T.C.

SAĞLIK BAKANLIĞI

KONYA KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

KONYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

18-80 YAŞ ARASI EVLİ KADINLARIN SERVİKS KANSERİ VE HPV HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİ, EVLİLİK UYUMLARI, DEPRESYON VE ANKSİYETE DÜZEYLERİ AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

DR. TUĞBA KETHÜDA

UZMANLIK TEZİ

Konya 2017

T.C.

SAĞLIK BAKANLIĞI

KONYA KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

KONYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

18-80 YAŞ ARASI EVLİ KADINLARIN SERVİKS KANSERİ VE HPV HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİ, EVLİLİK UYUMLARI, DEPRESYON VE ANKSİYETE DÜZEYLERİ AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

DR. TUĞBA KETHÜDA

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. MEHMET ALİ ERYILMAZ

Konya 2017

TEŞEKKÜR

Eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerini bizlerle paylaşan, hastanemiz başhekimi ve Aile Hekimliği Kliniği Eğitim Sorumlusu Genel Cerrahi Öğretim Üyesi Doç. Dr. Mehmet Ali ERYILMAZ'a, Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Ruhuşen KUTLU'ya, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Kamile MARAKOĞLU'na, asistanlık sürecimde bilgi ve tecrübelerini bizlerle paylaşan, Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim üyesi Doç. Dr. Fatma Gökşin CİHAN'a, olmak üzere eğitimimde emeği ve katkısı bulunan tüm hocalarıma teşekkür ve saygılarımı sunarım.

Tez çalışmamın her aşamasında yol gösterici olan, bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan ve destek olan Uzm.Dr. Selma PEKGÖR'e, Uzm.Dr.İbrahim SOLAK'a verilerin toplanmasında emeği geçen Eğitim ASM ekibine saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

İhtisas sürem boyunca beraber çalışmaktan mutluluk duyduğum değerli uzmanlarımıza, birçok şeyi paylaştığım tüm asistan arkadaşlarıma ve güler yüzüyle hep yanımızda olan çalışma arkadaşımız Zübeyde ÇOBAN'a teşekkürlerimi sunarım. Tüm eğitim ve öğretim hayatım boyunca daima yanımda olan, her zaman sevgiyle destek olan ve emek harcayan sevgili aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Tuğba KETHÜDA

Konya 2017

ÖZET

18-80 YAŞ ARASI EVLİ KADINLARIN SERVİKS KANSERİ VE HPV HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİ, EVLİLİK UYUMLARI, DEPRESYON VE ANKSİYETE DÜZEYLERİ AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

DR. TUĞBA KETHÜDA

UZMANLIK TEZİ

KONYA – 2017

Amaç: Bu çalışma; 18-80 yaş arası evli kadınların serviks kanseri, HPV ve HPV aşısı hakkındaki bilgi düzeylerini ve tutumlarını öğrenmek ve evlilik uyumları, depresyon ve anksiyete düzeylerini araştırmak üzere planlanmıştır.

Gereç ve yöntem: Araştırmamız analitik tipte kesitsel bir çalışma olarak planlandı. Çalışmaya Aralık 2016 – Mayıs 2017 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve 78 No'lu Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran 18-80 yaş arası 1000 gönüllü evli kadın dahil edildi. Katılımcıların her birine sosyodemografik özellikleri ve serviks kanseri, HPV hakkında bilgi düzeyini ölçen anket, evlilik uyumunu ölçmek için Evlilikte Uyum Ölçeği (EUÖ), duygu durumları tespiti için Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) verilerek doldurmaları istendi. İstatistiksel analizler için SPSS 22.0 paket programı kullanıldı.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması 33.48±0.35 (18-80) olarak bulundu. Katılımcıların %7.8'i (n=78) sigara içiyordu ve %13.1'i (n=131) menopozdaydı. Katılımcıların %11.7'si (n=117) düzenli kadın doğum muayenesi yaptırıyordu. Katılımcıların %92.1'i (n=921) serviks kanserini duymuştu. Katılımcıların %64.3'ü (n=643) smear testini daha önce duymuştu ve %27.2'si (n=272) smear testini daha önce yaptırmıştı. Katılımcıların %13.7'si (n=137) HPV virüsünü, %5'i (n=50) HPV aşısını daha önce duymuştu. Katılımcılar bilgi düzeyi durumlarına göre değerlendirildiğinde; %76.2'sinin (n=762) az bilgi seviyesine, %21.3'ünün (n=213) orta bilgi seviyesine ve %2.5'inin (n=25) yüksek bilgi seviyesine sahip olduğu görüldü. Katılımcıların %95.9'u (n=959) serviks kanseri hakkında bilgi almak istiyordu. Evlilik uyum ölçeği (EUÖ) puanına göre; katılımcıların %82.3'ü (n=823) evlilik uyumlu, %17.7'si (n=177) evlilik uyumsuz olarak değerlendirildi. Katılımcılar depresyon düzeyi açısından değerlendirildiğinde; %72.5'inde (n=725) depresyon yok, %13.8'inde (n=138) hafif düzey, %12.3'ünde (n=123) orta düzey, %1.4'ünde (n=14) ileri düzey depresyon saptandı. Anksiyete düzeyi açısından değerlendirildiğinde; %76.3'ünde (n=763) anksiyete yok, %15.5'inde (n=155) hafif düzey, %6.9'unda (n=69) orta düzey, %1.3'ünde (n=13) yüksek düzey anksiyete saptandı. Depresyon düzeyi sosyodemografik özellikler ile karşılaştırıldığında; meslek, eğitim durumu ve gelir düzeyi ile depresyon düzeyi arasında arasında anlamlı ilişki bulunamadı ($p>0.05$), yaş ve çocuk sayısı ile depresyon düzeyi

arasında anlamlı ilişki mevcuttu ($p<0.001$, $p=0.025$). Anksiyete düzeyi sosyodemografik özellikler ile karşılaştırıldığında; meslek, eğitim düzeyi ve gelir düzeyi ile anksiyete düzeyi arasında anlamlı istatistiksel ilişki bulunamadı ($p>0.05$), yaş ve çocuk sayısı ile anksiyete düzeyi arasında anlamlı ilişki mevcuttu ($p<0.001$, $p<0.001$). Katılımcıların evlilik uyumu durumu ile depresyon ve anksiyete düzeyleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p<0.001$, $p<0.001$). Evlilik uyum puanı düşük olanların depresyon ve anksiyete düzeylerinin daha fazla olduğu görüldü.

Sonuç: Araştırmamıza göre evli kadınların serviks kanseri ve hpv hakkındaki farkındalık düzeyi düşüktü ve evli kadınların evlilik uyum düzeyi ile depresyon ve anksiyete düzeyi ilişkili idi. Serviks kanserinin tarama ile erken tanı imkanının olması ve en önemli etkenlerinden olan HPV virüsüne yönelik aşısının mevcut olması; kadınların bu konuyla ilgili farkındalık düzeyinin yüksek olmasının önemini göstermektedir. Toplumsal yapının temeli olan evlilik kurumu içerisinde uyumlu evlilik ilişkisi ve depresyon ve anksiyete gibi ruhsal bozukluklar da kadınları etkileyen önemli sorunlardandır. Kadınların özellikle kendilerini ilgilendiren konularda kapsayıcı eğitimlerle bilinçlendirilmesi, daha sağlıklı ve farkındalığı yüksek bir toplumun oluşmasında son derece önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Serviks kanseri, HPV, evlilik uyumu, anksiyete, depresyon

ABSTRACT

EVALUATION OF KNOWLEDGE LEVEL ABOUT HPV AND CERVICAL CANCER AMONG MARRIED WOMEN AGED BETWEEN 18 AND 80 YEARS OLD AND THEIR MARITAL ADJUSTMENT, DEPRESSION AND ANXIETY LEVELS

DR. TUĞBA KETHÜDA

SPECIALIZATION THESIS

KONYA – 2017

Purpose: This study was planned to determine the knowledge levels and attitudes about HPV infection, HPV vaccination and cervical cancer among married women aged between 18 and 80 years old and to investigate their marital adjustment, depression and anxiety levels.

Materials and Methods: Our study was planned as an analytical cross-sectional study. The study included 1,000 married female volunteers aged between 18 and 80 years old who were admitted to No.78 Family Health and Education Center, Konya Training and Research Hospital, University of Health Sciences between December 2016 - May 2017. Each participant was asked to fill the questionnaire form that measures the sociodemographic characteristics and the knowledge level about HPV and cervical cancer, the Marriage Adjustment Scale (MAS) to evaluate marital adjustment, and the Beck Anxiety Inventory (BAI) and the Beck Depression Inventory (BDI) to identify mood status. The SPSS 22.0 software package was used for statistical analysis.

Findings: The mean age of the participants was found to be 33.48 ± 0.35 years (18-80). 7.8% (n=78) smoked cigarettes and 13.1% (n=131) entered menopause. 11.7% (n=117) had a regular gynecological examination. 92.1% (n=921) had heard about cervical cancer. 64.3% (n=643) had previously heard of the Pap smear test and 27.2% (n=272) had a Pap smear test before. Of the participants, 13.7% (n=137) had previously heard of HPV infection and 5% (n=50) had previously heard of HPV vaccination. When the participants are assessed according to their level of knowledge; It was seen that 76.2% (n = 762) had low knowledge level, 21.3% (n = 213) had intermediate knowledge level and 2.5% (n=25) high knowledge level. 95.9% (n=959) of the participants wanted get information about cervical cancer.

According to the Marital Adjustment Scale (MAS) scores, 82.3% (n=823) had a compatible marriage and 17.7% (n=177) had no a compatible marriage. When the participants are evaluated in terms of depression level, 72.5% (n=725) had no depression, 13.8% (n=138) had mild depression, 12.3% (n=123) had moderate depression, and 1.4% (n=14) had severe depression. When the participants are evaluated in terms of anxiety level, 76.3% (n=763) had no anxiety, 15.5% (n=155) had mild anxiety, 6.9% (n=69) had moderate anxiety, and 1.3% (n=13) had severe anxiety.

When depression level was compared with sociodemographic characteristics, there was no significant relationship between depression level and occupation, educational status, income level ($p>0.05$), but there was a significant relationship between depression level and age, number of children ($p<0.001$, $p=0.025$). When anxiety level was compared with sociodemographic characteristics, there was no significant relationship between anxiety level and occupation, educational status, income level ($p>0.05$), but there was a significant relationship between anxiety level and age, number of children ($p<0.001$, $p<0.001$). When depression and anxiety levels were compared with marital adjustment status, there was a statistically significant relationship ($p<0.001$, $p<0.001$). Both depression and anxiety levels were higher in those with low marital adjustment scores than in those with high marital adjustment scores.

Result: According to our research, the level of awareness of cervical cancer and HPV in married women is low and marital adjustment level of married women was related to depression and anxiety level. The possibility of early diagnosis of cervical cancer by screening and the presence of a vaccine against HPV, one of the most important factors, indicate the importance of women's high level of awareness about this issue. Nonharmonious marital relationship within the institution of marriage, which is considered as a foundation of the structure of society, and mental disorders such as depression and anxiety are also important problems affecting women. Increasing the awareness level of women especially in matters involving them by inclusive education is very important for the formation of a healthier, more self-aware society.

Keywords: Cervical cancer, HPV, marital adjustment, anxiety, depression

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR....i
ÖZET....ii
ABSTRACT....iv
İÇİNDEKİLER....vi
TABLOLAR LİSTESİ....viii
SİMGELER VE KISALTMALAR....x
1. GİRİŞ VE AMAÇ....1
2. GENEL BİLGİLER....4
2.1. Serviks Kanseri....4
2.1.1. Serviks Anatomisi....4
2.1.2. Serviks Kanseri....4
2.1.3. Serviks Kanseri Epidemiyolojisi....5
2.1.4. Serviks kanserinin evrelemesi....6
2.1.5. Serviks kanseri belirtileri....6
2.1.6. Serviks kanseri için risk faktörleri....6
2.2. Serviks Kanseri ve Hpv Enfeksiyonu Ilişkisi....7
2.2.1 Human Papilloma Virüsü (HPV)....7
2.2.2. HPV Enfeksiyonu....8
2.2.3. HPV Bulaş Yolları....9
2.2.4. HPV Aşıları....9
2.3. Tarama....11
2.3.1. Serviks Kanseri Tarama Testleri....11
2.3.2. Tarama Önerileri....13
2.4. Evlilik Uyumu....14
2.5. Depresyon....15
2.6. Anksiyete....17
3. MATERYAL VE METOT....19
3.1. Araştırmanın Türü....19
3.2. Araştırmanın Evreni....19
3.3. Çalışmaya Alınmama Kriterleri....19
3.4. Verilerin Toplanması ve Çalışmanın Yapılması....19
3.4.1. Anket Bilgileri....19
3.5. Kullanılan Ölçekler....20

3.5.1. Evlilikte Uyum Ölçeği (EUÖ) 20
3.5.2. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) 21
3.5.3. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) 22
3.6. İstatistiksel Analiz 22
4. BULGULAR 23
5.TARTIŞMA 49
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER 58
6.1. SONUÇLAR 58
6.2. ÖNERİLER 60
7. KAYNAKLAR 63
8. EKLER 71
8.1. Ek-1: 71
8.2. Ek-2: 72
8.3. Ek-3: 74
8.4. Ek-4: 76
8.5. Ek-5: 80

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Serviks Kanseri İçin Risk Faktörleri....7
Tablo 2. ACS/ASCCP/ASCP Tarama Programı Önerileri....13
Tablo 3. Evlilikte uyum ölçeği puan hesaplama....21
Tablo 4.1.1. Soyodemografik Özellikler (n=1000)....23
Tablo 4.1.2. Sigara İçme ve Menopoz Durumu....23
Tablo 4.1.3. Gebelikten Korunma Yöntemleri....24
Tablo 4.1.4. Katılımcıların Serviks Kanseri Hakkındaki Bilgi Düzeyleri....24
Tablo 4.1.5. Sigara İçme Durumuna Göre Sigara İçmenin Serviks Kanseri Riskini Artırdığını Bilme Durumları....25
Tablo 4.1.6. Katılımcıların Serviks Kanseri Taraması (Smear Testi) Hakkındaki Bilgi Düzeyleri ve Tutumları....25
Tablo 4.1.7. Yaşa Göre Smear Testi Hakkındaki Bilgi ve Tutum Durumu....26
Tablo 4.1.8. Çalışma Durumuna Göre Smear Testi Hakkındaki Bilgi ve Tutum Durumu....26
Tablo 4.1.9. Eğitim Durumuna Göre Smear Testi İle İlgili Bilgi ve Tutum Durumu....27
Tablo 4.1.10. Gelir Durumuna Göre Smear Testi İle İlgili Bilgi ve Tutum Durumu....28
Tablo 4.1.11. Çocuk Sayısına Göre Smear Testi Hakkındaki Bilgi ve Tutum Durumu....28
Tablo 4.1.12. Serviks Kanseri Duyma Durumuna Göre Smear Yaptırma Durumu....29
Tablo 4.2.1. Katılımcıların HPV Hakkındaki Bilgi Durumu....30
Tablo 4.2.2. Katılımcıların HPV Aşısı Hakkındaki Bilgi Durumu....31
Tablo 4.2.3. HPV Duyma Durumu İle HPV Aşısı Duyma Durumu İlişkisi....32
Tablo 4.2.4. Yaşa Göre HPV ve HPV Aşısını Duyma Durumu....32
Tablo 4.2.5. Çalışma Durumuna Göre HPV ve HPV Aşısını Duyma Durumu....33
Tablo 4.2.6. Eğitim Durumuna Göre HPV ve HPV Aşısını Duyma Durumu....33
Tablo 4.2.7. Gelir Durumuna Göre HPV ve HPV Aşısını Duyma Durumu....34
Tablo 4.2.8. Çocuk Sayısına Göre HPV ve HPV Aşısını Duyma Durumu....35
Tablo 4.2.9. Serviks Kanseri ve HPV Hakkında Bilgi Düzeyi Durumu....35
Tablo 4.2.10. Serviks Kanseri Hakkında Bilgi Almak İsteme Durumu....36
Tablo 4.3.1. Evlilik Uyum Durumu....36
Tablo 4.3.2. Evlilik Uyumu ile Sosyodemografik Özelliklerin Karşılaştırılması....36
Tablo 4.3.3. Sigara İçme Durumu ile Evlilik Uyumunun Karşılaştırılması....37
Tablo 4.3.4. Menopoz Durumu ile Evlilik Uyumunun Karşılaştırılması....37
Tablo 4.4.1. Katılımcıların Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri....38

Tablo 4.4.2. Depresyon Düzeyi ile Sosyodemografik Özelliklerin Karşılaştırılması 38
Tablo 4.4.3. Anksiyete Düzeyi ile Sosyodemografik Özelliklerin Karşılaştırılması 39
Tablo 4.4.4. Sigara İçme Durumu ile Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Karşılaştırılması 40
Tablo 4.4.5. Menopoz Durumu ile Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Karşılaştırılması .41
Tablo 4.4.6. Evlilik Uyumu ile Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Karşılaştırılması 42
Tablo 4.5.1. Çalışmada kullanılan ölçeklerin ortalama, minimum, maximum değerleri (n=1000).....43
Tablo 4.5.2. Parametreler arası korelasyon durumu (n=1000) 43
Grafik 1. Evlilik Uyum Puanı ve Depresyon Puanı Değişkenleri Regresyon Dağılımı.....44
Grafik 2. Evlilik Uyum Puanı ve Anksiyete Puanı Değişkenleri Regreyon Dağılımı 45
Tablo 4.5.3. Yaş, sigara içme durumu, menopoz durumu ve evlilik uyumu durumunun depresyon durumuna göre değerlendirilmesi.....45
Tablo 4.5.4. Yaş, sigara içme durumu, menopoz durumu ve evlilik uyumu durumunun anksiyete ölçeği kesim noktasına göre değerlendirilmesi 46

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

ACIP : Advisory Committee on Immunization Practices (Amerikan Aşı Uygulamaları Öneri Komitesi)

ACOG : The American College of Obstetricians and Gynecologists (Amerikan Obstetrik ve Jinekoloji Derneği)

ACS : American Cancer Society (Amerikan Kanser Derneği)

AIRC : American International Recruitment Council (Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı)

ASCCP : American Society for Colposcopy and Cervical Pathology (Amerikan Kolposkopi ve Servikal Patoloji Derneği)

ASCP : American Society for Clinical Pathology (Amerikan Klinik Patoloji Derneği)

ASCUS : Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance (Önemi Belirlenemeyen Atipik Skuamöz Hücreler)

ASM : Aile Sağlığı Merkezi

BAI : Beck Anxiety İnventory

BAÖ : Beck Anksiyete Ölçeği

BDI : Beck Depression İnventory

BDÖ : Beck Depresyon Ölçeği

CIN : Cervical Intraepitelial Neoplasm (Servikal İntraepitelyal Neoplazi)

CYBH : Cinsel Yolla Bulaşan Hastalık

DNA : Deoksiribo Nükleik Asit

DSM : The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

EMEA : European Medicines Agency (Avrupa İlaç Ajansı)

EUÖ : Evlilikte Uyum Ölçeği

FDA : Food and Drug Administration (Amerika Gıda ve İlaç Dairesi)

FİGO : International Federation of Gynecology and Obstetrics (Uluslararası Jinekoloji ve Obstetrik Federasyonu)

HIV : Human immunodeficiency virus (İnsan Bağışıklık Yetmezlik Virüsü)

HPV : Human Papilloma Virüs

HSIL : High Grade Squamous Intraepitelial Lesion (Yüksek Dereceli Skuamöz İntraepitelyal Lezyon)

KETEM : Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi

LSIL : Low Grade Squamous Intraepitelial Lesion (Düşük Dereceli Skuamöz İntraepitelyal Lezyon)

SIL : Squamous Intraepitelial Lesion (Skuamöz İntraepitelyal Lezyon)

SPSS : Statistical Package for Social Sciences (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı)

TSM : Toplum Sağlığı Merkezi

VLP : Virüs Like Particle (Virüs Benzeri Parçacık)

WHO : World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Serviks kanseri, dünyada kadınlarda en sık görülen dördüncü kanser türü olup, özellikle gelişmekte olan ve geri kalmış ülkelerde hala kadın sağlığını ciddi oranlarda tehdit eden malignitelerin başında gelmektedir. Tüm dünyada her yıl yaklaşık 528.000 kadın yeni tanı almakta ve 266.000'i bu nedenle hayatını kaybetmektedir. Ölümlerin yaklaşık %85'i gelişmekte olan ülkelerde yaşayanlarda meydana gelmektedir (WHO 2012). Türkiye'de Sağlık Bakanlığı Kanser Dairesi 2014 verilerine göre; serviks kanseri kadınlarda en sık görülen kanserler arasında 9. sırada yer almakta ve ülkemizde yıllık yaklaşık 1686 yeni servikal kanser tanısı konulmaktadır (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2014) .

