T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ,
KANUNİ SULTAN SÜLEYMAN SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
KADIN HASTALIKLARI ve DOĞUM ANABİLİM DALI

LEEP (LEEP ELECTROSURGICAL EXCISION PROCEDURE) UYGULANACAK HASTALARIN ANKSİYETE DURUMLARININ VE BUNLARA ETKİ EDEN FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Fırat ONURSAL

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL
2023

T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ,
KANUNİ SULTAN SÜLEYMAN SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM KLİNİĞİ

LEEP (LEEP ELECTROSURGICAL EXCISION PROCEDURE) UYGULANACAK HASTALARIN ANKSİYETE DURUMLARININ VE BUNLARA ETKİ EDEN FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Fırat ONURSAL

Tez Danışmanı:Doç. Dr. İlkbal TEMEL YÜKSEL

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL

2023

BEYAN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kuralları'na uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasında;

- Mevcut yapılan tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu,
- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Mevcut yapılan tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

İmza

Dr. Fırat ONURSAL

25.09.2023

1. TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca mesleki konulardaki bilgi ve deneyimlerini bizlere aktaran, hekimlik mesleğinin bir sanat olduğunu öğreten,çalışma azmi ile bizlere örnek olan Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. İsmail Özdemir'e,

Tezim ve eğitimim için sağladığı uygun ortam ve emekleri için,içinden çıkmakta zorlandığım noktalarda bana yol gösterdiği için ,ihtisasım süresince örnek aldığım karizmatik ve örnek kişiliği için ve bana her zaman güvendiği ve destek olduğu için tez danışmanım Doç.Dr.İlkbal Temel Yüksel'e,

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi, beceri ve tecrübelerinden faydalandığım tüm değerli hocalarıma,

Asistanlık eğitimimde üzerimde emeği olan, eğitimim için her türlü çabayı gösteren, tüm iyi niyetleri ile mesleki gelişimime katkıda bulunan tüm uzmanlarımıza,

Kendi alanında her türlü bilgi ve tecrübeyi aktaran,çalışma fırsatı yakalamayı şans bildiğim,abladan öte,karizmatik kişiliği ile büyük saygı duyduğum Op.Dr.Zeynep Özköse'ye, askı ameliyatlarımın baş kahramanları,keyifle ameliyat yapabildiğim çok değerli ablam ve hemşehrim Doç.Dr. Fatma Ölmez'e ve abim Op.Dr.Burak Demirdelen'e,

İhtisasım süresi boyunca yanımda olan,her daim desteğini esirgemeyen,sadece sagittal mottosu ile hareket ettiğimiz Onkoloji stajı eşkıdemim Ezgi Katran'a, örnek kişiliği ve yardımseverliği ile Hacer Gündağ'a, asistanlık yıllarında birlikte gülüp en çok eğlendiğim kafa dengi arkadaşım Zeynep Acar'a ve birlikte çalışmaktan büyük mutluluk duyduğum tüm asistan hekim arkadaşlarıma,

Sona yaklaşırken bu çalışmayı sonlandırmamda büyük emeği olan değerli arkadaşım Aylin Göçoğlu'na, septik ekibimizin en çalışkanları ve en değerlileri Hatice ve Merve'ye,

Son olarak yaşamımı olumlu yönde aydınlatan,hayatımın her anında her koşulda beni destekleyen,sonsuz sabır ve şefkatini eksik etmeyerek bu günlere gelmemde katkıda bulunan aileme çok teşekkür ederim.

Ve teşekkürlerin en büyüğünü; bu zor mesleği birlikte icra ettiğim,yaşadığımız her saniyeyi anlamlı kılan, varlığı ile hayatımı kolaylaştıran,en zor zamanlarımda yanımda olan, en değerlime, yol arkadaşıma, Dr. Nehir Pişkin'e sunmayı gönülden bir borç bilirim.

2. İÇİNDEKİLER

1.TEŞEKKÜR i
2.İÇİNDEKİLER ii
3.KISALTMALAR iv
4.TABLOLAR DİZİNİ v
5.ŞEKİLLER DİZİNİ vi
6.ÖZET vii
7.ABSTRACT ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 3
2.1. SERVİKAL PREMALİGN LEZYONLAR TERMİNOLOJİ 3
2.1.1. Epidemiyoloji ve Risk Faktörleri 5
2.1.2. Tanı Yöntemleri 6
2.1.2.1. Geleneksel Pap Smear Yöntemi..... 7
2.1.2.2. Sıvı Bazlı Pap Smear Test Yöntemi..... 7
2.1.2.3 Hpv Test ve Kotest 8
2.1.3 Patolojik Smear Sonuçlarının Yönetimi……9
2.1.3.1 Histolojik HGSIL Yönetimi (CIN 2 veya CIN 3)…….....10
2.1.4 LEEP eksizyon yöntemi tedavi sonrası prognoz ve yönetimi…….……11
2.2. ANKSİYETE 13
2.2.1.Yaygın Anksiyete Bozukluğunda Komorbidite……..……13
2.2.2.Yaygın Anksiyete Bozukluğunda Tanı Kriterleri 14
2.2.3 Yaygın Anksiyete Bozukluğunda Klinik Seyir……...……14
2.2.4 STAI (State- Trait Anxiety Inventory= Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği)……15
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER 16
3.1. ETIK KONULAR; ARAŞTIRMANIN TIPI, YERI, SÜRESI VE ÖRNEKLEMI 16
3.2. DAHİL VE HARİÇ EDİLME KRİTERLERİ 17
3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI 17
3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARININ UYGULANMASI 18
3.5. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ..... 18
4. BULGULAR 19

5. TARTIŞMA 42
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 46
7. KAYNAKLAR 47

- *EK 1: Özgeçmiş*
- *EK 2: Tez Konusu Onay Formu*
- *EK 3: Etik Kurul Onayı*
- *EK 4:Stai-T Form Ölçeği 1-2*

3. KISALTMALAR

ABD……. : Amerika Birleşik Devletleri

ASCCP……. : American Society For Colposcopy And Cervical Pathology

ASCUS……..: Atipical Squamous Cells- Undetermined Significance

ASC-H……..: Atipical Squamous Cells-cannot exclude High grade squamous intraepithelial lesion

DKÖ…….: Durumluluk Kaygı Ölçeği

DSM……..: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EAH……..: Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

HGSIL…….. : Low Grade Squamous İntraepithelial Lesion

HPV……...: Human Papilloma Virus

LAST…… : Lower Anogenital Squamous Terminology

LEEP……..: Loop Electrosurgical Excision Procedure

LGSIL……..…….: Low Grade Squamous İntraepithelial Lesion

PAP…….....: Papanicolaou

SBÜ……...……..…….: Sağlık Bilimleri Üniversitesi

SIL……...…...: Skuamöz İntraepitelyal Lezyon

SKÖ……...…….: Süreklilik Kaygı Ölçeği

STAI-T……...….: State Trait Anxiety İnventory Test

YAB…….:Yaygın Anksiyete Bozukluğu

4. TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1: 2014 Bethesda Sistemi, servikal sitolojide anormal bulguların sınıflandırılması

Tablo 2: Human Papilloma Virus(HPV) serviks kanserine neden olan yüksek ve düşük riskli tipleri

Tablo 3: 2019 ASCCP Hesaplanan riske dayalı olarak önerilen yönetimin belirlenmesi

Tablo 4: CIN 2 veya CIN 3 Tedavisinden Sonra Acil ve 5 Yıllık Riskler

Tablo 5: CIN 2 veya CIN 3 Tedavisinden Sonra 2 veya 3 Negatif Takip Testi Sonucu Olduğunda Uzun Süreli Takip

Tablo 6: DSM-5 e göre Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tanı Kriterleri

Tablo 7: Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile grup arasındaki ilişki

Tablo 8: Araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenirlik analizi sonuçlar

Tablo 9: Grupların sosyodemografik özelliklerine göre Durumluluk Kaygı Ölçek puanlarının karşılaştırılması

Tablo 10: Grupların sosyodemografik özelliklerine göre Süreklilik Kaygı Ölçek puanlarının karşılaştırılması

Tablo 11: Kontrol Grubunun DKÖ puanına etki eden değişkenlerin Doğrusal Regresyon Analizi

Tablo 12: Kontrol Grubunun SKÖ puanına etki eden değişkenlerin Doğrusal Regresyon Analizi

Tablo 13: Çalışma Grubunun DKÖ puanına etki eden değişkenlerin Doğrusal Regresyon Analizi

Tablo 14: Çalışma Grubunun SKÖ puanına etki eden değişkenlerin Doğrusal Regresyon Analizi

Tablo 15: Tanımlayıcı İstatistikler Tablosu

5. ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1: Servikal sitolojik ve histolojik bulguların tanımlanması. A) Sırasıyla normal, düşük ve yüksek grade'li servikal sitolojiler. B) Sırasıyla CIN 1,2 ve 3

Şekil 2: Servikal premalign lezyonların Bethesda ve LAST sistemine göre sitolojik ve histolojik sınıflandırılması

Şekil 3: Amerika Birleşik Devletleri'nde yaş ve cinsiyete göre önde gelen beş kanser ölüm nedeni, 2020

Şekil 4: Geleneksel Pap Smear Test Uygulaması

Şekil 5: Sıvı Bazlı Pap Smear Test Uygulaması

Şekil 6: LEEP **(**Döngü elektrocerrahi eksizyon prosedürü) için gerekli ekipmanlar

Şekil 7: Rahim ağzının transformasyon bölgesinin döngü eksizyonu

6. ÖZET

AMAÇ: Çalışmamızın amacı, LEEP (Loop Electrosurgical Excision Procedure) uygulanacak hasta grubunun anksiyete durumunu ve bunlara etki eden faktörlerin işlem öncesi eğitim verilen ve verilmeyen gruplarda anksiyete düzeylerinin State-Trait Anxiety Inventory Test ile karşılaştırarak değerlendirmektir. Bunun sonucunda kadınların anksiyete düzeyini yakından ilgilendiren bu paramatrelerin göz önünde tutulması hedeflenmektedir.

GEREÇ VE YÖNTEM: Prospektif kohort olarak tasarlanan bu çalışmanın araştırma grubuna, Aralık 2022-Haziran 2023 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Jinekolojik Onkoloji Polikliniği'ne pap smear testi sonucu HGSIL ASC-H gelen hastalar ve kolposkopik biyopsi sonucu CIN2 CIN3 gelen 114 hasta dahil edilmiştir.

Çalışmaya dahil edilen hastalara, polikliniğe başvurduklarında hekim tarafından smear sonuç bilgisi verilmesinin ardından, rutin ameliyat öncesi eğitime ek olarak servis eğitimi ve ameliyathane eğitimi de verilen çalışma hakkında bilgi verilip hastaların onamları alındı ve çalışmaya dahil edildiler. Hastaların demografik özelliklerinin sorgulanmasının ardından STAİ State, STAİ Trait testlerini LEEP (Loop Electrosurgical Excision Procedure) işleminden 30 dakika önce cevaplandırmaları istendi. Okur-yazar olmayan hastalara hekim tarafından testleri cevaplamasında yardım edildi. Bu durum haricindeki hastalar testleri kendileri cevaplandırdılar.

BULGULAR: Çalışmaya 57 kişilik kontrol grubu ile 57 kişilik çalışma grubu dahil edildi. Çalışmaya katılan katılımcıların kontrol grubuna göre yaşları 42,15±9,62,çalışma grubuna göre ise 41,71±7,22dir. Gruplar yaş aralığına(*p =0,050*), kafein tüketim sıklığına(*p =0,000*) ve uyku düzenine (*p =0,010*) göre incelendiğinde grupların homojen dağılmadığı ve gruplar arasında anlamlı ilişki olduğu; medeni durum,çocuk sayısı,eğitim durumu,çalışma durumu,gelir düzeyi,pap smear test sonucu,kolposkopik biyopsi yapılma durumu,geçirilmiş operasyon öyküsü,psikiyatrik ilaç kullanımı,sigara,alkol kullanımı,egzersiz öyküsü,ailede psikiyatrik hastalık ve kanser öyküsüne göre incelendiğinde ise grupların homojen dağıldığı ve gruplar arasında anlamlı ilişki olmadığı görülmüştür. (*p>0,05).* Kontrol grubunun Durumluluk Kaygı Ölçek puanı(ortalama=46,11) , çalışma grubunun puanına (ortalama=40,04) göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir. (*p =0,001*). Gruplar Süreklilik Kaygı Ölçek Puanlarına göre karşılaştırıldığında kontrol grubunun puanı(ortalama=45,05) ve çalışma grubunun puan (ortalama=42,40) ortalamaları arasında istatatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit

edilmiştir. (*p>0,05).* LEEP(Loop Electrosurgical Excision Procedure) işleminden önce yaş, çocuk sayısı,medeni durum,çalışma durumu,gelir durumu,pap smear test sonucu, kolposkopik biyopsi yapılma durumu, geçirilmiş operasyon,ek hastalık,sigara,alkol kullanımı,egzersiz durumu,uyku düzeni,kafein tüketim sıklığı,ailede psikiyatrik hastalık ve ailede kanser öyküsü bağımsız değişkenlerinin Durumluluk Kaygı ve Süreklilik Kaygı Ölçek puanı üzerine etkisinin araştırılması için doğrusal regresyon analizi yapılmıştır.Buna göre DKÖ puanına etkisi için kontrol grubunda kolposkopik biyopsi öyküsü(ß=4,202), sigara(ß=6,712), alkol(ß=7,657), egzersiz(ß=5,165) ve uyku düzeni(ß=4,250) (F=17.579 ve p=0,001) ;çalışma grubunda ise sigara(ß=5,815) ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsü(ß=14,585) anlamlı olarak bulunmuştur. (F=16.248 ve p=0,001) SKÖ puanına etkisi için kontrol grubunda alkol(ß=6,086),uyku düzeni(ß=4,026),eğitim düzeyi (ß=3,997) ve yaş(ß=3,568) (F=6,388 ve p=0,001); çalışma grubunda ise pap smear test sonucu(ß=3,526) (F=6,940 ve p=0,011) anlamlı olarak bulunmuştur.

SONUÇ : Pap smear testi ile yapılan servikal sitolojik tarama sonucu ‘High grade smear’, yani HGSIL ve ASC-H gelen hastalar ve kolposkopik biyopsi sonucu CIN2 CIN3 gelen hastaların anksiyete düzeyleri rutin ameliyat öncesi eğitime ek olarak servis eğitimi ve ameliyathane eğitimi grupta istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük tespit edildi. Fakat daha net sonuçların ortaya konması için geniş kapsamlı dizayn edilecek çalışmalara ihtiyaç vardır.

ANAHTAR KELİMELER: LEEP,anksiyete,Stai-t,ölçek,cin2,cin3

EVALUATION OF ANXIETY STATES AND FACTORS AFFECTING THEM IN PATIENTS UNDERGOING LEEP (LEEP ELECTROSURGICAL EXCISION PROCEDURE)

7. ABSTRACT

AIM: The aim of our study is to evaluate the anxiety status of this patient group by comparing the anxiety levels of the group with and without pre-procedure training with the State-Trait Anxiety Inventory Test. As a result, it is aimed to take into account these parameters that are closely related to women's anxiety levels.

MATERIALS AND METHODS: The research group of this prospectively designed study included 114 patients with HGSIL ASC-H pap smear test results and 114 patients with CIN2 CIN3 colposcopic biopsy results at the Gynecologic Oncology Clinic of SBU Kanuni Sultan Süleyman EAH.After the smear result information was given to the patients by the physician when they applied to the outpatient clinic, the patients were informed about the study, which included ward training and operating room training in addition to routine preoperative training, and their consent was obtained and they were included in the study. Patients were asked to answer the STAI State and STAI Trait tests 30 minutes before the LEEP procedure. Illiterate patients were helped by the physician to answer the tests. Except for this situation, patients answered the tests themselves.

RESULTS: A control group of 57 participants and a study group of 57 participants were included in the study. The ages of the participants were 42.15±9.62 years for the control group and 41.71±7.22 years for the study group. When the groups were analyzed according to age range ($p = 0.050$), frequency of caffeine consumption ($p = 0.000$) and sleep patterns ($p = 0.010$), the groups were not homogeneously distributed and there was a significant relationship between the groups; When analyzed according to marital status, number of children, educational status, employment status, income level, pap smear test result, colposcopic biopsy status, history of previous operation, psychiatric drug use, smoking, alcohol use, exercise history, family history of psychiatric disease and cancer, it was observed that the groups were homogeneously distributed and there was no significant relationship between the groups. ($p>0,05$). The State Anxiety Scale score of the control group (mean=46.11) was higher than that of the study group (mean=40.04) ($p=0.001$). When the groups were compared according to the Continuosity

Anxiety Scale Scores, it was found that there was no statistically significant difference between the mean scores of the control group (mean=45,05) and the study group (mean=42,40) (p>0,05). Linear regression analysis was performed to investigate the effect of age, number of children, marital status, employment status, income status, pap smear test result, colposcopic biopsy status, previous operation, comorbidity, smoking, alcohol use, exercise status, sleep pattern, frequency of caffeine consumption, family history of psychiatric illness and family history of cancer on State Anxiety and Trait Anxiety Scale score before LEEP (Loop Electrosurgical Excision Procedure). Accordingly, for the effect of colposcopic biopsy history (ß=4.202), smoking (ß=6.712), alcohol (ß=7.657), exercise (ß=5.165) and sleep patterns (ß=4.250) in the control group (F=17.579 and p=0.001); in the study group, smoking (ß=5.815) and family history of psychiatric illness (ß=14.585) were found significant. (F=16.248 and p=0.001) For the effect of alcohol (ß=6.086), sleep patterns (ß=4.026), education level (ß=3.997) and age (ß=3.568) (F=6.388 and p=0.001) in the control group; and pap smear test result (ß=3.526) (F=6.940 and p=0.011) in the study group.

CONCLUSION : Anxiety levels of patients with 'High grade smear', i.e. HGSIL and ASC-H, as a result of cervical cytologic screening with Pap smear test and patients with CIN2 CIN3 as a result of colposcopic biopsy were found to be statistically significantly lower in the group that received ward training and operating room training in addition to routine preoperative training. However, large-scale designed studies are needed to provide clearer results.

KEYWORDS: LEEP,anxiety,Stai-t,test ,cin2,cin3

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Rahim ağzı kanseri,dünya çapında kadınlarda en sık teşhis edilen, meme kanseri ve kolorektal kanserden sonra üçüncü kanser ve dördüncü önde gelen kanser ölüm nedenidir ve 2008'de toplam yeni kanser vakalarının %9'unu (529.800) ve kadınlar arasındaki toplam kanser ölümlerinin %8'ini (275.100) oluşturmaktadır.[1] Rahim ağzı kanseri nedeniyle gerçekleşen ölümlerin büyük bir kısmı az gelişmiş ülkelerde rastlanmaktadır. Bunun en önemli sebebi servikal kanserin önlenebilir olmasına rağmen bu ülkelerde yaşayan kadınların aşı ve tarama programlarına erişememesidir. [2]Türkiye'de ise rahim ağzı kanseri 25-49 yaş arasındaki kadınlarda meme, tiroid, kolorektal ve over kanserinden sonra en sık görülen 5. kanserdir [3].

