, hastaların kemoterapiye sürekli ve eksiksiz uyumunu sağlamada kritik bir rol oynarken, aynı zamanda hasta ve onkologlar arasında işlevsel bir iletişim köprüsü oluşturur. Bu müdahaleler, hastaların tedavi protokollerine bağlı kalmasını güvence altına alırken, kemoterapinin fiziksel ve psikolojik yan etkilerini etkin biçimde yönetebilmeleri için gerekli bilgi, beceri ve kaynakları sağlamaktadır.

Kaynakça

Antony, L., Thelly, A. S., & Mathew, J. M. (2023). Evidence-based clinical practice guidelines for caregivers of palliative care patients on the prevention of pressure ulcer. *Indian Journal of Palliative Care*, 29(1), 75. https://doi.org/10.25259/IJPC_99_2022.

Biewenga, P., Mutsaerts, M. A., Stalpers, L. J., Buist, M. R., Schilthuis, M. S., & Van Der Velden, J. (2010). Can we predict vesicovaginal or rectovaginal fistula formation in patients with stage IVA cervical cancer?. *International Journal of Gynecological Cancer*, 20(3), 471-475. <https://doi.org/10.1111/IGC.0b013e3181d224c8>

Cohen, P. A., Jhingran, A., Oaknin, A., & Denny, L. (2019). Cervical cancer. *The Lancet*, 393(10167), 169-182.

Eleje, G. U., Eke, A. C., Igberase, G. O., Igwegbe, A. O., & Eleje, L. I. (2019). Palliative interventions for controlling vaginal bleeding in advanced cervical cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011000.pub3>

Ertem, G., & Hazar:(2022). Symptom Management and Nursing Care in Palliative Care of Cervical Cancer Patients. *J Educ Res Nurs*, 19(2), 262-268. <https://doi.org/10.5152/jern.2022.88886>

Fang, H., Tan, Y., Sun, Y., & Wang, W. (2024). Effectiveness of nursing care for cervical cancer patients undergoing chemotherapy: Systematic review and meta-analysis. *African Journal of Reproductive Health*, 28(12), 46-51. <https://doi.org/10.29063/ajrh2024/v28i12.5>

Gashaye, D. G., & Bekeko:D. (2025). Attitude Towards Cervical Cancer Screening and Its Associated Factors Among Reproductive Age Women in Benishangul-gumuz Region, Northwest, Ethiopia. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-7700336/v1>

Goodman, E., Reiter, A., Felsner, M. A., Perez, M. E., Gonzales, G., & Finkelstein, D. (2025). Human Papillomavirus Disease Prevention in the United States and Germany Among Gender Diverse Adults with a Cervix. *Transgender Health*. <https://doi.org/10.1177/26884887251382065>.

Grusdat, N. P., Staeuber, A., Tolkmitt, M., Schnabel, J., Schubotz, B., Wright, P. R., & Schulz, H. (2022). Routine cancer treatments and their impact on physical function, symptoms of cancer-related fatigue, anxiety, and depression. *Supportive Care in Cancer*, 30(5), 3733-3744. <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06787-5>

Gu, X., Luo, Y., Lai, C., & Liu, Y. (2025). Analysis of Risk Factors of Lymphedema After Surgical Treatment in Cervical Cancer: A Case-Control Retrospective Study. *International Journal of General Medicine*, 5927-5938. <https://doi.org/10.2147/IJGM.S537679>.

Jakobsen, T. B. T., Pittureri, C., Seganti, P., Borissova, E., Balzani, I., Fabbri, S., ... & Fabbri, E. (2020). Incidence and prevalence of pressure ulcers in cancer patients admitted to hospice: a multicentre prospective cohort study. *International wound journal*, 17(3), 641-649. <https://doi.org/10.1111/iwj.13317>.

Kamal Masaud, H., Ali Mohammed, R., Abd El Salam Ramadan, S., & Elzeblawy Hassan, H. (2021). Impact of protocol of nursing intervention on sexual dysfunction among women with cervical cancer. *Journal of Nursing Science Benha University*, 2(2), 203-224.

Kang, Y. E., Yoon, J. H., Park, N. H., Ahn, Y. C., Lee, E. J., & Son, C. G. (2023). Prevalence of cancer-related fatigue based on severity: a systematic review and meta-analysis. *Scientific reports*, 13(1), 12815. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-39046-0>.

Lugan, E., Lacorre, A., Margueritte, F., Ouldamer, L., Kerbage, Y., Carcopino, X., ... & Gauthier, T. (2025). Locally advanced cervical cancer and para-aortic lymphadenectomy: impact of the number of removed lymph nodes, a FRANCOGYN group study. *European Journal of Surgical Oncology*, 110490. <https://doi.org/10.1016/j.ejso.2025.110490>.

Mishra, N., Singh, N., Sachdeva, M., & Ghatage, P. (2021). Sexual dysfunction in cervical cancer survivors: a scoping review. *Women's Health Reports*, 2(1), 594-607. <https://doi.org/10.1089/whr.2021.0035>

Roura, E., Castellsague, X., Pawlita, M., Travier, N., Waterboer, T., Margall, N., ... & Riboli, E. (2014). Smoking as a major risk factor for cervical cancer and pre-cancer: results from the EPIC cohort. *International journal of cancer*, 135(2), 453-466. <https://doi.org/10.1002/ijc.28666>

Soler, M., Alfaro, K., Rauda, J. C., Torres, E., Pérez, J. R., Méndez, F., ... & Cremer, M. (2025). Adoption and Implementation of Affordable Cancer Technologies in El Salvador: Identifying Implementation Strategies for Successful Cervical Cancer Prevention in Resource-Limited Settings. *JCO global oncology*, 11, e2500065. <https://doi.org/10.1200/GO-25-00065>

Nakano, K., Kanno, Y., Kajiwara, K., Kobayashi, M., Morikawa, M., Matsuda, Y., ... & Kako, J. (2025). Nursing support for constipation in patients with cancer: A scoping review. *Journal of Palliative Medicine*, 28(1), 115-122. <https://doi.org/10.1089/jpm.2024.0071>

Özçelik:(2020). Palyatif bakıma bakış ve hemşireliğin rolü. *Journal of Medicine and Palliative Care*, 1(3), 76-82. <https://doi.org/10.47582/jompac.742274>

Özdelikara, A., & Arslan, B. (2017). Kemoterapiye bağlı bulantı-kusma yönetiminde tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemlerinin kullanımı. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6(4), 218-223.

Prapti, N. K. G., Petpichetchian, W., & Chongchareon, W. (2012). Nausea, vomiting and retching of patients with cervical cancer undergoing chemotherapy in Bali, Indonesia. Nurse Media Journal of Nursing, 2(2), 467-481.