Yarım yüzyılı aşkın bir süredir kullanılmakta olan sitolojik temelli etkin tarama programları sayesinde özellikle gelişmiş ülkelerde serviks kanseri görülme sıklığında ve bu kansere bağlı ölüm oranlarında dramatik azalma sağlanmıştır (Kitchener 2006). Serviks kanseri pap smear testi ile in situ aşamasında yakalanabilmektedir. Normal koşullarda in situ aşamasıyla invaziv kanser aşaması arasında uzun bir süre vardır. Bu süre kanserin tedavisi için oldukça önemli bir zaman dilimidir ve hastaların bu dönemde tedavisi kür ile sonuçlanabilmektedir. Tüm bu ilerlemelere rağmen, özellikle gelişmekte olan ülkelerde tarama programlarının uygulamasındaki yetersizlik nedeniyle serviks kanseri insidansı ve hastalığa bağlı mortalite oranları hala kabul edilemeyecek düzeylerde yüksek seyretmektedir (Parkin 2006, Dünder 2009).

Serviks kanserinde kullanılan tarama testleri; sitoloji (konvansiyonel papsmear, sıvı bazlı sitoloji), HPV DNA testi ve görsel muayenedir (asetik asit, lugoliodin). Uygulamaya konulan servikal sitoloji ve HPV testleri sayesinde servikal kanserlerin mortalite ve morbiditesi önemli ölçüde azalmıştır. Tarama testi olarak servikal sitoloji tek başına veya HPV testleriyle beraber kullanılabilir (Tosun 2014).

Genital HPV enfeksiyonu en sık görülen cinsel yolla bulaşan viral hastalık olup serviks kanseri etiyolojisinde büyük önem taşımaktadır. Serviks kanserinin %99.7'sinden HPV sorumlu bulunmuştur ve cinsel aktif ergenlerde HPV enfeksiyon oranları %32.9-%69.0 arasında değiştiği bildirilmiştir (Wellings 2001). Ancak büyük bir kısmı kendiliğinden regrese olmakta ve bu oran yaşla beraber düşmektedir. Hastalığın kendini sınırlaması, etkene olan maruziyetin azalması ve reenfeksiyona karşı direnç buna neden olmaktadır. Enfekte kadınların küçük bir bölümünde ortaya çıkan, persistan, uzun süreli yüksek riskli HPV

enfeksiyonu ise; serviks kanseri gelişiminde en önemli risk faktörüdür (Nobbenhuis 2001, Ozan 2009).

Yüksek risk grubu HPV virüslerinin serviks kanseri etyolojisinde temel rolü oynaması, bu etkene yönelik aşıların geliştirilmesi düşüncesinin önünü açmıştır. Bunun sonucunda 1990' ların başından itibaren HPV enfeksiyonuna karşı aşı üretme çalışmaları başlamış ve en sonunda HPV enfeksiyonundan korumak ve sebep olduğu serviks kanseri riskini azaltmak için 1993 yılında aşı üretilmiştir (Önsüz 2011). 2006 yılında ABD İlaç ve Gıda Dairesi (FDA) ve Avrupa İlaç Ajansı (EMEA) tarafından koruyucu HPV aşılarının kullanılmasını onaylamıştır (Dursun 2009).

Evli kadınların yaşamlarında önemli yere sahip olan bir konu da evlilik kurumu içerisinde uyumlu bir evliliğe sahip olmalarıdır. Uyumlu bir evlilik, çiftlerin hayatlarına anlam ve kimlik katmasının yanında yapılan birçok araştırmaya göre çiftlerin yaşam doyumunu, fiziksel sağlığını ve psikolojik iyilik halini olumlu yönde etkilemektedir. Evli kadınlardaki ruhsal durumun evli olmaktan çok evliliğin durumu ile ilgili olduğu düşünülmektedir. Literatürde psikiyatrik hastalığı olan insanların, evlilik uyumunun daha düşük olduğu (Whisman 2007) ve düşük evlilik uyumunun psikiyatrik hastalıklarla ilişkili olduğu (Overbeek 2006, Whisman 2012) birçok çalışmada belirtilmiştir (Bıyıkoğlu 2012).

Tüm dünyada kadınları erkeklere göre daha fazla etkileyen ruhsal problemlerden olan; depresyon ve anksiyete de kadınlar açısından önemli olan bir başka sorundur. Küresel düzeyde hastalık yükünün 1990 yılında %10'unu oluşturan ruh sağlığı sorunları, 2000 yılında %12'ye ulaşmıştır ve buu oranın 2020 itibari ile %15 olacağı tahmin edilmektedir (Brundtland 2000). DSÖ tarafından hazırlanan bir raporda, depresyon ve anksiyetenin yüzyılın sonuna dek, özellikle kadınlarda dünyanın en yaygın hastalığı olabileceği belirtilmiştir (WHO 2002). Bu hastalıkların diğer ruhsal hastalıklarla birlikte görülebilmesi ve tekrarlama eğiliminde olması, sorunu daha da önemli hale getirmektedir (Noble 2005). Oldukça sık rastlanan bu hastalıkların yüzde 30'unun orta ve ciddi seviyelerde olduğu tahmin ediliyor (WHO 2017).

Biz bu çalışmada Sağlık Bilimleri Üniversitesi Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne başvuran 18-80 yaş arasındaki evli kadınların serviks kanseri, HPV virüsü ve HPV aşısı konusunda bilgi ve tutumlarını, evlilik uyum durumu ile depresyon ve anksiyete düzeylerini araştırmayı planladık. Elde edilen bulgularla bu konudaki farkındalıklarının ve taramaya katılımlarının artırılması için neler yapılabileceğini belirlemek istedik. Ayrıca

kadınların evlilik uyumu ile depresyon ve anksiyete düzeylerinin birbirleriyle ve kadınların sosyodemografik özellikleri ile olan ilişkisini belirlemeyi amaçladık.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Serviks Kanseri

2.1.1. Serviks Anatomisi

Uterusun son kısmını oluşturan serviks pelvik kavitede derin planda yerleşim gösterir. Genellikle 3.5 cm uzunluğunda ve 2-3 cm çapında silindirik şekilli müköz bir membran ile örtülü fibromüsküler bir organdır. Serviks önde mesane, arkada rektum ile yakın komşuluktadır. Endoservikal kanal yoluyla süperiorda uterin kavite (internal orifis yoluyla) ve inferiorda vajen (eksternal orifis yoluyla) ile bağlantılıdır. Serviksin vaginal bölümü ekzoserviks olarak isimlendirilir ve vajenin skuamöz epiteli ile döşelidir. Serviksin üst üçte ikisi olan endoserviks ise endometriyumun kolumnar glandüler epiteli ile döşelidir. Ekzoserviks ve endoserviks bileşkesi (skuamokolumnar bileşke) serviks kanserinin en sık geliştiği alandır (Engin 2012).

2.1.2. Serviks Kanseri

Serviks kanseri kadın kanserleri arasında önemli bir yere sahiptir. Kadınların % 80-90 'ında hayatlarının herhangi bir yaşında cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar görülmekle birlikte, bunların % 3-4' ünde serviks kanseri gelişeceği tahmin edilmektedir (Saulle 2013). Genital kanserler içinde erken tanısı ve tedavisi büyük ölçüde mümkün olan bir kanser türüdür. Kadınların üreme sisteminde görülen kanserlerin %50'sinin serviksten kaynaklandığı belirlenmiştir. Serviks kanseri 40–55 yaş grubundaki kadınlarda daha sık görülmekle birlikte, gittikçe daha genç yaştaki kadınlarda da görülmeye başlamıştır. Bunun nedeninin erken tanı yöntemlerindeki gelişmeler olduğu düşünülmektedir. Etkin tarama programlarının kullanılması ve preinvazif hastalığın tedavisi ile gelişmiş ülkelerde insidansı azaltılmıştır. Erken evre serviks kanserli hastaların %95'inde kür sağlanabilmektedir (Jemal 2010).

HPV, serviks kanserinin primer etyolojik ajanı olarak kabul edilmektedir. HPV enfeksiyonlarının çoğu asemptomatiktir. Klinik olarak belirgin HPV lezyonları olan genital siğiller ilk enfeksiyondan sonra 3 hafta ile 8 ay arasında ortaya çıkmaktadır. Enfeksiyon sonrası serviks kanseri gelişmesi için ise uzun bir süre gerekir ve bu dönemde skuamoz intraepitelyal lezyon (squamous intraepithelial lesion; SIL) veya servikal intraepitelyal neoplazi (cervical intraepithelial neoplasia; CIN) olarak tanımlanan prekanseröz lezyonların erken tespiti ve tedavisi ile serviks kanseri büyük ölçüde önlenebilir. HPV serviksin özellikle trasformasyon zonu denilen skuamokolumnar bileşkesindeki hücreleri hedefler. İlaveten

endoserviksin glandular epitelyumunu enfekte edebilir ve servikal adenkarsinoma ile sonuçlanabilir (Tyring 2000, Ramael 2004, Stanley 2008).

Prekanseröz lezyonlar epitelyumdaki atipik değişiklere göre sitolojik olarak düşük grade (low grade SIL; LSIL) ve yüksek grade (High grade SIL; HSIL) skuamoz intraepitelyal lezyonlar olarak tanımlanır. Histolojik sınıflandırmada CIN 1 LSIL'e, CIN2 ve CIN3, HSIL'e dahildir. Hafif displazik lezyonlar CIN1, orta displazi CIN2, ağır displazi ve karsinoma in situ CIN3'e karşılık gelmektedir(Tyring 2000, Yarkın 2009).

2.1.3. Serviks Kanseri Epidemiyolojisi

Serviks kanseri, DSÖ Uluslararası Kanser Ajansı (IARC; International Agency for Research on Cancer) tarafından yayınlanan GLOBOCAN (Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide Project) verilerine göre 2012 yılında yaklaşık 528.000 yeni vaka ile tüm kanserler arasında 7. sırada ve 266.000 ölüm ile kanser ilişkili ölümler arasında 4. sıradadır. Kadın kanserleri arasında ise dördüncü sırada olup tüm kadın kanserlerinin neredeyse % 12'sini ve kadın kanser ölümlerinin % 7.5'ini oluşturur (WHO 2012). Özellikle gelişmekte olan ülkelerde, kadınlarda en sık görülen ve en ölümcül kanserlerden biridir. Dünya genelinde her 2 dakikada bir, bir kadın serviks kanseri nedeni ile hayatını kaybetmektedir (Ferlay 2013).

Dünyada serviks kanseri vakalarının % 85'i az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde görülmektedir ve bu ülkelerde serviks kanseri kadınlarda kanser ölümünün önde gelen unsurudur. En sık insidans oranları Orta ve Güney Amerika, Karayipler, Sahra altı Afrika ve Güney Asya'da görülür. Ölüm oranı daha zengin ülkelerle karşılaştırıldığında düşük gelirli ve orta gelirli ülkelerde 18 kat daha fazladır. Amerika Birleşik Devletleri'nde 2016 yılında serviks kanseri nedeni ile tahmini 12. 990 vaka ve 4.120 ölüm olduğu ve teşhis anındaki medyan yaşın 47 yaş olduğu bildirilmiştir (Small 2017).

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı Kanser Dairesi 2014 verilerine göre serviks kanseri; kadınlarda en sık görülen kanserler arasında meme, tiroid, kolorektal, uterus korpusu, akciğer, mide, over ve nonHodgkin lenfomadan sonra 9.sırada yer almaktadır ve toplam kanserli olgu sayısının yaklaşık yüzde 2.4'ünü oluşturmaktadır (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2014). 2012 verilerine göre ülkemizde servikal kanser oranları; 100.000 de 2.7; vaka sayısı ise 1686 olarak bildirilmiştir. Serviks kanseri nedenli ölüm sayısı 663 olarak bildirilip kanser nedenli ölümler arasında 12. sırada göstermektedir (WHO 2012).

2.1.4. Serviks kanserinin evrelemesi

Bütün invaziv kanserlerin klinik olarak evrelenmesi zorunludur. Serviks kanseri için en yaygın kullanılan evreleme sistemi International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) tarafından geliştirilmiştir. Temelde tümör büyüklüğü ve hastalığın pelvisteki yayılımını esas alır. Kanserin büyüklüğü ve yaygınlığı klinik olarak bircok inceleme ile değerlendirilerek, hastalık evreleri I' den IV' e kadar kategorize edilmiştir. Evre I servikste sınırlı büyümeyi temsil ederken, evre IV kanserin metastaz ile uzak organlara yayılımını belirtir (Dilek 2004).

2.1.5. Serviks kanseri belirtileri

Serviks kanserinde en sık görülen belirti; postkoital ve düzensiz kanamalardır. Kanama zaman zaman aşırı olabilirse de genellikle az miktarda lekelenme şeklinde ve cinsel ilişki sonrası daha belirgin hale gelebilir. İlerlemiş hastalıkta; sarı, kirli, pis kokulu vajinal akıntı, idrarda veya rektal kanama, bele veya bacağa vuran ağrı, anemi, kilo kaybı ve alt ekstremitede ödem görülebilir (Akın 2009, Özsoy 2013).

2.1.6. Serviks kanseri için risk faktörleri

Serviks kanseri önlenebilir bir hastalıktır ve HPV en önemli etiyolojik ajandır (Tablo 1).

Serviks kanserinin önlenebilir bir hastalık olarak kabulü esasen, bilinen bir ajandan, HPV'den kaynaklanan cinsel yolla bulaşan bir hastalık olması yüzündendir. Serviks kanserinin %99.7'sinde HPV varlığı gözlenmiştir (Walboomers 1999, Haberal 2015).

Yapılan çalışmalarda cinsel ilişkisi yaşının 18 yaştan önce olmasının kızlarda riski iki kat arttırdığı bildirilmiştir. İlk doğum yaşının 20 yaştan önce olması ve parite sayısının da üçün üzerinde olmasının da kadınlarda riski artırdığı bulunmuştur. Sosyoekonomik düzeyin düşük olmasının serviks kanserinde risk artışı ile ilişkili olduğu gözlenmiştir. Cinsel yolla bulaşan hastalık öyküsü (Chylamydia trachomatis, genital herpes), vulvar veya vajinal intraepitelyal neoplazi öyküsü, immünsupresyon (HIV), genetik predispozisyon da risk faktörleri arasında sayılmaktadır (Faridi 2011). Oral kontraseptif kullanımına bağlı serviks kanserinin görülme riski artmaktadır. 5 yıl veya daha uzun süreli kullanımda hiç kullanmayanlara göre risk artışı 1.90 bulunmuştur (Appleby 2007). Son yıllarda sigara kullanımı da serviks kanseri için önemli bir etiyolojik faktör olarak düşünülmektedir. Sigara kullananların servikal mukuslarında tütüne özel karsinojenler olduğu tespit edilmiştir (Kuper 2002, Onan 2009). A, C, E vitaminleri ve beta karotenlerin yüksek miktarda alımıyla servikal

neoplazilerde azalma olduğu, vitamin C için bu oranın %60'lara, özellikle yiyeceklerle alınan doğal beta karotenlerde %50'lere ulaştığı bildirilmektedir (Yüce 2009).

Tablo 1. Serviks Kanseri İçin Risk Faktörleri

Serviks kanseri için risk faktörleri	
Riski etkileyen faktörler	**Rölatif risk**
İleri yaş	2
Latin amerika, Asya veya Afrikalı	2-6
Düşük sosyoekonomik durum	2.3
Zenci, Hintli	2
Multiparite	2-4
Erken cinsel ilişki	2-4
Multiple partner	2-5
HPV varlığı	4-40
CYBH öyküsü	2-10
Uzun dönem oral kontraseptif kullanımı	1.5-2
Pap smear ile tarama yapılmamış	2-6
Düşük karoten veya vitamin C içeren diyet	2-3
Sigara	

2.2. Serviks Kanseri ve Hpv Enfeksiyonu Ilişkisi

2.2.1 Human Papilloma Virüsü (HPV)

HPV zarfsız, çift zincirli bir DNA virüsüdür. Cilt ve mukozayı örten yassı hücreli epiteli enfekte eder (Bavinck 2010). HPV genom kapsidi L1 (majör) ve L2 (minör) protein yapısıyla örtülüdür. Viral kapsidler, enfeksiyon oluşma mekanizmasında viral DNA'nın korunması ve genomik içeriğin konak hücreye aktarılmasında önemli role sahiptirler (Doorbar 2006). Virüsün 200'den fazla değişik genotipi tespit edilmiş olup bunların yaklaşık 150 tanesi insandan izole edilmiştir. (Petersen 2017). HPV serviks kanserinin primer etyolojik ajanı olarak kabul edilmektedir ve serviks kanseri ile arasında nedensel bir ilişki saptayan zur Hausen 2008 Nobel Tıp Ödülünü almıştır. Epiteliotropik bir virüs olup vulvar, vajinal, penil ve anal kanser, oral kanser, orafaringeal kanser ve tonsiller kanser, ayrıca deride yaygın siğiller, anogenital siğiller, oral papilloma, faringeal papilloma ve tekrarlayan respiratuvar papillomatozis gibi deri ve mukozada çeşitli benign ve malign tümörlerin gelişmesi ile de ilişkilidir (Onan 2009, Yarkın 2009).

HPV tipleri düşük riskli ve yüksek riskli olarak iki gruba ayrılmıştır. Düşük riskli gruplar: 6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72 ve 81 olup, yüksek riskli gruplar ise 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73 ve 82'den oluşmaktadır (Woodman 2007).

Düşük riskli gruplar benign anogenital kondiloma ve düşük grade skuamoz intraepitelyal lezyonlara yol açarken, yüksek riskli gruplar serviks kanserlerinin %99.7'sinde saptanmaktadır. Yüksek tipli HPV tipleri ayrıca; vulva, vajen, orofarenks, anüs ve penis kanserlerinden de sorumlu gösterilmektedir. HPV tiplerinin 30-40' ı anogenital bölgede yerleşmektedir. Anogenital kondilomların %90'ından HPV-6 ve HPV-11 sorumlu iken, servikal intraepitelyal neoplazilerin %52'sinden ve servikal kanserlerin ise %77'sinden HPV-16 ve HPV-18 sorumlu tutulmuştur (Smith 2007).

2.2.2. HPV Enfeksiyonu

Cinsel olarak aktif olan herkes HPV tipleri ile temas riski taşımaktadır. Servikal patolojiye sahip kadınlarda yapılan bir çalışmada kadınların %61'inde HPV DNA pozitif tespit edilmiştir (Avcı 2013). 25 yaşından genç olan kadınlarda %28-46 oranında HPV enfeksiyonu saptanırken, bunların çoğunda klinik bulgu bulunmamaktadır (Roden 2004).

HPV bulaş riskinin yaşam boyu %80'lere kadar ulaşabildiği; yaklaşık %90'ının 2 yıl içinde kaybolduğu, %5-%10'luk bölümünün ise persiste hastalığa neden olabildiği bildirilmiştir. Persistan enfeksiyondan söz edebilmek için dört ile oniki aylık bir aralıkla alınan en az 2 örnekte aynı HPV tipinin saptanması gerekmektedir. Enfekte kadınların küçük bir bölümünde ortaya çıkan, persistan, uzun süreli yüksek riskli HPV enfeksiyonu; serviks kanseri gelişimi için en önemli risk faktörüdür. Enfeksiyon çoğunlukla kendiliğinden iyileşir ancak bazen tam olarak iyileşme olmayıp yıllarca o bölgede kalarak servikste prekanseröz lezyonların oluşumuna yol açabilir. Bu durum uygun bir şekilde tedavi edilmezse 20-30 yıl zarfında serviks kanserine dönüşebilir (Walboomers 1999).

Asemptomatik kadınların yaklaşık %10 civarında enfekte olduğu bildirilirken bu oran coğrafi değişkenlik göstermektedir; Güney Afrika'da %22.1, Asya'da %8, ABD'de yapılan bir çalışmada bu oran %75 olarak bulunmuş ve kadınların yaklaşık %39'unda ise ilk cinsel ilişkiden sonraki iki yıl içinde HPV enfeksiyonu oluştuğu rapor edilmiştir (Onan 2009, Şahbaz 2014). 2010 yılı içinde Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre KETEM tarafından 134.039 kadın, diğer sağlık kuruluşları (il ve ilçe devlet hastaneleri, üniversite hastaneleri, eğitim ve araştırma hastaneleri) tarafından ise 1.467.662 kadın serviks kanseri açısından taranmıştır. KETEM tarafından 17 merkezde yapılan 3500 serviks kanseri taramasındaki HPV prevalansı %2.9 olarak belirtilmiştir (Mollahaliloğlu 2010).

2.2.3. HPV Bulaş Yolları

HPV enfeksiyonlarının neredeyse hepsi seksüel yolla geçer. Derideki ve mukozalardaki mikrotravmalar enfeksiyonların geçiş yerleridir. Diğer anatomik bölgelerden de bulaş bildirilmesine rağmen en çok görüldüğü yer servikstir. Başlıca bulaş seksüel yolla olsa da, anne ve bebek arasında da geçiş de bildirilmiştir (Rombaldi 2008).

Cinsel ilişki esnasında mukozal ya da skuamöz epitel hasarları HPV'nin girişi için kapı oluşturur ve virüsün bazal hücrelere doğru ilerlemesiyle şiddetli enfeksiyonlar meydana gelebilir. Kondom ve bariyer yöntemleri riski azaltsa da tam olarak koruyucu olmazlar. Cinsel aktif kadınların %70 – 80'i genellikle seksüel aktivite başladıktan kısa süre sonra onkojenik HPV ile enfekte olacaktır. Doğal enfeksiyon sırasında zayıf bir antikor cevabı ortaya çıkmakta fakat bu cevap geçici olduğu ve antikorlar 3 yıl içerisinde kaybolduğu için doğal enfeksiyon daha sonraki dönem için koruyuculuk sağlamamaktadır. Bu nedenle bir kişi yaşamı boyunca defalarca kez enfeksiyona yakalanabilmektedir (Avcı 2013).