2014 yılında revize edilen Bethesda sisteminde pap smear test sonucu yüksek dereceli skuamöz intraepitelial hücre içeren grupta kapsayıcı olarak CIN2 ve CIN3 dahil edilmiştir[4] CIN 2 için, tedavi edilmezse hastaların en az yarısında spontan gerileme olacağı öngörülmektedir[5] CIN 3 için tahmin edilen spontan gerileme oranı ise yüzde 32 ila 47'dir ve tedavi edilmezse sadece yüzde 12 ila 40'ı invaziv kansere ilerlemektedir.[6] Yapılan çalışma sonuçları, serviks kanseri öncülerinin tedavisi için loop elektrocerrahi eksizyon prosedürünün klinik değerini göstermektedir: SIL içeren örneklerin %92'si tek bir seanstan sonra ve %95'i tekrar loop elektrocerrahi eksizyon prosedüründen sonra başarıyla tedavi edilmiştir. Ayrıca, histolojik olarak doğrulanmış yüksek dereceli SIL'ye hastaların sırasıyla %90'ı ve %93'ü, bir ve iki döngü elektrocerrahi eksizyon prosedürlerinden sonra hastalıksız idi.[7] Ancak yapılan rahim ağzı kanser tarama sonucu anormal hücreler saptanan hastalarla ilgili çalışmalarda, hastaların anksiyete düzeylerinde yükseliş, günlük hayatlarında ve yaşam kalitelerinde olumsuz etkiler doğurduğu gösterilmiştir[8][9]

Bu çalışmamızda Pap smear testi ile yapılan servikal sitolojik tarama sonucu 'High grade smear', yani HGSIL ve ASC-H gelen hastalar ve kolposkopik biyopsi sonucu CIN2 CIN3 gelen hastalara LEEP işlemi uygulanacak hastaların anksiyete durumunu, işlem öncesi eğitim verilen grupta anksiyete düzeylerinin State-Trait Anxiety Inventory Test (STAI-T) ile karşılaştırarak değerlendirmeyi amaçladık . Ayrıca LEEP işlemi öncesi eğitim verilmeyen hastalardan bir kontrol grubu oluşturarak aynı testler ile bu hastaları değerlendirdik. Anksiyete düzeylerindeki anlamlı yükseliş durumu saptandığında, bu duruma karşı alınabilecek önlemleri saptamak ve kadın sağlığına

bütüncül bir yaklaşımla psikososyal etkilenmenin de önüne geçilebilecek çözümler üretebilmek amaçlanmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 SERVİKAL PREMALİGN LEZYONLAR TERMİNOLOJİ

Geçmişte serviksin premalign skuamöz değişiklikleri hafif, orta ve şiddetli servikal displazi olarak tanımlanmıştır. 1988'de yeni bir terminoloji sistemi olan Bethesda sistemi tanıtılmış ve sonra 1991, 2001 ve 2015'te yeniden yapılandırılmıştır. Bethesda Sistemi servikal sitolojinin sonuçlarını raporlamak için rehberlik sağlayacak tek bir tip terminoloji sistemi olarak geliştirilmiştir Bu sistemde sitolojik (Pap testinde) ve histolojik (biyopside) bulgular için farklı terminolojiler kullanılmaktadır. [10], [11] [12]

Tablo 1. 2014 Bethesda Sistemi, servikal sitolojide anormal bulguların sınıflandırılması

TABLE 1. THE 2014 BETHESDA SYSTEM

SPECIMEN TYPE
Indicate conventional smear (Pap smear), liquid-based preparation (Pap test) vs other
SPECIMEN ADEQUACY
- Satisfactory for evaluation (*describe presence or absence of endocervical/transformation zone component and any other quality indicators, eg, partially obscuring blood, inflammation, etc*)
- Unsatisfactory for evaluation (*specify reason*)
  - Specimen rejected/not processed (*specify reason*)
  - Specimen processed and examined, but unsatisfactory for evaluation of epithelial abnormality because of (*specify reason*)

GENERAL CATEGORIZATION (optional)
- Negative for intraepithelial lesion or malignancy
- *Other: see Interpretation/Result (eg, endometrial cells in a woman aged ≥45 years)*
- Epithelial cell abnormality: see Interpretation/Result (*specify "squamous" or "glandular," as appropriate*)

INTERPRETATION/RESULT
Negative for Intraepithelial Lesion or Malignancy
(When there is no cellular evidence of neoplasia, state this in the General Categorization above and/or in the Interpretation/Result section of the report—whether or not there are organisms or other non-neoplastic findings)
Non-Neoplastic Findings (optional to report)
- Non-neoplastic cellular variations
  - Squamous metaplasia
  - Keratotic changes
  - Tubal metaplasia
  - Atrophy
  - Pregnancy-associated changes
- Reactive cellular changes associated with:
  - Inflammation (includes typical repair)
    - Lymphocytic (follicular) cervicitis
  - Radiation
  - Intrauterine contraceptive device (IUD)
- Glandular cells status posthysterectomy

Organisms
- *Trichomonas vaginalis*
- Fungal organisms morphologically consistent with *Candida* spp.
- Shift in flora suggestive of bacterial vaginosis
- Bacteria morphologically consistent with *Actinomyces* spp.
- Cellular changes consistent with herpes simplex virus
- Cellular changes consistent with cytomegalovirus

Other
- *Endometrial cells (in a woman aged ≥45 years)*

(Also specify if "negative for squamous intraepithelial lesion")
Epithelial Cell Abnormalities
Squamous Cell
- Atypical squamous cells
  - Of undetermined significance (ASC-US)
  - Cannot exclude HSIL (ASC-H)
- Low-grade squamous intraepithelial lesion (LSIL)

(Encompassing: HPV/mild dysplasia/CIN-1)
- High-grade squamous intraepithelial lesion (HSIL)

(Encompassing: moderate and severe dysplasia, CIS; CIN-2 and CIN-3)
  - *With features suspicious for invasion (if invasion is suspected)*
- Squamous cell carcinoma

Glandular Cell
- Atypical
  - Endocervical cells (NOS *or specify in comments*)
  - Endometrial cells (NOS *or specify in comments*)
  - Glandular cells (NOS *or specify in comments*)
- Atypical
  - Endocervical cells, favor neoplastic
  - Glandular cells, favor neoplastic
- Endocervical adenocarcinoma in situ
- Adenocarcinoma
  - Endocervical
  - Endometrial
  - Extrauterine
  - Not otherwise specified (NOS)

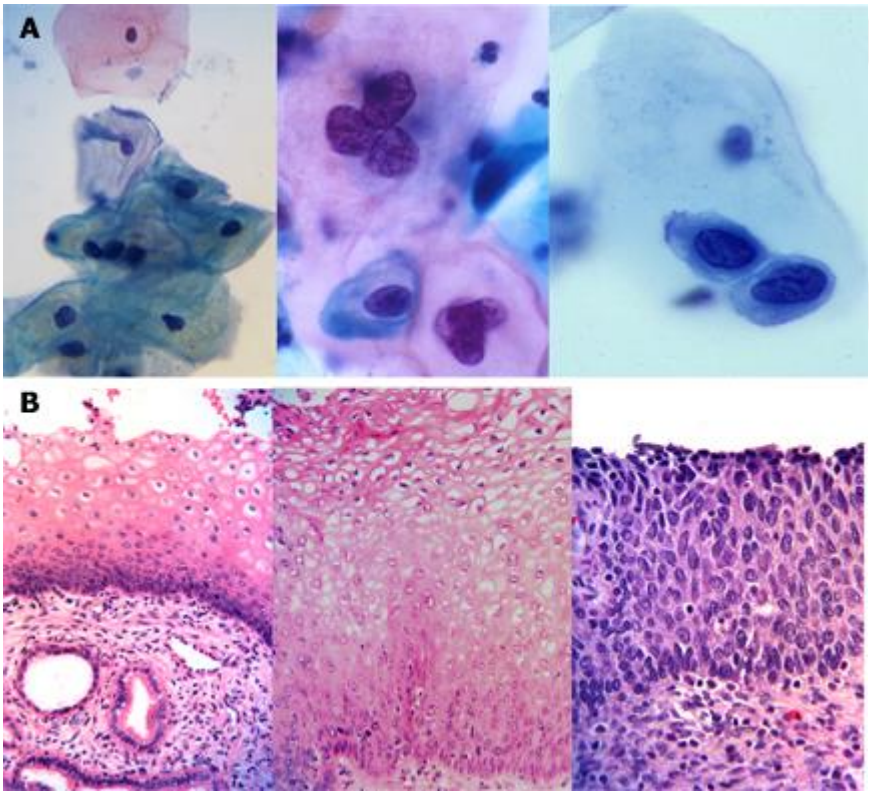
Other Malignant Neoplasms (specify)
ADJUNCTIVE TESTING
Provide a brief description of the test method(s) and report the result so that it is easily understood by the clinician
COMPUTER-ASSISTED INTERPRETATION OF CERVICAL CYTOLOGY
If case examined by an automated device, specify the device and result
EDUCATIONAL NOTES AND COMMENTS APPENDED TO CYTOLOGY REPORTS (optional)
Suggestions should be concise and consistent with clinical follow-up guidelines published by professional organizations (references to relevant publications may be included)

Bethesda Sınıflandırması'na göre;

CIN 1 düşük dereceli bir lezyondur. Epitelin alt üçte birlik kısmındaki hafif atipik hücresel değişiklikleri ifade eder. İnsan papilloma virüsü (HPV) sitopatik etkisi (koilositotik atipi) sıklıkla mevcuttur.

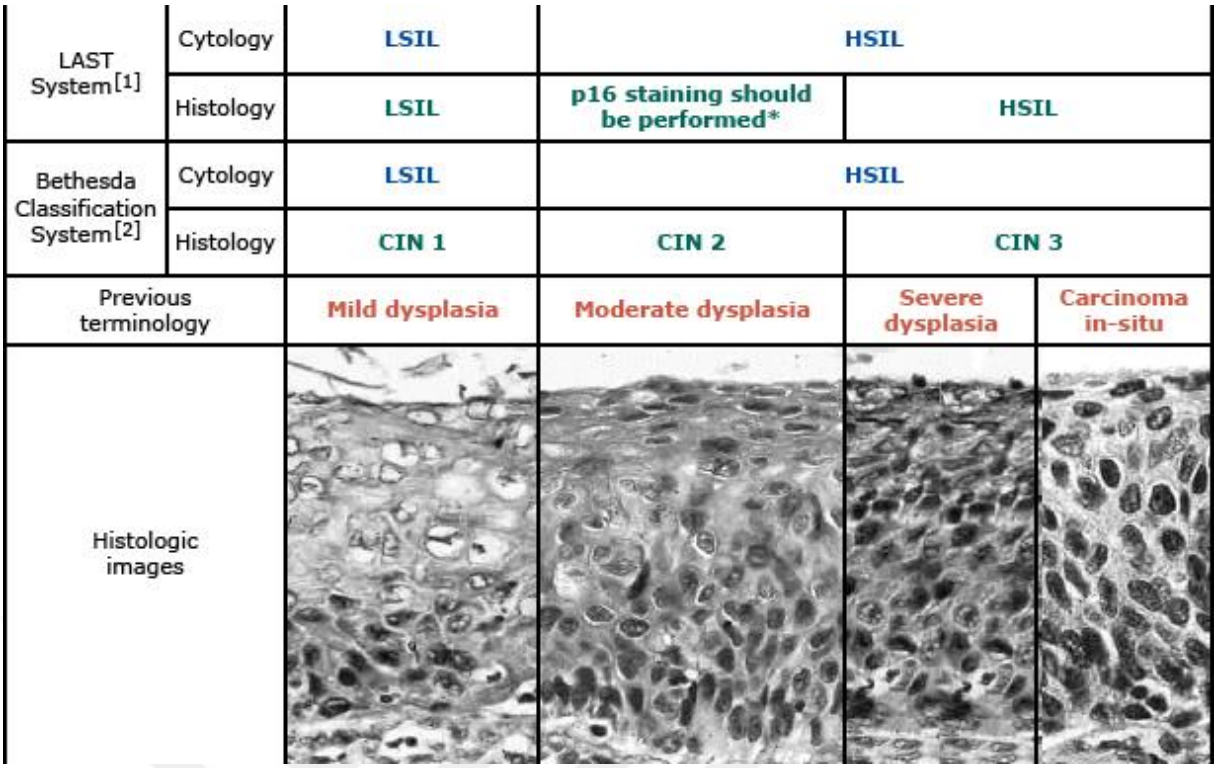
CIN 2, yüksek dereceli bir lezyon olarak kabul edilir. Epitel matürasyonunun korunduğu, epitelyumun bazal üçte ikisiyle (önceden orta dereceli displazi olarak adlandırılır) sınırlı orta derecede atipik hücresel değişiklikleri ifade eder.

CIN 3 yüksek dereceli bir lezyondur. Epitel kalınlığının üçte ikisinden fazlasını kapsayan ciddi atipik hücresel değişiklikleri ifade eder ve tam kat lezyonları içerir (önceki terimler şiddetli displazi veya karsinoma in situ idi).



Şekil 1. Servikal sitolojik ve histolojik bulguların tanımlanması. A) Sırasıyla normal, düşük ve yüksek grade'li servikal sitolojiler. B) Sırasıyla CIN 1,2 ve 3

2012'de Amerikan Patoloji Koleji ve Amerikan Kolposkopi ve Servikal Patoloji Derneği'nin (ASCCP) Alt Anogenital Skuamöz Terminolojisi (LAST) projesi, anogenital sistemin HPV ile ilişkili skuamöz lezyonlarını tanımlamak için kullanılan terminolojide değişiklikler yayınladı LAST sisteminde, histolojik servikal bulgular, sitolojik bulgularla aynı terminoloji kullanılarak açıklanır.[13], [14]



Şekil 2. Servikal premalign lezyonların Bethesda ve LAST sistemine göre sitolojik ve histolojik sınıflandırılması

2.1.1. Epidemiyoloji ve Risk Faktörleri

Afrika kıtasında ve Orta Amerika'da rahim ağzı kanseri, kadınlar arasında kansere bağlı ölümlerin önde gelen nedenidir[15] Rahim ağzı kanseri, rahim korpusu veya yumurtalık kanserinden daha düşük insidans ve ölüm oranları ile Amerika Birleşik Devletleri'ndeki jinekolojik kanserler arasında üçüncü en yaygın kanser teşhisi ve ölüm nedenidir.Kaynak açısından zengin ülkelerde son 50 yılda serviks kanseri insidansı ve mortalitesinde büyük bir düşüş eğilimi (yaklaşık yüzde 75 azalma) olmuştur[16]

CIN tedavisinin başarı oranına atıfta bulunan makaleleri inceleyen bir çalışmada tedavi sonrası CIN riski zamanla istikrarlı bir şekilde düşerek 10. yılda yaklaşık 100.000 kadında 190'a indi. CIN'in tedavi sonrası oranı zamanla düşse de, invaziv hastalık oranı sabit kalır. Kadınlar, tedaviden sonra en az 10 yıl boyunca yıllık smear almaya devam etmeleri için teşvik edilmelidir, çünkü bu onlara tedavi edilebilir bir aşamada nüksü saptamak için en iyi şansı verebilir[17]

Yüksek dereceli servikal intraepitelyal neoplazi (CIN derece 2 veya 3) için tedavi edilen kadınların %15'inde rezidüel veya tekrarlayan CIN derece 2 veya 3 veya serviks kanseri gelişir ve bunların çoğuna tedaviden sonraki 2 yıl içinde teşhis konur[18] Yapılan bir diğer çalışmada ise servikal intraepitelyal neoplazi için tedavi edilen kadınlar

arasında invaziv servikal kanser insidansı yaklaşık 100.000 kadında 23 olarak bulunmuştur[19]

Yapılan bir diğer çalışmada ise CIN 1 lerin %52'si gerilerken %1 oranında invaziv kansere dönüşebilmekte CIN 2 lerin %43' ü gerilerken %5' i invaziv kansere CIN 3' lerde ise %32 gerileme görülürken %12 invaziv kansere dönüşebildiği gösterilmiştir[20]

Hemen hemen tüm vakalarda, rahim ağzı kanseri insan papilloma virüsü (HPV) enfeksiyonundan ve HPV'nin persistansından kaynaklanır. Yüksek riskli bir cinsel partner,cinsel aktivitenin erken başlaması,çoklu cinsel partner,ilk doğumda erken yaş ve artan parite,düşük sosyoekonomik düzey,sigara içimi,A,C,E vitamin eksiklikleri,immunsupresyon risk faktörleri arasında sayılır[21], [22][23], [24][25]

Ranking	All ages	Birth to 19 years	Aged 20–39 years	Aged 40–49 years	Aged 50–64 years	Aged 65–79 years	Aged 80 years and older
Male							
All sites	317,731	932	3851	8655	70,248	144,420	89,624
1	Lung & bronchus	Brain & ONS	Colon & rectum	Colon & rectum	Lung & bronchus	Lung & bronchus	Lung & bronchus
	72,949	282	562	1574	16,517	37,860	17,329
2	Prostate	Leukemia	Brain & ONS	Lung & bronchus	Colon & rectum	Prostate	Prostate
	32,707	218	541	1059	7860	13,407	15,995
3	Colon & rectum	Bones & joints	Leukemia	Brain & ONS	Pancreas	Pancreas	Colon & rectum
	28,043	107	433	813	6024	12,080	7159
4	Pancreas	Soft tissue (including heart)	Testis	Pancreas	Liver[a]	Colon & rectum	Urinary bladder
	24,279	88	212	696	5650	10,884	5751
5	Liver[a]	Liver[a]	Non-Hodgkin lymphoma	Esophagus	Esophagus	Liver[a]	Pancreas
	18,636	27	198	405	3614	9298	5369
Female							
All sites	284,619	770	4463	10,241	62,434	118,754	87,955
1	Lung & bronchus	Brain & ONS	Breast	Breast	Lung & bronchus	Lung & bronchus	Lung & bronchus
	63,135	240	1062	2823	13,771	30,643	17,658
2	Breast	Leukemia	Uterine cervix	Colon & rectum	Breast	Breast	Breast
	42,275	174	487	1158	11,337	15,461	11,590
3	Colon & rectum	Bones & joints	Colon & rectum	Lung & bronchus	Colon & rectum	Pancreas	Colon & rectum
	23,826	89	394	902	5236	10,375	8862
4	Pancreas	Soft tissue (including heart)	Brain & ONS	Uterine cervix	Pancreas	Colon & rectum	Pancreas
	22,495	66	333	709	4322	8173	7285
5	Ovary	Kidney & renal pelvis	Leukemia	Ovary	Ovary	Ovary	Leukemia
	13,438	31	314	553	3532	5898	4108

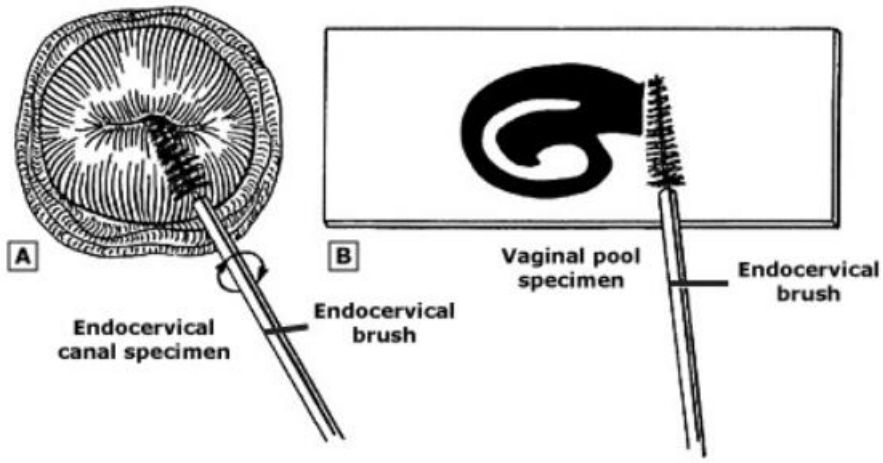
Şekil 3. Amerika Birleşik Devletleri'nde yaş ve cinsiyete göre önde gelen beş kanser ölüm nedeni, 2020

2.1.2. Tanı Yöntemleri

Serviks kanseri taraması serviksteki kanser öncesi değişiklikleri saptar ve çoğunlukla serviks kanseri gelişmeden önce tedaviye olanak sağlar.Tarama, insan papilloma virüsü (HPV) testi, servikal sitoloji (Pap testi) veya iki testin bir kombinasyonunu (örneğin, "ortak test") kullanır. Kanserin en çok tespit edildiği bölge olan transformasyon bölgesini (skuamokolumnar bileşke) değerlendirmek için ektoserviks ve endoserviksten hücre örnekleri alınır[26] .