Serviks (Rahim Ağzı) Kanseri Farkındalık Ayı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/haberler-kanser/serviks-rahim-agzi-kanseri-farkindalik-ayi.html> Erişim Tarihi:29.09.2025

Shi, D., Jiang, X., Huang, M., Chen, S., Lin, Q., Xie, Q., & Liu, C. (2021). Effect of quality control circle nursing mode on postoperative pain and anxiety of patients with cervical cancer. Int J Clin Exp Med, 14(4), 1776-1783.

Sholjakova, M. V., & Durnev, V. M. (2021). Multimodal pain management in the setting of palliative care. Suggestions Addressing Clin Non-Clin Issues Palliat Care, 221, 1-26.

Singh, N., Rous, B., & Ganesan, R. (2019). 2018 FIGO staging system for cervical cancer: summary and comparison with 2009 FIGO staging system. [www. bgcs. org. uk/wp-content/uploads/2019/05/BAGP-2018-FIGO-Cervix-Ca-staging-doc-v1. 2. pdf](http://www.bgcs.org.uk/wp-content/uploads/2019/05/BAGP-2018-FIGO-Cervix-Ca-staging-doc-v1.2.pdf).

Søgaard, K. K., Farkas, D. K., Leisner, M. Z., Schmidt: A. J., Lash, T. L., & Sørensen, H. T. (2022). Fever of unknown origin and incidence of cancer. Clinical Infectious Diseases, 75(6), 968-974. <https://doi.org/10.1093/cid/ciac040>

Tandoğan, Ö., Yakıt Ak, E., Şen, M. A., Akdemir, A., Gülen Sabancılar, G., & Yaraşır, E. (2025). Analysis of Knowledge and

Beliefs of Women With and Without HPV Diagnosis About the Virus and Vaccine. *International Journal of Clinical Practice*, 2025(1), 5520955. <https://doi.org/10.1155/ijcp/5520955>

Tewari, K. S. (2025). Cervical cancer. *New England Journal of Medicine*, 392(1), 56-71. <https://doi.org/10.1056/NEJMra2404457>

Tümkaya, M. N., & Seven, M. (2024, December). Interventions for Prevention and Management of Gynecological Cancer-Related Lower Limb Lymphedema: A Systematic Scoping Review. In *Seminars in Oncology Nursing* (p. 151781). WB Saunders. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2024.151781>

Wang, Q. L., Babic, A., Rosenthal, M. H., Lee, A. A., Zhang, Y., Zhang, X., ... & Wolpin, B. M. (2024). Cancer diagnoses after recent weight loss. *Jama*, 331(4), 318-328. <https://doi.org/10.1001/jama.2023.25869>

Wickham, R. (2017). Managing constipation in adults with cancer. *J Adv Pract Oncol*, 8(2):149-161.

Yurtsev, E. (2019). Jinekolojik Kanserlerde Semptom Yönetim. N. Şahin içinde, *Güncel Jinekoloji Hemşireliği* (s. 159-171). Ankara: Akademisyen Kitabevi.

ENDOMETRİUM KANSERİNDE KLİNİK SÜREÇ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

**ÖZLEM ABİ¹
GÜLHAN AKDEMİR²
DERYA ŞİMŞEKLİ³**

Giriş

Endometriyum kanseri, kadınlar arasında sık görülen kanserlerden biridir. Amerika Birleşik Devletleri'nde meme, akciğer ve kolorektal kanserleri takiben sırada yer aldığı görülmektedir (Braun ve ark., 2016: 468-474). 2022 yılı verilerine bakıldığında, 420.368 yeni endometriyum kanseri vakası ile dünya çapında kadınlar arasında 6. kanser türü olduğu görülmüştür. Mortalite oranı bakımından ise 97.723 ölümle 8. sırada yer aldığı saptanmıştır (IARC, 2024). Genellikle menapoz sonrası dönemde teşhis edilen bu kanser, bu yönüyle östrojen maruziyetine bağlı risk faktörleriyle ilişkilendirilmektedir. Diğer risk faktörleri arasında obezite, hipertansiyon, diyabet, erken menarş, geç menopoz, nulliparite ve herediter nonpolipozis kolorektal kanser sendromu yer almaktadır (Raglan ve ark., 2019: 1719-1730). Obezite, endometriyum kanseri ile güçlü şekilde ilişkilendirilmiştir (Harvey ve ark., 2023: 1086-1099). Hastalar genellikle menapoz sonrası meydana gelen kanama

ile başvurmakta ve erken evrede tanı konulduğunda prognoz olumlu olarak değerlendirilmektedir (Braun ve ark., 2016: 468-474; Crosbie ve ark., 2022: 1412-1428).

Hastalığın hemşirelik bakımında risk faktörlerinin kontrol edilmesi, tanı sürecinde hastaların eğitimi, semptomların uygun şekilde yönetilmesi, cerrahi tedavi, kemoterapi ve radyoterapi süreçleri ve bunlara bağlı komplikasyon yönetimi yer almaktadır (Passarello ve ark., 2019: 157-165). Bakımda sadece fiziksel semptomlar değil, psikososyal semptomlarda değerlendirilmeli ve hastaların yaşam kaliteleri arttırılmaya çalışılmalıdır (Crosbie ve ark., 2022: 1412-1428). Bu bölümde, endometriyum kanserinin epidemiyolojisi, patofizyolojisi, tanı, tedavi ve hemşirelik yaklaşımları kapsamlı bir şekilde ele alınarak kanıta dayalı bakım stratejileri sunulacaktır.

Endometriyum Kanseri Epidemiyolojisi

Endometriyum kanseri, kadınlarda en yaygın jinekolojik kanser olarak tanımlanmakta olup küresel olarak 2022 yılında 420.368 yeni vaka ile kadın kanserleri arasında altıncı sırada yer almaktadır. Yaşa standartlaştırılmış insidans oranı 8.4/100.000 ve mortalite oranı 1.7/100.000 olarak hesaplanmıştır (IARC, 2024). Yüksek gelirli ülkelerde (örneğin Kuzey Amerika ve Batı Avrupa) insidans en yüksek olarak görülmekte ve obezite prevalansındaki artışla paralel olarak son 30 yılda %132 oranında artmaktadır (Crosbie ve ark., 2022: 1412-1428). Amerika Birleşik Devletleri'nde endometriyum kanseri, meme, akciğer ve kolorektal kanserlerden sonra kadınlarda dördüncü en yaygın kanser türü olarak sıralanmakta olup; 2025 tahminlerine göre 69.120 yeni vaka ve 13.860 ölüm beklenmekte, insidans oranı 2000'lerin ortalarından beri yılda %1'den fazla artmakta ve mortalite oranı 2013-2022 arasında yılda %1.5 yükselmektedir (American Cancer Society, 2024). Hastalık genellikle 65-75 yaş arasında teşhis edilmekte ve vakaların %90'ı 50

yaş üstü kadınlarda görülmektedir. Ancak 40 yaş altı kadınlarda vakalar gittikçe artmaktadır. Bu yaş grubundaki kadınlar tüm düşük dereceli endometriyum kanserlerinin %4.2'sini oluşturmaktadır (Crosbie ve ark., 2022: 1412-1428; American Cancer Society, 2024).