2.2.4. HPV Aşıları

HPV ve serviks kanseri arasındaki güçlü bağlantı, araştırmacıları serviks kanserini önleyici etkin bir aşının bulunması üzerine yoğunlaştırmıştır. 1993 yılında aşı üretilmiş ve kullanımı 2006 yılında FDA tarafından onaylanmıştır (Kösebay 2012).

Serviks kanseri ve HPV ilişkisinin aşikâr olduğu günümüzde profilaktik ve terapötik olarak geliştirilen aşılar gelişmiş ülkelerde yaygın bir şekilde kullanılmaya başlanmıştır. Halen kullanımda olan HPV aşıları kuadrivalan aşı (Gardasil®, ABD) ve bivalan aşı (Cervarix®, İngiltere)'dır. Kuadrivalan aşı 2006 yılında FDA (Amerikan Gıda ve İlaç Merkezi) tarafından adölesan kullanımı için onay almış olup HPV 6,11,16 ve 18'e karşı etkilidir. Ülkemizde 2007 yılında resmi prosedürleri tamamlayarak kullanıma sunulmuştur. Bivalan aşı ise HPV 16 ve 18'e karşı etkili olup FDA tarafından 2009 yılında onay almıştır (Avcı 2013). FDA'nın 2014 Aralık ayında onayladığı yeni bir aşı olan Gardasil 9 ise kullanımda olan Gardasil'e ek olarak HPV'nin beş alt tipine (6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58) karşı koruma sağlamaktadır. FDA'ya göre Gardasil 9 servikal, vulvar, vajinal ve anal kanserlere karşı %90 koruma sağlamaktadır (Petersen 2017).

Her iki aşı rekombinant protein ekspresyonu yöntemi ile üretilir ve virüs DNA'sı içermezler. Rekombinant virüs benzeri parçacıklar (VLP), gerçek virionlardan morfolojik olarak ayırt edilemezler ve böylece konak hücreyi enfekte etmeden humoral immün yanıta neden olurlar. HPV enfeksiyonun viremiye neden olmadan epitele sınırlı kalması, aşının ise

sistemik olarak immün yanıta neden olmasından dolayı, HPV aşısı, enfeksiyonun kendisinden daha fazla immün yanıta sebep olur (Stanley 2010). Gerek kuadrivalan, gerekse bivalan aşı sonrası antikor düzeyleri istenen seviyelerde izlenmiştir. Çok düşük antikor seviyelerinin bile HPV'nin serviks epitel hücresine girişini engellediği bildirilmiştir (Day 2010).

Amerikan Aşı Uygulamaları Öneri Komitesi (ACIP) Mart 2015 tarihli aşı önerileri güncellemesinde; 11-12 yaşlarındaki kızlar ve 26 yaşına kadar daha önce aşılanmamış veya 3 dozluk aşı serisini tamamlanmamış kadınların HPV2, HPV4 veya HPV9 ile aşılanmasını önermektedir. Aynı güncellemede 11-12 yaşındaki erkekler ve 21 yaşına kadar hiç aşılanmamış ya da 3 dozluk aşı serisi tamamlanmamış erkeklerin HPV4 ya da HPV9 ile aşılanması önerilmektedir. Cinsel aktif ve immünsupresif (HIV enfeksiyonu dahil) erkeklerin 26 yaşına kadar HPV4 ya da HPV9 ile aşılanması önerilmektedir.

Aşılamanın altı aylık zaman dilimi içerisinde intramusküler yoldan 3 doz uygulanması tavsiye edilmektedir. İlk doz ile ikinci doz arasında minimum 4 hafta, ikinci ve üçüncü doz arasında ise minimum 12 hafta olmalıdır. Aşı serisinin kesintiye uğraması durumunda aşılama programına kaldığı yerden devam edilmelidir (Şahbaz 2014, Akdeniz 2016).

Aşılanan kişi daha önce aşının içerdiği HPV tipleri ile enfekte olmuşsa aşı etkili olmayacaktır. Bu nedenle aşılamanın ilk cinsel ilişkiden önce olması son derece önemlidir (Ceyhan 2012). Bivalan aşının koruma süresi 8.4 yıl, kuadrivalan aşının ise 5 yıldır (Romanowski 2011).

Aşı bütün HPV tiplerini içermediğinden ve cinsel olarak aktif olan kadınlar aşı öncesi de enfekte olmuş olabileceğinden tarama programları aşılamadan bağımsız olarak devam etmelidir. Aşıya karar verilirken Pap testi, seroloji sonuçları değerlendirilmeden, mümkünse tüm kadınların aşılanması sağlanmalıdır. Bu testlerden herhangi biri ile HPV varlığının gösterilmesi, serotip farklı olabileceğinden aşı gereksinimini ortadan kaldırmamaktadır. İmmun yetmezlikli kişilerde aşı canlı bir aşı olmadığından kontraendikasyon yoktur, ancak immün yanıtın beklenenden düşük olabileceği dikkate alınmalıdır. Gebelikte aşının yapılması önerilmez. Yanlışlıkla aşı yapılmasının teratojen etkisi bilinmediğinden gebeliğin sonlandırılması önerilmez. Emzirme de aşı için kontraendikasyon değildir. Orta ve ağır akut hastalıklarda aşının yapılması ertelenmelidir. Aşı komponentlerinden herhangi birisi ile ağır allerjik reaksiyon ise kesin bir kontraendikasyondur (Ceyhan 2012).

%100'e yakın aşılama oranı ve etkinlikle yapılacak HPV aşılama programları ile serviks kanser ilişkili ölümlerde %76'lara varan oranlarda azalma sağlanabileceği tahmin

edilmektedir (Kohli 2007). Profilaktik HPV aşısı en az 80 ülkenin ulusal aşı programlarına dahildir (Petersen 2017). Birçok batı ülkesinde yaygın kullanılıyor olmasına rağmen ülkemizde HPV aşısı genişletilmiş bağışıklama programına alınmamıştır ve SGK tarafından geri ödeme yapılmamaktadır (Akdeniz 2016).

2.3. Tarama

2.3.1. Serviks Kanseri Tarama Testleri

Servikal kanser tarama programları ikincil koruma araçlarıdır. Serviks kanserinde kullanılan bazı tarama testleri; sitoloji (konvansiyonel papsmear, sıvı bazlı sitoloji), HPV DNA testi ve görsel muayenedir (asetik asit, lugoliodin).

Pap smear: Servikal sitoloji olarak da ifade edilen, serviks kanseri için populasyonun taranmasında kullanılabilecek noninvaziv bir yöntemdir. Pap smear testleri konvansiyonel pap smear testi ve sıvı bazlı smear testi olarak ikiye ayrılır. Konvansiyonel pap smear testinde fırça yardımıyla alınan örnek bir lam üzerine yayılıp fiksatif spreyle sabitlenerek mikroskop altında incelenir. Sıvı bazlı sitolojide, örnek alınan fırça özel sıvıda on kez güçlü bir şekilde döndürülerek hücrelerin dökülmesi sağlanır. Hücreler ayrıştırılarak mikroskop altında incelenmek üzere lama yayılır (Tosun 2014).

Her iki testin prekanseröz lezyonları tespit etme oranları benzerdir (Arbyn 2008). Enfeksiyon ve kan varlığının neden olduğu yetersiz materyal sonucu ve havada kurumaya bağlı oluşan artefaktlar sıvı bazlı sitolojide daha az görülmektedir (Lee 1997). Sıvı bazlı sitolojinin diğer bir avantajı da önemi belirsiz atipik skuamöz hücreler (ASCUS) gibi sonuçlarda alınan materyalden HPV testinin yapılabilmesidir. Konvansiyonel pap smear testinde ise HPV testi için ayrı örnek alınması gerekir (Tosun 2014).

Hücre anomalilerinin saptanması ile ilgili ilk servikovajinal çalışmalar 1927 yılında yapılmıştır (Virtej 2002). Papanicolaou ve Trout, 1943 yılında, altta yatan kanser ya da kanser öncüllerini saptamak için uterus serviksinin pul pul dökülen hücrelerinden alınan örneklerle uyguladıkları Pap sürüntüsü testini geliştirmişlerdir. Bu testin ortaya çıkışı ve yaygın kullanımından beri Birleşik Devletler'de serviks kanserinden ölümlerin %75 oranında azaldığı bildirilmiştir (Ball 2003). Pap smear test sonuçları Bethesda sistemine göre raporlanır. Bethesda sistemi örnek yeterliliği, genel sınıflama, yorumlanması ve sonuçlarla ilgili özel açıklamalar içerir. Günümüzde 2014 Bethesda Sistemi kullanılmaktadır (Virtej 2002, Nayar 2015).

Smear alınması son derece basit bir yöntemdir. Jinekolojik muayene sırasında vajinal spekulum yerleştirildikten sonra serviksin transformasyon zonundan spatula veya fırça kullanılarak yapılır. Transformasyon zonunun tamamı, fırçayı saat yönünde ve saat yönünün tersine 360 derece çevirerek örneklenir. Örnek nazikçe temiz bir lama yayıldıktan sonra sitoloji laboratuvarına gönderilir (Provinence 2010).

Serviks kanserlerinin %30'u örnekleme ve yorum hataları nedeniyle yakalanamamaktadır. Hataları azaltmak amacıyla Amerikan Sitopatoloji Topluluğu bir takım önerilerde bulunmuştur; pap smear son adet tarihinden 10-18 gün sonra alınmalıdır. Testten önceki 48 saat içinde vajinal duş, vajinal tampon, vajinal kontraseptif ajanlar veya ilaç kullanımı ve cinsel ilişki olmamalıdır. Pap smear ile birlikte hastanın adı soyadı, yaşı ve/veya doğum tarihi, menstruel durumu (Son adet tarihi, histerektomi, gebelik, postpartum, hormon replasman tedavisi), önceki anormal sitoloji veya biyopsi sonuçları, önceki tedaviler veya cerrahi girişimler, risk durumu, örneğin alındığı yer (serviks, vajen) belirtilmelidir. Pap testinin duyarlılığı için transformasyon zonu örneklemesi önemlidir (Ozan 2005).

HPV DNA testi: Servikal kanser ile HPV enfeksiyonu arasındaki ilişkinin gösterilmesi, tarama yöntemi olarak HPV testlerinin yapılmasını gündeme getirmiştir. Rutin pap smear testine HPV testinin eklenmesi yüksek dereceli lezyonların daha erken tanınmasını sağlamaktadır . HPV testleri tek başlarına veya servikal smear testleri ile beraber (ko-test) veya servikal smear test sonuçlarında anormallik tespit edildiğinde yapılabilir (refleks HPV testi). Ko-test yapıldığında servikal kanser görülme insidansı azalırken mortalite üzerine faydası henüz gösterilememiştir. HPV testlerinin tek başına yapılması araştırmaları devam eden bir konudur. Günümüzde serviks kanseri taraması için HPV testlerinin tek başına kullanılması önerilmemektedir (Feldman 2011).

Görsel muayene (asetik asit, lugoliodin): Servikal sitoloji imkanının yaygın olmadığı ülkelerde, asetik asit ve lugol solüsyonuyla servikal kanser taraması yapılabilir. Bu testler serviksin çıplak gözle gözlemlenmesine dayalı metodlardır.

Servikse %5'lik asetik asit uygulanır ve bir dakika bekledikten sonra beyaz lezyonların varlığı araştırılır. Asetik asit, hücrede dehidratasyona yol açar. Displastik hücreler daha büyük ve daha yoğun çekirdek içerdiklerinden ışığı yansıtırlar ve beyaz görülürler. Renk değişikliği olmaması testin negatif olması anlamına gelir.Özellikle skuamoklumnar bileşkeye uzanan beyaz dens alanlar biyopsi için şüpheli alanlardır (Arbyn 2008).

%5'lik lugol solüsyonu uygulamasında ise uygulamadan bir dakika sonra servikse bakılır. Lugol testi glikojen içeren hücrelerin iyotu tutması esasına dayanır. İyot, glikojeni tüketen displastik hücreler tarafından tutulmaz ve daha parlak açık sarı renkti görülür. İyot tutan bölgeler ise koyu renklidir. İyot tutmayan bölgelerden biyopsi yapılabilir (Tosun 2014).

2.3.2. Tarama Önerileri

Tablo 2. ACS/ASCCP/ASCP Tarama Programı Önerileri

Serviks kanseri taraması 21 yaşında başlamalıdır. 21 yaş altı kadınlar taranmamalıdır.
21-29 yaş aralığındaki kadınlar için her 3 yılda bir Pap sitoloji taraması önerilir. Bu yaş grubunda tarama için HPV testi kullanılmamalıdır.
30-65 yaş aralığındaki kadınlar için, servikal sitoloji taraması ve HPV testi ile birlikte (ko-test) tercih edilmekte olup her 5 yılda bir yapılmalıdır. 30-65 yaş aralığındaki kadınların her 3 yılda bir tek başına sitoloji ile taranması kabul edilebilir. 30-65 yaş arası kadınlarda tek başına HPV testi önerilmez.
65 yaş üzeri kadınlarda en yeni testin son 5 yıl içinde gerçekleştirilmiş olması kaydıyla son 10 yıl içindeki arka arkaya üç negatif sitoloji sonucu veya arka arkaya iki negatif HPV test sonucu olması ve son 20 yıl içinde CIN 2 veya yüksek patolojili sonuç öyküsü yoksa tarama yapılmamalıdır. Öykü varsa, bu populasyonda tanı aldıktan sonra 20 yıl boyunca taramaya devam edilmelidir.
Total histerektomi yapılmış ve CIN 2/3 ve servikal kanser tanısı almamış kadınlarda rutin tarama yapılmamalıdır.
HPV aşısı yapılmış kadınlarda yaşa özgü öneriler uygulanmalıdır (aşılanmamış kadınlarla aynı).
Herhangi bir yaşta yıllık tarama yapılmamalıdır.

ACS: Amerikan Kanser Derneği, ASCCP: Amerikan Kolposkopi ve Servikal Patoloji Derneği, ASCP: Amerikan Klinik Patoloji Derneği, CIN: Servikal intraepitelyal neoplazi, HPV: Human papillomavirus.

Amerikan Kanser Cemiyeti (The American Cancer Society -ACS), Amerikan Kolposkopi ve Servikal Patoloji Cemiyeti (The American Society for Colposcopy and Cervical Pathology - ASCCP) ve Amerikan Klinik Patoloji (American Society for Clinical Pathology -ASCP) cemiyetlerinin 2012'deki yayınladıkları önerilere göre 21 yaş altına tarama önerilmezken, 21-29 yaş arasında ise sitolojik taramanın 3 yılda bir yapılması, bunların sonuçları arasında ASCUS saptanırsa HPV DNA testi yapılması, bunlar arasında da yüksek riskli HPV saptanırsa kolposkopi yapılması önerilmektedir. 30-64 yaş arasında ise sitolojik tarama ve HPV DNA testinin birlikte yapılması (ko-test) ve bu testin 5 yılda bir yapılması önerilmekte; 65 yaş üzerinde ise taramanın sonlandırılabileceği belirtilmektedir. Fakat CIN 2,3 veya adenokarsinom öyküsü olanlarda histerektomi olmuş olsa bile taramaya devam edilmesi önerilmektedir (Saslow 2012).

Türkiye için Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı tarafından hazırlanan 2009-2015 yılları arasını kapsayan Ulusal Kanser Programında meme, serviks ve kolon kanserleri ulusal tarama programına alınmıştır (Sönmez 2012). Ülkemizde serviks kanseri tarama programı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) ve Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) bünyesindeki Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) tarafından yürütülmektedir. 30-65 yaş arası kadınlara tarama yapılmakta, sonuçlar takip edilmekte ve patoloji tespit edilenler ileri merkezlerdeki kadın hastalıkları ve doğum hekimlerine yönlendirilmektedirler. Sorunsuz sonuçlar varlığında ise 5 yıllık aralıklarla tarama devam etmektedir (Kurtoğlu 2014).

Türkiye'de serviks kanseri taramasında Sağlık bakanlığının önerileri doğrultusunda: son iki HPV veya Pap-smear testi negatif olan 65 yaşındaki kadınlarda tarama sonlandırılmaktadır. Histerektomi sonrası servikal tarama, total histerektomi benign nedenlere bağlı yapılmışsa, önerilmemektedir. CIN II ve III nedeniyle histerektomi uygulanan hastalarda son 10 yılda anormal/pozitif sitoloji sonucu yokluğunda tarama sonlandırılır. HIV infeksiyonu olanlar/ immünosupresif tedavi alan olgularda smear taraması ilk yıl iki kez, sonuçları negatifse yılda bir kez yapılmalıdır (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu).

Serviks kanseri için Pap smear tarama programını benimseyen toplumların genelinde bu kanserin sıklığının azaldığı gösterilmiştir (Jemal 2006). Sağlık hizmetleri iyi yürütülen gelişmiş ülkelerde bir kadın yaşamı boyunca en az 7 pap smear aldırmaktadır. A.B.D. gibi gelişmiş ülkelerde kadınların %85'i yaşamları boyunca en az bir kez Pap smear yaptırmış iken az gelişmiş ülkelerde bu oran sadece %5'dir (Kuo 2003). Türkiye İstatistik Kurumu 2012 yılı verilerine göre ülkemizde onbeş yaş ve üzeri kişilerin %77.9'u smear testi yaptırmamıştır (TÜİK 2014).

2.4. Evlilik Uyumu

Evlilik, toplumlarda farklı yapılar gösterebilen, aile kurmayı ve türün devamını sağlayan iki insanın kalıcı bir beraberlik icin bir araya gelerek oluşturdukları, birbirlerine ve çocuklarına karşı ortak sorumluluklarını yerine getirmeye söz verdikleri, birbirine bağlı sistemlerden oluşan evrensel bir kurumdur (Saxton 1982).

Evlilik uyumu, eşlerin beraberliklerinden mutlu olma, olumlu iletişim kurma ve devam ettirme, eğer taraflar tekrar evlenecek olsa yine birbirleri ile evlenme isteği gibi çiftler arasındaki olumlu düşünce ve paylaşımların olması ile bunların devam ettirilmesi durumudur.

Buna karşın, evlilik uyumunun evli bireylerin sosyal, psikolojik, kişisel ve demografik birçok değişken ile ilişkili olması tam bir tanımının yapılmasını güç kılmaktadır (Glenn 1990).

İnsanlar sahip oldukları iletişim becerileri ile evliliklerini uyumlu ya da uyumsuz boyuta taşıyabilirler. Bu da evlilikten elde edecekleri doyumun ve mutluluğun düzeyini etkilemektedir. Evlilik uyumunu etkileyen faktörler arasında eşlerin kişisel özellikleri, stresle başa çıkabilme yeteneği ve ruhsal durumu ön plana çıkmaktadır. Bunun yanısıra çiftlerin bağlanma özellikleri, cinsel doyum durumu ve daha az olmak üzere gelir durumu, eğitim düzeyi, yaş gibi sosyodemografik faktörlerin de evlilik uyumunu etkilediği belirtilmiştir (Erbek 2005, Şendil 2012).

Geleneksel evlilik ilişkisi içerisinde kadının geleceği üzerine karar verme yetkisi kısıtlanmış veya kendine ait besleyici kaynakları sınırlandırılmış olabilir. Bu durumda hem kadının hem erkeğin yaşadığı bir durum kadın için daha stresli hale gelebilir. Bunun dışında gebelik, doğum, çocuk sahibi olamama ya da çok sayıda çocuk yetiştirme, ailenin diğer bireylerinin bakım ve sorumluluğunu üstlenme, eşle olan ilişkideki sorunlar, iş hayatında karşılaşılan zorluklar da kadının gündelik stresini artırabilir. Yaşlanmaya bağlı sorunlar ve menopoz da evlilik kurumu içerisinde kadınlar için psikososyal açıdan zorlayıcı olabilmektedir (Gökalp 2003).

İnsanların evliliklerinde yaşadıkları uyumsuzluklar ve çatışmalar sonucunda ise sıklıkla psikolojik rahatsızlık gösterdikleri ve psikolojik yardım talebinde bulundukları görülmektedir (Bloom 1978). Evlilik uyumsuzluğu ve psikolojik sorunlar arasındaki ilişki çalışmalarla ispat edilmiş olsa da, bu ilişkinin nedensel yönü henüz belirlenememiştir. Evlilik ilişkisi, psikolojik sorunların etiyolojisi, gidişi ve sonucunda rol oynayabilmekle beraber; psikolojik sorunlar da evlilik ilişkisinde olumsuz etkilere neden olabilmektedir (Halloran 1998, Sandberg 2000).

2.5. Depresyon

Depresyon, dünya genelindeki günlük hayatı etkileyen en büyük sorunların başında gelmektedir. Çökkün duygudurum ile seyreden ve şiddeti, belirti tipleri ve hastalık seyri açısından değişkenlik göstermesi nedeniyle geniş bir yelpaze içinde tanımlanan bir sendrom olup, en önemli ruh sağlığı sorunları arasında sayılmaktadır. Depresyonda çökkün duygudurum, enerji azlığı ve ilgi ya da istek kaybı çekirdek özelliklerdendir. Konsantrasyon azlığı, özgüven azalması, suçluluk duyguları, karamsarlık, kendine zarar verme ya da özkıyım düşünceleri, uyku düzeninde bozulma, iştah değişiklikleri ve libido azalması diğer sık görülen

belirtilerdir. Sosyal ve mesleki işlev bozulur. Depresyon tanısı koyulması için tablo en az iki hafta sürmelidir. Her depresyon atağı farklı şiddette olabilir. Semptomların sayısı, tipi ve yoğunluğu, depresyonun şiddetini belirler (American Psychiatric Association 2000).