2.1.2.1 Geleneksel Pap Smear Yöntemi

Geleneksel Pap Smear yönteminde ektoservikal spatula sürülür ve örnekler alındıktan hemen sonra endoservikal fırça tek bir lam üzerine düzgün bir şekilde yuvarlanır. Lam daha sonra havada kurumayı önlemek için hızla sabitlenir; olağan fiksatifler ya etil eter artı yüzde 95 etil alkol ya da tek başına yüzde 95 etil alkoldür.



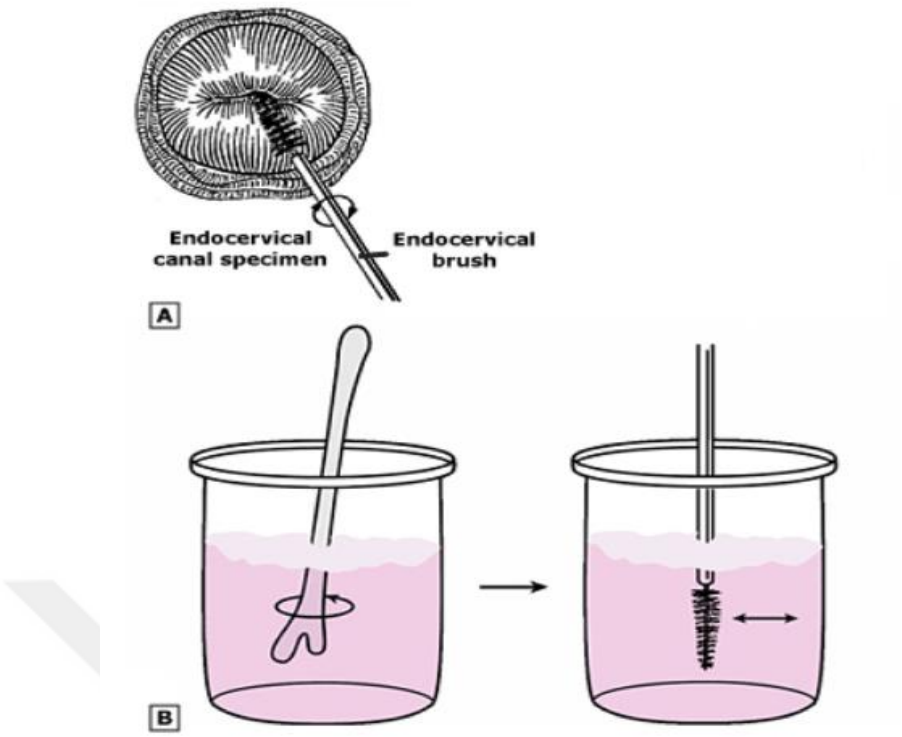
Şekil 4. Geleneksel Pap Smear Test Uygulaması

A: Pap smear'ın endoservikal kısmının alınması

B: Lam a numune sürülmesi

2.1.2.2 Sıvı Bazlı Pap Smear Test Yöntemi

Sıvı bazlı ince tabaka sitolojisi için , toplama cihazı bir sıvı fiksatif solüsyon içine yerleştirilir ve solüsyon içinde kuvvetli bir şekilde döndürülür. Sıvı, sitoloji laboratuvarı tarafından işlendiğinde, gevşek hücreler bir filtreye hapsedilir ve daha sonra tek tabaka halinde bir cam lam üzerine kaplanır.



Şekil 5. Sıvı Bazlı Pap Smear Test Uygulaması

(A) Pap testinin endoservikal kısmının alınması.

(B) Örneklerin sıvı toplama ortamına yerleştirilmesi.

Her iki yöntemde de, neoplazi için en büyük risk altındaki alan olan transformasyon bölgesini (skuamokolumnar bileşke) değerlendirmek için serviksin dış yüzeyinden (ektoserviks) ve servikal kanaldan (endoserviks) hücreler alınır.

2.1.2.3 Hpv Test ve Kotest

HPV testi,serviks kanseri ile ilişkili onkojenik (yani yüksek riskli) HPV alt tiplerini tanımlar.Numune tipinin ve gerçekleştirilen testin açıklaması (örn. servikal numune, sıvı bazlı numune) kaydedilir. Çeşitli HPV test sistemleri mevcuttur ve kullanılan spesifik test kaydedilir.Bir dizi yüksek risk türünden herhangi biri veya daha fazlası tespit edilirse pozitif bir sonuç rapor edilir.Test edilen türler arasında testler arasında küçük farklılıklar vardır, ancak tümü en az 13 en yaygın türü test etmektedir.HPV genotiplemesi, genellikle HPV 16 veya 18 olmak üzere ayrı HPV tiplerine yönelik test anlamına gelir, ancak bazı testler HPV 45'i de içerebilir.

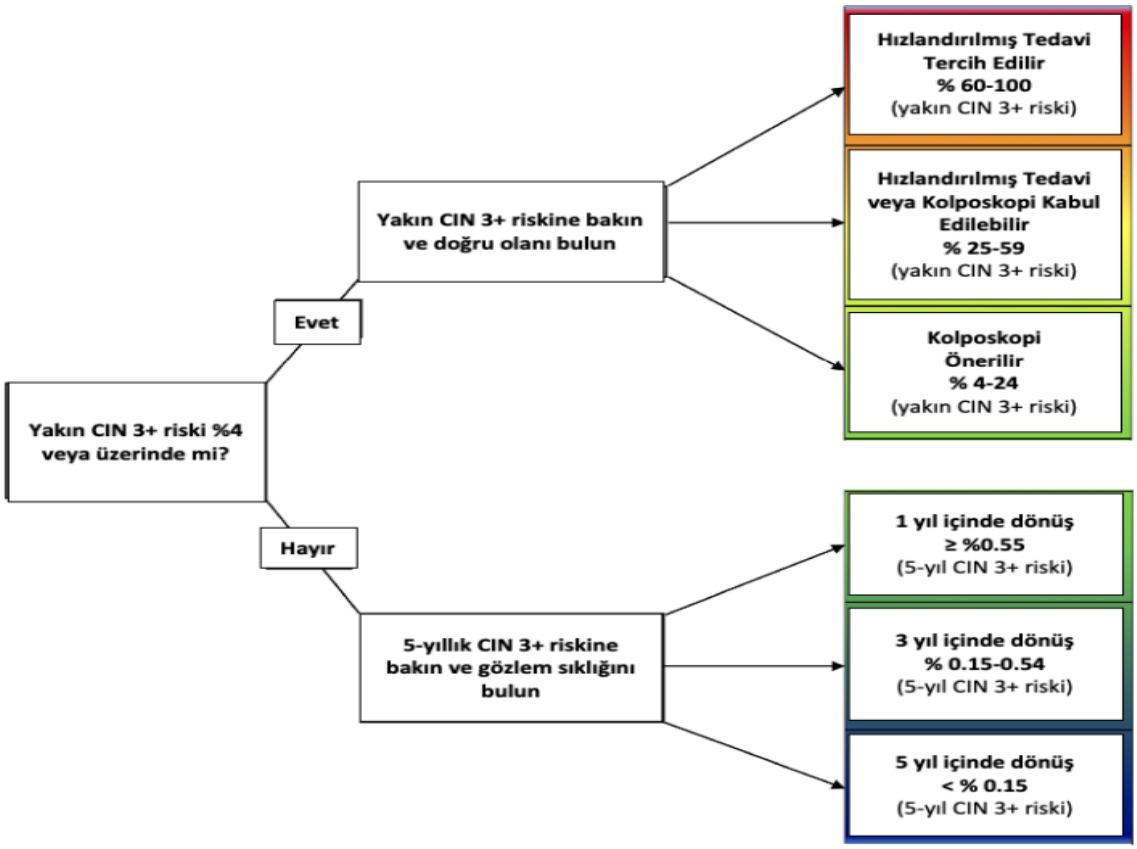
Tablo 2. Human Papilloma Virus(HPV) serviks kanserine neden olan yüksek ve düşük riskli tipleri

Yüksek riskli (onkojenik veya kanserle ilişkili) türler
Yaygın türler: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 69, 82
Düşük riskli (onkojenik olmayan) türler
Yaygın türler: 6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 72, 81

2.1.3. Patolojik Smear Sonuçlarının Yönetimi

2019 Amerikan Kolposkopi ve Servikal Patoloji Derneği Risk Bazlı Yönetim Uzlaşı Kılavuzu serviks kanseri tarama anormalliklerinin yönetimi için 2003'ten 2017'ye kadar Kaiser Permanente Kuzey Kaliforniya'da , 25 ila 65 yaşları arasındaki 1,5 milyon kişi, her 3 yılda bir planlanan insan papilloma virüsü (HPV) ve sitolojik arama ile tarandı.Farklı klinik senaryolar için risk tabloları sunulmaktadır[27]

Tablo 3. 2019 ASCCP Hesaplanan riske dayalı olarak önerilen yönetimin belirlenmesi



Kılavuzlar, hastanın şu anda CIN 3+'ya sahip olma olasılığı olan acil CIN 3+ riskine ve sonraki 5 yılda CIN 3+ geliştirme olasılığını veren 5 yıllık CIN 3+ riskine dayalı önerilerde bulunur.

2.1.3.1 Histolojik HGSIL Yönetimi (CIN 2 veya CIN 3)

Kılavuza göre histolojik HGSIL (CIN 3) tanısı alan gebe olmayan tüm hastalarda tedavi önerilir ve gözlem kabul edilemez.Histolojik HGSIL'li (CIN 2) gebe olmayan hastalarda, hastanın tedavinin gelecekteki gebelik üzerindeki etkisine ilişkin endişeleri kanserle ilgili endişelerine ağır basmadığı sürece tedavi önerilir. Tedavinin gelecekteki gebelik sonuçları üzerindeki potansiyel etkilerinden endişe duyan hastalarda CIN 2 için gözlem kabul edilebilir.

CIN 3 ani bir kanser öncüsü olarak kabul edilir, tedavi her zaman önerilir ve gebelik dışında gözlem asla kabul edilemez Histolojik HGSIL tedavisi planlandığında eksizyonel tedavi tercih edilir ve ablasyon ile tedavi kabul edilebilir.Histerektomi, yalnızca histolojik HGSIL (CIN 2, CIN 3)tedavisi için birincil tedavi olarak kabul edilemez.

Dünya sağlık örgütü(DSÖ), LEEP'in "mevcut ve erişilebilir" olduğu ortamlarda kriyoterapi yerine LEEP'i önermektedir. Randomize çalışmaların bir meta-analizi, LEEP'ten 12 ay sonra CIN nüks oranının %26,6 olduğunu, kriyoterapi için %31,0 olduğunu göstermiştir[28] Ancak başka bir meta-analiz, CIN 2-3'ün nüks oranının hem kriyoterapi hem de kriyoterapiden sonra %5,3 olduğunu hesaplamıştır[29] LEEP ve soğuk bıçaklı konizasyondan sonra %1.4 olarak kaydedilmiştir. [30]

Tablo 4. CIN 2 veya CIN 3 Tedavisinden Sonra Anlık ve 5 Yıllık Riskler

History: CIN 2 or 3 (treated)	Current HPV result	Current cytology result	*n*	%	CIN 3+ cases	CIN 3+ immediate risk, %	CIN 3+ 5-y risk, %	Recommended management	Recommendation confidence score, %
CIN 2 or 3	HPV-negative	NILM	3,525	75	29	0.03	**1.7**	1-y follow-up	100
CIN 2 or 3	HPV-negative	ASC-US/LSIL	280	6	6	0.75	**3.8**	1-y follow-up	98
CIN 2 or 3	HPV-negative	High grade[a]	59	1.3	10	**18**	18	Colposcopy	93
CIN 2 or 3	HPV-negative	ALL[b]	3,876		45	0.34	**2.0**	1-y follow-up	100
CIN 2 or 3	HPV-positive	NILM	290	6.2	21	**5.8**	12	Colposcopy	86
CIN 2 or 3	HPV-positive	ASC-US/LSIL	342	7.3	41	**10**	21	Colposcopy	100
CIN 2 or 3	HPV-positive	High grade[a]	199	4.2	98	**53**	63	Colposcopy/treatment	97
		Total[c]	4,695	100	205				

CIN 2 veya CIN 3 için tedaviden sonra, 4.695 hastanın %75'i ilk takip kotestinde negatif bir kotest sonucuna sahip olup, anında ve 5 yıllık CIN 3+ riskleri %0,03 ve %1,7'si 1 yıllık takibe alınırlar.

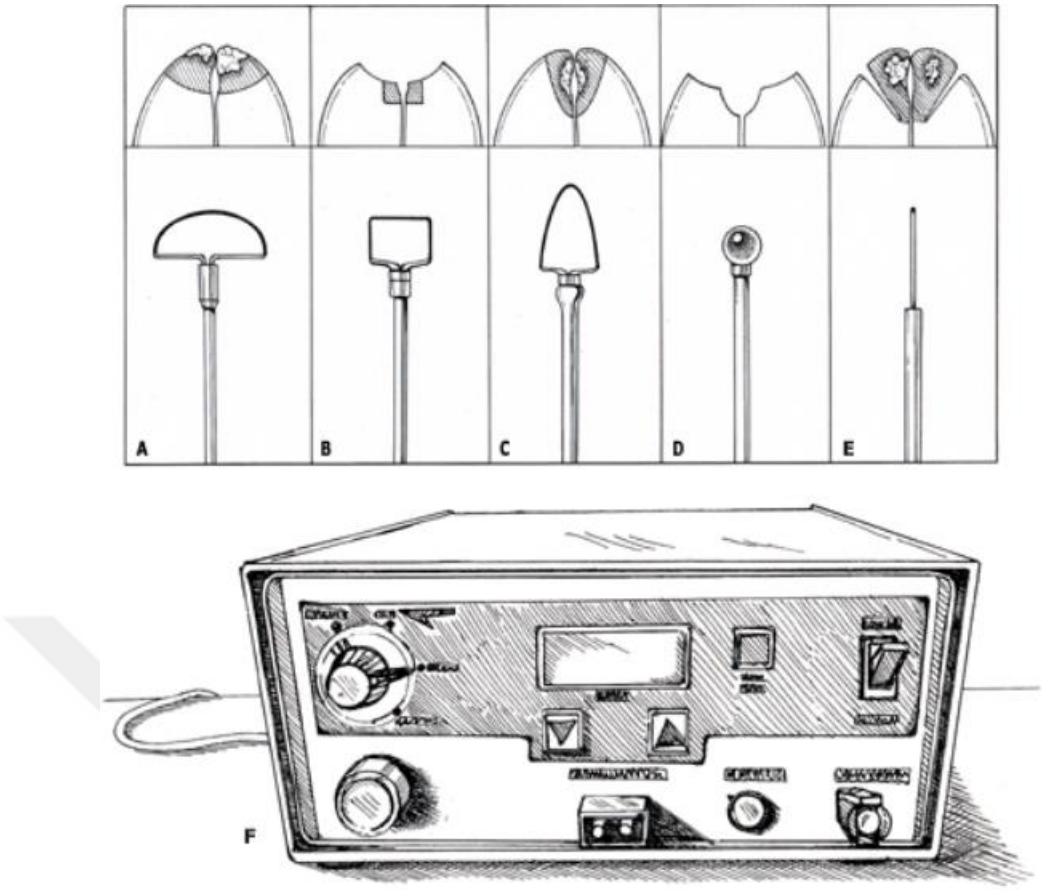
Tablo 5. CIN 2 veya CIN 3 Tedavisinden Sonra 2 veya 3 Negatif Takip Testi Sonucu Olduğunda Uzun Süreli Takip

History: CIN 2 or 3 (treated)	History: cotest or HPV test negative	Current test result	*n*	CIN 3+ cases	CIN 3+ immediate risk, %	CIN 3 5-y risk, %	Recommended management	Recommendation confidence score, %
CIN 2 or 3	Cotest negative ×1	Cotest negative	2,087	7	0.00	**0.68**	1-y follow-up	68
CIN 2 or 3	HPV-negative ×1	HPV-negative	2,379	12	0.05	**0.91**	1-y follow-up	91
CIN 2 or 3	Cotest negative ×2	Cotest negative	1,099	2	0.00	**0.35**	3-y follow-up	58
CIN 2 or 3	HPV-negative ×2	HPV-negative	1,314	4	0.15	**0.44**	3-y follow-up	59

CIN 2 veya CIN 3 tedavisinden sonra 1'den fazla kotest veya primer HPV-negatif sonuçla takip edilen hastalar Tablo 5'e göre yönetilebilir. Tedavi edilen bir CIN 2 veya CIN 3'ten sonra iki kotest negatif (kotest negatif 1 ve ardından negatif kot) 5 yıllık %0,68 CIN 3+ riski verecek ve 1 yıllık takiple sonuçlanacaktır. Bir kotest negatifinin daha görülmesi bu riski %0,35'e düşürür ve bu da 3 yıllık takip sağlar Özet olarak, sunulan veriler sonucunda, CIN 2 veya CIN 3 tedavisinden sonra çoklu negatif kotest sonuçları, tedavi sürveyansından çıkmak için yeterli değildir, bunun yerine 3 yıllık takibin devamı önerilir[31]

2.1.4 LEEP eksizyon yöntemi tedavi sonrası prognoz ve yönetim

CIN'li hastaların yönetiminde amaç, gerileme olasılığı olan lezyonların aşırı tedavisinden kaçınırken olası invaziv kansere ilerlemeyi önlemektir. Takip,düşük riskli lezyonları olan bazı hastalar için uygunken, daha yüksek riskli lezyonları olan hastalar için eksizyonel veya ablatif prosedürlerle tedavi önerilir. Eksizyonel tedaviler arasında loop elektrocerrahi eksizyon prosedürü (LEEP),transformasyon bölgesinin büyük loop eksizyonu olarak da adlandırılır. CIN için eksizyonel prosedürlerle ilgili 23 randomize çalışmanın sistematik bir incelemesinde, üç teknik arasında kanama veya CIN nüksü oranları benzer olarak bulunmuştur[32]

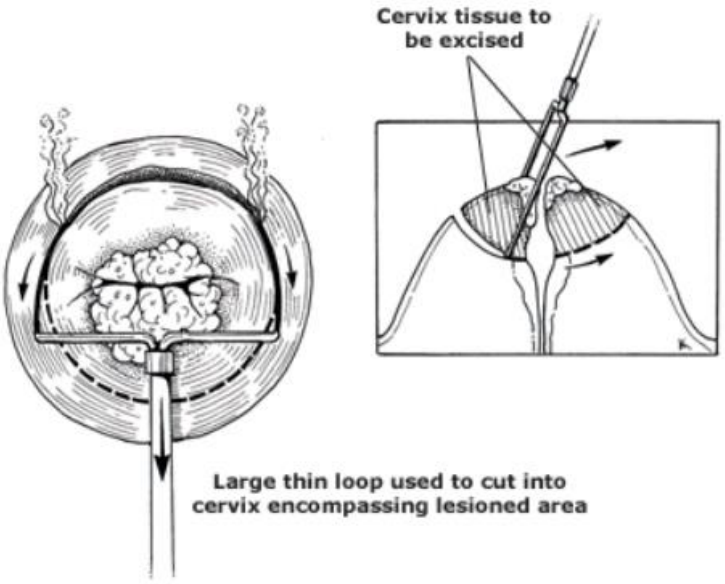


Şekil 6: LEEP **(**Döngü elektrocerrahi eksizyon prosedürü) için gerekli ekipmanlar

(A-E) Çeşitli boyutlarda döngüler.

(F) Elektrocerrahi jeneratörü.

LEEP, döngü şeklinde çok ince bir tel ve modern elektrocerrahi jeneratörlerini kullanır.