Endometriyum kanseri mortalitesi son 30 yılda %15 azalmış olsa da (tahmini ortalama yüzde değişim -0.85), ölüm sayıları artmakta olup; düşük ve orta gelirli ülkelerde mortalite oranı yüksek gelirli ülkelere göre daha fazla olarak belirlenmekte ve bu fark, tanıdaki gecikmeler ile agresif non-endometrioid tümörlerin prevalansından kaynaklanmaktadır (Crosbie ve ark., 2022: 1412-1428). Irksal ve sosyoekonomik eşitsizlikler belirgin olarak gözlenmektedir. Örneğin ABD'de Siyah kadınlar, Beyaz kadınlara göre daha agresif tümörler geliştirme eğiliminde olup, mortalite riski iki kat fazla olarak hesaplanmaktadır (Crosbie ve ark., 2022: 1412-1428). Yaşam boyu obezite, endometriyum kanseri riskini önemli ölçüde artırmaktadır. Epidemiyolojik konsorsiyum çalışmaları, erken yetişkinlikteki obezitenin hastalık riskini %18, geç yetişkinlikteki obezitenin %81 artırdığını göstermektedir (Harvey ve ark., 2023: 1086-1099). Diğer risk faktörleri arasında obezite (%50 vakada etken), hipertansiyon, diyabet, erken menarş, geç menopoz, nulliparite ve Lynch sendromu (herediter nonpolipozis kolorektal kanser) yer almaktadır (Raglan ve ark., 2018: 1719-1730; Braun ve ark., 2016: 468-474).

Gelecekte, obezite ve yaşlanan nüfus nedeniyle ABD'de yıllık vaka sayısının 2030'a kadar 122.000'e çıkması beklenmektedir. Bu artış özellikle yüksek gelirli ülkelerde belirgin olarak görülmektedir (Crosbie ve ark., 2022: 1412-1428; American Cancer Society, 2024). Bu trendler, önleme stratejilerinin (örneğin obezite yönetimi) önemini vurgulamakta olup, hemşirelik bakımında risk faktörlerinin erken taranması gerekliliği ortaya konulmaktadır.

Endometriyum Kanserinin Risk Faktörleri

Endometriyum kanseri risk faktörleri, östrojen maruziyetine bağlı ve diğer çevresel, genetik ve yaşam tarzı faktörleri olarak sınıflandırılmakta olup en önemli değiştirilebilir risk faktörü obezite olarak kabul edilmektedir. Endometriyum kanseri vakalarının yaklaşık %50'si obezite ile ilişkilendirilmektedir. Yaşam boyu obezite riski erken yetişkinlikte %18, geç yetişkinlikte %81 artırmaktadır (Harvey ve ark., 2023: 1086-1099). Obezite, özellikle postmenopozal kadınlarda, yağ dokusundaki aromataz enzimi aracılığıyla östrojen üretimini artırarak Endometriyumun aşırı uyarılmasına neden olmaktadır (Crosbie ve ark., 2022: 1412-1428). Özellikle bel-kalça oranı ve vücut kitle indeksi ile kanser riski arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur (Raglan ve ark., 2018: 1719-1730).

Östrojenle ilişkili diğer faktörler arasında erken menarş, geç menopoz, nulliparite, infertilite veya ovulasyon eksikliği ve polikistik over sendromu (PCOS) yer almaktadır. Bu durumlar östrojenin progesteron tarafından dengelenmediği uzun süreli maruziyete yol açmaktadır (Braun ve ark., 2016: 468-474; Raglan ve ark., 2018: 1719-1730). Östrojen replasman tedavisi ve tamoksifen kullanımı da riski artırmakta olup; tamoksifen, östrojen reseptörleri üzerinde agonist etki göstererek endometrial hiperplaziyi tetikleyebilmektedir (Amant ve ark., 2005: 491-505).

Genetik faktörler arasında Lynch sendromu (herediter nonpolipozis kolorektal kanser) öne çıkmakta ve endometriyum kanseri vakalarının yaklaşık %10'unu oluşturmaktadır (Braun ve ark., 2016: 468-474). Lynch sendromu, DNA onarım genlerindeki mutasyonlarla ilişkilendirilmekte olup bu hastalar genellikle 50 yaşından önce tanı almaktadır (Crosbie ve ark., 2022: 1412-1428).

Diğer tıbbi durumlarda, örneğin hipertansiyon ve diyabet mellitus, endometriyum kanseri riskini artırır. Diyabetin insülin direnci ve hiperinsülinemi yoluyla östrojen seviyelerini dolaylı

olarak artırdığı düşünülmektedir (Raglan ve ark., 2018: 1719-1730). Fiziksel inaktivite de risk faktörü olarak tanımlanmakta olup düzenli fiziksel aktivite ise riski azaltabilmektedir (Raglan ve ark., 2018: 1719-1730). Sigara içmenin endometriyum kanseri riskini azalttığına dair bazı kanıtlar olsa da bu etki zayıf olarak değerlendirilmekte ve sigara diğer sağlık riskleri nedeniyle önerilmemektedir (Raglan ve ark., 2018: 1719-1730).

Diyet faktörleri arasında yüksek yağlı diyetlerin riski artırabileceği ancak sebze ve meyve ağırlıklı diyetlerin koruyucu olabileceği belirtilmektedir. Ancak bu ilişki kesin olmayıp daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır (Makker ve ark., 2021: 88). Sosyoekonomik durum da risk üzerinde etkili olarak görülmektedir; düşük sosyoekonomik gruplarda tanı gecikmeleri ve agresif tümör türleri daha sık görülmekte, bu da mortaliteyi artırmaktadır (Crosbie ve ark., 2022: 1412-1428).

Hemşirelik açısından, bu risk faktörlerinin erken taranması ve hasta eğitimi kritik öneme sahip olarak değerlendirilmekte değerlendirilmektedir. Özellikle obezite yönetimi, diyabet kontrolü ve fiziksel aktivitenin teşviki, önleme stratejilerinde hemşirelerin oynayabileceği temel roller olarak kabul edilmektedir (Passarello ve ark., 2019: 157-165).

Endometriyum Kanserin Patofizyolojisi

Endometriyum kanseri, uterusun iç tabakasını oluşturan Endometriyumdan kaynaklanan bir malignite olarak tanımlanmaktadır. Patofizyolojisi hormonal dengesizlikler, genetik mutasyonlar ve çevresel faktörlerin kompleks bir etkileşimiyle şekillenmektedir. Endometriyum kanseri genellikle iki ana tipe ayrılmaktadır: Tip I (endometrioid adenokarsinomlar) ve Tip II (non-endometrioid, örneğin seröz veya berrak hücreli karsinomlar). Tip I kanserler, vakaların %70-85'ini oluşturmakta olup, östrojen bağımlı olarak sınıflandırılmakta; düşük dereceli, iyi prognozlu ve

genellikle erken evrede teşhis edilmektedir (Braun ve ark., 2016: 468-474; Passarello ve ark., 2019: 157-165). Tip II kanserler ise yüksek dereceli, agresif, östrojen bağımsız olarak değerlendirilmekte, relaps ile metastaz riski yüksek olarak görülmekte ve tüm vakaların %10'unu oluşturmalarına rağmen mortalitenin %40'ından sorumlu tutulmaktadır (Braun ve ark., 2016: 468-474).