Yaygınlık oranları yaşa göre değişmekle birlikte yaşlılık döneminde pik yapmaktadır.

55-74 yaş arasındaki kadınlarda % 7.5' in üzerinde ve erkeklerde % 5.5'in üzerindedir. (WHO 2017). Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre; 2015 yılında dünyada 322 milyon kişinin depresyon ile yaşadığı ve küresel nüfusun depresyon oranının % 4.4 olduğu tahmin edilmektedir. Depresyon kadınlarda (% 5.1) erkeklerden (% 3.6) daha sık görülmektedir. DSÖ bir bu kadar insanın da anksiyete bozukluğu yaşadığını açıklarken, genelde bu iki rahatsızlığın birlikte görüldüğüne de dikkati çekti (WHO 2017).

DSÖ raporunda, Türkiye'de 2015 yılında yaklaşık 3 milyon 260 bin kişinin depresyondan muzdarip olduğu, bunun Türkiye nüfusunun yüzde 4.4'üne denk geldiği kaydedildi. Depresyon ile yaşayan toplam tahmini kişi sayısının 2005 ile 2015 yılları arasında % 18.4 arttığına dikkat çekilen raporda, vakaların %80'inden fazlasının düşük ve orta gelirli ülkelerde tespit edildiği belirtiliyor. Depresyonun en çok görüldüğü yaş aralığı 60-64 yaş ve en yaygın olduğu bölgenin ise Güneydoğu Asya olduğu belirtiliyor (WHO 2017). Dünya genelinde yaklaşık 73 milyon erişkin kadının her yıl büyük bir depresif dönem geçirdiği bildirilmiştir (WHO 2013).

Depresif belirtilerin toplumda %10-20 arasında görüldüğü, yaşam boyu prevalansı kadınlarda %20 -25 iken erkeklerde %8-12' dir ve kadınlarda iki katı kadar daha fazla görüldüğü bilinmektedir (Noble 2005). Kadın olmanın depresyonda temel bir risk etkeni olduğu birçok çalışmada ortaya çıkmıştır (Bruce 1994). Depresyon hemen bütün toplumlarda kadınlarda daha sık görülmekte olup; biyolojik yapısı, ruhsal özellikleri, kişilik yapısı, sorunlarla başa çıkma biçimi, toplumsal ve kültürel konumu, kadını depresyona yatkın kılmaktadır. Özellikle evlilikle ilgili roller kadında depresyon riskini arttırabilmektedir (Kessler 1985, Earls 1987). Karşı cinsle ilişkilerde yaşanan güçlüklerin, uyumsuz evliliğin ve işlevsel olmayan bir aile düzeninin depresyonla ilişkisi olduğu çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir (Andrew 1993, Ünal 2000).

Depresif bozukluklardan en ciddi seyredeni majör depresyon olup aynı zamanda en sık görülen duygudurum bozukluğudur. Tek bir nöbet ya da yineleyici nöbetler şeklinde görülebilir. Majör depresif bozukluk her yaşta görülebilir, ancak orta yaşlarda ve özellikle de 40-50 yaşları arasında daha sık izlenir. Kadınlarda erkeklere göre 2 kat daha sık görülür.

Yaklaşık her 4 kadından birisi ya da her 8-10 erkekten birisi yaşamları boyunca bir majör depresif bozukluk dönemi geçirmektedir (Çelik 2016). Majör depresyonun ortalama başlangıç yaşı 30.4 tür. Kadınlarda erkeklere göre daha az epizod izlenirken, daha şiddetli belirtiler ve daha çok intihar girişimi görülür. Bununla birlikte kadınlarda depresyona anksiyete, somatoform bozukluğu, yeme bozukluğu ve migren daha sık eşlik etmektedir (Marcus 2008).

Depresif bozukluk alt grupları (DSM 5)

Majör depresif bozukluk

Distimik bozukluk

Yıkıcı duygudurumu düzenleyememe bozukluğu

Premenstrüel disforik bozukluk

Madde / İlaç kaynaklı depresif bozukluk

Başka medikal duruma bağımlı depresif bozukluk

Diğer belirtilen depresif bozukluk

Tanımlanmamış depresif bozukluk

2.6. Anksiyete

Anksiyete, açıkça ayırt edilebilir bir uyaranla ilişkili ya da ilişkisiz olabilen, korku ve endişe ile belirli bir duygusal durumdur. İçten ya da dıştan gelen tehlikeler ya da tehlike beklentilerine karşı yaşanan bir tepkidir. Çok hafif gerginlik ve tedirginlikten panik derecesine varan değişik yoğunluklarda olabilir (Karakaya 2012).

Hemen her psikiyatrik bozukluğa eşlik edebilen ve birçok organik bozuklukta da görülebilen bir belirtidir. Çarpıntı, nefes almada zorluk, hızlı nefes alıp verme, boğuluyormuş gibi hissetme, kalp hızının artması, ellerde ve ayaklarda titreme, aşırı terleme gibi fizyolojik belirtileri yanında sıkıntı, heyecan, aniden çok kötü bir şey olacakmış hissi ve korkusu gibi psikolojik belirtileri vardır (Ünsal 2007).

Yaygın anksiyete bozukluğunun yaşam boyu prevalansı %4.1-6.6 olup, bu hastaların doktora başvuru oranı diğer hastalıklardan 2 kat daha fazla bulunmuştur. Başlangıç belirtileri genellikle kademeli olarak artış ve şiddetlenme gösterir. Başlangıç yaşı ortalama 20 yaş öncesidir ve alevlenme iyileşme dönemleri ile giden kronik seyir gösterir (Saatçioğlu 2001).

DSÖ raporuna göre; 2015 yılındaki kaygı bozukluğu olan küresel nüfusun oranı % 3.6 olarak tahmin edilmektedir. Depresyonda olduğu gibi anksiyete bozuklukları kadınlarda

erkeklerden daha yaygındır (küresel düzeyde % 4.6' ya kıyasla % 2.6). Dünyada kaygı bozukluğu olan toplam tahmini insan sayısı 264 milyondur. 2015 yılı için, toplam nüfus artışı ve yaşlanmanın bir sonucu olarak 2005'ten bu yana % 14.9' luk bir artış olduğu bildirilmiştir. DSÖ 2015 yılı raporuna göre Türkiye'de anksiyete bozukluğu yaşayanların oranı ise 2 milyon 998 bine ulaşmış durumdadır (WHO 2017).

Yaygınlık oranları yaş gruplarına göre önemli ölçüde değişmez, ancak yaşlı gruplarda prevalansı düşme eğilimdedir. Kadınlarda 40-44 yaş, erkeklerde ise 15-19 yaş aralığında en fazla etkilemektedir. Hastalığın en yaygın görüldüğü bölge ise Amerika kıtası olarak gösterilmektedir (WHO 2017).

Anksiyete bozuklukları sınıflaması (DSM 5)

Ayrılma kaygısı bozukluğu

Seçici konuşmazlık (mutizm)

Özgül fobi

Toplumsal kaygı bozukluğu (sosyal fobi)

Panik bozukluğu

Agarofobi

Yaygın kaygı (anksiyete) bozukluğu

Maddenin ilacın yol açtığı kaygı bozukluğu

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırmamız analitik tipte, kesitsel bir çalışma olup 18-80 yaş arası evli kadınların serviks kanseri ve HPV ile ilgili bilgi düzeyi ve tutumları, evlilik uyumları ile depresyon ve anksiyete düzeylerinin değerlendirilmesi amacıyla planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evreni Aralık 2016 – Mayıs 2017 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi 78 No'lu Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran 18-80 yaş arası 1000 evli kadından oluşmaktadır.

3.3. Çalışmaya Alınmama Kriterleri

Çalışmamıza 18 yaş altı ve 80 yaş üstü olanlar, bekar ya da dul olanlar, kronik metabolik hastalığı ya da malignitesi olanlar, bilinen psikiatrik hastalığı olanlar ve sağlık çalışanları dahil edilmedi.

3.4. Verilerin Toplanması ve Çalışmanın Yapılması

Araştırmaya başlamadan önce Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulun'dan 21.12.2016 tarih ve 2016/19 sayılı karar ile onay alındı. Çalışmaya katılanlardan bilgilendirilmiş onam formu alındı (Ek-1). Katılımcılara sosyodemografik verileri ve serviks kanseri ve HPV ile ilgili soruları içeren anket formu (Ek-2), Evlilik Uyum Ölçeği(EUÖ) (Ek-3), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) (Ek-4) ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) (Ek-5) verilerek doldurmaları istendi. Anketlerin uygulanması, okuma yazma bilmeyenlere araştırmacı tarafından okunarak ve cevapları işaretlenerek doldurulduu.

3.4.1. Anket Bilgileri

Anket formu katılımcıların sosyodemografik özelliklerini ve serviks kanseri ile HPV ve HPV aşısı hakkındaki farkındalık ve tutumlarını ölçmeyi amaçlayan sorulardan oluşmaktaydı. Araştırmacı tarafından hazırlanmış olan anket formunda yaş, meslek, eğitim düzeyi, aylık gelir, çocuk sayısı, sigara kullanımı, menopoz durumu, aile planlaması yöntemi kullanımının öğrenilmesi için sorular yanında katılımcıların serviks kanseri ve risk faktörleri ile ilgili bilgi düzeyine ilişkin sorulara, smear testi hakkındaki bilgi ve smear testi yaptırma konusundaki tutumlarının değerlendirilmesi için smear testi hakkında sorulara, HPV ve HPV aşısı ile ilgili farkındalık ve bilgi düzeylerini ölçen sorulara yer verildi.

-Katılımcıların yaşı; 18-29 yaş, 30-49 yaş, 49-64 yaş ve 65-80 yaş olarak 4 grup şeklinde kategorize edildi.

-Meslekleri; katılımcıların çoğunluğunu ev hanımları oluşturduğu için 'memur', 'işçi', 'emekli', 'öğrenci' ve 'diğer' grupları birleştirilerek 'diğerleri' adı altında yeni bir veri oluşturulup katılımcılar ev hanımı ve diğerleri olarak değerlendirildi.

-Gelir Durumu; aylık gelirleri; '1500 TL'nin altında' olanlar az gelirli ve '1500 TL-3.000 TL arası' orta gelirli ve '3000 TL'nin üstünde' olanlar yüksek gelirli olarak üç grup olarak kategorize edildi.

-Smear testi yaptırma durumuna verilen yanıtlar; 'hiç yaptırmadım', 'iki yıldan fazla oldu', 'iki yılda bir' ve 'son bir yıl içinde' şeklinde gruplandırıldı. Karşılaştırmalı analiz yapılırken; 'iki yıldan fazla oldu', 'iki yılda bir' ve 'son bir yıl içinde' cevapları birleştirilerek 'smear testi yaptırdım' olarak adlandılırdı ve gruplar hiç yaptırmadım ve yaptırdım olarak iki grup şeklinde kategorize edildi.

-'HPV virüsünü duydunuz mu?' sorusuna hayır cevabı verenlerin HPV ile ilgili 3 soruyu cevaplamadan geçmeleri ve 'HPV aşısını duydunuz mu?' sorusuna hayır cevabi verenlerin HPV aşısı ile ilgili 5 soruyu cevaplamadan geçmeleri istendi.

-Katılımcılar, serviks kanseri ve HPV ile ilgili sorulara verdiği doğru cevap sayısına göre; 1-5 soruya doğru cevap verenler az bilgili, 5-10 soruya doğru cevap verenler orta bilgili ve 10-15 soruya doğru cevap verenler çok bilgili olarak gruplandırıldı.

3.5. Kullanılan Ölçekler

3.5.1. Evlilikte Uyum Ölçeği (EUÖ)

Locke ve Wallace'ın (1959) geliştirdiği Türkiye uyarlamasını Şennur Tutarel Kışlak'ın yaptığı toplam 15 sorudan oluşan, tam adı Locke ve Wallace EUÖ (Bkz. Ek-3) olan bu ölçek, evliliğin niteliğini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir (Tutarel-Kışlak 1999).

Ölçek; genel evlilik uyumu ile birlikte aile bütçesi, duyguların ifadesi, arkadaşlar, cinsellik ve yaşam felsefesi gibi konularda anlaşma ya da anlaşamama durumunu ve güven, çatışma çözme, boş zaman ve ev dışı etkinliklerde ilişki tarzını ölçmektedir.

Tutarel-Kışlak (1999) tarafından EUÖ'nün geçerlik ve güvenirlik çalışması ayrı ayrı hem 1978 yılında Hunt'ın yaptığı puanlama, hem de Freeston ve Plechaty'nin 1997 yılında yaptığı 10. ve 12. maddelere önerdikleri yeni puanlamasına yer verilerek yapılmıştır. Bu araştırmada EUÖ'nin 10. ve 12. maddelerine ait puanlamaların Freeston ve Plechaty'nin

önerdiği şekilde yapılmasına karar verilmiştir. Çünkü Tutarel-Kışlak (1999) tarafından puanlamanın bu şekilde yapılmasının daha uygun olacağı belirtilmektedir. Buna göre araştırmada kullanılan ölçeğin puanlama sistemi Tablo 3'te gösterilmiştir.

Tablo 3. Evlilikte uyum ölçeği puan hesaplama

Madde numaraları	Puan
1. madde:	0. 1. 2. 3. 4. 5. 6 puan
2 ile 9 arası maddeler:	5. 4. 3. 2. 1. 0 puan
10. madde:	0. 0. 1 puan
11. madde:	3. 2. 1. 0 puan
12. madde:	Anlaşmazlık: 0 puan Bir konuda anlaşma: 1 puan
13. madde:	0. 1. 2. 3 puan
14. madde:	2. 1. 0 puan
15. madde:	0. 1. 2. 2 puan

Ölçeğin puanlama sisteminden anlaşılacağı gibi ölçekten alınabilecek en düşük uyum puanı 0, en yüksek uyum puanı ise 58'dir. Araştırmada uyumlu ve uyumsuz evli kişiler ayırt etmesini sağlayan kesme puanı 43.5 olarak belirlenmiştir. Ölçek klinikte tanı koymak amacıyla uygulandığında; kişiler 43 ve üzerinde puan almışlarsa evliliklerinde uyumlu, 43'ün altında puan almışlarsa evliliklerinde uyumsuz olarak değerlendirilmektedir (Tutarel-Kışlak 1999). Bu kesme puanı kullanılarak yapılan çalışmalar mevcuttur (Çoban, Nehir ve ark. 2008, Taşçı, Bolsoy et al. 2008).

3.5.2. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Depresyonda görülen bedensel, duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtileri ölçmektedir. Ölçeğin amacı depresyon tanısı koymak değil, depresyon belirtilerinin derecesini objektif olarak belirlemektir. 21 belirti kategorisinin her birinde dört seçenek vardır. Her madde 0 ile 3 arasında puan alır. Bu puanların toplanmasıyla depresyon puanı elde edilir. Ölçekten alınacak toplam puan 0-63 arasında değişmektedir. Toplam puanın yüksek oluşu depresyon şiddetinin yüksekliğini gösterir (Beck, Ward et al. 1961). BDÖ'den alınan puanlara

göre depresyon düzeyleri: 0-9 puan depresyon yok, 10-16 puan hafif derece depresyon, 17-29 puan orta derece depresyon ve 29-63 puan ağır depresyon olarak değerlendirilir. Ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması Hisli tarafından yapılmıştır. Beck depresyon ölçeği kullanılarak yapılan benzer araştırmalarda, BDÖ değeri kesim noktası olarak farklı değerler alınmakla birlikte, genel olarak kesim noktası 17 olarak alınmış ve 17 ve üstü puanlar depresyon var; 17'nin altındaki puanlar ise depresyon yok olarak kabul edilir (Hisli 1988).

3.5.3. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

Bireylerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını belirleyen bir özbildirim ölçeğidir. 21 maddeden oluşan, 0-3 arası puanlanan Likert tipi bir ölçektir. Ölçekten alınan puanların yüksekliği, bireyin yaşadığı anksiyetenin şiddetini göstermektedir(Beck, Epstein et al. 1988). Ölçekten alınacak toplam puan 0-63 arasında değişmektedir. BAÖ'den alınan puanlara göre hastaların anksiyete düzeyleri; 0-7 puan normal, 8-15 puan hafif düzey, 16-25 puan orta düzey ve 26-63 puan ağır düzey anksiyete olarak kabul edilir. BAÖ kesme puanı 17 kabul edilerek 17 ve altı puanlar düşük anksiyete; 17'nin üzerindeki puanlar ise yüksek anksiyete düzeyi olarak değerlendirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ulusoy ve arkadaşları (1998) tarafından yapılmıştır (Ulusoy 1998).

3.6. İstatistiksel Analiz

SPSS versiyon 22.0 kullanılarak veriler analiz edildi. Tanımlayıcı analizlerde ortalama ve standart sapma, kategorik verilerin analizi için ise Ki-kare ve Spearman korelasyon analizi kullanıldı. Ayrıca sürekli iki değişken arasındaki ilişki incelenirken Pearson Korelasyon analizi ve regresyon analizi uygulanmıştır. Yapılan tüm testlerde anlamlılık seviyesi olarak 0,05 kullanılmıştır.

4. BULGULAR

Tablo 4.1.1. Soyodemografik Özellikler (n=1000)

Sosyodemografik Özellik		n	%
Yaş	18-29 yaş	452	45.2
	30-49 yaş	428	42.8
	50-64 yaş	108	10.8
	65-80 yaş	12	1.2
Meslek	Ev hanımı	941	94.1
	Diğerleri	59	5.9
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	44	4.4
	Okuryazar	19	1.9
	İlköğretim	676	67.6
	Lise	177	17.7
	Üniversite ve üzeri	84	8.4
Aylık Gelir	Düşük	224	22.4
	Orta	625	62.5
	Yüksek	151	15.1
Çocuk Sayısı	Yok	15	1.5
	Bir	232	23.2
	İki	326	32.6
	Üç	266	26.6
	Dört ve üstü	161	16.1

Çalışmamız 18-80 yaş arası 1000 evli kadın ile yapılmıştır (n=1000). Çalışmaya katılanların yaş ortalaması 33.48±0.35 (18-80) olarak bulundu. Katılımcıların %45.2'si (n=452) 18-29 yaş arasında, %42.8'i (n=428) 30-49 yaş arasında, %10.8'i (n=108) 50-64 yaş arasında ve %1.2'si (n=12) 65-80 yaş arasındaydı. Katılımcıların %94.1'i (n=941) ev hanımıydı ve %5.9'u (n=59) diğer meslek gruplarındandı. Eğitim düzeylerine bakıldığında %4.4'ü (n=44) okuryazar değil, %1.9'u (n=19) okuryazar, %67.6'sı (n=676) ilköğretim mezunu, %17.7'si (n=177) lise mezunu ve %8.4'ü (n=84) üniversite ve üzeri mezunu idi.

Katılımcıların %22.4'ü (n=224) az gelirli, %62.5'i (n=625) orta gelirli ve %15.1'i (n=151) yüksek gelirliydi. Katılımcıların %1.5'i (n=15) çocuk sahibi değildi, %23.2'si (n=233) bir çocuk sahibi, %32.6'sı (n=326) iki çocuk sahibi, %26.6'sı (n=266) üç çocuk sahibi ve %16.1'i (n=161) dört ve üstü sayıda çocuk sahibi idi (Tablo 4.1.1).

Tablo 4.1.2. Sigara İçme ve Menopoz Durumu

Sigara kullanımı	n	%
Evet	78	7.8
Hayır	922	92.2
Menopoz durumu		
Menopoz(+)	131	13.1
Menopoz(-)	869	86.9

Katılımcıların % 92.2'si (n=922) sigara içmiyorken, %7.8'i (n=78) sigara içiyordu ve katılımcıların % 86.9'u (n=869) menopozda değilken %13.1'i (n=131) menopozdaydı (Tablo 4.1.2).

Tablo 4.1.3. Gebelikten Korunma Yöntemleri

Gebelikten korunma yöntemi	**n**	**%**
Kondom	284	32.7
Geleneksel yöntem	149	17.1
RİA	116	13.3
Oral kontraseptif	32	3.7
Diğer yöntemler	30	3.5
Korunmuyor	258	29.7
Toplam	869	100.0

Katılımcıların % 29.7'si (n=258) gebelikten korunmuyordu, %32.7'si (n=284) kondom, %17.1'i (n=149) geleneksel yöntem (geri çekme), %13.3'ü (n=116) RİA, %3.3'si (n=33) oral kontraseptif ve %3.5'i de (n=30) diğer yöntemleri kullanıyordu (Tablo 4.1.3).