Şekil 7. Rahim ağzının transformasyon bölgesinin döngü eksizyonu

İşleme başlamadan önce bölgeye lokal anestezik uygulanır.Döngü dikkatli bir şekilde dönüşüm bölgesinin çevresinden ve altından eş zamanlı olarak geçirilir ve böylece bölge çıkarılır. Eksizyon tamamlandıktan sonra endoservikal küretaj yapılır. Son olarak normal uçlu veya top uçlu koter ile hemostaz sağlanır [33] [34] [35]

2.2 ANKSİYETE

Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB), kontrol edilmesi zor olan, önemli sıkıntı ve bozulmaya neden olan ve en az altı ay boyunca birden fazla günde ortaya çıkan aşırı endişe ve kaygı ile karakterizedir[36]

Amerika Birleşik Devletleri'nde temsili örneklemler üzerinde yapılan epidemiyolojik çalışmalar, YAB prevalansının yüzde 2,7 ila 3,1 ve yaşam boyu YAB prevalansının yüzde 5,1 ila yüzde 11,9 olduğunu bildirmektedir[37], [38] Bozukluk kadınlarda erkeklere göre yaklaşık iki kat daha sık görülür[39]

2.2.1 Yaygın Anksiyete Bozukluğunda Komorbidite

YAB'de majör depresyon veya diğer anksiyete bozukluklarıyla birlikte yaygın olarak görülür. Amerika Birleşik Devletleri'nde yetişkinler üzerinde ulusal düzeyde temsili bir ankette, mevcut YAB'si olan bireylerin yüzde 66'sında en az bir eş zamanlı psikiyatrik bozukluk bulunurken, ömür boyu YAB'si olan bireylerin yüzde 90'ında en az bir eş tanılı psikiyatrik bozukluk bulunmuştur[40]

2.2.2 Yaygın Anksiyete Bozukluğunda Tanı Kriterleri

En az altı aydan fazla süren, somatik semptomlarla (kas gerginliği, sinirlilik, uyku bozukluğu) ilişkili olan, maddelerin veya başka bir maddenin etkisinden kaynaklanmayan aşırı kaygı ve endişesi olan kişilerde YAB tanısı koyulur. Sosyal, mesleki veya diğer önemli işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur[41]

Tablo 6. DSM-5 e göre Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tanı Kriterleri

1. En az altı ay boyunca her gün meydana gelen, korkulan olayların olasılığı veya etkisiyle orantısız olan bir dizi olay veya faaliyet hakkında aşırı endişe ve endişe.
2. Endişe yaygındır ve kontrol edilmesi zordur.
3. Anksiyete ve endişe, aşağıdaki altı semptomdan üçü (veya daha fazlası) ile ilişkilidir (en azından bazı semptomlar son altı aydan daha uzun süredir mevcuttur):
Huzursuzluk veya gergin veya gergin hissetme
Kolayca yorulmak
Konsantrasyon zorluğu veya zihnin boşluğa gitmesi
sinirlilik
Kas gerginliği
Uyku bozukluğu (uykuya dalma veya sürdürmede zorluk veya huzursuz, tatmin edici olmayan uyku)
4. Anksiyete, endişe veya fiziksel belirtiler, klinik olarak belirgin bir sıkıntıya veya sosyal, mesleki veya diğer önemli işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

2.2.3 Yaygın Anksiyete Bozukluğunda Klinik Seyir

Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) olan bireyler, sağlık, iş, kişilerarası ilişkiler veya diğer yaşam olayları hakkında aşırı endişe veya kaygı yaşarlar. Semptomlar sıkıntıya veya psikososyal işlevsellikte bozulmaya neden olur. Ayrıca, YAD'si olan bireyler kontrol grubuna göre küçük meseleler (örn. ev işleri, araba tamirleri, randevuya geç kalma) hakkında daha fazla endişe bildirmektedir. Semptomlar arasında sıklıkla huzursuzluk veya aşırı uyarılma, yorgunluk, sinirlilik, zayıf konsantrasyon, uyku bozukluğu ve kas gerginliği görülmektedir.[42] Gastrointestinal sistem belirtileri olarak ağız kuruması, yutkunma zorluğu, epigastriumda hassasiyet ; Solunum sisteminde; göğüste daralma hissi, nefes almada zorlanma, ve aşırı nefes alıp verme Kalp damar sisteminde; çarpıntı, kalp üzerinde ağrı veya huzursuzluk hissi Genitoüriner sistem belirtileri olarak; sık sık idrara çıkmak, idrar yaparken yanma hissedilmesi libido kaybı söz konusudur[43]

2.2.4 STAI-T Ölçeği (State- Trait Anxiety Inventory= Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği)

1970 yılında SpielBerger tarafından geliştirilen, anksiyete ölçümü için tıpta en yaygın kullanılan testlerden biri, Durumluk-Sürekli Anksiyete Envanteri'dir[44] Başlangıçta yetişkinlerde kaygıyı araştırma amacıyla geliştirilmiş olan bu ölçek, sonraki denemelerde lise öğrencilerine, psikiyatrik ve fiziksel rahatsızlığı olan, 14 yaşın üzerindeki bireylere de uygun görülmüştür[45]

Durumluk-Sürekli Anksiyete Envanteri toplam kırk maddeden oluşan iki ayrı ölçeği içermektedir[46] Durumluk kaygı, bireyin içinde bulunduğu stresli durumlardan dolayı hissettiği korku olup bireyin gerilim ve huzursuzluk duygularının göstergesidir. Sürekli kaygı ise bireyin kaygı yaşantısına olan bağımlılığıdır. Bu durum kişinin içinde bulunduğu durumları sürekli olarak algılaması ya da stres olarak yorumlaması biçiminde ifade edilebilir. Bu ölçekler öz-değerlendirme yöntemi ve kağıt kalem tekniği ile cevaplandırıldığından,bireysel olarak ya da grup halinde uygulanabilmektedir. Ölçeklerin cevaplandırılması sırasında bir zaman kısıtlaması yoktur. Ancak 20 dakikada her iki ölçek cevaplanabilmektedir.

Durumluk anksiyete ölçeğinin maddelerinde ifade edilen duygu ya da davranışlar yaşantının şiddetine göre; 1) Hiç, 2) Biraz, 3) Çok ve 4) Tamamıyla seçeneklerinden oluşur. Sürekli Anksiyete Envanteri maddelerinde ifade edilen duygu ya da davranışlar ise sıklık derecesine göre; 1) Hemen hiçbir zaman, 2) Bazen, 3) Çok zaman, ve 4) Hemen her zaman şeklinde seçeneklerinden oluşur.

Envanterde yer alan 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17,18. maddeler için pozitif (toplam anksiyete puanını artıran), 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20. Maddeler için ise negatif (toplam anksiyete puanını azaltan) puanlar verilmektedir. Değerlendirilme yapılırken her madde için maddenin pozitif ya da negatif özelliğine göre 1 (ya da -1) ile 4 (ya da -4) arasında bir puan verilmekte olup elde edilecek toplam puana 50 sabiti eklenmektedir. En yüksek puan 80, en düşük puan ise 20'dir. Toplam anksiyete puanı ne kadar yüksekse,envanteri dolduran kişinin anksiyete düzeyi o kadar yüksektir[47]

3.GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. ETIK KONULAR; ARAŞTIRMANIN TIPI, YERI, SÜRESI VE ÖRNEKLEMI

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan Kasım 2022'de 2022/11 sayılı etik komite onayı alınarak çalışma yapıldı. Bu çalışma etik kurul onaylı; prospektif, kontrollü, kohort bir çalışmadır. Çalışma için seçilen hastalar randomize olarak seçildi.

Araştırma hipotezine göre 1. ve 2. gruptaki hastaların durumluk kaygı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığı bağımsız örneklem t testi ile test edilecektir. Bu araştırmada "G. Power-3.1.9.2" programı kullanılarak, %95 güven düzeyinde örneklem büyüklüğü hesaplanmıştır. Analiz sonucunda α=0,05 düzeyinde, daha önce bu konuda yapılmış çalışmadan elde edilen standardize etki büyüklüğü 1,33 (1) olarak alınmış ve 0,80 teorik güç ile minimum örneklem hacmi 1.grup 10, 2. Grup 10 olmak üzere toplamda minimum 20 olarak hesaplanmıştır.Çalışma sonunda örneklem sayısının yeterliliği güç hesaplanarak tekrar kontrol edilecektir.Araştırma hipotezine göre 1. ve 2. gruptaki hastaların sürekli kaygı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığı bağımsız örneklem t testi ile test edilecektir. Bu araştırmada "G. Power-3.1.9.2" programı kullanılarak, %95 güven düzeyinde örneklem büyüklüğü hesaplanmıştır. Analiz sonucunda α=0,05 düzeyinde, daha önce bu konuda yapılmış çalışmadan elde edilen standardize etki büyüklüğü 0.531 (1) olarak alınmış ve 0,80 teorik güç ile minimum örneklem hacmi 1.grup 57, 2. Grup 57 olmak üzere toplamda minimum 114 olarak hesaplanmıştır .Çalışma sonunda örneklem sayısının yeterliliği güç hesaplanarak tekrar kontrol edilecektir. Buna göre jinekolojik onkoloji ve jinekoloji polikliniğine başvuran, smear sonucu Pap smear testi ile yapılan servikal sitolojik tarama sonucu 'High grade smear', yani HGSIL ve ASC-H gelen hastalar ve kolposkopik biyopsi sonucu CIN2 CIN3 gelen hastalar her iki grup dahil toplam 114(57/57) hasta örneklem sayısını oluşturacaktır.

Araştırma, 15 Aralık 2022 ile 15 Haziran 2023 tarihleri arasında SBÜ Kanuni Sultan Süleyman EAH jinekolojik onkoloji polikliniğine başvuran, smear sonucu HGSIL ve ASC-H gelen hastalar ve kolposkopik biyopsi sonucu CIN2 CIN3 gelen hastalar, gönüllü, çalışmaya katılmayı kabul eden hastalarla yapıldı. Araştırma grubuna toplam 57 hasta dahil oldu. Kontrol grubuna ise, yine aynı tarihler arasında, Kanuni Sultan Süleyman EAH jinekoloji polikliniklerine başvuran, pap smear tarama testi sonucu

HGSIL ve ASC-H gelen hastalar ve kolposkopik biyopsi sonucu CIN2 CIN3 gelen, gönüllü ve çalışmaya katılmayı kabul eden 57 hasta dahil oldu. Toplamda 114 hasta çalışmaya dahil olmuştur.

3.2. DAHİL VE HARİÇ EDİLME KRİTERLERİ

Araştırmaya dahil edilme kriterleri; jinekolojik onkoloji polikliniğine başvuran ve Pap smear testi ile yapılan servikal sitolojik tarama sonucu 'High grade smear', yani HGSIL ve ASC-H gelen hastalar ve kolposkopik biyopsi sonucu CIN2 CIN3 gelen hastalar dahil edildi.

Araştırmanın hariç tutulma kriterleri ise; daha önceki smear testi sonucu Pap smear testi LGSIL ASCUS gelen hastalar, RE-LEEP yapılacak olan hastalar, Servikal tarama sonucunu doktor harici şekilde (sağlık personeli, hemşire, telefonla) öğrenmiş ve bilgilendirilmiş olması,gebelik durumunun olması, özgeçmişinde herhangi bir malignite öyküsü olması olarak belirlendi.

3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada veri toplama aracı olarak 2 adet form kullanıldı:

1) Yan Yapılandırılmış Görüşme Formu

2) STAI Durumluluk- Süreklilik Kaygı Ölçeği

Yan Yapılandırılmış Görüşme Formu: Araştırmaya katılan hastaların anamnez, sosyokültürel ve demografik özellikleri ve özgeçmiş bilgilerinin sorgulandığı görüşme formudur. Hastaların anksiyete durumunu etkileyebilecek özellikler formda sorgulanmıştır: Yaş,çocuk sayısı, eğitim düzeyi, medeni durum, çalışma durumu, gelir durumu,pap smear test sonucu,yapıldı ise kolposkopik biyopsi durumu,geçirilmiş ameliyat öyküsü, ailede psikolojik hastalık öyküsü,ailede kanser öyküsü, sigara kullanım öyküsü,alkol kullanım öyküsü,kafein kulllanım öyküsü,düzenli egzersiz yapma öyküsü,uyku düzeni, ek hastalık öyküsü sorgulandı.

STAI(State Trait Anxiety Inventory) Test: Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği kısa ifadelerden oluşan bir öz değerlendirme anketidir. Durumluluk ve süreklilik kaygı ölçeği 20'şer sorudan oluşmaktadır. Kaygı puanları için katılımcılar, ölçekte yer alan her bir ifade için "hiç", "biraz", "çok" ya da "tamamiyle" seçeneklerinden kendilerine en uygun olanını işaretlerler ve "1", "2", "3", "4" şeklinde puanlanır. Her iki ölçekte yer alan bazı maddeler için pozitif (toplam kaygı puanını arttıran), bazı maddeler içinse negatif (toplam kaygı puanını azaltan) puanlar verilmektedir. Puanların yorumlanmasında her iki ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20 ila 80 arasında değişir. Büyük puan yüksek kaygı seviyesini, küçük puan düşük kaygı seviyesini belirtir.

3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARININ UYGULANMASI

İlgili polikliniğe başvurmuş olan uygun hastalara, polikliniktekı hekim tarafından servikal tarama sonucunun, bundan sonraki tedavi ve takip şeklinin bilgisi verilmiştir. Veri toplama işlemi bireylere araştırmacının kimliği tanıtılarak, araştırmanın amacı hakkında bilgi verilerek ve yazılı onamı alınarak yapıldı. Hastalardan sırası ile yan yapılandırılmış görüşme formu doldurması; STAI durumluk kaygı ölçeği, STAI süreklik kaygı ölçeğini cevaplaması istendi. Görüşme esnasında zaman kısıtlaması olmamıştır. Okur-yazar olmayan hastalar ile yüz yüze görüşme yöntemiyle, hastalara sırası ile maddeler ve seçenekler tek tek okunarak, aynı testler uygulanarak veriler toplandı. Veriler toplandıktan sonra her hasta için durumluluk kaygı puanı, süreklilik kaygı puanı hesaplandı ve kaydedildi.

3.5. VERİLERİN DEĞERLENDİRMESİ

Araştırmada elde edilen veriler SPSS 28.0 (Statistical Package for Social Sciences) programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum, medyan ve maksimum) kullanılmıştır. Çalışmada kullanılan verilerin normal dağılımı Kolmogorov Smirnov ve Shapiro Wilk testi ile test edilmiştir. Normal dağılıma sahip ölçümler için parametrik testler, normal dağılıma sahip olmayan ölçümler için parametrik olmayan testler kullanılmıştır. Niceliksel veriler için normal dağılıma sahip olan birbirinden bağımsız iki grup ortalamasının karşılaştırılması için bağımsız örneklem t, normal dağılıma sahip olmayan ölçümler için ise Mann Whitney U analizi kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip en az üç grup puanlarının ortalamalarının karşılaştırılması için Varyans Analizi (ANOVA) uygulanmıştır. Çalışma ve kontrol gruplarının demografik özellikleri ile arasındaki ilişki ve çalışma ve kontrol gruplarına göre homojen olup olmadığı ki kare testi ile test edilmiştir. Hücrelerin beklenen değerlerinin 5 ten büyük olması varsayımını sağlamayan durumlar için ise Fisher Ki kare Exact testi kullanılmıştır. Tüm analizler için I. Tip Hata olasılığı $\alpha=0.05$ olarak belirlenmiştir.

4-BULGULAR

Tablo 7. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile grup arasındaki ilişki

		Grup		X^2; p
		Kontrol Grubu n=57	Çalışma Grubu n=57	
Yaş Grubu	**<=35**	18 (%31,6)	8 (%14,0)	6,001;0,050*
	36-46	23 (%40,4)	34 (%59,6)	
	>=47	16 (%28,1)	15 (%26,3)	
Medeni durum	**Evli**	45(%78,9)	47(%82,5)	0,225;0,635
	Bekar	12(%21,1)	10 (%17,5)	
Çocuk Sayısı (Gruplandırılmış)	**0**	7 (%12.3)	3 (%5.3)	2,267;0,322
	1-3	40 (%70.2)	40 (%70.2)	
	>=4	10 (%17.5)	14 (%24.6)	
Eğitim Durumu	**Ortaokul ve öncesi**	34(%59,6)	33(%57,9)	0,036;0,849
	Lise ve Sonrası	23(%40,4)	24(%42,1)	
Çalışma Durumu	**Evet**	23(%40,4)	23(%40,4)	0,000;1,000
	Hayır	34(%59,6)	34(%59,6)	
Gelir Düzeyi	**Gelir giderden düşük**	15(%26,3)	12(%21,1)	0,437;0,509
	Gelir gidere denk ve fazla	42(%73,7)	45(%78,9)	
Pap Smear Test Sonucu	**Yüksek Risk**	44(%77,2)	38(%66,7)	1,564;0,211
	Düşük Risk	13(%22,8)	19(%33,3)	
Kolposkopik Biyopsi Yapılma Durumu	**Yapılmadı**	19(%33,3)	16(%28,1)	0,371;0,542
	Yapıldı	38(%66,7)	41(%71,9)	
Geçirilmiş Operasyon Öyküsü	**Yok**	25(%43,9)	26(%45,6)	0,035;0,851
	Var	32(%56,1)	31(%54,4)	
Ek Hastalık	**Yok**	37(%64,9)	45(%78,9)	2,219;0,145
	Var	20(%35,1)	12(%12,1)	
Psikiyatrik İlaç Kullanımı	**Yok**	54(%94,7)	56(%98,2)	1,083;0,618
	Var	3(%5,3)	1(%1,8)	
Sigara Kullanımı	**Yok**	24(%42,1)	29(%50,9)	0,882;0,348
	Var	33(%57,9)	28(%49,1)	
Alkol Kullanımı	**Yok**	46(%80,7)	52(%91,2)	2,617;0,106
	Var	11(19,3)	5(%8,8)	
Egzersiz Öyküsü	**Yok**	41(%71,9)	36(%63,2)	1,000;0,317
	Var	16(%28,1)	21(%36,8)	
Kafein Tüketim Sıklığı	**Hiç**	15(%26,3)	34(%59,6)	21,711;0.000*
	Az	16(%28,1)	18(%31,6)	
	Çok	26(%45,6)	5(%8,8)	
Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü	**Yok**	44(%77,2)	51(%89,5)	3,095;0,079
	Var	13(%22,8)	6(%10,5)	

Uyku Düzeni	**Düzenli**	31(%54,4)	44(%77,2)	6,587;0,010*
	Düzensiz	26(%45,6)	13(%22,8)	
Ailede Kanser Öyküsü	**Yok**	40(%70,2)	42(%73,7)	0,174;0,677
	Var	17(%29,8)	15(%26,3)	

**** X^2: Ki kare test istatistiği***

Katılımcıların yaş aralığı ile grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu ve grupların yaş aralığına göre homojen dağılmadığı görülmüştür. Kontrol ve çalışma grubu inceliğinde yaş aralığı 36-46 olanların kontrol grubunda(%40,4) ve çalışma grubunda(%59,6) daha fazla olduğu görülmüştür.(n=57) Buna karşılık 35 yaş ve altındaki katılımcıların kontrol grubunda(n=18) çalışma grubuna(n=8)göre daha fazla sayıda olduğu ve gruplar arasında homojen dağılmadığı görülmektedir.