Tip I endometriyum kanserinin temel patofizyolojik mekanizması, östrojenin progesteron tarafından dengelenmediği uzun süreli maruziyet olarak tanımlanmaktadır. Östrojen endometrial hücre proliferasyonunu uyarmakta ve apoptozu inhibe etmekte, bu da endometrial hiperplazi ve nihayetinde karsinogeneze yol açmaktadır (Crosbie ve ark., 2022: 1412-1428). Obezite, bu süreçte kritik bir rol oynayarak adipoz dokuda aromataz enzimi, androjenleri östrojene dönüştürerek sistemik östrojen seviyelerini artırmaktadır (Makker ve ark., 2021: 88). Özellikle postmenopozal kadınlarda, ovaryan östrojen üretiminin azalmasıyla adipoz doku ana östrojen kaynağı haline gelmekte, bu da riski artırmaktadır (Harvey ve ark., 2023: 1086-1099). Endometrial hiperplazi, özellikle kompleks atipik hiperplazi, Tip I kanserlerin öncül lezyonu olarak kabul edilmekte olup, genellikle obez, perimenopozal veya genç kadınlarda görülmektedir (Passarello ve ark., 2019: 157-165).

Tip II kanserlerin patofizyolojisi daha az östrojen bağımlı olarak değerlendirilmekte ve genetik mutasyonlarla ilişkilendirilmektedir. Örneğin, seröz karsinomlar sıklıkla TP53 mutasyonlarıyla karakterize edilip, hızlı tümör progresyonu göstermektedir (Amant ve ark., 2005: 491-505). The Cancer Genome Atlas (TCGA) çalışması, endometriyum kanserlerini dört moleküler alt gruba ayırır; bu sınıflama, Tip II kanserlerin agresif doğasını ve prognozunu açıklamaya yardımcı olmaktadır. Örneğin, kopya sayısı yüksek grup, kötü prognozla ilişkilendirilmektedir

(Makker ve ark., 2021: 88). Lynch sendromu, DNA onarım genlerindeki (MLH1, MSH2, MSH6, PMS2) mutasyonlarla ilişkilendirilmekte olup, özellikle MSI-H alt grubunda sık görülmekte, genç yaşta endometriyum kanseri riskini artırmaktadır (Crosbie ve ark., 2022: 1412-1428).

Diğer patofizyolojik faktörler arasında insülin direnci ve hiperinsülinemi yer almakta olup; diyabetli hastalarda insülin, insülin benzeri büyüme faktörü-1 (IGF-1) yoluyla hücre proliferasyonunu teşvik etmektedir (Raglan ve ark., 2018: 1719-1730). Kronik inflamasyon, özellikle obeziteyle ilişkili sitokin üretimi, tümör mikroçevresinde karsinogenezi destekleyebilmektedir (Makker ve ark., 2021: 88). Ayrıca, mikrobiyom kompozisyonunun endometrial kanser gelişiminde rol oynayabileceği öne sürülse de bu alan daha fazla araştırmaya ihtiyaç duymaktadır (Makker ve ark., 2021: 88).

Hemşirelik açısından, patofizyolojik mekanizmaların anlaşılması, hasta eğitiminde ve risk faktörlerinin yönetiminde önemli olarak değerlendirilir. Obezite, diyabet ve hormonal dengesizliklerin kontrolü, hemşirelerin önleme ve erken tanı süreçlerinde oynadığı rolleri güçlendirmektedir. Örneğin, hastaların kilo verme, düzenli egzersiz ve diyabet kontrolü konusunda eğitilmesi, endometrial hiperplazi ve kanser riskini azaltabilmektedir (Passarello ve ark., 2019: 157-165). Ayrıca, genetik yatkınlığı olan hastalarda (örneğin Lynch sendromu) tarama ve danışmanlık hizmetlerinin teşviki, erken müdahale şansını artırmaktadır (Crosbie ve ark., 2022: 1412-1428).

Endometriyum Kanseri Tanı Yöntemleri

Endometriyum kanseri tanısı, genellikle postmenopozal kanama gibi semptomlarla başvuran hastalarda klinik değerlendirme ve görüntüleme yöntemleriyle başlatılmakta olup, postmenopozal kanama endometriyum kanserinin en yaygın prezentasyonu olarak

kabul edilmekte ve bu semptomun %5-10'u ciddi patolojilerle ilişkilendirilmektedir (Crosbie ve ark., 2022: 1412-1428). Premenopozal kadınlarda ağır, uzun süren veya intermestrüel kanama tanısız değerlendirmeyi gerektirmekle birlikte kanser yalnızca %0.3 vakada neden olarak belirlenmektedir (Crosbie ve ark., 2022: 1412-1428). Tanı sürecinde ilk adım, çocuk doğurma çağındaki kadınlarda gebelik testini içermekte; ağır kanamalarda tam kan sayımı, protrombin zamanı ve parsiyel tromboplastin zamanı yapılmaktadır (Braun ve ark., 2016: 468-474).

Tanıda birincil görüntüleme yöntemi olarak transvajinal ultrasonografi (TVUS) kullanılmaktadır. Endometrial kalınlık ≥ 4 mm olan postmenopozal kadınlarda biyopsi önerilmekte, çünkü bu kalınlık kanser riskini artırmaktadır (Braun ve ark., 2016: 468-474). Endometrial biyopsi, pipel veya küretaj ile altın standart tanı yöntemi olarak kabul edilip histopatolojik değerlendirme sağlamaktadır (Passarello ve ark., 2019: 157-165). Histeroskopi, lezyonların görselleştirilmesi ve hedefe yönelik biyopsi için kullanılmaktadır. Bu yöntem özellikle fokal lezyonlarda etkili olarak değerlendirilmektedir (Amant ve ark., 2005: 491-505).

Evreleme için manyetik rezonans görüntüleme (MRI) ve bilgisayarlı tomografi (BT) kullanılmaktadır. MRI, myometrial invazyonu ve servikal tutulumu değerlendirmede üstün olarak görülmekte, BT ise uzak metastazları tespit etmektedir (Makker ve ark., 2021: 88). Sentinel lenf nodu biyopsisi, lenf nodu tutulumu değerlendirmek için minimal invaziv bir yöntem olarak giderek yaygınlaşmaktadır (Crosbie ve ark., 2022: 1412-1428). Moleküler sınıflama (örneğin, TCGA alt grupları), prognostik bilgi sağlamak için biyopsi materyalinde giderek daha fazla kullanılmaktadır (Makker ve ark., 2021: 88). Hemşireler de hasta eğitimi, prosedür öncesi hazırlık ve anksiyete yönetimi gibi tanı sürecinin her adımında kritik rol oynamaktadır (Passarello ve ark., 2019: 157-165).