Tablo 4.1.4. Katılımcıların Serviks Kanseri Hakkındaki Bilgi Düzeyleri

	n	**%**
Rahim ağzı kanserini daha önce duydunuz mu?		
Evet	921	92.1
Hayır	79	7.9
Birden çok cinsel eşin rahim ağzı kanseri riskini artırdığını biliyor musunuz?		
Evet	219	21.9
Hayır	781	78.1
Erken cinsel yaşın rahim ağzı kanseri riskini artırdığını biliyor musunuz?		
Evet	107	10.7
Hayır	893	89.3
Sigara içmenin rahim ağzı kanseri riskini artırdığını biliyor musunuz?		
Evet	542	54.2
Hayır	458	45.8

Katılımcıların %92.1'i (n=921) rahim ağzı kanserini duymuşken, %7.9'u (n=79) duymamıştı. Katılımcıların %21.9'u (n=219) birden çok cinsel partnere sahip olmanın rahim ağzı kanseri riskini artırdığını biliyorken, %78.1'i (n=781) bilmiyordu. Katılımcıların %10.7'si (n=107) ilk cinsel ilişki yaşının erken olmasının riski artırdığını biliyorken, %89.3'ü (n=893) bilmiyordu ve %54.2'si (n=542) sigara içmenin rahim ağzı kanseri riskini artırdığını biliyorken, %45.8'i (n=458) sigara içmenin bu riski artırdığını bilmiyordu (Tablo 4.1.4).

Tablo 4.1.5. Sigara İçme Durumuna Göre Sigara İçmenin Serviks Kanseri Riskini Artırdığını Bilme Durumları

Sigara içme durumu		Sigara içmenin riski artırdığını biliyor musunuz?		
		Evet	Hayır	p
Evet	**n**	55	23	0.003
	%	70.5	29.5	
Hayır	**n**	487	435	
	%	52.8	47.2	

Katılımcılar sigara içmenin serviks kanseri riskini artırdığını bilme durumuna göre değerlendirildiğinde; sigara içenlerin %70.5'i (n=55) sigara içmenin rahim ağzı kanseri riskini artırdığını biliyorken, sigara içmeyenlerin %52.8'i (n=487) biliyordu. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu (p=0.003). Sigara içen katılımcılar sigara içmenin serviks kanseri için risk faktörü olduğunu sigara içmeyenlere göre daha fazla biliyordu.

Tablo 4.1.6. Katılımcıların Serviks Kanseri Taraması (Smear Testi) Hakkındaki Bilgi Düzeyleri ve Tutumları

	n	%
Düzenli kadın doğum muayenesine gidiyor musunuz?		
Evet	117	11.7
Hayır	883	88.3
Smear testini daha önce duydunuz mu?		
Evet	643	64.3
Hayır	357	35.7
Smear testi yaptırdınız mı?		
Hiç yaptırmadım	728	72.8
İki yıldan fazla oldu	133	13.3
İki yılda bir	15	1.5
Son bir yıl içinde	124	12.4

Katılımcıların %11.7'si (n=117) düzenli kadın doğum muayenesi yaptırıyorken, %88.3'ü (n=883) yaptırmıyordu. Katılımcıların %64.3'ü (n=643) smear testini daha önce duymuşken, %35.7'si (n=357) testi daha önce hiç duymamıştı. Katılımcıların %13.3'ü (n=133) smear testini iki yıldan fazla süre önce yaptırmıştı, %12.4'ü (n=124) son bir yıl içinde yaptırmıştı ve %1.5'i (n=15) iki yılda bir yaptırıyordu. Toplamda katılımcıların %27.2'si (n=272) smear testini daha önce en az bir kez yaptırmışken, %72.8'i (n=728) smear testini hiç yaptırmamıştı (Tablo 4.1.6).

Tablo 4.1.7. Yaşa Göre Smear Testi Hakkındaki Bilgi ve Tutum Durumu

Yaş	**18-29**		**30-49**		**50-64**		**65-80**		
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**p**
Smear testi duyma									
Evet	244	54.0	315	73.6	79	73.1	5	41.7	**<0.001**
Hayır	208	46.0	113	26.4	29	26.9	7	58.3	
Smear testi yaptırma									
Evet	45	10.0	169	39.5	56	51.9	2	16.7	**<0.001**
Hayır	407	90.0	259	60.5	52	48.1	10	83.3	

Katılımcılar yaşa göre smear testini duyma açısından değerlendirildiğinde; 18-29 yaş grubunun %54'ü (n=244) daha önce smear testini duymuşken, 30-49 yaş grubunun %73.6'sı (n=315), 50-64 yaş grubunun %73.1'i (n=79), 65-80 yaş grubunun %41.7'si (n=5) smear testini duymuştu. Smear testini duyma açısından yaşa göre gruplar arasında anlamlı fark mevcuttu (p<0.001). Smear testini en çok duyan yaş grubu 30-49 yaş grubu iken en az duyan yaş grubu 64-80 yaş grubu idi.

Katılımcılar yaşa göre smear testi yaptırma açısından değerlendirildiğinde; 18-29 yaş grubunun %10'u (n=45) daha önce smear testi yaptırmışken, %90.0'ı (n=407) smear testini hiç yaptırmamıştı. 30-49 yaş grubunun %39.5'i (n=169) daha önce smear testi yaptırmışken, %60.5'i (n=259) yaptırmamıştı. 50-64 yaş grubunun %51.9'u (n=56) daha önce smear testi yaptırmışken, %48.1'i (n=52) yaptırmamıştı ve 65-80 yaş grubunun %16.7'si (n=2) daha önce smear testi yaptırmışken, %83.3'ü (n=10) yaptırmamıştı. Yaşa göre smear testi yaptırma açısından gruplar arasında anlamlı fark mevcuttu (p<0.001). Smear testini en fazla yaptırmış olan yaş grubu 50-64 yaş grubu iken en az yaptırmış olan grup 18-29 yaş grubu idi (Tablo 4.1.7).

Tablo 4.1.8. Çalışma Durumuna Göre Smear Testi Hakkındaki Bilgi ve Tutum Durumu

	Ev hanımı		**Diğerleri**		
	n	**%**	**n**	**%**	**p**
Smear testi duyma					
Evet	598	63.5	45	76.3	**0.048**
Hayır	343	36.5	14	23.7	
Smear testi yaptırma					
Evet	251	26.7	21	35.6	0.135
Hayır	690	73.3	38	64.4	

Katılımcılar çalışma durumuna göre smear testini duyma açısından değerlendirildiğinde; ev hanımı olanların %63.5'i (n=598) smear testini duymuşken, %36.5'i (n=343) testi daha önce duymamıştı. Diğerleri grubunun %76.3'ü (n=45) smear testini duymuşken %23.7'si (n=14) testi daha önce duymamıştı. Gruplar arasında anlamlı istatistiksel fark mevcuttu (p=0.048). Ev hanımı olmayan kadınlar ev hanımlarına kıyasla smear testini daha fazla oranda duymuştu.

Katılımcılar çalışma durumuna göre smear yaptırma açısından değerlendirildiğinde; ev hanımı olanların %26.7'si (n=251) daha önce smear testi yaptırmışken, %73.3'ü (n=690) testi daha önce yaptırmamıştı. Diğerleri grubunun %35.6'sı (n=21) daha önce smear testi yaptırmışken, %64.4'ü (n=38) yaptırmamıştı. Gruplar arasında anlamlı istatistiksel fark bulunamadı (p=0.135) (Tablo 4.1.8).

Tablo 4.1.9. Eğitim Durumuna Göre Smear Testi İle İlgili Bilgi ve Tutum Durumu

	Okuryazar değil		**Okuryazar**		**İlköğretim**		**Lise**		**Üniversite ve üzeri**		
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**p**
Smear testini duyma											
Evet	20	45.5	8	42.1	442	65.4	111	62.7	62	73.8	**0.005**
Hayır	24	54.5	11	57.9	234	34.6	66	37.3	22	26.2	
Smear testi yaptırma											
Evet	8	18.2	4	21.1	196	29.0	43	24.3	21	25.0	0.376
Hayır	36	81.8	15	78.9	480	71.0	134	75.7	63	75.0	

Katılımcılar eğitim durumuna göre smear testini duyma açısından değerlendirildiğinde; okuryazar olmayanların %45.5'i (n=20) testi duymuşken, 54.5'i (n=24) duymamıştı. Okuryazar olanların 42.1'i (n=8) testi duymuşken, %57.9'u (n=11) duymamıştı. İlköğretim mezunu olanların %65.4'ü (n=442) testi duymuşken, %34.6'sı (n=234) duymamıştı. Lise mezunu olanların %62.7'si (n=111) testi duymuşken, %37.3'ü (n=66) duymamıştı ve üniversite ve üzeri mezunu olanların %73.8'i (n=62) smear testini duymuşken, %26.2'si (n=22) duymamıştı. Gruplar arasında anlamlı istatistiksel fark mevcuttu(p=0.005). Smear testini en fazla duyan grup üniversite ve üzeri eğitim alanlardı.

Katılımcılar eğitim durumuna göre smear yaptırma açısından değerlendirildiğinde; okuryazar olmayanların %18.2'si (n=8) daha önce smear yaptırmışken, %81.8'i (n=36) hiç

smear yaptırmamıştı. Okuryazar grubun %21.1'i (n=4) daha önce smear yaptırmışken, %78.9'u (n=15) hiç smear yaptırmamıştı. İlköğretim mezunlarının %29.0'ı (n=196) daha önce smear yaptırmışken, %71.0'i (n=480) hiç smear yaptırmamıştı. Lise mezunlarının %24.3'ü (n=43) daha önce smear yaptırmışken, %75.7'si (n=134) hiç smear yaptırmamıştı. Üniversite mezunlarının %25.0'i (n=21) daha önce smear yaptırmışken, %75.0'si (n=63) hiç smear yaptırmamıştı. Gruplar arasında anlamlı istatistiksel fark bulunamadı(p=0.376)(Tablo 4.1.9).

Tablo 4.1.10. Gelir Durumuna Göre Smear Testi İle İlgili Bilgi ve Tutum Durumu

Gelir durumu	**Az**		**Orta**		**Yüksek**		
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**p**
Smear testi duyma							
Evet	115	51.3	403	64.5	125	82.8	**<0.001**
Hayır	109	48.7	222	35.5	26	17.2	
Smear testi yaptırma							
Evet	48	21.4	160	25.6	64	42.4	**<0.001**
Hayır	176	78.6	465	74.4	87	57.6	

Katılımcılar gelir durumuna göre smear testini duyma açısından değerlendirildiğinde; az gelirli olanların %51.3'ü (n=115) testi duymuşken, %48.7'si duymamıştı. Orta gelirli olanların % 64.5'i (n=403) testi duymuşken, %35.5'i (n=222) testi duymamıştı ve yüksek gelirli olanların %82.8'i (n=125) testini duymuşken, %17.2'si (n=26) testi duymamıştı. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu (p<0.001). Gelir durumu arttıkça smear testini duyma oranı artıyordu.

Katılımcılar gelir durumuna göre smear testi yaptırma açısından değerlendirildiğinde; az gelirli olanların %21.4'ü (n=48) testi yaptırmışken, %78.6'sı (n=176) yaptırmamıştı. Orta gelirli olanların %25.6'sı (n=160) testi yaptırmışken, %74.4'ü (n=465) yaptırmamıştı ve yüksek gelirli olanların %42.4'ü (n=64) smear testini yaptırmışken, %57.6'sı(n=87) testi yaptırmamıştı. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu (p<0.001). Gelir durumu arttıkça smear testini yaptırma oranı artıyordu (Tablo 4.1.10).

Tablo 4.1.11. Çocuk Sayısına Göre Smear Testi Hakkındaki Bilgi ve Tutum Durumu

	Çocuk yok		**Bir**		**İki**		**Üç**		**Dört ve üstü**		
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**p**
Smear testini duyma											**<0.001**
Evet	7	46.7	128	55.2	205	62.9	182	68.4	121	75.2	
Hayır	8	53.3	104	44.8	121	37.1	84	31.6	40	24.8	
Smear testi yaptırma											**<0.001**
Evet	4	26.7	21	9.1	84	25.8	98	36.8	65	40.4	
Hayır	11	73.3	211	90.9	242	74.2	168	63.2	96	59.6	

Katılımcılar çocuk sayısına göre smear testini duyma açısından değerlendirildiğinde; çocuk sahibi olmayanların %46.7'si (n=53.3) smear testini duymuşken, bir çocuğu olanların %55.2'si (n=128), iki çocuğu olanların %62.9'u (n=205), üç çocuğu olanların %68.4'ü (n=182), dört ve üstü çocuğu olanların %75.2'si (n=121) smear testini duymuştu. Gruplar arasında anlamlı istatistiksel fark mevcuttu (p<0.001). Çocuk sayısı arttıkça smear testini duyma oranı artmıştı.

Katılımcılar çocuk sayısına göre smear testini yaptırma açısından değerlendirildiğinde; çocuk sahibi olmayanların %26.7'si(n=4) daha önce smear testi yaptırmışken, bir çocuğu olanların %9.1'i (n=21), iki çocuğu olanların %25.8'i (n=84), üç çocuğu olanların %36.8'i (n=98), dört ve üstü sayıda çocuğu olanların %40.4'ü (n=65) smear testini daha önce yaptırmıştı. Gruplar arasında anlamlı istatistiksel fark mevcuttu (p<0.001). Çocuk sahibi olan katılımcılarda çocuk sayısı sayısı arttıkça smear testini yaptırma oranı artmıştı (4.1.11).

Tablo 4.1.12. Serviks Kanseri Duyma Durumuna Göre Smear Yaptırma Durumu

Serviks kanseri duyma		**Smear yaptırma durumu**		
		Evet	**Hayır**	**p**
Evet	**n**	267	654	**<0.001**
	%	29.0	71.0	
Hayır	**n**	5	74	
	%	6.3	93.7	

Serviks kanseri hakkında duyum sahibi olan katılımcıların %29'u (n=267) daha önce smear testi yaptırmışken, olmayanların % 6.3'ü (n=5) smear testi yaptırmıştı. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p<0.001). Serviks kanserini duymuş olan katılımcılar, duymayanlara göre daha fazla oranda smear testi yaptırmıştı (Tablo 4.1.12).

Tablo 4.2.1. Katılımcıların HPV Hakkındaki Bilgi Durumu

	n	%
HPV'yi daha önce duydunuz mu?		
Evet	137	13.7
Hayır	863	86.3
HPV nasıl bulaşır?		
Bilmiyorum	31	22.7
Sindirim yoluyla	2	1.4
Solunum yoluyla	2	1.4
Cinsel yolla	102	74.5
HPV kimlerde görülür?		
Erkek	6	4.3
Kadın	77	56.3
Hem erkek hem kadın	54	39.4
HPV hangi kansere neden olur?		
Meme kanseri	1	0.7
Yumurtalık kanseri	7	5.1
Rahim kanseri	48	35.1
Rahim ağzı kanseri	81	59.1

Katılımcıların %13.7'si (n=137) HPV'yi daha önce duymuşken, %86.3'ü (n=86.3) duymamuştı. HPV'yi duyanların %22.7'si (n=31) virüsün nasıl bulaştığını bilmiyorken, %74.5'i (n=102) cinsel yolla, %1.4'ü (n=2) solunum yoluyla ve %1.4'ü de (n=2) sindirim yoluyla bulaştığını düşünüyordu. HPV'yi duyanların % 56.3'ü (n=77) virüsün kadınlarda görüldüğünü, %39.4'ü (n=54) hem kadınlarda hem erkeklerde görüldüğünü ve %4.3'ü(n=6) erkeklerde görüldüğünü düşünüyordu. HPV'yi duyanların %59.1'i(n=81) virüsün rahim ağzı kanserine sebep olduğunu, %35.1'i (n=48) rahim kanserine, %5.1'i (n=7) yumurtalık kanserine ve %0.7'si de meme kanserine sebep olduğunu düşünüyordu (Tablo 4.2.1).

Tablo 4.2.2. Katılımcıların HPV Aşısı Hakkındaki Bilgi Durumu

	n	%
HPV aşısını duydunuz mu?		
Evet	50	5.0
Hayır	950	95.0
HPV aşısı kimlere yapılmalı?		
Kız çocuklara	11	22.0
Hem kız hem erkek çocuklara	15	30.0
Yetişkinlere	24	48.0
HPV aşısı kaç yaşında yapılmalı?		
2 yaş ve altında	1	2.0
9-26 yaş	25	50.0
27-50 yaş	23	46.0
51 yaş ve üzeri	1	2.0
HPV aşısı kaç yıl koruyucudur?		
1 yıl	2	4.0
5 yıl	14	28.0
10 yıl	6	12.0
Ömür boyu	28	56.0
HPV aşısı tüm cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korur mu?		
Evet	14	28.0
Hayır	36	72.0
HPV aşısı ücretli midir?		
Evet	20	40.0
Hayır	30	60.0

Katılımcıların %5'i (n=50) HPV aşısını daha önce duymuşken, %95'i (n=950) duymamıştı. HPV aşısını duyan katılımcılara sorulduğunda; %48'i (n=24) aşının yetişkinlere yapıldığını, %30'u (n=15) hem kız hem erkek çocuklara yapıldığını ve %22'si (n=11) kız çocuklara yapıldığını belirtti. Aşıyı duyan katılımcıların % 50'si aşının 9-26 yaş arasında yapıldığını, %46'sı (n=23) 27-50 yaşları arasında, %2'si (n=1) 2 yaş ve altında ve %2'si (n=1) de 51 yaş ve üzerinde yapıldığını düşünüyordu. Aşıyı duyan katılımcıların %56'sı (n=28) aşının ömür boyu koruyuculuğu olduğunu, %28'i (n=14) aşının koruyuculuğunun 5 yıl olduğunu, % 12'si (n=6) 10 yıl olduğunu ve %4'ü (n=2)1 yıl koruyuculuğunun olduğunu düşünüyordu. Katılımcıların %28'i (n=14) HPV aşısının tüm cinsel yolla bulaşan hastalıklardan koruduğunu düşünürken, %72'si (n=36) tüm cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korumadığını düşünüyordu. Katılımcıların %40'ı (n=20) HPV aşısının ücretli olduğunu düşünürken, %60'ı (n=30) aşının ücretsiz olduğunu düşünüyordu (Tablo 4.2.2).

Tablo 4.2.3. HPV Duyma Durumu İle HPV Aşısı Duyma Durumu İlişkisi

HPV duyma		**HPV aşısını duyma**		**Toplam**	
		Evet	**Hayır**		**p**
Evet	**n**	49	88	137	**0.001**
	%	35.8	64.2	100.0	
Hayır	**n**	1	862	863	
	%	0.1	99.1	100.0	

Katılımcılardan HPV virüsü duyanların %35.8'i (n=49) HPV aşısını duymuşken, virüsü duymayanların %0.1 (n=1) HPV aşısını duymuştu. HPV'yi duyma durumuna göre HPV aşısını duyma arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardı(p=0.001). HPV' yi duyan katılımcılar, duymayanlara göre HPV aşısını daha çok duymuştu (Tablo 4.2.3).

Tablo 4.2.4. Yaşa Göre HPV ve HPV Aşısını Duyma Durumu

	18-29 yaş		**30-49 yaş**		**50-64 yaş**		**65-80 yaş**		
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**p**
HPV duyma									0.987
Evet	62	13.7	59	13.8	14	13.0	2	16.7	
Hayır	390	86.3	369	86.2	94	87.0	10	83.3	
HPV aşısını duyma									0.304
Evet	19	4.2	27	6.3	3	2.8	1	8.3	
Hayır	433	95.8	401	93.7	105	97.2	11	91.7	

Katılımcılar yaşa göre HPV virüsünü duyma açısından değerlendirildiğinde; 18-29 yaş grubunun %13.7'si (n=62) HPV virüsünü duymuşken, %86.3'ü(n=390) duymamıştı. 30-49 yaş grubunun %13.8'i (n=59) duymuşken, %86.2'si (n=369) duymamıştı. 50-64 yaş grubunun %13.0'ü (n=14) duymuşken, %87.0'si (n=94) duymamıştı. 65-80 yaş grubunun %16.7'si (n=2) HPV virüsünü duymuşken, %83.3'ü (n=10) duymamıştı. Gruplar arasında anlamlı istatistiksel fark bulunamadı (p=0.987).

Katılımcılar yaşa göre HPV aşısını duyma açısından değerlendirildiğinde; 18-29 yaş grubunun %4.2'si (n=19) HPV aşısını duymuşken, %95.8'i (n=433) duymamıştı. 30-49 yaş grubunun %6.3'ü (n=27) duymuşken, % 93.7'si (n=401) duymamıştı. 50-64 yaş grubunun %2.8'i (n=3) duymuşken, %97.2'si duymamıştı ve 65-80 yaş grubunun %8.3'ü (n=1) HPV aşısını duymuşken, %91.7'si (n=11) duymamıştı. Gruplar arasında anlamlı istatistiksel fark bulunamadı (p=0.304) (Tablo 4.2.4).

Tablo 4.2.5. Çalışma Durumuna Göre HPV ve HPV Aşısını Duyma Durumu

	Ev hanımı		Diğerleri		
	n	**%**	**n**	**%**	**p**
HPV duyma					**0.021**
Evet	123	13.1	14	23.7	
Hayır	818	86.9	45	76.3	
HPV aşısı duyma					**0.023**
Evet	43	4.6	7	11.9	
Hayır	898	95.4	52	88.1	

Ev hanımı olan kadınların %13.1'i (n=123) HPV'yi daha önce duymuşken, %86.9'u (n=818) duymamıştı. Diğerleri grubunun %23.7'si (n=14) HPV'yi daha önce duymuşken, %76.3'ü (n=45) duymamıştı. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu (p=0.021). Ev hanımı olmayanlar ev hanımlarına göre HPV virüsünü daha fazla oranda duymuştu.