Katılımcıların medeni durum,çocuk sayısı,eğitim durumu,çalışma durumu,gelir düzeyi,pap smear test sonucu,kolposkopik biyopsi yapılma durumu,geçirilmiş operasyon öyküsü,ek hastalık varlığı,psikiyatrik ilaç kullanımı,sigara kullanımı,alkol kullanımı,egzersiz öyküsü,ailede psikiyatrik hastalık öyküsü ve ailede kanser öyküsü ile grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olup olmadığı analiz edilmiştir. Buna göre gruplar arasında ilişki olmadığı ve grupların bu değişkenlere göre homojen dağıldığı görülmüştür. (p>0,05)

Katılımcıların kafein tüketim sıklığı ile grup arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olup olmadığı ki kare analizi ile analiz edilmiştir. Buna göre kafein tüketim sıklığı ile gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu ve grupların kafein tüketim sıklığına göre homojen dağılmadığı görülmektedir.(p:0,000) Çalışma grubunda kafein tüketimi olmayanların (n=34), kontrol grubuna göre (n=15) daha fazla olduğu ve gruplar arasında homojen dağılmadığı görülmektedir. Kafein tüketimi çok olanların ise kontrol grubunda(n=26),çalışma grubuna göre(n=5) daha fazla olduğu ve gruplar arasında homojen dağılmadığı görülmektedir.

Katılımcıların uyku düzeni ile grup arasında anlamlı bir ilişki olduğu ve uyku düzenine göre düzenli olduğunu söyleyen katılımcıların çalışma grubunda(n=44) kontrol grubuna göre (n=31) daha fazla olduğu ve gruplar arasında homojen dağılmadığı tespit edilmiştir.

Kontrol grubu(n=57) ve çalışma grubu(n=57) olmak üzere tüm hastaların demografik özelliklerine göre STAI Test Durumluluk ve Süreklilik Kaygı puanları iki yönlü varyans analizi kullanılarak karşılaştırıldı.

Tablo 8. Araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenirlik analizi sonuçları

	Soru sayısı	Cronbach's alpha
DKÖ	20	0.832
SKÖ	20	0.797

Araştırmada kullanılan Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeğinin güvenirlik analizi sonuçları tabloda verilmiştir. Buna göre araştırmada kullanılan Durumluk Kaygı ölçeğinin Cronbach alpha değeri 0.832, Sürekli Kaygı ölçeğinin Cronbach alpha değeri 0.797 olarak hesaplanmış ve güvenilir olduğu görülmektedir.

Tablo 9: Grupların sosyodemografik özelliklerine göre Durumluluk Kaygı Ölçek puanlarının karşılaştırılması

		DKÖ		**p***
		Kontrol Grubu $\bar{x} \pm Ss$	**Çalışma Grubu** $\bar{x} \pm Ss$	
Yaş Grubu	**<=35**	45.72±8.37	43.56±4.95	t=1.847 p=0.077
	36-46	45.83±9.04	46.87±6.96	t=2.337 p=0.023*
	>=47	46.94±9.79	44.13±6.5	t=2.139 p=0.041*
		F=0.095 p=0.910	F=0.084 p=0.919	
Medeni Durum	**Evli(0)**	45.02±8.45	45.44±6.55	t=2.796 p=0.006*
	Bekar(1)	50.17±9.78	43.58±5.45	t=2.658 p=0.014*
		t=-1.814 p=0.075	t=0.139 p=0.890	
Çocuk Sayısı	**0(0)**	45.71±8.65	38±7.81	t=1.323 p=0.222
	1-3(1)	45.38±9.12	39.33±8.57	t=3.058 p=0.003*
	>3(2)	49.3±8.35	42.5±7.8	t=2.045 p=0.053
		F=0.778 p=0.464	F=0.841 p=0.437	
Eğitim Durumu	**Ortaokul ve öncesi**	47.18±7.76	46.50±6.58	t=3.297 p=0.002*
	Lise ve sonrası	44.52±10.36	42.91±5.40	t=1.955 p=0.057
		t=1.106 p=0.274	t=0.667 p=0.507	
	Hayır	45.79±8.5	45.26±6.59	t=2.663

				p=0.005*
Çalışma Durumu	**Evet**	46.57±9.57	44.74±6.06	t=2.607 p=0.006*
		t=-0.318 p=0.752	t=0.541 p=0.591	
Gelir Düzeyi	**Gelir giderden düşük**	51.20±6.52	47.33±4.76	t=2.412 p=0.024*
	Gelir gidere denk ve fazla	44.29±9.00	44.24±6.67	t=2.918 p=0.002*
		t=2.725 p=0.009*	t=1.854 p=0.069	
Pap Smear Test Sonucu	**Yüksek Risk**	47.86±7.45	45.80±5.75	t=3.975 p=0.001*
	Düşük Risk	40.15±11.04	42.54±7.73	t=0.784 p=0.439
		t=2.920 p=0.005*	t=1.847 p=0.070	
Kolposkopik Biyopsi Durumu	**Yapılmadı**	41.58±7.97	43.37±6.63	t=0.237 p=0.814
	Yapıldı	48.37±8.57	45.89±6.10	t=4.509 p=0.001*
		t=-2.885 p=0.006*	t=0.507 p=0.614	
Geçirilmiş Operasyon Öyküsü	**Yok**	46.16±8.84	45.28±6.38	t=1.868 p=0.072
	Var	46.06±9.10	44.88±6.39	t=3.462 p=0.001*
		t=0.041 p=0.968	t=1.220 p=0.228	
Ek hastalık	**Yok**	46.03±9.00	44.41±6.56	t=2.876 p=0.005*
	Var	46.25±8.96	46.25±5.87	t=2.561 p=0.016*
		t=-0.089 p=0.929	t=1.392 p=0.170	
Sigara Kullanımı	**Yok**	40.58±8.29	43.79±7.72	t=1.207 p=0.233
	Var	50.12±7.07	45.97±5.03	t=4.307 p=0.001*
		t=-4.676 p=0.000*	t=-2.273 p=0.027*	
Alkol Kullanımı	**Yok**	43.83±8.27	43.91±6.26	t=3.043 p=0.003*
	Var	55.64±3.59	49.82±4.19	t=1.453 p=0.150
		t=-4.610 p=0.000*	t=-3.725 p=0.000*	
Egzersiz Öyküsü	**Yok**	48.54±7.64	45.76±5.69	t=3.953 p=0.001*

	Var	39.88±9.11	43.25±7.66	t=0.769 p=0.447
		t=3.642 p=0.001*	t=1.663 p=0.102	
Kafein Tüketim Sıklığı	**Hiç(0)**	43.33±8.97	42.87±6.67	t=1.299 p=0.200
	Az(1)	46.44±9.38	45.00±6.22	t=1.906 p=0.066
	Çok(2)	47.50±8.56	46.35±6.09	t=1.996 p=0.055
		F=1.058 p=0.354	F=0.085 p=0.919	
Ailede Psikiyatrik Hastalık	**Yok**	44.41±8.12	43.95±6.37	t=3.590 p=0.001*
	Var	51.85±9.36	48.77±4.75	U=27.000 p=0.289
		U=126.000 p=0.002*	U=15.000 p=0.001*	
Uyku düzeni	**Düzenli**	44.26±10.52	43.68±6.26	t=2.307 p=0.024*
	Düzensiz	48.31±5.97	46.69±6.14	t=2.396 p=0.022*
		t=-1.740 p=0.087	t=-1.238 p=0.221	
Ailede Kanser Öyküsü	**Yok**	45.53±10.30	44.95±6.83	t=3.642 p=0.001*
	Var	47.47±4.02	45.29±5.16	t=1.055 p=0.300
		t=-0.751 p=0.456	t=-3.030 p=0.004	

***Bağımsız örneklem T Testi, Mann Whitney U Testi , ANOVA Varyans Testi**

35 yaş ve altında olan katılımcıların kontrol ve çalışma grubuna göre Durumluluk Kaygı Ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir.(p>0,05) 36-46 yaş grubu arasında katılımcıların ise kontrol ve çalışma gruplarının Durumluluk Kaygı Ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu (p=0.023) ve çalışma grubunda daha yüksek puan aldıkları tespit edilmiştir. 47 yaş ve üzerinde olan katılımcıların ise kontrol ve çalışma gruplarının Durumluluk Kaygı Ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu (p=0.041) ve kontrol grubunda daha yüksek puan aldıkları tespit edilmiştir.Buna karşılık kontrol grubunda ve çalışma grubunda olanların yaş gruplarına göre Durumluluk Kaygı Ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur.

Katılımcıların medeni durumlarına göre Durumluluk Kaygı Ölçek puanları arasındaki ilişki incelendiğinde ise evli olan katılımcıların Durumluluk Kaygı Ölçek puanlarının çalışma grubunda daha fazla olduğu ve istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu(p=0,006) tespit edilmiştir.Bekar olan katılımcıların ise Durumluluk Kaygı Ölçek puanlarının kontrol grubunda daha fazla olduğu ve istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir.(p=0,014) Buna karşılık kontrol grubunda ve çalışma grubunda olanların medeni durumlarına göre Durumluluk Kaygı Ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur.

Çocuk sayısına göre katılımcıların Durumluluk Kaygı Ölçek puanları arasındaki ilişki incelendiğinde ise çocuğu olmayan katılımcıların kontrol ve çalışma grubuna göre Durumluluk Kaygı Ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir.(p>0,05) 1-3 arasında çocuk sahibi olan katılımcıların ise kontrol ve çalışma gruplarının Durumluluk Kaygı Ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu (p=0.003) ve kontrol grubunda daha yüksek puan aldıkları tespit edilmiştir. 3 ve üzerinde çocuk sahibi olan katılımcıların ise kontrol ve çalışma gruplarının Durumluluk Kaygı Ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir.Kontrol grubunda ve çalışma grubunda olanların çocuk sayısına göre Durumluluk Kaygı Ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur.

Katılımcıların eğitim durumlarına göre Durumluluk Kaygı Ölçek puanları arasındaki ilişki incelendiğinde ise ortaokul ve öncesi olan katılımcıların Durumluluk Kaygı Ölçek puanlarının kontrol grubunda daha fazla olduğu ve istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu(p=0,002) tespit edilmiştir.Lise ve sonrası olan katılımcıların ise Durumluluk Kaygı Ölçek puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir.Kontrol grubunda ve çalışma grubunda olanların eğitim durumlarına göre Durumluluk Kaygı Ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur.

Çalışma durumlarına göre Durumluluk Kaygı Ölçek puanları arasındaki ilişki incelendiğinde ise çalışmayan katılımcıların Durumluluk Kaygı Ölçek puanlarının kontrol grubunda daha fazla olduğu ve istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu(p=0,005) tespit edilmiştir.Çalışan katılımcıların Durumluluk Kaygı Ölçek puanlarının kontrol grubunda daha fazla olduğu ve istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir.(p=0,006) Buna karşılık kontrol grubunda ve çalışma grubunda

olanların çalışma durumlarına göre Durumluluk Kaygı Ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur.

Gelir düzeylerine göre Durumluluk Kaygı Ölçek puanları arasındaki ilişki incelendiğinde ise geliri giderden düşük olan katılımcıların Durumluluk Kaygı Ölçek puanlarının kontrol grubunda daha fazla olduğu ve istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu(p=0,024) tespit edilmiştir.Geliri gidere denk ve fazla olan katılımcıların Durumluluk Kaygı Ölçek puanlarının kontrol grubunda daha fazla olduğu ve istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir.(p=0,002) Buna karşılık kontrol grubunda ve çalışma grubunda gelir düzeyine göre Durumluluk Kaygı Ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur.

Pap smear test sonucuna göre Durumluluk Kaygı Ölçek puanları arasındaki ilişki incelendiğinde ise yüksek risk olan katılımcıların Durumluluk Kaygı Ölçek puanlarının kontrol grubunda daha fazla olduğu ve istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu(p=0,001) tespit edilmiştir.Düşük risk olan katılımcıların ise Durumluluk Kaygı Ölçek puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir.Kontrol grubunda olanların Durumluluk Kaygı ölçek puanları arasındali ilişki incelendiğinde yüksek risk olan katılımcıların Durumluluk Kaygı Ölçek puanlarının istatistiksel olarak yüksek tespit edilmiştir.(p=0,005)Çalışma grubunda olanların Durumluluk Kaygı Ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur.

Kolposkopik biyopsi yapılma durumuna göre Durumluluk Kaygı Ölçek puanları arasındaki ilişki incelendiğinde ise yapılmayan katılımcıların kontrol ve çalışma grubuna göre Durumluluk Kaygı Ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir.(p>0,05).Yapılan katılımcıların ise Durumluluk Kaygı Ölçek puanlarının kontrol grubunda fazla olduğu tespit edilmiştir. (p=0,001).Kontrol grubunda olanların Durumluluk Kaygı ölçek puanları arasındaki ilişki incelendiğinde kolposkopik biyopsi yapılan katılımcıların Durumluluk Kaygı Ölçek puanlarının istatistiksel olarak yüksek tespit edilmiştir.(p=0,006)Çalışma grubunda olanların Durumluluk Kaygı Ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur.

Katılımcıların geçirilmiş operasyon öyküsüne göre Durumluluk Kaygı Ölçek puanları arasındaki ilişki incelendiğinde ise geçirilmiş operasyon öyküsü olan katılımcıların Durumluluk Kaygı Ölçek puanlarının kontrol grubunda daha fazla olduğu ve istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu(p=0,016) tespit edilmiştir.Geçirilmiş operasyon öyküsü olmayan katılımcıların ise Durumluluk Kaygı Ölçek puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir.Kontrol grubunda ve

çalışma grubunda olanların geçirilmiş operasyona göre Durumluluk Kaygı Ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur.

Ek hastalık varlığına göre Durumluluk Kaygı Ölçek puanları arasındaki ilişki incelendiğinde ise ek hastalığı olmayan katılımcıların Durumluluk Kaygı Ölçek puanlarının kontrol grubunda daha fazla olduğu ve istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu(p=0,005) tespit edilmiştir.Ek hastalığı olan katılımcıların Durumluluk Kaygı Ölçek puanlarının kontrol grubunda daha fazla olduğu ve istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir.(p=0,016) Buna karşılık kontrol grubunda ve çalışma grubunda ek hastalığa göre Durumluluk Kaygı Ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur.

Sigara kulanımına göre Durumluluk Kaygı Ölçek puanları arasındaki ilişki incelendiğinde ise sigara kullanmayan katılımcıların kontrol ve çalışma grubuna göre Durumluluk Kaygı Ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir.(p>0,05).Sigara kullanan katılımcıların ise Durumluluk Kaygı Ölçek puanlarının kontrol grubunda fazla olduğu tespit edilmiştir. (p=0,001).Kontrol grubunda olanların Durumluluk Kaygı ölçek puanları arasındaki ilişki incelendiğinde sigara kullanan katılımcıların Durumluluk Kaygı Ölçek puanlarının istatistiksel olarak yüksek tespit edilmiştir.(p=0,000).Aynı şekilde çalışma grubunda sigara kullanan katılımcıların Durumluluk Kaygı Ölçek puanları istatistiksel olarak yüksek tespit edilmiştir.(p=0,027).

Alkol kulanımına göre Durumluluk Kaygı Ölçek puanları arasındaki ilişki incelendiğinde ise alkol kullanan katılımcıların kontrol ve çalışma grubuna göre Durumluluk Kaygı Ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir.(p>0,05).Alkol kullanmayan katılımcıların ise Durumluluk Kaygı Ölçek puanlarının kontrol grubunda fazla olduğu tespit edilmiştir. (p=0,003).Kontrol grubunda olanların Durumluluk Kaygı ölçek puanları arasındaki ilişki incelendiğinde alkol kullanan katılımcıların Durumluluk Kaygı Ölçek puanlarının istatistiksel olarak yüksek tespit edilmiştir.(p=0,000).Aynı şekilde çalışma grubunda alkol kullanan katılımcıların Durumluluk Kaygı Ölçek puanları istatistiksel olarak yüksek tespit edilmiştir.(p=0,000).

Egzersiz öyküsüne göre Durumluluk Kaygı Ölçek puanları arasındaki ilişki incelendiğinde ise egzersiz yapan katılımcıların kontrol ve çalışma grubuna göre Durumluluk Kaygı Ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir.(p>0,05).Egzersiz yapmayan katılımcıların ise Durumluluk

Kaygı Ölçek puanlarının kontrol grubunda fazla olduğu tespit edilmiştir. (p=0,001).Kontrol grubunda olanların Durumluluk Kaygı ölçek puanları arasındaki ilişki incelendiğinde egzersiz yapmayan katılımcıların Durumluluk Kaygı Ölçek puanlarının istatistiksel olarak yüksek tespit edilmiştir.(p=0,001).Çalışma grubunda ise Durumluluk Kaygı Ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. (p>0,05)

Kafein tüketimine göre Durumluluk Kaygı Ölçek puanları arasındaki ilişki incelendiğinde ise kafein tüketim sıklığına göre katılımcıların kontrol ve çalışma grubuna göre Durumluluk Kaygı Ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir.(p>0,05).

Ailede psikiyatrik hastalık varlığına göre Durumluluk Kaygı Ölçek puanları arasındaki ilişki incelendiğinde ise ailede psikiyatrik hastalık olan katılımcıların kontrol ve çalışma grubuna göre Durumluluk Kaygı Ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir.(p>0,05).Ailede psikiyatrik hastalığı olmayan katılımcıların ise Durumluluk Kaygı Ölçek puanlarının kontrol grubunda fazla olduğu tespit edilmiştir. (p=0,001).Kontrol grubunda olanların Durumluluk Kaygı ölçek puanları arasındaki ilişki incelendiğinde ailede psikiyatrik hastalığı olan katılımcıların Durumluluk Kaygı Ölçek puanlarının istatistiksel olarak yüksek tespit edilmiştir.(p=0,002).Aynı şekilde çalışma grubunda ailede psikiyatrik hastalığı olan katılımcıların Durumluluk Kaygı Ölçek puanları istatistiksel olarak yüksek tespit edilmiştir.(p=0,001).

Uyku düzenine göre Durumluluk Kaygı Ölçek puanları arasındaki ilişki incelendiğinde ise uyku düzeni olmayan katılımcıların Durumluluk Kaygı Ölçek puanlarının kontrol grubunda daha fazla olduğu ve istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu(p=0,022) tespit edilmiştir.Uyku düzeni olan katılımcıların Durumluluk Kaygı Ölçek puanlarının kontrol grubunda daha fazla olduğu ve istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir.(p=0,024) Buna karşılık kontrol grubunda ve çalışma grubunda uyku düzenine göre Durumluluk Kaygı Ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur.

Ailede kanser öyküsüne göre Durumluluk Kaygı Ölçek puanları arasındaki ilişki incelendiğinde ise ailede kanser öyküsü olan katılımcıların kontrol ve çalışma grubuna göre Durumluluk Kaygı Ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir.(p>0,05).Ailede kanser öyküsü olmayan katılımcıların ise Durumluluk Kaygı Ölçek puanlarının kontrol grubunda fazla olduğu tespit edilmiştir.