Endometriyum Kanseri Belirtileri

Endometriyum kanserinin en yaygın belirtisi postmenopozal kanama olmakla birlikte bu semptom, vakaların yaklaşık %90'ında görülmektedir. Ancak postmenopozal kanama olan kadınların yalnızca %5-10'unda ciddi bir patoloji (örneğin endometriyum kanseri) saptanmaktadır (Crosbie ve ark., 2022: 1412-1428). Postmenopozal kanamanın kanser olasılığı yaşla birlikte artma eğilimindedir (Crosbie ve ark., 2022: 1412-1428). Premenopozal kadınlarda ise endometriyum kanseri, vakaların %15'inde görülür ve genellikle ağır, uzun süren veya intermestrüel kanama ile kendini gösterir. İntermestrüel kanama, kanser için en prediktif belirtidir, ancak yalnızca %0.3 vakada kanserle ilişkilidir (Crosbie ve ark., 2022: 1412-1428; Braun ve ark., 2016: 468-474).

Diğer belirtiler arasında pelvik ağrı, vajinal akıntı (özellikle kanlı veya kötü kokulu), karın şişkinliği ve ileri evrelerde kilo kaybı yer almaktadır (Passarello ve ark., 2019: 157-165). İleri evre hastalıkta, metastazlara bağlı semptomlar (örneğin karın ağrısı, nefes darlığı veya kemik ağrısı) ortaya çıkabilmektedir (Makker ve ark., 2021: 88). Endometrial hiperplazi, özellikle kompleks atipik hiperplazi, kanser öncesi bir durum olarak anormal uterin kanama ile prezentasyon gösterebilir ve genellikle obez veya perimenopozal kadınlarda tespit edilmektedir (Passarello ve ark., 2019: 157-165).

Hemşirelik açısından, belirtilerin erken tanınması ve hasta eğitimi kritik öneme sahiptir. Postmenopozal kanama veya anormal vajinal kanama şikâyeti olan hastaların hızla değerlendirilmesi için yönlendirilmesi gerekir. Hemşireler, semptomların ciddiyetini vurgulayarak hastaların sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırabilir ve anksiyete yönetiminde destek sağlayabilir (Passarello ve ark., 2019: 157-165).

Endometriyum Kanseri Evreleme

Endometriyum kanserinin evrelemesi, hastalığın yayılımını ve prognozunu belirlemek için kritik bir süreç olarak kabul edilmektedir. Evreleme genellikle Uluslararası Jinekoloji ve Obstetrik Federasyonu (FIGO) sistemi kullanılarak yapılmaktadır (Tablo 1). FIGO sistemi, 2009 güncellemesiyle prognostik doğruluğu artırılmış bir sınıflandırma sunmaktadır (Braun ve ark., 2016: 468-474). Evreleme, cerrahi bulgulara dayalı olarak yapılmakta olup; total histerektomi, bilateral salpingo-ooferektomi ve lenf nodu değerlendirmesiyle tümörün yayılım derecesi belirlenmektedir (Crosbie ve ark., 2022: 1412-1428). Sentinel lenf nodu biyopsisi, minimal invaziv bir yöntem olarak lenf nodu tutulumu değerlendirmesinde giderek yaygınlaşmaktadır (Makker ve ark., 2021: 88).

Evre I, tümörün uterusu sınırlı olduğu durumları kapsamakta olup; IA, myometriumun yarısından az invazyon gösterirken, IB, daha derin invazyonu ifade etmektedir. Evre II, servikal stromaya yayılımı içermekte, Evre III, pelvis içindeki lokal yayılımı (IIIA: adneks veya vajina, IIIB: parametrium, IIIC: pelvik veya para-aortik lenf nodları) tanımlamaktadır. Evre IV, mesane/rektum gibi komşu organlara (IVA) veya uzak metastazlara (IVB) yayılımı göstermektedir (Braun ve ark., 2016: 468-474; Crosbie ve ark., 2022: 1412-1428). Moleküler sınıflama evrelemeye ek olarak prognostik bilgi sağlamakta olup, tedavi kararlarını yönlendirmektedir (Makker ve ark., 2021: 88).

Hemşireler, evreleme sürecinde hastaları cerrahi prosedürlere hazırlamak, postoperatif bakımı koordine etmek ve hastaları olası komplikasyonlar (örneğin lenfödem, ağrı) hakkında eğitmekle sorumludurlar. Ayrıca hemşire, evrelemeye bağlı tedavi planlarını anlamaları için hasta ve hasta yakınlarına destek sağlamaktadır (Passarello ve ark., 2019: 157-165).

Tablo 1. Endometriyum Kanseri Evreleme Sistemi

Evre	Tanım
IA	Tümör uterusu sınırlı, myometriumun yarısından az invazyon
IB	Tümör uterusu sınırlı, myometriumun yarısından fazla invazyon
II	Servikal stromaya invazyon, ancak uterus dışına yayılım yok
IIIA	Adneks (tuba, over), vajina veya serozaya yayılım
IIIB	Parametrium veya vajinal yayılım
IIIC	Pelvik veya para-aortik lenf nodlarına yayılım (IIIC1: pelvik, IIIC2: para-aortik)
IVA	Mesane veya rektum mukozasına invazyon
IVB	Uzak metastazlar (örneğin akciğer, karaciğer)

Kaynak: Braun, M. M., Overbeek-Wager, E. A., & Grumbo, R. J. (2016). Diagnosis and management of endometrial cancer. American family physician, 93(6), 468-474.

Endometriyum Kanseri Tedavisi

Endometriyum kanserinin tedavisi, hastalığın evresi, histolojik tipi, moleküler profili ve hasta özelliklerine göre kişiselleştirilmekte olup, temel yaklaşım cerrahi olarak kabul edilmektedir. Erken evrelerde küratif potansiyeli yüksek olarak değerlendirilmekte, ileri evrelerde ise multimodal tedaviler (cerrahi, radyoterapi, kemoterapi ve hedefe yönelik tedaviler) kullanılmaktadır (Crosbie ve ark., 2022: 1412-1428). NCCN (2023) ve ESMO (2022) gibi rehberler, risk gruplarına göre (düşük, orta, orta-yüksek, yüksek, ileri) tedavi önermekle birlikte moleküler sınıflama (POLE-ultramutated, MSI-H, kopya sayısı düşük/yüksek) giderek daha fazla entegre edilerek adjuvan tedavi optimize edilmektedir (Makker ve ark., 2021: 88; Di Donato ve ark., 2024: 3582). Tedavi, cerrahi evreleme ile başlatılıp adjuvan modalitelerle desteklenmekte ve nüks durumunda sistemik tedaviler ön planda tutulmaktadır. Hemşirelik bakımı, tüm süreçte destekleyici rol oynamaktadır (Passarello ve ark., 2019: 157-165).