Ev hanımı olan kadınların %4.6'sı (n=43) HPV aşısının duymuşken, %95.4'ü (n=898) daha önce duymamıştı. Diğerleri grubunun %11.9'u (n=7) HPV aşısını daha önce duymuşken, %88.1'i (n=52) duymamıştı. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu (p=0.023). Ev hanımı olmayanlar ev hanımlarına göre HPV aşısını daha fazla oranda duymuştu (Tablo 4.2.5).

Tablo 4.2.6. Eğitim Durumuna Göre HPV ve HPV Aşısını Duyma Durumu

	Okuryazar değil		Okuryazar		İlköğretim		Lise		Üniversite ve üzeri		
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**p**
HPV duyma											**<0.001**
Evet	0	0.0	0	0.0	74	10.9	38	21.5	25	29.8	
Hayır	44	100	19	19	602	89.1	139	78.5	59	70.2	
HPV aşısı duyma											**<0.001**
Evet	0	0.0	0	0.0	22	3.3	13	7.3	15	17.9	
Hayır	44	100.0	19	100.0	654	96.7	164	92.7	69	82.1	

Katılımcılar eğitim durumuna göre HPV virüsünü duyma açısından değerlendirildiğinde; okuryazar olmayan ve okuryazar grubun hiçbiri HPV virüsünü duymamışken, ilköğretim mezunlarının %10.9'u (n=74) HPV virüsünü duymuştu, lise mezunlarının %21.5'i (n=38) ve üniversite mezunlarının %29.8'i (n=25) HPV virüsünü

duymuştu. Gruplar arasında anlamlı istatistiksel fark mevcuttu (p<0.001). Üniversite ve üzeri eğitimi olanlar, diğerlerine göre daha fazla oranda HPV virüsünü duymuştu.

Katılımcılar eğitim durumuna göre HPV aşısını duyma açısından değerlendirildiğinde; okuryazar olmayan ve okuryazar grubun hiçbiri HPV aşısını duymamışken, ilköğretim mezunlarının %3.3'ü (n=22), lise mezunlarının %7.3'ü (n=13) ve üniversite mezunlarının %17.9'u (n=15) HPV aşısını duymuştu. Gruplar arasında anlamlı istatistiksel fark mevcuttu (p<0.001). Üniversite ve üzeri eğitimi olanlar diğerlerine göre daha fazla oranda HPV aşısını duymuştu (Tablo 4.2.6).

Tablo 4.2.7. Gelir Durumuna Göre HPV ve HPV Aşısını Duyma Durumu

Gelir durumu	**Az**		**Orta**		**Yüksek**		
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**p**
HPV duyma							
Evet	13	5.8	93	14.9	31	20.5	**<0.001**
Hayır	211	94.2	532	85.1	120	89.5	
HPV aşısı duyma							
Evet	4	1.8	30	4.8	16	10.6	**0.002**
Hayır	220	98.2	595	95.2	135	89.4	

Katılımcılar gelir düzeyine göre HPV virüsünü duyma açısından değerlendirildiğinde; az gelirli olanların %5.8'i (n=13) HPV virüsünü duymuşken, orta gelirli olanların %14.9'u (n=93) ve yüksek gelirli olanların %20.5'i (n=31) HPV virüsünü duymuştu. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu(p<0.001). Gelir düzeyi arttıkça HPV virüsünü duyma oranları artmakta idi.

Katılımcılar gelir düzeyine göre HPV aşısını duyma açısından değerlendirildiğinde; az gelirli olanların %1.8'i (n=4) HPV aşısını duymuşken, orta gelirli olanların %4.8'i (n=30) ve yüksek gelirli olanların %10.6'sı (n=16) HPV aşısını duymuştu. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu (p=0.002). Gelir düzeyi arttıkça HPV aşısını duyma oranları artmakta idi (Tablo 4.2.7).

Tablo 4.2.8. Çocuk Sayısına Göre HPV ve HPV Aşısını Duyma Durumu

Çocuk sayısı	Çocuk yok		Bir		İki		Üç		Dört ve üstü		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	p
HPV duyma											
Evet	2	13.3	30	12.9	44	13.5	40	15.0	21	13.0	0.965
Hayır	13	86.7	202	87.1	282	86.5	226	85.0	140	87.0	
HPV aşısı duyma											
Evet	2	13.3	12	5.2	22	6.7	11	4.1	3	1.9	0.083
Hayır	13	86.7	220	94.8	304	93.3	255	95.9	158	98.1	

Katılımcılar çocuk sayısına göre HPV virüsünü duyma açısından değerlendirildiğinde; çocuk sahibi olmayanların %13.3'ü (n=2) HPV virüsünü duymuşken, bir çocuğu olanların %12.9'u (n=30), iki çocuğu olanların 13.5'i (n=44), üç çocuğu olanların %15.0'i (n=40) ve dört ve üstü sayıda çocuğu olanların % 13'ü (n=21) HPV virüsünü duymuştu. Gruplar arasında anlamlı istatistiksel ilişki bulunamadı (p=0.965).

Katılımcılar çocuk sayısına göre HPV aşısını duyma açısından değerlendirildiğinde; çocuk sahibi olmayanların %13.3'ü (n=2) HPV aşısını duymuşken, bir çocuğu olanların %5.2'si (n=12), iki çocuğu olanların %6.7'si (n=22), üç çocuğu olanların %4.1'i (n=11) ve dört ve üstü sayıda çocuğu olanların %1.9'u (n=3) HPV aşısını duymuştu. Gruplar arasında anlamlı istatistiksel ilişki bulunamadı (p=0.083) (Tablo 4.2.8).

Tablo 4.2.9. Serviks Kanseri ve HPV Hakkında Bilgi Düzeyi Durumu

Bilgi düzeyi	n	%
Az	762	76,2
Orta	213	21,3
Yüksek	25	2,5

Katılımcılar bilgi düzeyi durumlarına göre değerlendirildiğinde; %76.2'sinin (n=762) az bilgi seviyesine, %21.3'ünün (n=213) orta bilgi seviyesine ve %2.5'inin (n=25) yüksek bilgi seviyesine sahip olduğu görüldü (Tablo 4.2.9).

Tablo 4.2.10. Serviks Kanseri Hakkında Bilgi Almak İsteme Durumu

	n	%
Rahim ağzı kanseri hakkında bilgi almak ister misiniz?		
Evet	959	95.9
Hayır	41	4.1

Katılımcıların %95.9'u (n=959) serviks kanseri ve HPV hakkında bilgi almak isterken, %4.1'i (n=41) bilgi almak istemiyordu (Tablo 4.2.10).

Tablo 4.3.1. Evlilik Uyum Durumu

	n	%
Evlilik uyumu		
Uyumlu	823	82.3
Uyumsuz	177	17.7

Katılımcılar EUÖ puanlarına göre; ≥ 43 olanlar evlilik uyumlu, <43 olanlar evlilik uyumsuz olarak gruplandırılarak değerlendiridiğinde; katılımcıların %82.3'ü (n=823) evlilik uyumlu iken, %17.7'si (n=177) evlilik uyumsuz idi (Tablo 4.3.1).

Tablo 4.3.2. Evlilik Uyumu ile Sosyodemografik Özelliklerin Karşılaştırılması

		Evlilik uyumu (+)		Evlilik uyumu (-)		
		n	%	n	%	p
Yaş	18-29	394	87.2	58	12.8	**0.001**
	30-49	340	79.4	88	20.6	
	50-64	81	75.0	27	25.0	
	64-80	8	66.7	4	33.3	
Çalışma durumu	Ev hanımı	776	82.5	165	17.5	0.584
	Diğerleri	47	79.7	12	20.3	
Eğitim	Okuryazar değil	38	86.4	6	13.6	0.554
	Okuryazar	14	73.7	5	26.3	
	İlköğretim	550	81.4	126	18.6	
	Lise	151	85.3	26	14.7	
	Üniversite	70	83.3	14	16.7	
Aylık gelir	Az	183	81.7	41	18.3	0.804
	Orta	513	82.1	112	17.9	
	Yüksek	127	84.1	24	15.9	
Çocuk sayısı	Yok	14	99.3	1	6.7	0.151
	Bir	198	85.3	34	14.7	
	İki	273	83.7	53	16.3	
	Üç	213	80.1	53	19.9	
	Dört	125	77.6	36	22.4	

EUÖ puanlarına göre gruplar sosyodemografik veriler açısından değerlendirildiğinde; meslek, eğitim durumu, gelir düzeyi, çocuk sayısı ile evlilik uyumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı (p>0.05). Evlilik uyumu ile yaş arasında anlamlı ilişki mevcuttu (p=0.001). Yaş arttıkça evlilik uyumunun azaldığı görüldü (Tablo 4.3.2).

Tablo 4.3.3. Sigara İçme Durumu ile Evlilik Uyumunun Karşılaştırılması

Sigara içme durumu	**Evlilik uyumlu**		**Evlilik uyumsuz**		
	n	**%**	**n**	**%**	**p**
Evet	56	71.8	22	28.2	
Hayır	767	83.2	155	16.8	**0.011**

Evlilik uyumu ile sigara içme durumu karşılaştırıldığında; sigara içenlerin %71.8'i (n=56) evlilik uyumlu iken %28.2'si (n=22) evlilik uyumsuz idi. Sigara içmeyenlerin %83.2'si (n=767) evlilik uyumlu iken %16.8'i (n=155) evlilik uyumsuz idi. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (p=0.011). Sigara içmeyen kadınların evlilik uyumlu olma oranı sigara içen kadınlara göre daha fazla idi (Tablo 4.3.3).

Tablo 4.3.4. Menopoz Durumu ile Evlilik Uyumunun Karşılaştırılması

	Menopoz(+)		**Menopoz(-)**		
	n	**%**	**n**	**%**	**p**
Evlilik uyumu					
Uyumlu	97	74.0	726	83.5	**0.008**
Uyumsuz	34	26.0	143	16.5	

Katılımcıların menopoz durumu ile evlilik uyumu değerlendirildiğinde; menopozda olan kadınların %74'ü (n=97) evlilik uyumlu, %26'sı(n=34) evlilik uyumsuz ve menopozda olmayan kadınların %83.5'i (n=726) evlilik uyumlu, %16.5'u (n=143) evlilik uyumsuz idi. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu (p=0.011). Menopozda olmayan olan kadınların evlilik uyumlu olma oranı menopozda olanlara göre daha fazlaydı (Tablo 4.3.4).

Tablo 4.4.1. Katılımcıların Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri

Depresyon durumu	**n**	**%**
Yok	725	72.5
Hafif	138	13.8
Orta	123	12.3
Yüksek	14	1.4
Anksiyete durumu		
Yok	763	76.3
Hafif	155	15.5
Orta	69	6.9
Yüksek	13	1.3

Katılımcıların depresyon durumuna bakıldığında; %72.5'i (n=725) normal, %13.8'i (n=138) hafif düzey, %12.3'ü (n=123) orta düzey, %1.4'ü (n=14) ileri düzey idi. Anksiyete durumuna bakıldığında %76.3'ü (n=763) normal, %15.5'i(n=155) hafif, %6.9'u (n=69) orta, %1.3'ü (n=13) yüksek düzeyde idi (Tablo 4.4.1).

Tablo 4.4.2. Depresyon Düzeyi ile Sosyodemografik Özelliklerin Karşılaştırılması

		Depresyon Düzeyi								
		Yok		**Hafif**		**Orta**		**Yüksek**		
		n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**p**
Yaş	18-29	361	79.9	47	10.4	41	9.1	3	0.7	**<0.001**
	30-49	297	69.4	68	15.9	57	13.3	6	1.4	
	50-64	62	57.4	20	18.5	22	20.4	4	3.7	
	64-80	5	41.7	3	25.0	3	25.0	1	8.3	
Meslek	Ev hanımı	679	72.2	132	14.0	117	12.4	13	1.4	0.755
	Diğerleri	46	78.0	6	10.2	6	10.2	1	1.7	
Eğitim	Okuryazar değil	31	70.5	7	15.9	5	11.4	1	2.3	0.072
	Okuryazar	11	57.9	5	26.3	2	10.5	1	5.3	
	İlköğretim	475	70.3	97	14.3	94	13.9	10	1.5	
	Lise	136	76.8	25	14.1	15	8.5	1	0.6	
	Üniversite	72	85.7	4	4.8	7	8.3	1	1.2	
Gelir düzeyi	Az	157	70.1	29	12.9	32	14.3	6	2.7	0.558
	Orta	453	72.5	88	14.1	77	12.3	7	1.1	
	Yüksek	115	76.5	21	13.8	14	9.1	1	0.6	
Çocuk sayısı	Yok	9	60.0	5	33.3	1	6.7	0	0.0	**0.025**
	Bir	181	78.0	22	9.5	26	11.2	3	1.3	
	İki	250	76.7	36	11.0	36	11.0	4	1.2	
	Üç	178	66.9	50	18.8	36	13.5	2	0.8	
	Dört	107	66.5	25	15.5	24	14.9	5	3.1	

Katılımcıların depresyon düzeyi ile sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında; depresyon düzeyi ile meslek, eğitim durumu ve gelir düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Depresyon ile yaş arasında ise anlamlı ilişki mevcuttur ($p<0.001$). Yaş arttıkça

depresyon düzeyi artıyordu. Depresyon düzeyi ile çocuk sayısı arasında da anlamlı ilişki mevcuttur (p=0.025). Çocuk sayısı arttıkça depresyon düzeyinde artış görülmüştü fakat hiç çocuğu olmayan grubun depresyon düzeyi çocuk sahibi olan gruplara göre daha fazla idi (Tablo 4.4.2).

Tablo 4.4.3. Anksiyete Düzeyi ile Sosyodemografik Özelliklerin Karşılaştırılması

		Anksiyete Düzeyi								
		Yok		Hafif		Orta		Yüksek		
		n	%	n	%	n	%	n	%	P
Yaş	18-29	385	85.2	50	11.1	16	3.5	1	0.2	**<0.001**
	30-49	322	75.2	63	14.7	38	8.9	5	1.2	
	50-64	52	48.1	35	32.4	14	13.0	7	6.5	
	64-80	4	33.3	7	58.3	1	8.3	0	0.0	
Meslek	Ev hanımı	725	77.0	143	15.2	61	6.5	12	1.3	0.148
	Diğerleri	38	64.4	12	20.3	8	13.6	1	1.7	
Eğitim	Okuryazar değil	31	70.5	7	15.9	5	11.4	1	2.3	0.322
	Okuryazar	11	57.9	3	15.8	4	21.1	1	5.3	
	İlköğretim	511	75.6	111	16.4	45	6.7	9	1.3	
	Lise	139	78.5	24	13.6	12	6.8	2	1.1	
	Üniversite	71	84.5	10	11.9	3	3.6	0	0.0	
Gelir düzeyi	Az	164	73.2	33	14.7	23	10.3	4	1.8	0.352
	Orta	485	77.6	96	15.4	38	6.1	6	1.0	
	Yüksek	114	75.1	26	17.0	8	5.1	3	1.8	
Çocuk sayısı	Yok	11	73.3	3	20.0	1	6.7	0	0.0	**<0.001**
	Bir	202	87.1	21	9.1	9	3.8	0	0.0	
	İki	246	75.5	55	16.8	23	7.1	2	0.6	
	Üç	192	72.1	41	15.4	27	10.2	6	2.3	
	Dört	112	69.6	35	21.7	9	5.6	5	3.1	

Anksiyete düzeyi ile katılımcıların sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında; meslek, eğitim düzeyi, gelir düzeyi ile arasında anlamlı istatistiksel fark bulunamadı (p>0.05). Yaş ile anksiyete düzeyi arasında anlamlı fark mevcuttu (p<0.001). Yaş arttıkça anksiyete düzeyi artmakta idi. Çocuk sayısı ile anksiyete düzeyi arasında da anlamlı fark mevcuttu(p<0.001). Çocuk sayısı arttıkça anksiyete düzeyi artarken, çocuk sahibi olmayanların anksiyete durumu iki çocuğu olanlara göre daha fazla üç çocuğu olanlara göre daha azdı (Tablo 4.4.3).

Tablo 4.4.4. Sigara İçme Durumu ile Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Karşılaştırılması

	Sigara içiyor		Sigara içmiyor		
	n	**%**	**n**	**%**	**p**
Depresyon					
Yok	47	60.3	678	73.5	
Hafif	14	17.9	124	13.4	
Orta	15	19.2	108	11.7	0.096
Yüksek	2	2.6	12	1.3	
Anksiyete					
Yok	42	53.8	721	78.2	
Hafif	22	28.2	133	14.4	
Orta	11	14.1	58	6.3	**0.000**
Yüksek	3	3.8	10	1.1	

Katılımcıların sigara içme durumu göre depresyon düzeyi ile karşılaştırıldında; sigara içenlerin % 60.3'ünde (n=47) depresyon yok, %17.9'unda (n=14) hafif düzey depresyon, %19.2'sinde (n=15) orta düzey depresyon ve %2.6'sında (n=2) yüksek düzey depresyon mevcuttu. Sigara içmeyenlerin %73.5'inde (n=678) depresyon yok ve %13.4'ünde (n=124) hafif düzey depresyon, %11.7'sinde (n=108) orta düzey depresyon ve %1.3'ünde (n=12) yüksek düzey depresyon mevcuttu. Depresyon düzeyi ile sigara içme durumu arasında anlamlı ilişki bulunmamadı (p=0.096).

Sigara içenlerin %53.8'inde (n=42) anksiyete yok, %28.2'sinde (n=22) hafif düzey anksiyete, %14.1'inde (n=11) orta düzey depresyon ve %3.8'inde (n=3) yüksek düzeyde anksiyete mevcuttu. Sigara içmeyenlerin %78.2'sinde (n=721) anksiyete yok, %14.4'ünde (n=133) hafif düzey anksiyete, %6.3'ünde (n=58) orta düzey anksiyete ve %1.1'inde (n=10) yüksek düzeyde anksiyete mevcuttu. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu ($p<0.001$). Sigara içenlerin anksiyete düzeyi içmeyenlere göre daha yüksekti (Tablo 4.4.4).

Tablo 4.4.5. Menopoz Durumu ile Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Karşılaştırılması

	Menopozda		Menopozda değil		
	n	**%**	**n**	**%**	**p**
Depresyon					
Yok	79	60.3	646	74.3	
Hafif	20	15.3	118	13.6	
Orta	26	19.8	97	11.2	**0.001**
Yüksek	6	4.6	8	0.9	
Anksiyete					
Yok	62	47.3	701	80.7	
Hafif	44	33.6	111	12.8	
Orta	18	13.7	51	5.9	**<0.001**
Yüksek	7	5.3	6	0.7	

Menopozda olan katılımcıların %60.3'ünde (n=79) depresyon yoktu, %15.3'ünde (n=20) hafif düzey depresyon, %19.8'inde (n=26) orta düzey depresyon ve %4.6'sında (n=6) yüksek düzey depresyon mevcuttu. Menopozda olmayan katılımcıların %74.3'ünde (n=646) depresyon yoktu, %13.6'sında (n=118) hafif düzey depresyon, %11.2'sinde (n=97) orta düzey depresyon ve %0.9'unda (n=8) yüksek düzey depresyon mevcuttu. Gruplar arasında anlamlı istatistiksel ilişki mevcuttu (p=0.001). Menopozda olan katılımcıların depresyon düzeyi olmayanlara göre daha fazlaydı.

Menopozda olan katılımcıların %47.3'ünde (n=62) anksiyete yoktu, %33.6'sında (n=44) hafif düzey anksiyete, %13.7'sinde (n=18) orta düzey anksiyete ve %5.3'ünde (n=7) yüksek düzey anksiyete mevcuttu. Menopozda olmayan katılımcıların %80.7'sinde (n=701) anksiyete yoktu, %12.8'inde (n=111) hafif düzey anksiyete, %5.9'unda (n=51) orta düzey anksiyete ve %0.7'sinde (n=6) yüksek düzey anksiyete mevcuttu. Gruplar arasında anlamlı istatistiksel ilişki mevcuttu (p<0.001). Menopozda olan katılımcıların anksiyete düzeyi olmayanlara göre daha fazlaydı (Tablo 4.4.5).

Tablo 4.4.6. Evlilik Uyumu ile Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Karşılaştırılması

	Evlilik uyumlu		Evlilik uyumsuz		
	n	**%**	**n**	**%**	**p**
Depresyon					
Yok	661	80.3	64	36.2	
Hafif	96	11.7	42	23.7	
Orta	60	7.3	63	35.6	**<0.001**
Yüksek	6	0.7	8	4.5	
Anksiyete					
Yok	662	80.4	101	57.1	
Hafif	108	13.1	47	26.6	
Orta	48	5.8	21	11.9	**<0.001**
Yüksek	5	0.6	8	4.5	

Katılımcıların evlilik uyumu ile depresyon düzeyi karşılaştırıldığında; evlilik uyumlu olanların %80.3'ünde (n=661) depresyon yoktu, %11.7'sinde (n=96) hafif düzey depresyon, %7.3'ünde (n=60) orta düzey depresyon, %0.7'sinde (n=6) yüksek düzey depresyon mevcuttu. Evlilik uyumsuz olanların %36.2'sinde (n=64) depresyon yoktu, %23.7'sinde (n=42) hafif düzey depresyon, %35.6'sinde (n=63) orta düzey depresyon, %4.5'unda (n=8) yüksek düzey depresyon saptanmıştı. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu ($p<0.001$). Evlilik uyumsuz olanlarda depresyon düzeyi evlilik uyumlu olanlara göre daha fazlaydı.