(p=0,300).Kontrol ve çalışma grubunda ise Durumluluk Kaygı Ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. (p>0,05)

Tablo 10. Grupların sosyodemografik özelliklerine göre Süreklilik Kaygı Ölçek puanlarının karşılaştırılması

		SKÖ		p*
		Kontrol Grubu $\bar{x} \pm Ss$	**Çalışma Grubu** $\bar{x} \pm Ss$	
Yaş Grubu	**<=35**	39.38±7.35	44.38±5.58	t=-0.375 p=0.711
	36-46	40.41±8.26	41.74±4.77	t=3.308 p=0.002*
	>=47	39.53±9.46	42.87±5.26	t=0.590 p=0.560
		F=1.659 p=0.200	F=0.084 p=0.380	
Medeni Durum	**Evli(0)**	40.11±8.41	42.68±5.21	t=2.245 p=0.027*
	Bekar(1)	39.70±8.43	41.10±3.90	t=1.204 p=0.243
		t=0.903 p=0.371	t=1.091 p=0.370	
Çocuk Sayısı	**0(0)**	43.43±6.43	40±4.58	t=0.826 p=0.433
	1-3(1)	44.65±6.25	42.73±5.23	t=1.494 p=0.139
	>3(2)	47.8±6.46	42±4.57	t=2.582 p=0.017*
		F=1.263 p=0.291	F=0.464 p=0.631	
Eğitim Durumu	**Ortaokul ve öncesi**	40.67±8.40	43.24±4.83	t=2.305 p=0.012*
	Lise ve sonrası	39.17±8.35	41.25±5.13	t=1.083 p=0.142
		t=2.165 p=0.035*	t=1.499 p=0.140	
Çalışma Durumu	**Hayır**	40.53±7.71	42.68±5.27	t=1.788 p=0.078
	Evet	39.30±9.32	42.00±4.69	t=1.714 p=0.094
		t=0.305 p=0.762	t=0.497 p=0.621	
Gelir Düzeyi	**Gelir giderden düşük**	43.92±9.17	40.92±4.08	t=3.704 p=0.001*
	Gelir gidere denk ve fazla	39.00±7.89	42.80±5.20	t=1.126 p=0.263
		t=1.649	t=-1.161	

		p=0.105	p=0.251	
Pap Smear Test Sonucu	**Yüksek Risk**	41.45±7.10	43.58±4.46	t=1.926 p=0.058
	Düşük Risk	37.21±10.00	40.05±5.33	t=1.079 p=0.289
		t=1.654 p=0.104	t=2.634 p=0.011*	
Kolposkopik Biyopsi Durumu	**Yapılmadı**	40.94±7.99	42.00±5.05	t=0.677 p=0.503
	Yapıldı	39.68±8.54	42.56±5.05	t=2.654 p=0.010*
		t=-1.433 p=0.158	t=-0.377 p=0.708	
Geçirilmiş Operasyon Öyküsü	**Yok**	41.50±9.25	42.23±5.78	t=1.790 p=0.080
	Var	38.81±7.42	42.55±4.36	t=1.682 p=0.098
		t=0.238 p=0.813	t=-0.236 p=0.814	
Ek hastalık	**Yok**	40.82±7.39	42.82±5.25	t=1.214 p=0.228
	Var	37.08±11.11	40.83±3.74	t=2.856 p=0.008*
		t=-1.050 p=0.298	t=1.227 p=0.225	
Sigara Kullanımı	**Yok**	37.66±9.18	41.10±5.30	t=1.498 p=0.140
	Var	42.50±6.66	43.75±4.39	t=1.819 p=0.074
		t=-1.289 p=0.203	t=-2.050 p=0.045*	
Alkol Kullanımı	**Yok**	38.88±7.80	42.27±4.93	t=2.159 p=0.049*
	Var	52.00±1.41	43.80±6.26	t=2.290 p=0.038*
		t=-2.965 p=0.004*	t=-0.649 p=0.519	
Egzersiz Öyküsü	**Yok**	41.42±8.16	43.42±4.43	t=1.993 p=0.050*
	Var	37.67±8.30	40.67±5.56	t=1.189 p=0.242
		t=1.352 p=0.182	t=2.056 p=0.045*	
Kafein Tüketim Sıklığı	**Hiç(0)**	39.82±8.61	42.71±5.18	t=0.091 p=0.927
	Az(1)	40.67±8.27	42.61±4.65	t=1.277 p=0.211
	Çok(2)	39.20±8.26	39.60±5.18	t=2.312 p=0.028*

		F=1.459 p=0.241	F=0.856 p=0.431	
Ailede Psikiyatrik Hastalık	**Yok**	38.61±7.61	42.10±4.82	t=-0.082 p=0.935
	Var	52.17±1.33	45.00±6.32	t=1.452 p=0.165
		t=-2.520 p=0.015*	t=-1.352 p=0.182	
Uyku düzeni	**Düzenli**	39.30±8.10	41.77±4.88	t=1.480 p=0.143
	Düzensiz	42.54±8.99	44.54±5.04	t=1.091 p=0.282
		t=-1.827 p=0.073	t=-1.782 p=0.080	
Ailede Kanser Öyküsü	**Yok**	38.17±7.89	41.67±5.00	t=2.492 p=0.015*
	Var	45.27±7.49	44.47±4.58	t=0.477 p=0.637
		t=-0.186 p=0.853	t=-1.901 p=0.063	

***Bağımsız örneklem T Testi, Mann Whitney U Testi**

35 yaş ve altında olan katılımcıların kontrol ve çalışma grubuna göre Süreklilik Kaygı Ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir.(p>0,05) 36-46 yaş grubu arasında katılımcıların ise kontrol ve çalışma gruplarının Süreklilik Kaygı Ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu (p=0.002) ve çalışma grubunda daha yüksek puan aldıkları tespit edilmiştir. 47 yaş ve üzerinde olan katılımcıların ise kontrol ve çalışma gruplarının Süreklilik Kaygı Ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir.Buna karşılık kontrol grubunda ve çalışma grubunda olanların yaş gruplarına göre Süreklilik Kaygı Ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur.

Katılımcıların medeni durumlarına göre Süreklilik Kaygı Ölçek puanları arasındaki ilişki incelendiğinde ise evli olan katılımcıların Süreklilik Kaygı Ölçek puanlarının çalışma grubunda daha fazla olduğu ve istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu(p=0,027) tespit edilmiştir.Bekar olan katılımcıların ise Süreklilik Kaygı Ölçek puanlarının istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir. (p>0,05) Buna karşılık kontrol grubunda ve çalışma grubunda olanların medeni durumlarına göre Süreklilik Kaygı Ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur.

Çocuk sayısına göre katılımcıların Süreklilik Kaygı Ölçek puanları arasındaki ilişki incelendiğinde ise çocuğu olmayan katılımcıların ve 1-3 arasında çocuğu olan katılımcıların kontrol ve çalışma grubuna göre Süreklilik Kaygı Ölçek puanları arasında

istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir.(p>0,05) 3 ve üzerinde çocuk sahibi olan katılımcıların ise kontrol ve çalışma gruplarının Süreklilik Kaygı Ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu (p=0.017) ve kontrol grubunda daha yüksek puan aldıkları tespit edilmiştir.Kontrol grubunda ve çalışma grubunda olanların çocuk sayısına göre Süreklilik Kaygı Ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur.

Katılımcıların eğitim durumlarına göre Süreklilik Kaygı Ölçek puanları arasındaki ilişki incelendiğinde ise ortaokul ve öncesi olan katılımcıların Süreklilik Kaygı Ölçek puanlarının çalışma grubunda daha fazla olduğu ve istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu(p=0,012) tespit edilmiştir.Lise ve sonrası olan katılımcıların ise Süreklilik Kaygı Ölçek puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Kontrol grubunda olanların Süreklilik Kaygı Ölçek puanları arasındaki ilişki incelendiğinde ortaokul ve öncesi olan katılımcıların Süreklilik Kaygı Ölçek puanlarının istatistiksel olarak yüksek tespit edilmiştir.(p=0,035).Çalışma grubunda olanların eğitim durumlarına göre Süreklilik Kaygı Ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur.

Çalışma durumlarına göre Süreklilik Kaygı Ölçek puanları arasındaki ilişki incelendiğinde ise çalışmayan ve çalışan katılımcıların Süreklilik Kaygı Ölçek puanları arasıda istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir.(p>0,05) Kontrol grubunda ve çalışma grubunda olanların çalışma durumlarına göre Süreklilik Kaygı Ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur.

Gelir düzeylerine göre Süreklilik Kaygı Ölçek puanları arasındaki ilişki incelendiğinde ise geliri giderden düşük olan katılımcıların Süreklilik Kaygı Ölçek puanlarının kontrol grubunda daha fazla olduğu ve istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu(p=0,001) tespit edilmiştir.Geliri gidere denk ve fazla olan katılımcıların Süreklilik Kaygı Ölçek puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir.(p>0,05) Buna karşılık kontrol grubunda ve çalışma grubunda gelir düzeyine göre Süreklilik Kaygı Ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur.

Pap smear test sonucuna göre Süreklilik Kaygı Ölçek puanları arasındaki ilişki incelendiğinde katılımcıların ise Süreklilik Kaygı Ölçek puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir.Çalışma grubunda olanların Süreklilik Kaygı Ölçek puanları arasındaki ilişki incelendiğinde yüksek risk olan katılımcıların Süreklilik Kaygı Ölçek puanlarının istatistiksel olarak yüksek tespit

edilmiştir.(p=0,011)Kontrol grubunda olanların Süreklilik Kaygı Ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur.

Kolposkopik biyopsi yapılma durumuna göre Süreklilik Kaygı Ölçek puanları arasındaki ilişki incelendiğinde ise yapılmayan katılımcıların kontrol ve çalışma grubuna göre Süreklilik Kaygı Ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir.(p>0,05).Yapılan katılımcıların ise Süreklilik Kaygı Ölçek puanlarının çalışma grubunda fazla olduğu tespit edilmiştir. (p=0,010).Kontrol grubunda ve çalışma grubunda olanların Süreklilik Kaygı Ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur.(p>0,05)

Katılımcıların geçirilmiş operasyon öyküsüne göre Süreklilik Kaygı Ölçek puanları arasındaki ilişki incelendiğinde ise geçirilmiş operasyon öyküsü olan ve olmayan katılımcıların Süreklilik Kaygı Ölçek puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir.(p>0,05)Kontrol grubunda ve çalışma grubunda olanların geçirilmiş operasyona göre Süreklilik Kaygı Ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur. (p>0,05)

Ek hastalık varlığına göre Süreklilik Kaygı Ölçek puanları arasındaki ilişki incelendiğinde ise ek hastalığı olan katılımcıların Süreklilik Kaygı Ölçek puanlarının çalışma grubunda daha fazla olduğu ve istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu(p=0,008) tespit edilmiştir.Ek hastalığı olmayan katılımcıların Süreklilik Kaygı Ölçek puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir. (p>0,05)Buna karşılık kontrol grubunda ve çalışma grubunda ek hastalığa göre Süreklilik Kaygı Ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur.

Sigara kulanımına göre Süreklilik Kaygı Ölçek puanları arasındaki ilişki incelendiğinde ise sigara kullanan ve kullanmayan katılımcıların kontrol ve çalışma grubuna göre Süreklilik Kaygı Ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir.(p>0,05).Çalışma grubunda olanların Süreklilik Kaygı Ölçek puanları arasındaki ilişki incelendiğinde sigara kullanan katılımcıların Süreklilik Kaygı Ölçek puanlarının istatistiksel olarak yüksek tespit edilmiştir.(p=0,045).Kontrol grubunda ise sigara kullanımına göre Süreklilik Kaygı Ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur.

Alkol kulanımına göre Süreklilik Kaygı Ölçek puanları arasındaki ilişki incelendiğinde alkol kullanmayan katılımcıların Süreklilik Kaygı Ölçek puanlarının çalışma grubunda fazla olduğu tespit edilmiştir.(p=0,049) Alkol kullanan katılımcıların ise Süreklilik Kaygı Ölçek puanlarının kontrol grubunda fazla olduğu tespit edilmiştir.

(p=0,038).Kontrol grubunda olanların Süreklilik Kaygı Ölçek puanları arasındaki ilişki incelendiğinde alkol kullanan katılımcıların Süreklilik Kaygı Ölçek puanlarının istatistiksel olarak yüksek tespit edilmiştir.(p=0,004). Çalışma grubunda ise alkol kullanımına göre Süreklilik Kaygı Ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur.

Egzersiz öyküsüne göre Süreklilik Kaygı Ölçek puanları arasındaki ilişki incelendiğinde ise egzersiz yapan katılımcıların kontrol ve çalışma grubuna göre Süreklilik Kaygı Ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir.(p>0,05).Egzersiz yapmayan katılımcıların ise Süreklilik Kaygı Ölçek puanlarının çalışma grubunda fazla olduğu tespit edilmiştir. (p=0,050).Çalışma grubunda olanların Süreklilik Kaygı Ölçek puanları arasındaki ilişki incelendiğinde egzersiz yapmayan katılımcıların Süreklilik Kaygı Ölçek puanlarının istatistiksel olarak yüksek tespit edilmiştir.(p=0,045).Kontrol grubunda ise Süreklilik Kaygı Ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. (p>0,05)

Kafein tüketimine göre Süreklilik Kaygı Ölçek puanları arasındaki ilişki incelendiğinde ise kafein tüketim sıklığı çok olan katılımcıların Süreklilik Kaygı Ölçek puanları kontrol grubunda daha yüksek bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir.(p=0,28). Kontrol grubunda ve çalışma grubunda olanların kafein tüketim sıklığına göre Süreklilik Kaygı Ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur. (p>0,05)

Ailede psikiyatrik hastalık varlığına göre Süreklilik Kaygı Ölçek puanları arasındaki ilişki incelendiğinde ise ailede psikiyatrik hastalık olan ve olmayan katılımcıların kontrol ve çalışma grubuna göre Süreklilik Kaygı Ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir.(p>0,05).Kontrol grubunda olanların Süreklilik Kaygı Ölçek puanları arasındaki ilişki incelendiğinde ailede psikiyatrik hastalığı olan katılımcıların Süreklilik Kaygı Ölçek puanlarının istatistiksel olarak yüksek tespit edilmiştir.(p=0,015). Çalışma grubunda olanların ise ailede psikiyatrik hastalık varlığına göre Süreklilik Kaygı Ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur. (p>0,05)

Uyku düzenine göre Süreklilik Kaygı Ölçek puanları arasındaki ilişki incelendiğinde ise uyku düzeni olan ve olmayan katılımcıların kontrol ve çalışma grubuna göre Süreklilik Kaygı Ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir.(p>0,05). Aynı şekilde kontrol grubunda ve çalışma

grubunda uyku düzenine göre Süreklilik Kaygı Ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur.(p>0,05)

Ailede kanser öyküsüne göre Süreklilik Kaygı Ölçek puanları arasındaki ilişki incelendiğinde ise ailede kanser öyküsü olan katılımcıların kontrol ve çalışma grubuna göre Süreklilik Kaygı Ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir.(p>0,05).Ailede kanser öyküsü olmayan katılımcıların ise Süreklilik Kaygı Ölçek puanlarının çalışma grubunda fazla olduğu tespit edilmiştir. (p=0,015).Kontrol ve çalışma grubunda ise Süreklilik Kaygı Ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. (p>0,05)

Tablo.11 Kontrol Grubunun DKÖ puanına etki eden değişkenlerin Doğrusal Regresyon Analizi

		Başlangıç model			Final model		
		β	t	p	β	t	p
Sabit		42.634	9.236	0.000*	41.702	21.353	0.000*
Medeni durum		-3.479	-1.451	0.156			
Çalışma durumu		-0.787	-0.332	0.742			
Gelir durumu		0.675	0.264	0.793			
Kolposkopik biyopsi		6.428	3.035	0.004*	4.202	2.486	0.016*
Geçirilmiş operasyon		-3.130	-1.724	0.093			
Ek hastalık		-0.544	-0.286	0.776			
Sigara		6.217	3.371	0.002*	6.712	4.098	0.000*
Alkol		8.509	2.141	0.039*	7.657	3.659	0.001*
Egzersiz		-4.508	-2.044	0.048*	-5.165	-2.951	0.005*
Uyku düzeni		-4.326	-2.408	0.021*	-4.250	-2.795	0.007*
Ailede Psikiyatrik Hastalık		-4.426	-1.270	0.212			
Ailede Kanser Öyküsü		-0.833	-0.405	0.688			
Eğitim Durumu		2.213	0.987	0.330			
PAP smear sonucu		3.234	1.283	0.208			
Kafein tüketimi	Hiç(0)						
	Az(1)	1.782	0.768	0.448			
	Çok(2)	1.569	0.754	0.456			
Yaş	<=35						
	36-46	-1.209	-0.533	0.598			
	>=47	-0.563	-0.214	0.832			
Çocuk sayısı	0						

	1	-0.997	-0.330	0.743			
	2	-0.185	-0.045	0.965			
		R^2=0.583,F=4.916, p=0.001*			R^2=0.597, F= 17.579, p=0.001*		

*p<0,05

Kontrol grubunda olanlar için değişkenlerin DKÖ puanları üzerindeki etkisinin araştırılması için Enter yöntemi ile başlangıç modeli için Doğrusal Regresyon analizi uygulamıştır. Modelden anlamsız değişkenlerin çıkarılarak anlamlı değişkenler ile final modelin elde edilmesi için Stepwise yaklaşımı ile Doğrusal Regresyon analizi uygulamıştır. Kolposkopik biyopsi, sigara, alkol, egzersiz ve uyku düzeni üzerinde etkisi olduğu görülmüştür (p<0,05). Model anlamlılığının testi için Anova testi uygulanmıştır ve kurulan regresyon modelinin anlamlı olduğu saptanmıştır (F=17.579 ve p=0,001). Modelde bulunan bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkendeki değişimi açıklama oranı %59.7'dir. Modelde anlamlı olan değişkenlerin VIF değerleri incelendiğinde, tüm değerlerin 5'ten küçük olduğu ve herhangi bir değişkenin otokorelasyona sebep olmadığı tespit edilmiştir. Model aşağıdaki gibidir.

DKÖ = 41.702+ 4.202* Kolposkopik biyopsi + 6.712*Sigara+7.657*alkol - 5.165*Egzersiz – 4.250*Uyku düzeni

Kolposkopik biyopsi için regresyon katsayısı 4.202 olarak hesaplanmış ve etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (p<0,05). Kolposkopik biyopsi olanın olmayana göre DKÖ ortalaması 4.202 puan daha fazladır. Sigara için regresyon katsayısı 6.712 olarak hesaplanmış ve etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p<0,05). Sigara içenlerin içmeyenlere göre DKÖ puanı 6.712 puan daha fazladır. Alkol için regresyon katsayısı 7.657 olarak hesaplanmış ve etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p<0,05). Alkol içenlerin içmeyenlere göre DKÖ puanı 7.657 puan daha fazladır. Egzersiz için regresyon katsayısı -5.165 olarak hesaplanmış ve etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p<0,05). Egzersiz yapanların yapmayanlara göre DKÖ puanı 5.165 daha azdır. Uyku düzeni için regresyon katsayısı -4.250 olarak hesaplanmış ve etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p<0,05). Uyku düzeni düzenli olanların düzenli olmayanlara göre DKÖ puanı 4.250 daha azdır.

Tablo 12. Çalışma Grubunun DKÖ puanına etki eden değişkenlerin Doğrusal Regresyon Analizi

		Başlangıç model			Final model		
		β	t	p	β	t	p
Sabit		38.603	7.006	0.000*	35.643	27.227	0.000*
Medeni durum		1.011	0.348	0.730			
Çalışma durumu		-1.897	-0.804	0.427			
Gelir durumu		6.220	2.492	0.017*			
Kolposkopik biyopsi		2.015	0.779	0.441			
Geçirilmiş operasyon		-0.665	-0.283	0.779			
Ek hastalık		-5.217	-1.872	0.069			
Sigara		2.995	1.283	0.208	5.815	3.252	0.002*
Alkol		7.810	0.939	0.354			
Egzersiz		-1.926	-0.973	0.337			
Uyku düzeni		-2.692	-1.034	0.308			
Ailede Psikiyatrik		4.519	0.552	0.585	14.585	5.007	0.000*
Ailede kanser		6.529	2.469	0.018*			
Eğitim		-1.788	-0.752	0.457			
PAP smear sonucu		-0.411	-0.174	0.863			
Kafein tüketimi	Hiç(0)						
	Az(1)	-0.514	-0.234	0.817			
	Çok(2)	-3.623	-0.911	0.368			
Yaş	<=35						
	36-46	0.547	0.170	0.866			
	>=47	-2.309	-0.637	0.528			
Çocuk sayısı	0						
	1	-0.531	-0.108	0.915			
	2	3.852	0.695	0.492			
		R^2=0.374, F=2.673, p=0.005*			R^2=0.353, F=16.248, p=0.001*		

*p<0.05

Çalışma grubunda olanlar için değişkenlerin DKÖ puanları üzerindeki etkisinin araştırılması için Enter yöntemi ile başlangıç modeli için Doğrusal Regresyon analizi uygulamıştır. Modelden anlamsız değişkenlerin çıkarılarak anlamlı değişkenler ile final modelin elde edilmesi için Stepwise yaklaşımı ile Doğrusal Regresyon analizi uygulamıştır. Sigara, ailede psikiyatrik durumunu DKÖ üzerinde etkisi olduğu

görülmüştür (p<0,05). Model anlamlılığının testi için Anova testi uygulanmıştır ve kurulan regresyon modelinin anlamlı olduğu saptanmıştır (F=0.353 ve p=0.001). Modelde bulunan bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkendeki değişimi açıklama oranı %35.3'dür. Modelde anlamlı olan değişkenlerin VIF değerleri incelendiğinde, tüm değerlerin 5'ten küçük olduğu ve herhangi bir değişkenin otokorelasyona sebep olmadığı tespit edilmiştir. Model aşağıdaki gibidir.