1. Cerrahi Tedavi

Cerrahi, endometriyum kanseri yönetiminin temel taşı olarak kabul edilmekte olup hem tanı hem de tedavi amaçlı olarak uygulanmaktadır. Standart prosedür, total histerektomi ve bilateral salpingo-ooferektomi (TH/BSO) olarak belirlenmekte ve erken evrelerde (I-II) minimal invaziv (laparoskopik veya robotik) yaklaşımlar tercih edilmektedir. Bu yöntemler, açık cerrahiye göre komplikasyonları azaltmakta ve iyileşmeyi hızlandırmaktadır (Crosbie ve ark., 2022: 1412-1428; Makker ve ark., 2021: 88). NCCN (2023) ve ESGO-ESTRO-ESP (2020) rehberleri, erken evrelerde minimal invaziv cerrahiye önermekle birlikte intraperitoneal yayılım veya ileri evrelerde açık cerrahi gerekebilmektedir (Di Donato ve ark., 2024: 3582).

Lenf nodu değerlendirmesi, evrelemeyi tamamlamakta ve adjuvan tedavi kararlarını etkilemektedir. Sentinel lenf nodu biyopsisi (SLNB), orta-yüksek/yüksek risk gruplarında (örneğin grade 3, derin myometrial invazyon) standart hale gelmektedir. NCCN (2023) ve ESMO (2022) gibi kılavuzlar lenfödem gibi morbitileri azalttığından dolayı bu yöntemi, sistemik lenfadenektomiye alternatif olarak önermektedir (Crosbie ve ark., 2022: 1412-1428; Di Donato ve ark., 2024: 3582). Düşük riskte (IA, grade 1-2, invazyon yok) lenf nodu değerlendirmesi genellikle gerekli olmamakla birlikte ileri evrelerde (III-IV), maksimal sitoreduksiyon (debulking) önerilmektedir (Di Donato ve ark., 2024: 3582).

Premenopozal düşük riskli hastalarda ovaryan koruma düşünülebilmektedir. Ancak Lynch sendromu gibi genetik risklerde BSO zorunlu tutulmaktadır (Makker ve ark., 2021: 88). Cerrahi komplikasyonlar arasında kanama, enfeksiyon ve lenfödem yer almakta olup; hemşireler, preoperatif eğitim, yara bakımı ve mobilizasyonla bunları yönetmektedir (Passarello ve ark., 2019: 157-165).

2. Adjuvan Tedavi

Adjuvan tedavi, cerrahi sonrası nüks riskini azaltmak için risk gruplarına göre uygulanmaktadır. Düşük riskte (IA, grade 1-2) adjuvan gerekmemektedir (NCCN, 2023; ESMO, 2022). Orta riskte (IB, grade 1-2), vajinal brakiterapi veya eksternal radyoterapi önerilmektedir (Di Donato ve ark., 2024: 3582). Orta-yüksek/yüksek riskte (II-III, grade 3), kombine eksternal radyoterapi ve kemoterapi (karboplatin-paklitaksel) standart olarak kabul edilmekte olup; PORTEC-3 çalışması, bu kombinasyonun genel sağkalımı iyileştirdiğini göstermektedir (Crosbie ve ark., 2022: 1412-1428; Di Donato ve ark., 2024: 3582).

Radyoterapi, lokal rekürrensi azaltmakta ve vajinal brakiterapi düşük-orta riskte yeterli olarak görülmekle birlikte pelvik radyoterapi yüksek riskte eklenmektedir (Amant ve ark., 2005: 491-505). Kemoterapi, yüksek risk ve ileri evrelerde kullanılmakta olup; NCCN (2023) ve ESMO (2022) karboplatin-paklitaksel'i birinci hat olarak önermektedir (Di Donato ve ark., 2024: 3582). Hemşireler, radyoterapi yan etkilerini (vajinit, yorgunluk) ve kemoterapi toksisitesini (nöropati, bulantı) yönetmekte ve hastalara bu hususta eğitim vermelidirler (Passarello ve ark., 2019: 157-165).

3. Sistemik Tedavi (İleri ve Nüks Hastalık)

İleri evre (III-IV) ve nüks endometriyum kanserinde sistemik tedavi ön planda tutulmaktadır. Rehberler cerrahi rezeksiyon sonrası kemoterapiyi (karboplatin-paklitaksel) önermekte; maksimal sitoredüksiyon, sağkalımı iyileştirmektedir (Di Donato ve ark., 2024: 3582). Hormon tedavisi (progestinler), düşük grade, hormon reseptörü pozitif vakalarda (örneğin ER/PR+) ikinci hat olarak kullanılmaktadır (Makker ve ark., 2021: 88).

Hedefe yönelik tedaviler, moleküler profile dayalı olarak uygulanmakta ve MSI-H/dMMR tümörlerde pembrolizumab (immunoterapi) FDA onaylı olarak kullanılmaktadır. KEYNOTE-158 çalışması, bu tedavinin yanıt oranını %57 olarak göstermiştir

(Makker ve ark., 2021: 88; Crosbie ve ark., 2022: 1412-1428). HER2 amplifikasyonu olan seröz karsinomlarda trastuzumab, NCCN (2023) tarafından önerilmektedir (Di Donato ve ark., 2024: 3582). Nüks için, lokalize nükslerde cerrahi veya radyoterapi, yaygın nükslerde sistemik tedavi (kemoterapi $\pm$ immunoterapi) önerilmektedir (Di Donato ve ark., 2024: 3582).

Fertilite koruyucu tedavi, genç, düşük riskli (grade 1, IA) hastalarda progestin (megestrol veya levonorgestrel IUD) ile yapılmaktadır. NCCN (2023) ve ESMO (2022) kılavuzları, 3-6 aylık takipte histeroskopik biyopsi önermekte; yanıt yoksa cerrahiye geçilmesi gerektiğini önermektedir (Di Donato ve ark., 2024: 3582; Crosbie ve ark., 2022: 1412-1428).

Hemşirelik bakımı, tedavi sürecinde multidisipliner bir yaklaşımla kritik öneme sahip olarak değerlendirilmektedir. Hemşireler cerrahi öncesi eğitim, postoperatif izlem, kemoterapi infüzyonu, yan etki yönetimi (bulantı, nöropati, yorgunluk) ve psikososyal destek sağlamaktadır (Passarello ve ark., 2019: 157-165). Özellikle immunoterapi yan etkileri (immün-relate advers olaylar) için erken tanı ve müdahale gerekliliği vurgulanmaktadır (Makker ve ark., 2021: 88). Hemşireler tarafından sağlanan yaşam kalitesi odaklı bakım, cinsel sağlık, lenfödem yönetimi ve beslenme desteğini içermektedir (Crosbie ve ark., 2022: 1412-1428). Aynı zamanda nüks izleminde, hemşireler semptom taraması ve takip ziyaretlerini koordine etmektedir.