Katılımcıların evlilik uyumu ile anksiyete düzeyi karşılaştırıldığında; evlilik uyumlu olanların %80.4'ünde (n=662) anksiyete yoktu, %13.1'inde (n=108) hafif düzey anksiyete, %5.8'inde (n=48) orta düzey anksiyete ve %0.6'sinde (n=5) yüksek düzey anksiyete mevcuttu. Evlilik uyumsuz olanların %57.1'inde (n=101) anksiyete yoktu, %26.6'sında (n=47) hafif düzey anksiyete, %11.9'unde (n=21) orta düzey anksiyete ve %4.5'unda (n=8) yüksek düzey anksiyete saptanmıştı. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu ($p<0.001$). Evlilik uyumsuz olanlarda anksiyete düzeyi evlilik uyumlu olanlara göre daha fazlaydı (Tablo 4.4.6).

Tablo 4.5.1. Çalışmada kullanılan ölçeklerin ortalama, minimum, maximum değerleri (n=1000).

	Ort±SD (Min-Max)*
Evlilik uyum puanı	45.83 ± 0.26 (1-60)
Beck depresyon puanı	5.44 ± 0.22 (0-46)
Beck anksiyete puanı	3.87 ±0,18 (0-40)
*Ort: Ortalama, SD: Standart sapma, Min: Minimum, Max: Maximum	

Çalışmaya katılanların EUÖ puanı 45.83±0.26 (0-60) idi. BDÖ puanı 5.44±0.22 (0-46) idi. BAÖ puanı 3.87±0.18 (0-40) idi (Tablo 4.5.1).

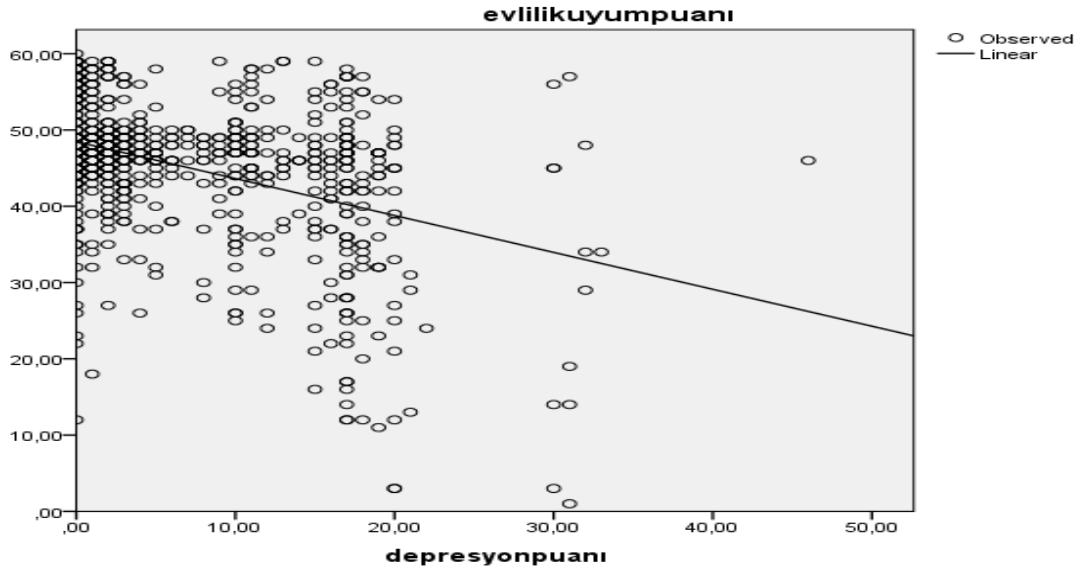
Tablo 4.5.2. Parametreler arası korelasyon durumu (n=1000)

Parametreler		1	2	3	4	5
1.Yaş	r_s	1				
	p					
2.Evlilik uyum puanı	r_s	-0.108	1			
	p	**0.001**				
3.Depresyon puanı	r_s	0.265	-0.415	1		
	p	**<0.001**	**<0.001**			
4.Anksiyete puanı	r_s	0.341	-0.252	0.475	1	
	p	**<0.001**	**<0.001**	**<0.000**1		
5.Bilgi Düzeyi Puanı	r_s	0.110	-0.078	0.018	0.086	1
	p	**<0.001**	**0.013**	0.574	**0.006**	

Çalışmamızda yaş, EUÖ puanı, BDÖ puanı ve BAÖ puanı ve bilgi düzeyi puanı arasındaki ilişki değerlendirilmiştir (Tablo 4.5.2). Evlilik uyum puanı ile yaş arasında negatif yönde zayıf derecede korelasyon saptanmıştır (r_s=-0.108, p=0.001). Depresyon ile yaş arasında pozitif yönde zayıf derecede korelasyon saptanmıştır (r_s=0.265, p<0.001). Depresyon ile evlilik uyumu arasında negatif yönde orta derecede korelasyon saptanmıştır (r_s=-0.415, p<0.001). Anksiyete ile yaş arasında pozitif yönde orta derecede korelasyon saptanmıştır

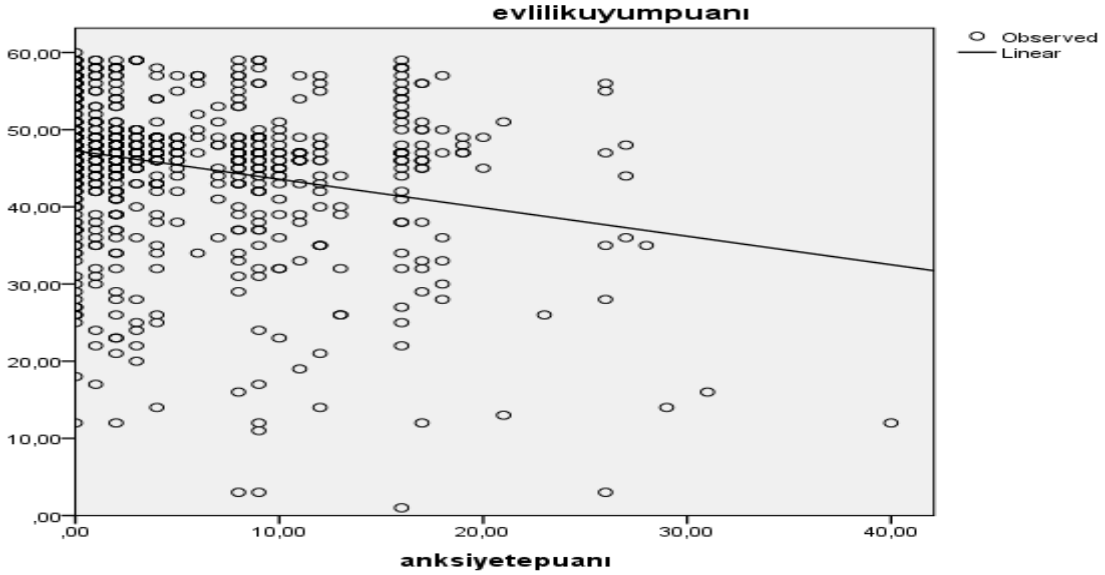
(r_s=0.341, p<0.001). Anksiyete ile evlilik uyumu arasında negatif yönde orta derecede korelasyon saptanmıştır (r_s=-0.252, p<0.001). Anksiyete ile depresyon arasında pozitif yönde orta derecede korelasyon saptanmıştır (r_s=0.475, p<0.001). Bilgi düzeyi ile yaş arasında pozitif yönde zayıf korelesyon saptandı (r_s=0.110, p<0.001). Bilgi düzeyi ile evlilik uyumu arasında negatif yönde zayıf korelesyon saptandı (r_s=-0.078, p=0.013). Bilgi düzeyi ile depresyon arasında korelasyon yoktu (r_s=0.018, p=0.574). Bilgi düzeyi ile anksiyete puanı arasında pozitif yönde zayıf korelesyon saptandı (r_s=0.086, p=0.006).

Grafik 1. Evlilik Uyum Puanı ve Depresyon Puanı Değişkenleri Regresyon Dağılımı



Evlilik uyum puanı ile depresyon puanı arasında negatif yönde doğrusal ilişki saptandı. Evlilik uyum puanı azaldıkça depresyon puanı artmakta idi (Grafik 1).

Grafik 2. Evlilik Uyum Puanı ve Anksiyete Puanı Değişkenleri Regreyon Dağılımı



Evlilik uyum puanı ile anksiyete puanı arasında negatif yönde doğrusal ilişki saptandı. Evlilik uyum puanı azaldıkça anksiyete puanı artmakta idi (Grafik 2).

Tablo 4.5.3. Yaş, sigara içme durumu, menopoz durumu ve evlilik uyumu durumunun depresyon durumuna göre değerlendirilmesi

	Depresyon var		**Depresyon yok**		
	n	**%**	**n**	**%**	**p**
Yaş					
18-29	44	9.7	408	90.3	**<0.001**
30-49	63	14.7	365	85.3	
50-64	26	24.1	82	75.9	
65-80	4	33.3	8	66.7	
Sigara					
İçiyor	17	21.8	61	78.2	**0.030**
İçmiyor	120	13.0	802	87.0	
Menopoz					
Menopoz (+)	32	24.4	99	75.6	**<0.001**
Menopoz (-)	105	12.1	764	87.9	
Evlilik uyumu					
Uyumlu	66	8.0	757	92.0	**<0.001**
Uyumsuz	71	40.1	106	59.9	

OR= Odds Ratio

Katılımcılar yaş, sigara içme durumu, menopoz durumu ve evlilik uyumu durumuna göre depresyon ölçeği kesim noktasına göre değerlendirildiğinde; yaş ile depresyon arasında

istatistiksel olarak anlamlı ilişki mevcuttu (p<0.001). Yaş arttıkça depresyon varlığı artmakta idi. Sigara içme durumu ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki mevcuttu. Sigara içenlerde depresyon oranı sigara içmeyenlere göre 0.537 kat daha fazlaydı (p=0.030, OR=0.537). Menopoz durumu ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki mevcuttu. Menopozda olanlarda depresyon oranı menopozda olmayanlara göre 2.352 kat daha fazlaydı (p<0.001, OR=2.352). Evlilik uyumu ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki mevcuttu. Evlilik uyumsuz olanlarda depresyon oranı evlilik uyumlu olanlara göre 7.683 kat daha fazla idi (p<0.001, OR=7.683) (Tablo 4.5.3).

Tablo 4.5.4. Yaş, sigara içme durumu, menopoz durumu ve evlilik uyumu durumunun anksiyete ölçeği kesim noktasına göre değerlendirilmesi

	Anksiyete var		**Anksiyete yok**		
	n	**%**	**n**	**%**	**p**
Yaş					
18-29	2	0.4	450	99.6	**<0.001**
30-49	16	3.7	412	96.3	
50-64	10	9.3	98	90.7	
65-80	1	8.3	11	91.7	
Sigara					
İçiyor	10	12.8	68	87.2	**<0.001**
İçmiyor	19	2.1	903	97.9	
Menopoz					
Menopoz (+)	12	9.2	119	90.8	**<0.001**
Menopoz (-)	17	2.0	852	98.0	
Evlilik uyumu					
Uyumlu	15	1.8	808	98.2	**<0.001**
Uyumsuz	14	7.9	163	92.1	

OR= Odds Ratio

Katılımcılar yaş, sigara içme durumu, menopoz durumu ve evlilik uyumu durumuna göre depresyon ölçeği kesim noktasına göre değerlendirildiğinde; yaş ile anksiyete arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki mevcuttu (p<0.001). Yaş arttıkça anksiyete oranı artmakta idi. Sigara içme durumu ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki mevcuttu Sigara içenlerde anksiyete oranı sigara içmeyenlere göre 0.143 kat daha fazlaydı (p<0.001, OR=0.143). Menopoz durumu ile anksiyete arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki mevcuttu. Menopozda olanlarda anksiyete oranı menopozda olmayanlara göre 5.054 kat daha

fazlaydı ($p<0.001$, OR=0.054). Evlilik uyumu ile anksiyete arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki mevcuttu. Evlilik uyumsuz olanlarda anksiyete oranı evlilik uyumlu olanlara göre 4.627 kat daha fazla idi ($p<0.001$, OR=4.627) (Tablo 4.5.4).

5.TARTIŞMA

Serviks kanseri ve taraması ile ilgili literatürde yapılmış çok sayıda çalışma vardır. Farklı ülke ve etnik gruplarda yapılmış çalışmalarda katılımcılar arasında smear testi ve HPV aşısı hakkında bilgi sahibi olma açısından farklılıklar olduğu görülmektedir.

Pınar ve arkadaşları tarafından kadın doğum polikliniğine başvuran 471 hasta ile yapılan çalışmada kadınların %47.8'inin, Görkem ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada kadınların %43.7'sinin düzenli jinekolojik muayeneye gittikleri belirtilmiştir (Pınar 2008, Görkem 2015). Yine Görkem ve arkadaşlarının yardımcı sağlık personeline yaptığı çalışmada katılımcıların %21.9'u düzenli jinekolojik muayene yaptırdıklarını bildirmişlerdir (Görkem 2015). Gakidou'nun elli yedi ülkeye ait verileri ve bulguları kullanarak yapmış olduğu "En az bir kez jinekolojik muayene olmuş olma oranı"nı belirlemeye yönelik çalışmasında bu oranın gelişmekte olan ülkelerde %44.7, gelişmiş ülkelerde %93.6 olduğu bildirlmiştir (Gakidou 2008). Çalışmamızda katılımcıların %11.7'si düzenli kadın doğum muayenesine gidiyordu ve bu oran literatürdeki çalışmalara göre çok daha azdı. Çalışmaların yapıldığı yer ve katılımcıların eğitim düzeyi durumu bu sonuca neden olmuş olabilir.

Pınar ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada katılımcıların %92.6' sı serviks kanserini duyduklarını belirtmişlerdir (Pınar 2008). Mukama ve arkadaşları tarafından Doğu Uganda'da 900 katılımcı ile yapılan çalışmada kadınların %88.2'si serviks kanserini duymuştu (Mukama 2017). Çalışmamızda katılımcıların %92.1'i serviks kanserini duymuştu ve bu oran literatürdeki bu çalışmalar gibi kadınların çoğunluğunun serviks kanserini duyduğunu gösteriyordu.

Pınar ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada katılımcıların %48.4'ü, Mukama ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada kadınların %78.4'ü cinsel partner sayısının serviks kanseri için risk faktörü olduğunu biliyordu (Pınar 2008, Mukama 2017). Çalışmamızda kadınların %21.9'u birden çok cinsel partnere sahip olmanın serviks kanseri riskini artırdığını biliyordu ve bu oran literatürdeki çalışmalardan daha azdı.

Pınar ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada kadınların %47.1'i, Mukama ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada kadınların %73.9'u cinsel ilişki yaşının erken olmasının risk faktörü olduğunu biliyordu (Pınar 2008, Mukama 2017). Çalışmamızda katılımcıların %10.7'si (n=107) ilk cinsel ilişki yaşının erken olmasının riski artırdığını biliyordu. Çalışmaların yapıldığı yerdeki etnik yapı, dini inançlar ya da katılımcıların eğitim durumu bu farklılığa sebep olmuş olabilir.

Mukama ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada kadınların %64.8'i sigara içmenin serviks kanseri için risk faktörünü olduğunu biliyordu (Mukama 2017). Bizim çalışmamızda kadınların %54.2'si (n=542) bu riski biliyordu. Çalışmamızda kadınlara sigara içmenin rahim ağzı kanseri riskini artırdığını bilip bilmedikleri sorulduğunda; sigara içen katılımcılar, bu riski sigara içmeyen kadınlara göre daha fazla biliyordu. Bu sonuç; sigara içenlerin sigaranın zararlarını daha fazla araştırmış ya da sigaranın zararlarından kendilerine daha fazla bahsedilmiş olabileceğinden kaynaklanmış olabilir.

Literatürde kadınların smear testini duyma ve yaptırma oranları açısından farklılıklar mevcuttu. Aydın ve arkadaşları tarafından 966 hasta ile yapılan çalışmada katılımcıların %75.7 'si smear testini duymuşken, %63.8'i testi yaptırmıştı. Kurtipek ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada katılımcıların %25.8'i smear testini duymuşken, %16.9'u testi yaptırmıştı (Aydın 2015 , Kurtipek 2016). Al Khudairi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada katılımcıların % 53.8'i smear testini duymuşken, %24.8'i testi yaptırmıştı (Al Khudairi 2017). Saulle ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada genç kadınların % 76.7' si smear testini biliyorken, %41.4'ü daha önceden smear testi yaptırmıştı (Saulle 2013). Çalışmamızda katılımcıların %64.3'ü smear testini daha önce duymuşken, %27.2'si smear testini daha önce yaptırmıştı. Çalışmamızda smear testi yaptırma oranı literatürdeki çoğu çalışmaya göre daha az olması çalışmalrın yapıldığı yer ya da katılımcıların eğitim durumu ve gelir düzeyi ile ilişkili olabilir.

Aydın ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada smear testi farkındalığı en fazla olan grup; bizim çalışmamıza benzer olarak 31-40 yaş arası ve en az olan grup; bizim çalışmamızdan farklı olarak 20 yaş altı idi (Aydın 2015). Çalışmamızda smear testini en çok 30-49 yaş grubu duymuş iken, en az 65-80 yaş grubu duymuştu. Smear testine başlama yaşının 30 olması ve 65 yaşında sonlandırılması bu sonuca neden olmuş olabilir.

Çalışmamızda üniversite ve üzeri eğitim alanların smear testini duyma oranı diğer gruplara göre anlamlı derece daha yüksekti. Aydın ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada da bizim çalışmamıza benzer olarak eğitim düzeyi arttıkça smear testi farkındalığı artmıştı (Aydın 2015). Kurtipek ve arkadaşları tarafından 18 yaş üstü 548 kadın ile yapılan çalışmada eğitim düzeyleri ile smear testini bilme durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Kurtipek 2016).

Kurtipek ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada daha önce smear testi yaptırma ile eğitim ve yaş arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki vardı (Kurtipek 2016). Çalışmamızda da yaş gruplarına göre smear testini yaptırma açısından anlamlı fark mevcuttu.

Smear testini en çok 50-64 yaş grubu yaptırmıştı. Çalışmamızda eğitim düzeylerine göre smear testi yaptırma açısından değerlendirildiğinde gruplar arasında anlamlı fark yoktu.

Gökgöz ve arkadaşlarının üç ayrı Halk Eğitim Merkezi'nde yaptığı çalışmada çalışan kadınların smear yaptırma sıklığı çalışmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Gökgöz 2016). Çalışmamızda ev hanımı olmayanlar ile ev hanımı olanlar arasında smear testini daha önce yaptırmış olmak açısından anlamlı fark yoktu. Katılımcıların büyük çoğunluğunun ev hanımlarından oluşuyor olması bu sonuca neden olmuş olabilir.

Gamarra ve arkadaşlarının Arjantin'de yapılan çalışmada gelir düzeyi yüksek olan kişilerin smear yaptırma oranı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek bulunmuştur. Gelir düzeyi artışının smear testi hakkında bilgi sahibi olmayı etkilemezken smear testi yaptırma oranını artırdığı belirtilmiştir (Gamarra 2005). Çalışmamızda gelir düzeyi arttıkça smear testini duyma ve yaptırma oranı anlamlı olarak artmaktaydı. Gelir düzeyinin artması sağlık hizmetlerine ve internet gibi bilgi kaynaklarına erişimi artırmaktadır. Bu nedenle gelir düzeyi yüksek kişilerde smear hakkında bilgi düzeyi ve test yaptırma oranları daha yüksek olabilir.

Akyüz ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada da kadınların pap smear yaptırma sıklığının yaşla ve doğum sayısıyla arttığı belirlenmiştir (Akyüz 2006). Çalışmamızda da çocuk sayısı arttıkça smear yaptırma sıklığı anlamlı düzeyde artmaktaydı. Bu sonuç gebelik süresince ve doğum sonrasında da sağlık merkezlerine kontrol başvuru oranlarının artması ile ilişkili olabilir.

Güney Afrika'da yapılan bir çalışmada serviks kanseri hakkında bilgi sahibi olanlarda test yaptırma oranının arttığı bildirilmiştir (Winer 2003). Çalışmamızda da benzer olarak serviks kanserini duyan katılımcıların smear testini yaptırma oranı duymayanlara göre anlamlı derecede daha yüksekti.

Önder ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada katılımcıların %24.5'i, Görkem ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada %29.9'u HPV' den haberdardı (Görkem 2015, Önder 2015). Kore'li anneler ile yapılan bir çalışmada katılımcıların % 47'si HPV virüsünü biliyordu (Lee 2017). Nijerya'da yapılan bir çalışmada annelerin %27.9'u HPV'yi duymuştu (Ezenwa 2013). Çalışmamızda katılımcıların %13.7'si HPV' yi daha önce duymuştu ve bu oran literatürdeki çalışmalara göre daha düşüktü.