DKÖ = 35.643+ 5.815*Sigara+14.585*Ailede psikiyatrik durum

Sigara için regresyon katsayısı 5.815 olarak hesaplanmış ve etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (p<0.05). Sigara içelerin içmeyenlere göre DKÖ ortalaması 5.815 puan daha fazladır. Ailede Psikiyatrik durum için regresyon katsayısı 14.585 olarak hesaplanmış ve etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p<0,05). Ailede psikiyatrik durumun bulunmasının bulunmayanlara göre DKÖ puanı 14.585 puan daha fazladır.

Tablo 13. Kontrol Grubunun SKÖ puanına etki eden değişkenlerin Doğrusal Regresyon Analizi

		Başlangıç model			Final model		
		β	t	p	β	t	p
Sabit		38.708	8.390	0.000*	44.685	32.000	0.000*
Medeni durum		2.749	1.147	0.259			
Çalışma durumu		2.586	1.090	0.283			
Gelir durumu		-0.083	-0.032	0.974			
Kolposkopik biyopsi		2.798	1.322	0.195			
Geçirilmiş operasyon		-0.411	-0.227	0.822			
Ek hastalık		2.542	1.340	0.189			
Sigara		-0.510	-0.277	0.783			
Alkol		2.703	0.680	0.501	6.086	3.319	0.002*
Egzersiz		-0.659	-0.299	0.767			
Uyku düzeni		-4.703	-2.619	0.013*	-4.026	-2.766	0.008*
Ailede Psikiyatrik		1.715	0.492	0.625			
Ailede kanser		-1.304	-0.634	0.530			
Eğitim		3.844	1.715	0.095	3.997	2.622	0.011*
PAP smear sonucu		2.279	0.905	0.372			
Kafein tüketimi	Hiç(0)						

	Az(1)	1.915	0.826	0.414			
	Çok(2)	1.571	0.755	0.455			
Yaş	<=35						
	36-46	1.998	0.881	0.384			
	>=47	-3.360	-1.278	0.209	-3.568	-2.132	0.038*
Çocuk sayısı	0						
	1	-2.569	-0.850	0.401			
	2	-1.285	-0.312	0.757			
		R^2=0.176, F=1.600, p=0.107			R^2=0.278, F=6.388, p=0.001*		

*p<0,05

Kontrol grubunda olanlar için değişkenlerin SKÖ puanları üzerindeki etkisinin araştırılması için Enter yöntemi ile başlangıç modeli için Doğrusal Regresyon analizi uygulamıştır. Modelden anlamsız değişkenlerin çıkarılarak anlamlı değişkenler ile final modelin elde edilmesi için Stepwise yaklaşımı ile Doğrusal Regresyon analizi uygulamıştır. Alkol, uyku düzeni, eğitim ve yaşın SKÖ üzerinde etkisi olduğu görülmüştür (p<0,05). Model anlamlılığının testi için Anova testi uygulanmıştır ve kurulan regresyon modelinin anlamlı olduğu saptanmıştır (F=6.388 ve p=0,001). Modelde bulunan bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkendeki değişimi açıklama oranı %27.8'dir. Modelde anlamlı olan değişkenlerin VIF değerleri incelendiğinde, tüm değerlerin 5'ten küçük olduğu ve herhangi bir değişkenin otokorelasyona sebep olmadığı tespit edilmiştir. Model aşağıdaki gibidir.

SKÖ = 44.685+ 6.086*Alkol-4.026*uyku düzeni+3.997*eğitim- 3.568* Yaş (>=47)

Alkol için regresyon katsayısı 6.086 olarak hesaplanmış ve etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (p<0,05). Alkol kulananların kullanmayanlara göre SKÖ puan ortalaması 6.086 daha fazladır. Uyku düzeni için regresyon katsayısı -4.026 olarak hesaplanmış ve etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (p<0,05). Uyku düzeni düzenli olanların düzensiz olmayanlara göre SKÖ ortalaması -4.026 puan daha azdır. Eğitim düzeyi için regresyon katsayısı 3.997 olarak hesaplanmış ve etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p<0,05). Eğitimi Lise ve sonrası olanların ortaokul ve öncesi olanlara göre SKÖ puanı 3.997 puan daha fazladır. Yaşı 47 ve üzeri olanlar için regresyon katsayısı -3.568 olarak hesaplanmış ve etkisinin

istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p<0,05). Yaşı 47 ve üzeri olanların 47 yaş altı olanlara göre SKÖ puanı 3.568 puan daha azdır.

Tablo 14. Çalışma Grubunun SKÖ puanına etki eden değişkenlerin Doğrusal Regresyon Analizi

		Başlangıç model			Final model		
		β	t	p	β	t	p
Sabit		37.824	9.548	0.000*	40.053	36.648	0.000*
Medeni durum		0.401	0.192	0.849			
Çalışma durumu		-0.093	-0.055	0.957			
Gelir durumu		-1.089	-0.607	0.548			
Kolposkopik biyopsi		3.274	1.761	0.087			
Geçirilmiş operasyon		0.734	0.435	0.666			
Ek hastalık		-1.363	-0.680	0.501			
Sigara		-0.038	-0.023	0.982			
Alkol		-4.246	-0.710	0.482			
Egzersiz		-1.730	-1.215	0.232			
Uyku düzeni		-1.921	-1.026	0.312			
Ailede Psikiyatrik		5.923	1.006	0.321			
Ailede kanser		1.064	0.560	0.579			
Eğitim		0.546	0.319	0.751			
PAP smear sonucu		3.479	2.045	0.048*	3.526	2.634	0.011*
Kafein tüketimi	Hiç(0)						
	Az(1)	-1.150	-0.727	0.472			
	Çok(2)	-2.434	-0.851	0.400			
Yaş	<=35						
	36-46	-4.257	-1.839	0.074			
	>=47	-3.675	-1.411	0.167			
Çocuk sayısı	0						
	1	5.357	1.517	0.138			
	2	5.476	1.374	0.178			
		R^2=0.104, F=1.324, p=0.227			R^2=0.096, F=6.940, p=0.011*		

*p<0,05

Çalışma grubunda olanlar için değişkenlerin SKÖ puanları üzerindeki etkisinin araştırılması için Enter yöntemi ile başlangıç modeli için Doğrusal Regresyon analizi uygulamıştır. Modelden anlamsız değişkenlerin çıkarılarak anlamlı değişkenler ile final

modelin elde edilmesi için Stepwise yaklaşımı ile Doğrusal Regresyon analizi uygulamıştır. PAP smear sonucu SKÖ üzerinde etkisi olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Model anlamlılığının testi için Anova testi uygulanmıştır ve kurulan regresyon modelinin anlamlı olduğu saptanmıştır ($F=6.940$ ve $p=0,011$). Modelde bulunan bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkendeki değişimi açıklama oranı %9.6'dır. Modelde anlamlı olan değişkenlerin VIF değerleri incelendiğinde, tüm değerlerin 5'ten küçük olduğu ve herhangi bir değişkenin otokorelasyona sebep olmadığı tespit edilmiştir. Model aşağıdaki gibidir.

SKÖ = 40.053+ 3.526*PAP smear sonucu

PAP smear sonucu için regresyon katsayısı 3.526 olarak hesaplanmış ve etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0,05$). PAP smear sonucu yüksek olanların düşük olanlara göre SKÖ puan ortalaması 3.526 daha fazladır.

Tablo 15. Tanımlayıcı İstatistikler Tablosu

	Grup	**n**	**Ortalama**	**Standart Sapma**	**Minimum**	**Maksimum**	**Test İstatistiği**
STAI Test Durumluluk Kaygı Puanı	0	57	46,11	8,91	24,00	62,00	t=3.756
	1	57	40,04	8,34	20,00	55,00	
STAI Test Süreklilik Kaygı Puanı	0	57	45,05	6,33	31,00	59,00	t=2.476
	1	57	42,40	5,01	33,00	54,00	

*t: Bağımsız örneklem t test istatistiği, *p<0.05*

0:Kontrol Grubu

1:Çalışma Grubu

Katılımcıların gruplara göre DKÖ ve SKÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olup olmadığı normal dağılıma sahip olan ölçümler için iki bağımsız grup ortalamalarının karşılaştırılması için bağımsız örneklem t testi ile test edilmiştir. Buna göre grupların Durumluluk Kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu ve kontrol grubunun Durumluluk Kaygı puan ortalama değerinin

çalışma grubuna göre daha fazla olduğu görülmektedir. Grupların Süreklilik Kaygı puanlarının ortalamaları arasında istatatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı ($p>0.05$) tespit edilmiştir.

5.TARTIŞMA

Yaptığımız çalışma sonucunda, rahim ağzı tarama testi ve kolposkopik biyopsi yapılmış olan hastalara Leep işleminden önce anksiyete düzeyi değerlendirme testi uyguladık. Buna göre; Leep işleminden önce ayrıntılı bilgi verilmeyen gruptaki hastaların durumluluk ve süreklilik kaygı düzeyleri, ayrıntılı bilgi verilen hastalara göre anlamlı derecede artmış tespit edildi. Ayrıca, hastaların eğitim durumu , gelir durumu,pap smear test sonucu, kolposkopik biyopsi yapılma durumu, sigara kullanımı, alkol kullanımı,egzersiz yapma durumu,ailede psikiyartrik hastalık öyküsü,ailede kanser öyküsü mevcut olması kaygı düzeyine etki eden risk faktörleri olarak tespit edildi.

Yapılan rahim ağzı kanser tarama sonucu anormal hücreler saptanan hastalarla ilgili çalışmalarda, hastaların anksiyete düzeylerinde yükseliş, günlük hayatlarında ve yaşam kalitelerinde olumsuz etkiler doğurduğu gösterilmiştir[8]

1948 Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ) Tüzüğü'nde sağlığın tanımı; yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması durumu değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal refah durumu olarak yapılmıştır[48]Anksiyete bozukluğu ise bireyin günlük yaşamında karşılaştığı bir durumu veya nesneyi olduğundan daha çok tehlikeli görme ve durumdan/nesneden gereğinden fazla endişelenmesi durumudur[49] Literatüre baktığımızda ise bu konuda yeterli araştırmanın mevcut olmadığı görülmektedir. Rahim ağzı tarama sonuçlarının hastaların psikolojik etkilerine gösterilen önem ise giderek artmaktadır.

Yang ve arkadaşları 2014 yılında hastalara daha bütünsel bir bakım sağlamak amacı ile rahim ağzı kanseri nedenli hastane yatışı olan hastaların anksiyete düzeylerini değerlendiren bir çalışma yaptılar.Bu çalışmada rahim ağzı kanseri hastalarında depresyon ve anksiyete görülme sıklığı %52,2, %65,6 idi.Bu çalışmaya göre tanıdan sonraki 4-6 aylık dönemde ve kanser evre II'de olan hastalarda anksiyete skoru anlamlı derecede yüksek bulundu. [50] Yang ve arkadaşları 2022 yılında ise rahim ağzı kanseri ameliyatı sonrası hastalarda farkındalık temelli stres azaltma yöntemi ile anksiyete ve depresyonun hafifletilmesi üzerindeki etkisini analiz eden randomize kontrollü çalışmaları içeren bir meta-analiz yapmışlardır bu çalışma ile farmakolojik olmayan müdahaleler için kanıta dayalı tıbbi kanıtlar sağlamayı amaçlamışlardır. [51] Lin ve arkadaşları 2022 yılında yaptıkları çalışmada ise geçmiş tarama deneyimi olan ve olmayan grup hastalarda Durumluluk ve Süreklilik Kaygı ölçeği kullanarak işlem öncesi kaygıyı değerlendirmeyi amaçladılar. 3651 hasta ile yapılan bu çalışmada geçmiş tarama deneyimi olan hastalarda yüksek düzeyde kaygı skoru bildirmişlerdir[52]

Wittenborn ve arkadaşları 2022 yılında yaptıkları çalışmada , rahim ağzı kanseri tarama programı kapsamında ilk kez kolposkopi için transfer edilen hastaların kaygı düzeylerini Durumluluk Süreklilik Kaygı ölçeği kullanarak oldukça yüksek bulmuşlardır[53]

McBride ve arkadaşlarının 2019 yılına kadar olan 33 makaleyi dahil ettiği çalışmada, anormal veya normal sitolojiye sahip HPV+ kadınların, normal sonuçlara sahip olanlara göre daha yüksek kısa vadeli kaygı sergilediğini ortaya çıkardı[54]

Korfage ve arkadaşlarının 2014 yılında yaptıkları çalışmada ise kadınlar için en rahatsız edici şeyin, yönetimin fiziksel yükü değil, kaygı gibi görünüyordu. Tüm CIN dereceleri için, kolposkopiyi takiben altı ay içinde hastalığın ortadan kalkması, jinekolojik tedavinin güven verici bir etkisini düşündürmekteydi[55]

Herzog ve arkadaşlarının 2007 yılında yaptıkları bir derlemede ,anormal Pap testi sonuçları veya HPV pozitif kadınlarda rahim ağzı kanserine ilişkin korku, kendini suçlama, sıkıntı ve kaygı yaygın olarak tespit edilmiştir.. Bu tür sonuçlar vücut imajını, öz saygıyı, partnerlerle ilişkileri, cinsel sorunlarını etkilerken, rahim ağzı kanseri olan kadınlarda yaşam kalitesinin genel olarak azalmasına da katkıda bulunmaktadır[56]

Çalışmamızda eğitim durumu orta okul öncesi olan katılımcıların ölçek puan ortalamalarının lise ve sonrası olanlara göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Bu durum eğitim seviyesi ile hastalarının pap smear test sonucunu doğru yorumlamadıklarını göstermektedir. Başka bir çalışmada servikal smear testi sonuçlarının 10 yılda kansere dönüşme riski hakkında sorulan soruya ise smear sonucundan bağımsız olarak eğitim durumu düşük olan hastaların anlamlı çoğunluğu ya bilmediğini belirtmiş ya da yüksek risk olduğunu işaretlemiştir[57]

Çalışmamızda gelir durumu geliri giderden az olanların, eş ve fazla olanlara göre ölçek puanlarının daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızdaki bu bulgu literatür ile uyumludur[58]

Çalışmamızda pap smear test sonucu yüksek dereceli lezyon olanların düşük dereceli lezyon olanlara göre ölçek puanlarının daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Bunun nedeni tedaviye yönelik geç kalma endişesi, mevcut anormal sonucun uzun zamandan beri tekrarlama endişesi olabilir. Düşük dereceli lezyonların serviks kanserine ilerleme riskinin daha az olması düşük anksiyete seviyeleri ile doğru orantılıdır. Çalışmamızdaki bu bulgu literatür ile uyumludur.

Çalışmamızda kolposkopik biyopsi yapılma durumuna göre ölçek puanlarının ortalamaları arasında istatatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu, yapılanların

yapılmayanlara göre ölçek puanlarının daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Tarama testinde bir sorun tespit edilmesi ve bunun ardından tanı ve tedavi için gerekli prosedürlerin uygulanması daha sonraki tıbbi prosedürlerin öngörülmesinden kaynaklanabileceği gibi, sonuçla ilgili endişelerden de kaynaklanıyor olabilir. Kadınlara prosedür ve beklenecek ağrı ve rahatsızlık düzeyleri hakkında yeterli bilgilendirmenin sağlanması, onların kaygılarının bir kısmını hafifletebilir gibi görünmektedir. Sağlık hizmetlerinin diğer alanlarında hastalara tedavileri ve durumları hakkında ayrıntılı bilgi sağlamanın faydalarını gösteren iyi kanıtlar vardır. Çalışmamızdaki bu bulgu literatür ile uyumludur[59]

Çalışmamızda sigara kullanan katılımcıların sigara kullanmayanlara göre ölçek puanlarının daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalarda sigara içimi ile artan anksiyete belirtileri veya bozuklukları arasında bir ilişki olduğu, erken yaşta maruz kalmanın daha sonraki yaşamda artan anksiyete tepkilerine potansiyel olarak yatkınlık sağladığını göstermiştir. Açıklayıcı modeller, anksiyete patogenezinde nörotransmiter sistemleri, inflamasyon, oksidatif ve nitrozatif stres, mitokondriyal disfonksiyon, nörotrofinler ve nörogenez ve epigenetik etkilerin potansiyel rolünü desteklemektedir. Bu yolların tümü, nikotin ve serbest radikaller de dahil olmak üzere sigara dumanı bileşenlerine maruz kalmaktan etkilenir[60] [61] Çalışmamızdaki bu bulgu literatür ile uyumludur.

Çalışmamızda alkol kullanan katılımcıların alkol kullanmayanlara göre ölçek puanlarının daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Bunun nedeni alkolün psikosomatik sistemde yarattığı olumsuz etkiler olabilir. Alkol kullanan hastaların alkol kullanımını tercih edecek altta yatan başka psikiyatrik bozuklukları olabilir. Bu nedenle kaygı artışı ile alkol kullanımı arasındaki bağlantıyı araştırmak için daha ayrıntılı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda egzersiz yapan katılımcıların egzersiz yapmayan katılımcılara göre ölçek puanlarının daha az olduğu tespit edilmiştir. Meta-analizler ve sistematik incelemeler,düzenli egzersiz yapmanın depresyon ve anksiyete bozuklukları semptomlarını iyileştirebileceğini göstermiştir[62] Yardımcı bir tedavi olarak egzersiz, tedaviye dirençli depresyon,travma sonrası stres bozukluğu için en yararlı tedavi şekli gibi görünmektedir.

Çalışmamızda ailede psikiyatrik hastalık tespit edilen katılımcıların ailede psikiyatrik hastalığı olmayan katılımcılara göre ölçek puanlarının daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Yapılan literatür çalışmalarında anksiyete bozukluklarının, özellikle

çocuk ve annedeki anksiyete bozuklukları arasında güçlü bir ailesel ilişki olduğu doğrulanmıştır.Çocuk anksiyete bozukluklarının tümü, annedeki anksiyete bozukluğunun çeşitli formlarıyla ilişkili olarak bulunmuştur[63]

Çalışmamızda ailede kanser geçmişi tespit edilen katılımcıların ailede kanser geçmişi olmayan katılımcılara göre ölçek puanlarının daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Ailesinde kanser geçmişi olan hastaların bazısında yüksek kanser kaygısı, yüksek genel kaygıya neden olabilir[64]

Literatürdeki çalışmalarda kafein tüketim sıklığının anksiyete üzerine anlamlı etkisi olduğuna dair tespitler bulunmasına rağmen, çalışmamızda anlamlı sonuçlar bulamadık. Bunun bir nedeni katılımcıların günlük kafein tüketiminin anksiyete yükseltici dozun altında olması olabilir. Ayrıca literatürde geçirilmiş operasyon öyküsünün anksiyete düşürücü etkisi ile ilgili çalışmalar da mevcut olmasına rağmen,çalışmamızda anlamlı sonuçlar bulamadık. Bunun gibi daha farklı faktörleri değerlendirebilmek için daha geniş kapsamlı araştırmaların yapılması gerekmektedir.