Endometriyum Kanseriinde Hemşirelik Bakımı

Endometriyum kanseri, kadınlarda sık görülen malignitelerden biri olup, hemşirelik bakımı hastalığın her evresinde hastaların fiziksel, psikolojik ve sosyal gereksinimlerinin karşılanmasında kritik bir rol üstlenmektedir. Hemşireler; hastalığın

önlenmesinden tedavi sonrası izlem sürecine kadar bireyin bütüncül bakımını sağlamada temel sorumluluğa sahiptir. Bu kapsamda hemşirelik bakımı, hastaların hastalıkla baş etme sürecini kolaylaştırmalı, semptom yükünü azaltmalı ve yaşam kalitesini artırmalıdır. Bu bölümde endometriyum kanseri olan bireylere yönelik hemşirelik bakımı; önleme, tanılama, cerrahi tedavi, adjuvan tedavi ve tedavi sonrası yaşam aşamaları çerçevesinde, kanıta dayalı yaklaşımlar doğrultusunda ele alınmaktadır.

1. Önleme ve Risk Azaltma

Hemşireler, endometriyum kanseri riskinin azaltılmasında birincil koruyucu sağlık hizmetlerini etkin biçimde yürütmelidir. Obezite, diyabet ve hipertansiyon gibi durumların endometriyum kanseri riskini artırdığı bilinmektedir. Bu nedenle hemşireler, bireylere kilo kontrolü, dengeli beslenme ve düzenli egzersiz alışkanlıkları kazandırmaya yönelik eğitimler vermelidir. Örneğin, hastaların haftada birkaç kez yürüyüş yapmaları, sebze ve meyve ağırlıklı beslenmeleri ve yüksek kalorili gıdalardan kaçınmaları önerilmelidir (Li ve ark., 2024: 79; Harvey ve ark., 2023: 1086-1099).

Ailesinde endometriyum kanseri veya Lynch sendromu öyküsü bulunan bireylerde hemşireler, genetik danışmanlık ve düzenli tarama testleri konusunda rehberlik etmelidir. Ayrıca, tamoksifen gibi ilaçlar kullanan veya erken dönemde anormal uterin kanama öyküsü bulunan kadınlar, erken tanı konusunda bilgilendirilmelidir (Oaknin ve ark., 2022: 885-903; Crosbie ve ark., 2022: 1412-1428).

2. Tanı Sürecinde Hemşirelik Bakımı

Tanı aşamasında hemşireler, hastanın öyküsünü ayrıntılı biçimde değerlendirmeli ve belirtileri (örneğin anormal vajinal kanama) dikkatle izlemelidir. Ultrason, biyopsi veya histeroskopi

gibi tanısal işlemler öncesinde hemşireler, hastalara işlem süreci hakkında açık ve anlaşılır bilgiler vermelidir. Bu bilgilendirme, hastanın kaygısını azaltmalı ve işleme olan güvenini artırmalıdır (Passarello ve ark., 2019:157-165).

Ayrıca hemşireler, tanı sürecinde hastalara psikososyal destek sağlamalıdır. Kanser şüphesiyle başvuran bireylerde anksiyete ve korku yaygındır. Bu nedenle hemşireler, empatik iletişim kurmalı, destek gruplarına yönlendirmeli ve gerekli durumlarda sosyal hizmet birimleriyle iş birliği yapmalıdır (Crosbie ve ark., 2022: 1412-1428).

3. Cerrahi Tedavi Sürecinde Hemşirelik Bakımı

Endometriyum kanserinde temel tedavi yaklaşımı genellikle cerrahidir (örneğin histerektomi ve bilateral salpingo-ooforektomi). Ameliyat öncesi dönemde hemşireler, hastayı fiziksel ve psikolojik olarak hazırlamalıdır. Hastaya ameliyatın amacı, süreci ve olası sonuçları hakkında bilgi verilmeli; hastanın soruları yanıtlanmalıdır. Diyabet veya obezite gibi komorbid durumları bulunan hastalarda, hemşireler özel bakım planları oluşturmalı ve preoperatif dönemde metabolik parametreleri yakından izlemelidir (Raglan ve ark., 2019: 1719-1730; Bilmez ve ark., 2024: 34-49).

Ameliyat sonrası dönemde hemşireler, ağrı yönetimi, yara bakımı ve erken mobilizasyonu desteklemelidir. Hastalar komplikasyon risklerini azaltmak için erken dönemde yürümeye teşvik edilmelidir. Ayrıca lenfödem gelişimi açısından hemşireler hastaları bilgilendirmeli, koruyucu egzersizler ve kompresyon teknikleri konusunda eğitim vermelidir. Ağrı kontrolünde ilaç dışı yöntemlerin (örneğin derin nefes alma, gevşeme teknikleri) uygulanması hemşireler tarafından desteklenmelidir (Wu ve ark., 2023: 1205553; Abu-Rustum ve ark., 2023: 136-162).

4. Adjuvan ve Sistemik Tedavi Sürecinde Hemşirelik Bakımı

Ameliyat sonrası dönemde bazı hastalar radyoterapi, kemoterapi veya immünoterapiye ihtiyaç duymaktadır. Hemşireler, bu tedavilerin yan etkilerini önlemeye ve yönetmeye yönelik girişimlerde bulunmalıdır. Radyoterapi uygulanan hastalara cilt bakım yöntemleri, kemoterapi alan hastalara ise bulantı ve iştahsızlıkla baş etme stratejileri öğretilmelidir.

İmmünoterapi veya hormon tedavisi alan hastalarda hemşireler, olası endokrin yan etkileri (örneğin tiroid disfonksiyonu) izlemeli ve erken müdahaleyi sağlamalıdır. Ayrıca hemşireler, tedavi sürecine uyumu artırmak için hastaları motive etmeli, tedavinin önemi ve beklenen sonuçları hakkında bilgilendirme yapmalıdır (Makker ve ark., 2021: 88; Passarello ve ark., 2019: 157-165).

5. Psikososyal ve Destekleyici Bakım

Hemşireler, endometriyum kanseri tanısı almış bireylerde ortaya çıkabilen depresyon, anksiyete ve stresle başa çıkma güçlüğü gibi psikososyal sorunları tanılamalı ve gerekli desteği sağlamalıdır. Bu süreçte hastalara gevşeme teknikleri, meditasyon ve nefes egzersizleri gibi stres yönetimi yöntemleri öğretilmelidir (Yang ve ark., 2025: 1-14).