Durumluluk kaygı ölçek (DKÖ) puanları değerlendirildiğinde LEEP öncesi bilgilendirilmeyen kontrol grubunda anlamlı oranda artış görülmüştür(Tablo 15). Fakat bu hastalarda süregelen kaygı ölçek puanlarında (SKÖ) anlamlı bir artış saptanmamıştır. Bu sonuçlar ile birlikte çalışmamızın asıl amacı olan hasta bilgilendirmenin önemini bir kere daha görmüş olmaktayız. Hastanın süregelen bir kaygısının olması anormal gelen smear sonucuyla artan kaygının tek başına nedeni de olabilirdi. Beraberinde genetik faktörler ya da başka bir hastalığın bu duruma neden olabileceği bir kaygı artışından bahsedilebilirdi. Bu nedenle hastaların süregelen kaygı ölçek puanlarında (SKÖ) anlamlı bir artış olmaması, hasta bilgilendirme bağlamında önemli adımlar atmamızın gerekliliğini göstermektedir. Bu durum çalışmamızın özgünlüğünü artırmaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Pap smear tarama testi giderek yaygınlaşmakta ve servikal pre-malign lezyonların tespit edilme oranı giderek artmaktadır. Buna paralel, servikal sitoloji sonucu anormal gelen hastalarda anlamlı düzeyde anksiyete artışları saptanmaktadır.

Yaptığımız çalışmada, literatürdeki benzer çalışmalarla paralellik gösterecek şekilde smear sonucu HGSIL ve ASC-H gelen hastalarda ve kolposkopik biyopsi sonucu CIN2-CIN3 gelen hastalarda anksiyete düzeylerinin arttığını ortaya koyduk. Özellikle hastaların eğitim durumu , gelir durumu,pap smear test sonucu, kolposkopik biyopsi yapılma durumu, sigara kullanımı, alkol kullanımı,egzersiz yapma durumu,ailede psikiyartrik hastalık öyküsü, ailesinde kanser öyküsü olması mevcut olması anksiyete düzeyini arttırıcı risk faktörleri olarak tespit edilmiştir.

Hastaları yüksek dereceli lezyon kategorisindeki smear sonuçlarını bildirirken ve tedaviye yönelik işlem basamaklarından önce detaylı ve açıklayıcı bilgilendirmek anlamlıdır. Hekimlerin bu hastalarla iletişimi, hastaların anksiyete artışının önüne geçmekte önem kazanmaktadır. Servikal sitoloji sonuçları anormal gelen hastalara, sadece malignite yönünden uygun takip ve tedavi protokolleri değil, bütüncül bir yaklaşım ile hastaların ruh sağlığının bozulmamasını sağlamak için yeni yaklaşım yöntemleri düzenlenmelidir. Bu yaklaşım yöntemlerinin belirlenebilmesi için daha geniş kapsamlı araştırmalar yapılması gerekmektedir.

7.KAYNAKLAR

[1] A. Jemal, F. Bray, M. M. Center, J. Ferlay, E. Ward, and D. Forman, "Global cancer statistics," *CA Cancer J Clin*, vol. 61, no. 2, pp. 69–90, Mar. 2011, doi: 10.3322/caac.20107.

[2] Ç. Karatekin, Ü. Karatekin, Ü. Fen, F. Dergisi, H. G. Nalbantoğlu, and P. Arslan, "Servikal kanser: Genel bakış Cervical cancer: An overview."

[3] E. Baran Deniz, "Kanser Epidemiyolojisi," *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Dergisi*, Jul. 2022, doi: 10.54247/soyd.2022.49.

[4] R. Nayar and D. C. Wilbur, "The Pap test and Bethesda 2014," *Cancer Cytopathol*, vol. 123, no. 5, pp. 271–281, May 2015, doi: 10.1002/cncy.21521.

[5] K. Tainio *et al.*, "Clinical course of untreated cervical intraepithelial neoplasia grade 2 under active surveillance: Systematic review and meta-analysis," *BMJ (Online)*, vol. 360. BMJ Publishing Group, Feb. 27, 2018. doi: 10.1136/bmj.k499.

[6] J. K. Chan *et al.*, "HPV infection and number of lifetime sexual partners are strong predictors for 'natural' regression of CIN 2 and 3," *Br J Cancer*, vol. 89, no. 6, pp. 1062–1066, Sep. 2003, doi: 10.1038/sj.bjc.6601196.

[7] A. Ferenczy, D. Choukroun, and J. Arseneau, "Loop Electrosurgical Excision Procedure for Squamous Intraepithelial Lesions of the Cervix: Advantages and Potential Pitfalls," 1996.

[8] M. Drolet *et al.*, "The psychosocial impact of an abnormal cervical smear result," *Psychooncology*, vol. 21, no. 10, pp. 1071–1081, Oct. 2012, doi: 10.1002/pon.2003.

[9] "The psychological impact of abnormal cytology and colposcopy." [Online]. Available: www.bjog-elsevier.com

[10] "AMERICAN JOURNAL OF CLINICAL PATHOLOGY The Bethesda System for Reporting Cervical/Vaginal Cytologic Diagnoses Report of the 1991 Bethesda Workshop." [Online]. Available: http://ajcp.oxfordjournals.org/

[11] R. Nayar and D. C. Wilbur, "The Pap test and Bethesda 2014," *Cancer Cytopathol*, vol. 123, no. 5, pp. 271–281, May 2015, doi: 10.1002/cncy.21521.

[12] D. Solomon *et al.*, "The 2001 Bethesda System Terminology for Reporting Results of Cervical Cytology." [Online]. Available: www.jama.com

[13] A. G. Waxman, D. Chelmow, T. M. Darragh, H. Lawson, and A. B. Moscicki, "Revised terminology for cervical histopathology and its implications for management of high-grade squamous intraepithelial lesions of the cervix," *Obstetrics and Gynecology*, vol. 120, no. 6. pp. 1465–1471, Dec. 2012. doi: 10.1097/AOG.0b013e31827001d5.

[14] T. M. Darragh *et al.*, "The lower anogenital squamous terminology standardization project for HPV-associated lesions: Background and consensus recommendations from the college of American pathologists and the American society for colposcopy and

cervical pathology," *International Journal of Gynecological Pathology*, vol. 32, no. 1, pp. 76–115, Jan. 2013, doi: 10.1097/PGP.0b013e31826916c7.

[15] E. Jedy-Agba *et al.*, "Trends in cervical cancer incidence in sub-Saharan Africa," *Br J Cancer*, vol. 123, no. 1, pp. 148–154, Jul. 2020, doi: 10.1038/s41416-020-0831-9.

[16] R. L. Siegel, K. D. Miller, N. S. Wagle, and A. Jemal, "Cancer statistics, 2023," *CA Cancer J Clin*, vol. 73, no. 1, pp. 17–48, Jan. 2023, doi: 10.3322/caac.21763.

[17] W. P. Soutter, P. Sasieni, and T. Panoskaltsis, "Long-term risk of invasive cervical cancer after treatment of squamous cervical intraepithelial neoplasia," *Int J Cancer*, vol. 118, no. 8, pp. 2048–2055, Apr. 2006, doi: 10.1002/ijc.21604.

[18] M. Kocken *et al.*, "Risk of recurrent high-grade cervical intraepithelial neoplasia after successful treatment: a long-term multi-cohort study," *Lancet Oncology*, vol. 12, pp. 441–450, 2011, doi: 10.1016/S1470.

[19] I. Kalliala, A. Anttila, E. Pukkala, and P. Nieminen, "Risk of cervical and other cancers after treatment of cervical intraepithelial neoplasia: Retrospective cohort study," *Br Med J*, vol. 331, no. 7526, pp. 1183–1185, Nov. 2005, doi: 10.1136/bmj.38663.459039.7C.

[20] R. P. Insinga, A. G. Glass, and B. B. Rush, "Diagnoses and outcomes in cervical cancer screening: A population-based study," *Am J Obstet Gynecol*, vol. 191, no. 1, pp. 105–113, Jul. 2004, doi: 10.1016/j.ajog.2004.01.043.

[21] P. Appleby *et al.*, "Carcinoma of the cervix and tobacco smoking: Collaborative reanalysis of individual data on 13,541 women with carcinoma of the cervix and 23,017 women without carcinoma of the cervix from 23 epidemiological studies," *Int J Cancer*, vol. 118, no. 6, pp. 1481–1495, Mar. 2006, doi: 10.1002/ijc.21493.

[22] P. E. Castle *et al.*, "A Prospective Study of High-Grade Cervical Neoplasia Risk Among Human Papillomavirus-Infected Women." [Online]. Available: http://jnci.oxfordjournals.org/

[23] X. Avier *et al.*, "The New England Journal of Medicine MALE CIRCUMCISION, PENILE HUMAN PAPILLOMAVIRUS INFECTION, AND CERVICAL CANCER IN FEMALE PARTNERS," 2002. [Online]. Available: www.nejm.org

[24] T. Anttila *et al.*, "Serotypes of Chlamydia trachomatis and Risk for Development of Cervical Squamous Cell Carcinoma." [Online]. Available: http://jama.jamanetwork.com/

[25] A. Berrington De González and J. Green, "Comparison of risk factors for invasive squamous cell carcinoma and adenocarcinoma of the cervix: Collaborative reanalysis of individual data on 8,097 women with squamous cell carcinoma and 1,374 women with adenocarcinoma from 12 epidemiological studies," *Int J Cancer*, vol. 120, no. 4, pp. 885–891, Feb. 2007, doi: 10.1002/ijc.22357.

[26] C. I. Enechukwu *et al.*, "Comparative study on the adequacy of cervical smears using wooden Ayre's spatula, VS Papcone® sampling device," *Gynecol Oncol Rep*, vol. 38, Nov. 2021, doi: 10.1016/j.gore.2021.100860.

[27] M. Schiffman, N. Wentzensen, R. B. Perkins, and R. S. Guido, “An Introduction to the 2019 ASCCP Risk-Based Management Consensus Guidelines,” *Journal of Lower Genital Tract Disease*, vol. 24, no. 2. Lippincott Williams and Wilkins, pp. 87–89, Apr. 01, 2020. doi: 10.1097/LGT.0000000000000531.

[28] P. D’Alessandro *et al.*, “Loop electrosurgical excision procedure versus cryotherapy in the treatment of cervical intraepithelialneoplasia: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials,” *Gynecology and Minimally Invasive Therapy*, vol. 7, no. 4. Wolters Kluwer Medknow Publications, pp. 145–151, Oct. 01, 2018. doi: 10.4103/GMIT.GMIT_56_18.

[29] N. Santesso *et al.*, “Systematic reviews and meta-analyses of benefits and harms of cryotherapy, LEEP, and cold knife conization to treat cervical intraepithelial neoplasia,” *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 132, no. 3. Elsevier Ireland Ltd, pp. 266–271, Mar. 01, 2016. doi: 10.1016/j.ijgo.2015.07.026.

[30] R. B. Perkins *et al.*, “2019 ASCCP Risk-Based Management Consensus Guidelines for Abnormal Cervical Cancer Screening Tests and Cancer Precursors,” *J Low Genit Tract Dis*, vol. 24, no. 2, pp. 102–131, Apr. 2020, doi: 10.1097/LGT.0000000000000525.

[31] D. Egemen *et al.*, “Risk Estimates Supporting the 2019 ASCCP Risk-Based Management Consensus Guidelines,” *J Low Genit Tract Dis*, vol. 24, no. 2, pp. 132–143, Apr. 2020, doi: 10.1097/LGT.0000000000000529.

[32] M.-H. Ppl, “Surgery for cervical intraepithelial neoplasia (Review),” 2009. [Online]. Available: http://www.thecochranelibrary.com

[33] P. Kenemans, P. H. T. H. van der Zanden, C. P. T. Schijf, and R. Rolland, “Diathermy loop excision in the management of cervical intraepithelial neoplasia: Diagnosis and treatment in one procedure,” *Am J Obstet Gynecol*, vol. 166, no. 4, pp. 1281–1287, 1992, doi: 10.1016/S0002-9378(11)90622-X.

[34] J. B. Murdoch, R. N. Grimshaw, P. R. Morgan, and J. M. Monaghan, “The impact of loop diathermy on management of early invasive cervical cancer,” 1992.

[35] M. Ann, M. S. Baggish, Y. Noel, and M. Brooks, “Original Articles JOURNAL OF GYNECOLOGIC SURGERY Electrosurgical Thin Loop Conization by Selective Double Excision.”

[36] R. C. Kessler, T. C. Wai, O. Demler, and E. E. Walters, “Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication,” *Archives of General Psychiatry*, vol. 62, no. 6. pp. 617–627, Jun. 2005. doi: 10.1001/archpsyc.62.6.617.

[37] H.-U. Wittchen, S. Zhao, R. C. Kessler, and W. W. Eaton, “DSM-III-R Generalized Anxiety Disorder in the National Comorbidity Survey Background: Nationally representative general popu-lation data are presented on the current, 12-month, and lifetime prevalence of DSM-III-R generalized anxiety dis-order (GAD) as well as on risk factors.” [Online]. Available: http://archpsyc.jamanetwork.com/

[38] R. C. Kessler *et al.*, “Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication.”

[39] R. C. Kessler and P. S. Wang, “The descriptive epidemiology of commonly occurring mental disorders in the United States,” in *Annual Review of Public Health*, 2008, pp. 115–129. doi: 10.1146/annurev.publhealth.29.020907.090847.

[40] A. M. Ruscio *et al.*, “Cross-sectional comparison of the epidemiology of DSM-5 generalized anxiety disorder across the globe,” *JAMA Psychiatry*, vol. 74, no. 5, pp. 465–475, May 2017, doi: 10.1001/jamapsychiatry.2017.0056.

[41] World Health Organization and M. Van Ommeren, *Guidelines for the management of conditions specifically related to stress*.

[42] K. Naragon-Gainey, M. W. Gallagher, and T. A. Brown, “A longitudinal examination of psychosocial impairment across the anxiety disorders,” *Psychol Med*, vol. 44, no. 8, pp. 1691–1700, 2014, doi: 10.1017/S0033291713001967.

[43] T. Özakkaş, E. Başkanı, and P. Enstitüsü, “ANKSİYETE BOZUKLUKLARI VE TEDAVİSİ.”

[44] K. Peker, “Comparison of beck and state-trait anxiety scales in the evaluation of preoperative anxiety,” *Anestezi Dergisi*, vol. 28, no. 2, pp. 109–115, 2020, doi: 10.5222/jarss.2020.50570.

[45] W. Caumo *et al.*, “Risk factors for postoperative anxiety in children,” *Acta Anaesthesiol Scand*, vol. 44, pp. 782–789, 2000.

[46] J. J. Newham, M. Westwood, J. D. Aplin, and A. Wittkowski, “State-trait anxiety inventory (STAI) scores during pregnancy following intervention with complementary therapies,” *Journal of Affective Disorders*, vol. 142, no. 1–3. pp. 22–30, Dec. 15, 2012. doi: 10.1016/j.jad.2012.04.027.

[47] A. Ayaz, N. Bilgin, and N. Mollaoğlu, “Dental Anksiyetede Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeğinin Kullanımı The Use of Stait-Trait Anxiety Inventory in Dental Anxiety Management.”

[48] Yasin. Erkoç, Levent. Göçmen, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü., and World Health Organization. Regional Office for Europe., *Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi sözlüğü*. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2011.

[49] A. Y. KAFES, “Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları Üzerine Bir Bakış,” *Humanistic Perspective*, vol. 3, no. 1, pp. 186–194, Feb. 2021, doi: 10.47793/hp.867111.

[50] Y. L. Yang, L. Liu, X. X. Wang, Y. Wang, and L. Wang, “Prevalence and associated positive psychological variables of depression and anxiety among Chinese cervical cancer patients: A cross-sectional study,” *PLoS One*, vol. 9, no. 4, Apr. 2014, doi: 10.1371/journal.pone.0094804.

[51] X. Yang, L. Huang, C. Li, N. Ji, and H. Zhu, “The effectiveness of mindfulness-based stress reduction intervention on alleviating anxiety and depression in postoperative patients with cervical cancer A protocol for systematic review and meta-analysis,” 2022, doi: 10.17605/OSF.IO/EXUM3.

[52] W. Lin *et al.*, "Pre-Procedural Anxiety and Associated Factors Among Women Seeking for Cervical Cancer Screening Services in Shenzhen, China: Does Past Screening Experience Matter?," *Front Oncol*, vol. 12, Jul. 2022, doi: 10.3389/fonc.2022.857138.

[53] J. Wittenborn, L. Wagels, T. Kupec, S. Iborra, L. Najjari, and E. Stickeler, "Anxiety in women referred for colposcopy: a prospective observational study," *Arch Gynecol Obstet*, vol. 305, no. 3, pp. 625–630, Mar. 2022, doi: 10.1007/s00404-021-06337-8.

[54] E. McBride *et al.*, "Emotional response to testing positive for human papillomavirus at cervical cancer screening: a mixed method systematic review with meta-analysis," *Health Psychol Rev*, pp. 1–35, 2020, doi: 10.1080/17437199.2020.1762106.

[55] I. J. Korfage, M. L. Essink-Bot, S. M. Westenberg, T. Helmerhorst, J. D. F. Habbema, and M. Van Ballegooijen, "How distressing is referral to colposcopy in cervical cancer screening?: A prospective quality of life study," *Gynecol Oncol*, vol. 132, no. 1, pp. 142–148, Jan. 2014, doi: 10.1016/j.ygyno.2013.11.001.

[56] T. J. Herzog and J. D. Wright, "The impact of cervical cancer on quality of life-The components and means for management," *Gynecologic Oncology*, vol. 107, no. 3. pp. 572–577, Dec. 2007. doi: 10.1016/j.ygyno.2007.09.019.

[57] D. P. French, E. Maissi, and T. M. Marteau, "Psychological costs of inadequate cervical smear test results," *Br J Cancer*, vol. 91, no. 11, pp. 1887–1892, Nov. 2004, doi: 10.1038/sj.bjc.6602224.

[58] S. H. Kim *et al.*, "Prevalence and predictors of anxiety and depression among cervical cancer survivors in Korea," *International Journal of Gynecological Cancer*, vol. 20, no. 6, pp. 1017–1024, Aug. 2010, doi: 10.1111/IGC.0b013e3181e4a704.

[59] "marteau1990".

[60] M. Fluharty, A. E. Taylor, M. Grabski, and M. R. Munafò, "The association of cigarette smoking with depression and anxiety: A systematic review," *Nicotine and Tobacco Research*, vol. 19, no. 1. Oxford University Press, pp. 3–13, Jan. 01, 2017. doi: 10.1093/ntr/ntw140.

[61] S. Moylan, F. N. Jacka, J. A. Pasco, and M. Berk, "How cigarette smoking may increase the risk of anxiety symptoms and anxiety disorders: A critical review of biological pathways," *Brain Behav*, vol. 3, no. 3, pp. 302–326, May 2013, doi: 10.1002/brb3.137.

[62] S. Atezaz Saeed, K. Cunningham, and R. M. Bloch, "Depression and Anxiety Disorders: Benefits of Exercise, Yoga, and Meditation," 2019. [Online]. Available: www.aafp.org/afp.

[63] P. J. Cooper, V. Fearn, L. Willetts, H. Seabrook, and M. Parkinson, "Affective disorder in the parents of a clinic sample of children with anxiety disorders," *J Affect Disord*, vol. 93, no. 1–3, pp. 205–212, Jul. 2006, doi: 10.1016/j.jad.2006.03.017.

[64] A. M. Ruscio *et al.*, “Cross-sectional comparison of the epidemiology of DSM-5 generalized anxiety disorder across the globe,” *JAMA Psychiatry*, vol. 74, no. 5, pp. 465–475, May 2017, doi: 10.1001/jamapsychiatry.2017.0056.