Tedavi süreci sonrası ortaya çıkan cinsel sağlık sorunları (örneğin vajinal kuruluk, libido azalması) için hemşireler, hastalara vajinal nemlendiriciler veya dilatör kullanımı hakkında eğitim vermelidir (Wu ve ark., 2023: 1205553). Ayrıca, sağlıklı beslenme ve kilo kontrolüne yönelik öneriler sunularak yaşam kalitesinin artırılması hedeflenmelidir (Li ve ark., 2024: 79).

6. Tedavi Sonrası Yaşam ve İzlem Süreci

Tedavi sonrası dönemde hemşireler, hastaların düzenli kontrollerini sürdürmesini sağlamalı ve olası nüks belirtilerini izlemelidir. Lenfödem, yorgunluk veya ağrı gibi kronik semptomlar için hemşireler, bireyselleştirilmiş bakım planları geliştirmelidir

(Abu-Rustum ve ark., 2023: 136-162; Oaknin ve ark., 2022: 885-903).

Egzersiz, kompresyon ve cilt bakımı konusunda hasta eğitimi yapılmalı, yaşam kalitesini korumaya yönelik psikososyal destek devam ettirilmelidir (Lei ve ark., 2021: 691-696). Günümüzde sanal takip programları ve dijital hemşirelik girişimleri, hastaların uzaktan izlenmesinde etkili bir araç olarak değerlendirilmektedir (Li ve ark., 2024: 79).

Sonuç

Endometriyum kanserinde hemşirelik bakımı, bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden güçlendirilmesini hedeflemelidir. Hemşireler, multidisipliner ekip içerisinde etkin rol almalı, kanıta dayalı uygulamalarla hasta merkezli bakım anlayışını sürdürmelidir. Bu yaklaşımlar, hastaların yaşam kalitesini yükseltmekte, komplikasyon risklerini azaltmakta ve uzun dönem sağkalımını desteklemektedir (Passarello ve ark., 2019: 157-165; Wu ve ark., 2023: 1205553).

Kaynakça

Abu-Rustum, N., Yashar, C., Arend, R., Barber, E., Bradley, K., Brooks, R., ... & Aggarwal, S. (2023). Uterine neoplasms, version 1.2023, NCCN clinical practice guidelines in oncology. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 21(2), 181-209. <https://doi.org/10.6004/jnccn.2023.0010>

Amant, F., Moerman, P., Neven, P., Timmerman, D., Van Limbergen, E., & Vergote, I. (2005). Endometrial cancer. *The Lancet*, 366(9484), 491–505.

American Cancer Society. (2024). Key statistics for endometrial cancer. <https://www.cancer.org/cancer/types/endometrial-cancer/about/key-statistics.html> Erişim tarihi: 13.10.2025

Armer, J. M., Fu, M. R., Wanchai, A., Stewart, B. R., Cormier, J. N., & Armer, J. M. (2004). Lymphedema following breast cancer treatment, including sentinel lymph node biopsy. *Lymphology*, 37(2), 73–91.

Bilmez, G., Karagöl, B., & Ariöz, A. (2024). Jinekolojik kanserlerin yaşam kalitesine etkisi ve hemşirelik yaklaşımı. *Türkiye Sağlık Araştırmaları Dergisi*, 5(3), 34-49.

Braun, M. M., Overbeek-Wager, E. A., & Grumbo, R. J. (2016). Diagnosis and management of endometrial cancer. *American Family Physician*, 93(6), 468-474.

Crosbie, E. J., Kitson, S. J., McAlpine, J. N., Mukhopadhyay, A., Powell, M. E., & Singh, N. (2022). Endometrial cancer. *The Lancet*, 399(10333), 1412-1428.

Harvey, S. V., Wentzensen, N., Bertrand, K., Black, A., Brinton, L. A., Chen, C., Costas, L., Dal Maso, L., De Vivo, I., Du, M., Garcia-Closas, M., Goodman, M. T., Gorzelitz, J., Johnson, L.,

Lacey, J. V., Liao, L., Lipworth, L., Lissowska, J., Miller, A. B., ... Clarke, M. A. (2023). Associations of life course obesity with endometrial cancer in the Epidemiology of Endometrial Cancer Consortium (E2C2). *International Journal of Epidemiology*, 52(4), 1086-1099.

International Agency for Research on Cancer (IARC). (2024). Corpus uteri fact sheet. GLOBOCAN 2022. <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/cancers/24-corpus-uteri-fact-sheet.pdf>

Kopatsaris, S., Tsakiridis, I., Kapetanios, G., Zachomitros, F., Michos, G., Papanikolaou, E., ... & Kalogiannidis, I. (2024). Management of endometrial cancer: a comparative review of guidelines. *Cancers*, 16(21), 3582.

Lei, R., Cao, H., Rao, A., & Zhang, H. (2021). Application effect of high-quality nursing model based on hope theory in endometrial cancer patients. *Clinical and Experimental Obstetrics & Gynecology*, 48(3), 691-696.

Li, X., Zhang, Y., & Wang, H. (2024). Effect of lifestyle and gynecological oncology nursing interventions on quality of life in gynecological cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Clinical and Experimental Obstetrics & Gynecology*, 52(3), 26379.

Makker, V., MacKay, H., Ray-Coquard, I., Levine, D. A., Westin, S. N., Aoki, D., & Oaknin, A. (2021). Endometrial cancer. *Nature Reviews Disease Primers*, 7(1), 88.

Ngo, C., Grinda, T., Boilève, A., Levy, A., Le Pechoux, C., Haddag, L., ... & Le Cesne, A. (2022). Durable response to crizotinib in metastatic angiomatoid fibrous histiocytoma with EWSR1–CREB1 fusion and ALK overexpression. *Annals of Oncology*, 33(8), 848-850. <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2022.05.003>

National Comprehensive Cancer Network (NCCN). (2023). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Uterine Neoplasms, Version 1.2023. National Comprehensive Cancer Network.

https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/uterine.pdf

Passarello, K., Kurian, S., & Villanueva, V. (2019). Endometrial cancer: An overview of pathophysiology, management, and care. *Seminars in Oncology Nursing*, 35(2), 157-165.

Raglan, O., Kalliala, I., Markozannes, G., Cividini, S., Gunter, M. J., Nautiyal, J., Gabra, H., Paraskevaidis, E., Martin-Hirsch, P., Tsilidis, K. K., & Kyrgiou, M. (2019). Risk factors for endometrial cancer: An umbrella review of the literature. *International Journal of Cancer*, 145(7), 1719-1730.

Wu, W., He, X., Li, S., Jin, M., & Ni, Y. (2023). Pain nursing for gynecologic cancer patients. *Frontiers in Oncology*, 13, 1205553.

Yang, M., Hong, A., Qin, M., Gu, X., & Yuan, C. (2025). The role of nursing interventions in the management and outcomes of gynecological tumors: a systematic review and meta-analysis. *Supportive Care in Cancer*, 33(8), 1-14.

KADINLARDA SIK KARŞILAŞILAN KANSELERDE KLİNİK SÜREÇ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