Önder ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada katılımcıların %24.5'u HPV'nin cinsel yolla bulaştığını biliyordu (Önder 2015). Bizim çalışmamızda HPV'yi duyanların %74.5'i (n=102) cinsel yolla bulaştığını düşünüyordu. Önder ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada katılımcıların %11.2 HPV virüsünün sadece kadınlarda görüldüğünü düşünüyordu (Önder 2015). Çalışmamızda HPV'yi duyanların % 56.3'ü virüsün sadece kadınlarda görüldüğünü düşünüyordu. Görkem ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada katılımcıların %21.7 si HPV ile serviks kanseri ilişkisini biliyordu(Görkem 2015). Mukama ve arkadaşları tarafından Doğu Uganda'da yapılan çalışmada kadınların %84.4'ü, Ezenwa ve arkadaşları tarafından Nijerya'da yapılan çalışmada kadınların %21'i HPV ile serviks kanseri ilişkisini biliyordu (Ezenwa 2013, Mukama 2017). Lee ve arkadaşlarının çalışmasında katılımcıların % 51'i serviks kanserinin doğrudan bir nedeni olan HPV'den haberdar oldukları bildirilmiştir(Lee 2017). Çalışmamızda HPV'yi duyanların %59.1'i virüsün rahim ağzı kanserine sebep olduğunu biliyordu. Bizim çalışmamızda HPV ile ilgili soruların sadece HPV virüsünü duyan katılımcılara sorulmuş olması oranın diğer bazı çalışmalardan daha yüksek olmasına neden olmuş olabilir.

Ozan ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada çalışma durumuna göre HPV'yi bilme oranları çalışan grupta yüksek olup istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Ozan 2011). Çalışmamızda da benzer olarak ev hanımı olmayan grubun HPV'yi duyma oranı daha yüksekti.

Görkem ve arkadaşlarının yardımcı sağlık personeli ile yaptığı çalışmada HPV bilgisi olanların %90.3'ünün HPV aşısı hakkında da bilgi sahibi olduğu görüldü. (Görkem 2015). Çalışmamızda da benzer olarak HPV duyanların HPV aşısını duyma durumu virüsü duymayanlara göre anlamlı derece daha yüksekti.

Pınar ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada kadınların %57.7'si, Önder ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada kadınların %28.2'si, Görkem ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kadınların %25.9, Ozan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada katılımcıların %44.6'sı HPV aşısının varlığından haberdardı (Pınar 2008, Ozan 2011, Görkem 2015, Önder 2015). Nijerya'da yapılan bir çalışmada annelerin % 19.7'si HPV aşısını duymuştu(Ezenwa 2013). Kore'li anneler ile yapılan çalışmada katılımcıların % 48'inin HPV aşısını bildikleri belirtilmiştir (Lee 2017). Çalışmamızda katılımcıların %5'i HPV aşısını daha önce duymuştu. Literatürdeki çalışmaların oranları bizim çalışmamıza göre daha yüksekti. Farklılık katılımcıların eğitim düzeyleri farklılığından ve çalışmanın yapıldığı yerin konumundan kaynaklanıyor olabilir. Örneğin Kore'li annelere yapılan çalışmada katılımcıların yarıdan

fazlasının üniversite ve üzeri eğitim almış olması yüksek oran çıkmasında etkili olmuş olabilir.

Görkem ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada eğitim ve gelir düzeyi yüksek olanların HPV aşısı hakkında daha bilgili oldukları bildirilmiştir(Görkem 2015). Ozan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada HPV aşısı bilgisi ile eğitim durumu arasında ilişki bulunamazken, çalışma durumuna göre HPV aşısını bilme oranları, çalışan grupta yüksek olup istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Ozan 2011). Lee ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada HPV ve HPV aşısı hakkındaki bilgi durumu yaş, meslek ve eğitim düzeyi ile ilişkili değildi (Lee 2017). Çalışmamızda HPV ve HPV aşısı hakkındaki bilgi düzeyi ile yaş ve çocuk sayısı arasında ilişki bulunamadı fakat eğitim durumu, meslek ve gelir düzeyi ile arasında anlamlı ilişki mevcuttu. Eğitim düzeyi ve gelir düzeyi yüksek olanlar ve çalışan kadınlar daha fazla bilgi sahibi idi.

Assoumou tarafından Afrikada yapılan kadınların serviks kanseri ve HPV hakkındaki bilgi düzeylerinin araştırıldığı bir çalışmada kadınların %35'inin düşük bilgi seviyesine, %60'ının orta bilgi seviyesine ve %5'inin yüksek düzeyde bilgi seviyesine sahip olduğu bildirilmiştir (Assoumou 2015). Çalışmamızda kadınların %76.2'sı düşük bilgi seviyesine, %21.3'ü orta bilgi seviyesine ve %2.5'i yüksek bilgi seviyesine sahip olup, bilgi düzeyi açısından zayıf olarak değerlendirilen bu çalışmaya göre daha düşük bilgi seviyesi vardı.

Literatürde demografik ve psikolojik değişkenlerin evlilik uyumu üzerine etkilerini araştıran çeşitli çalışmalar mevcuttur. Yılmaz ve arkadaşları tarafından Samsun'da bir aile sağlığı merkezine kayıtlı 3200 evli kadın ile yapılan araştırmada evli kadınların evlilik uyumu ile gelir durumu ve çocuk sayıları arasındaki istatistiksel olarak bir ilişki bulunmuştur. Çalışmada geliri giderine eşit olan kadınların ve çocuk sahibi olmayan kadınların evlilik uyum puanlarının diğerlerine göre daha yüksek olduğu sonucu bulunmuş fakat kadınların evlilik uyumu ile eğitim ve çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (Yılmaz 2015). Başka bir çalışmada evlilik uyumunun çocuk sayısı ilişkisine bakıldığında sahip olunan çocuk sayısı 4'ten az olan ya da hiç çocuğu olmayan bireylerde, çocuk sayısı arttıkça evlilik uyum düzeyinin düştüğü; 4 çocuğa sahip bireylerde ise evlilik uyum düzeyinde tekrar bir artış olduğu görülmüştür (Kublay 2015).

Yalçın ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmanın sonuçlarına göre araştırmaya katılan kadınların evlilik uyumları yaşlarına gore anlamlı farklılık göstermektedir fakat bizim çalışmamızdan farklı olarak 41 yaş ve üzeri yaş grubunun evlilik uyum düzeyi, 21-30 yaş

grubuna göre daha fazla bulunmuştur. Bizim çalışmamıza benzer olarak kadınların çocuk sayıları ile evlilik uyumları arasında anlamlı ilişki olmadığı bildirilmiştir (Yalçın 2014).

Kublay ve arkadaşları tarafından 452 evli birey ile yapılan çalışmada evlilik uyumunun meslek grubu açısından anlamlı düzeyde farklılaşmadığı bulunmuştur (Kublay 2015). Hindistan'da ev hanımları ile calışan kadınların evlilik uyumu üzerine yapılan calışmada calışan kadınların evlilik uyumunun ev hanımlarında daha yuksek olduğunu saptamışlardır (Nathawat 1993).

Uşaklı tarafından yapılan çalışmada da katılımcıların yaşları arttıkça evlilik uyumu puanlarının azaldığı belirtilmiştir (Uşaklı 2010). Çalışmamızda katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile evlilik uyum durumları değerlendirildiğinde; çalışma durumu, eğitim durumu, gelir düzeyi ve çocuk sayısı ile evlilik uyumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı, yaş ile evlilik uyumu arasında anlamlı ilişki mevcuttu ($p=0.001$). Yaş arttıkça evlilik uyum puanı azalıyordu. Evlilik uyumunun çalışma durumuna göre farklılaşmaması, araştırmaya katılanların çoğunluğunun benzer gelir düzeyine, yaşam biçimlerine ve sosyokültürel düzeye sahip olmalarından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda menopoz durumu ile evlilik uyumu arasında anlamlı ilişki mevcuttu. Menopozda olmayan kadınların evlilik uyum puanları menopozda olanlara göre daha fazlaydı. Nehir ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada menopozal belirtiler ile evlilik uyumu arasında ters yönde bir ilişki bulunmuştur. Evlilik yaşantısından memnun olanların menopoza yönelik belirtileri daha az yaşadıkları belirtilmiştir (Nehir 2009).

Evlilik terapisi gören çiftlerle yapılan, evlilik uyumu ile depresyon arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir çalışmada; evlilik ve depresyon arasında bir ilişkinin olduğu, evlilik uyumu ile depresif semptomlar açısından cinsiyet farkı da olduğu görülmüştür. Kadınlar, evliliklerindeki uyum düzeyini kendi eşlerine göre daha olumsuz değerlendirmişlerdir (Kastro 1998). Başka bir çalışmada da evlilikte yaşanan sorunların depresyon ile doğrudan ve anlamlı olarak eşleştiği bulunmuştur (Sandberg 2000).

Depresyon ve evlilik uyumu ilişkisi amaçlı yapılan bir çalışmada; depresyonun evlilik uyumunu olumsuz etkilediği, ancak sosyodemografik değişkenlerin etkili olmadığı belirtilmiştir(Johnson 2000). Düzgün tarafından yapılan çalışmanın sonucuna göre, yüksek düzeyde evlilik uyumuna sahip kişilerin depresyon düzeyi, düşük düzeyde evlilik uyumuna sahip kişilere kıyasla daha düşük bulunmuştur (Düzgün 2009). Scott tarafından yapılan

çalışmada evlilik uyumu yüksek olanların depresyon düzeyi daha düşük olarak bulunmuştur (Scott 2002).

Avustralya'da 3820 kişinin katıldığı bir çalışmada özellikle evlilik ilişki kalitesi kötü olan kadınlarda depresyon ve anksiyete bulgularının, ilişki kalitesi iyi olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Leach 2013). Literatür ile uyumlu olarak bizim çalışmamızda da düşük düzeyde evlilik uyumuna sahip olan kadınların depresyon ve anksiyete düzeyleri, yüksek düzey evlilik uyumuna sahip olanlara göre daha yüksekti.

Ergöl ve arkadaşları tarafından bir sağlık ocağı bölgesinde yapılan çalışmada evli kadınların %15.3'ünde hafif ruhsal sıkıntı, %3.9'unda sınırda klinik depresyon, %8.4'ünde orta düzeyde depresyon ve %1.5'inde ciddi düzeyde depresyon olmak üzere toplam %29.1'inde depresyon belirtileri görüldü. Ayrıca kadınların %26.6'sında hafif düzeyde, %8.9'unda orta düzeyde, %3.0'ünde şiddetli düzeyde olmak üzere toplam %38.4'ünde anksiyete belirtileri görüldüğü bulundu (Ergöl 2016).

Hindistan'da yapılan çalışmada kadınların %29.4'ünde hafif düzeyde, %49.5'inde orta düzeyde ve %7.8'inde şiddetli düzey depresyon bulunmuştur ve kadınların % 69.4'ünde hafif düzeyde, % 17.8'inde orta düzeyde ve % 1.7'sinde şiddetli düzeyde anksiyete bulunmuştur (Bansal 2015). Çalışmamızda depresyon durumuna bakıldığında kadınların %72.5'inde depresyon yoktu, %13.8'inde hafif düzeyde, %12.3'ünde orta düzeyde ve %1.4'ünde ileri düzey depresyon olmak üzere toplam %27.5'inde depresyon saptandı. Anksiyete durumuna bakıldığında kadınların %76.3'ünde anksiyete yoktu, %15.5'inde hafif düzeyde, %6.9'unda orta düzeyde, %1.3'ünde yüksek düzeyde anksiyete saptandı.

Ergöl ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, eğitim durumu ve gelir düzeyi ile depresyon düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Eğitim durumu ve gelir düzeyi düşük olanların depresyon düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (Ergöl 2016). Yüksek eğitim seviyelerinin depresyon ve anksiyeteye karşı koruyucu olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan başka bir çalışmada düşük eğitim seviyeleri ile depresyon ve anksiyete arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Bjelland 2008). Çalışmamızda farklı olarak depresyon düzeyi ile eğitim durumu ve gelir düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunamadı.

Hindistanlı kadınlara yapılan çalışmada orta yaşlı kadınlarda depresyonunun; yaş, menopoz durumu, eğitim ve sosyoekonomik durum ile ilişkisi bulunamamıştır (Bansal 2015). Çalışmamızda depresyon ile yaş arasında ise anlamlı ilişki mevcuttu. Yaş arttıkça depresyon düzeyi artıyordu. Depresyon ile çocuk sayısı arasında da anlamlı ilişki mevcuttu. Çocuk sayısı

arttıkça depresyonda artış görüldü fakat hiç çocuğu olmayan grupta, çocuk sahibi olan gruplara göre depresyon düzeyi daha fazlaydı. Çocuk sahibi olanlarda çocuk sayısı arttıkça artan sorumluluklar ve çocuk sahibi olmayanlarda da çocuk sahibi olamamanın getirdiği psikolojik ve sosyal baskının bu duruma sebep olabileceği düşünülebilir.

Çalışmamızda anksiyete düzeyi ile katılımcıların meslek, eğitim düzeyi, gelir düzeyi arasında anlamlı istatistiksel ilişki bulunamadı fakat katılımcıların yaşları ve çocuk sayıları ile anlamlı ilişki mevcuttu. Yaş ve çocuk sayısı arttıkça anksiyete düzeyinin artıyordu. Çocuk sayısının artmasının getirdiği sorumluluklar ve iş yükü kadınlarda anksiyete artışına sebep olmuş olabilir.

Ergöl ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada eğitim düzeyi ve gelir düzeyi düşük olanların anksiyete düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (Ergöl 2016). Budakoğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ev hanımlarının çalışan kadınlara göre daha fazla anksiyete riskine sahip oldukları görülmüştür (Budakoğlu 2005). Ergöl ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da yaş ve çocuk sayısı arttıkça anksiyetenin arttığı görülmüştür (Ergöl 2016). Hindistanlı kadınlara yapılan çalışmada anksiyete ile yaş arasında anlamlı ilişki bulunmuştur; 50 yaşın üzerindeki kadınlarda daha fazla anksiyete görülmüştür ama sosyoekonomik düzey, eğitim durumu ve menopoz durumu ile ilişkisiz bulunmuştur (Bansal 2015).

Ergöl ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada; sigara içenlerin depresyon puanları içmeyenlere göre anlamlı derecede yüksek bulunurken, sigara içme ile anksiyete düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (Ergöl 2016). Budakoğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; sigara içen kadınların daha fazla anksiyete riskine sahip oldukları görülmüştür (Budakoğlu 2005). Sigara içme davranışı ile anksiyete bozukluğu arasında ilişki olduğunu; anksiyete bozukluğu olan bireylerin, anksiyete bozukluğu olmayanlara göre daha yüksek sigara içeme riski taşıdığını gösteren çalışmalar olduğu gibi sigara içenlerin sigara içmeyenlere göre daha fazla anksiyete bozukluğu riski bulunduğunu gösteren çalışmalarda bulunmaktadır (Jiang 2014). Başka bir çalışmada sigara içme isteği yüksek olanların anksiyete seviyesinin de yüksek olduğu saptanmıştır (Demirezen 2013). Çalışmamızda sigara içme ile depresyon arasında anlamlı ilişki bulunamazken, sigara içme ile anksiyete arasında anlamlı ilişki bulundu. Sigara içenlerin anksiyete düzeyi içmeyenlere göre daha fazlaydı.

Özkan ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada postmenopozal dönemdeki kadınlarda depresyon ve anksiyete belirtilerinde önemli oranda artış saptanmıştır (Özkan 2001). Bezircioğlu ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada menopozda olan kadınların depresif belirti düzeylerinin menopozda olmayanlara göre daha fazla olduğu bulunmuşken,

anksiyete düzeyleri açısından faklılık bulunamamıştır (Bezircioğlu 2004). Çalışmamızda postmenopozal kadınların depresyon ve anksiyete düzeyi premenopozal kadınlara göre anlamlı derecede daha fazlaydı. Menopozun getirdiği fiziksel belirtilerin bu sonuca sebep olabileceği düşünülebilir. Menopoz döneminde hormonal değişikliklere bağlı meydana gelen ateş basması, terleme, uyku bozuklukları gibi vasomotor semptomlar, kadınlarda depresyon ve anksiyeteye neden olabilir. Bunun yanında emeklilik, sosyal geri çekilme, çocukların aileden ayrılması gibi değişiklikler de menopozda ruh sağlığı üzerinde etkili olabilir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

Bu çalışma; Sağlık Bilimleri Üniversitesi Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran 18-80 yaş arası evli kadınların serviks kanseri ve HPV hakkındaki bilgi düzeylerini, evlilik uyumlarını ve depresyon ve anksiyete değerlendirmek ve bu konuda öneriler getirmek amacıyla planlanmış ve yürütülmüştür. Katılımcılara sosyodemografik verileri ve serviks kanseri, HPV ile ilgili sorular içeren anket formu, EUÖ, BDÖ ve BAÖ uygulanmıştır. Çalışmamızdan elde edilen bulgular sonucunda;

- Çalışmamız 18-80 yaş arası 1000 evli kadın ile yapılmıştır (n=1000). Çalışmaya katılanların yaş ortalaması 33.48±0.35 olarak bulundu.
- Katılımcıların %92.1'i (n=921) serviks kanserini duymuşken, %7.9'u (n=79) duymamıştı.
- Sigara içen katılımcıların, sigara içmenin serviks kanseri için risk faktörü olduğunu bilme oranı sigara içmeyenlere göre anlamlı derecede daha yüksekti (p=0.003).
- Katılımcıların %11.7'si (n=117) düzenli kadın doğum muayenesi yaptırıyordu.
- Katılımcıların %64.3'ü (n=643) smear testini daha önce duymuştu. Ve 27.2'si (n=272) smear testini daha önce yaptırmıştı.
- Smear testini duyma açısından yaşa göre gruplar arasında anlamlı fark mevcuttu (p<0.001). Smear testini en fazla 30-49 yaş grubu duymuştu.
- Smear testini yaptırma açısından yaşa göre gruplar arasında anlamlı fark mevcuttu (p<0.001). Smear testini en fazla 50-64 yaş grubu yaptırmıştı.
- Katılımcılardan ev hanımı olmayanların smear testini duyma oranı ev hanımı olanlara göre anlamlı derecede daha yüksekti (p=0.048).
- Katılımcılardan üniversite ve üzeri eğitim alanların smear testini duyma oranı diğer gruplara göre anlamlı derecede daha fazlaydı (p=0.005).
- Katılımcılardan gelir düzeyi yüksek olanların smear testini duyma oranı düşük olanlara göre anlamlı derecede daha yüksekti (p<0.001).
- Katılımcılar çocuk sayısına göre smear testini duyma açısından değerlendirildiğinde; gruplar arasında anlamlı istatistiksel fark mevcuttu (p<0.001). Çocuk sayısı arttıkça smear testini duyma oranı artmıştı.

- Katılımcılar çocuk sayısına göre smear testini yaptırma açısından değerlendirildiğinde; gruplar arasında anlamlı istatistiksel fark mevcuttu ($p<0.001$). Çocuk sahibi olan katılımcılarda, çocuk sayısı sayısı arttıkça smear testini yaptırma oranı artmıştı.
- Katılımcıların %13.7'si (n=137) HPV virüsünü daha önce duymuştu ve 5'i (n=50) HPV aşısını daha önce duymuştu.
- Katılımcılardan ev hanımı olmayanların HPV virüsünü duyma oranı ev hanımlarına göre anlamlı derecede daha yüksekti ($p=0.021$).
- Katılımcılardan ev hanımı olmayanların HPV aşısını duyma oranı ev hanımlarına göre anlamlı derecede daha yüksekti ($p=0.023$).
- Üniversite ve üzeri eğitimi olanların HPV virüsünü duyma oranı eğitim düzeyi daha düşük olanlara göre anlamlı derecede daha yüksekti ($p<0.001$)
- Üniversite ve üzeri eğitimi olanların HPV aşısını duyma oranı eğitim düzeyi daha düşük olanlara göre anlamlı derecede daha yüksekti ($p<0.001$).
- Katılımcılardan gelir düzeyi yüksek olanların HPV virüsünü duyma oranı düşük olanlara göre anlamlı derecede daha yüksekti ($p=0.001$).
- Katılımcılardan gelir düzeyi yüksek olanların HPV aşısını duyma oranı düşük olanlara göre anlamlı derecede daha yüksekti ($p=0.002$).
- Katılımcılar bilgi düzeyi durumlarına göre değerlendirildiğinde; %76.2'sinin (n=762) az bilgi seviyesine, %21.3'ünün (n=213) orta bilgi seviyesine ve %2.5'inin (n=25) yüksek bilgi seviyesine sahip olduğu görüldü.
- Katılımcıların %95.9'u (n=959) serviks kanseri hakkında bilgi almak istiyordu.
- Katılımcıların meslek, eğitim durumu, gelir düzeyi, çocuk sayısı ile evlilik uyumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı ($p>0.05$). Evlilik uyumu ile yaş arasında anlamlı ilişki mevcuttu($p=0.001$). Yaş arttıkça evlilik uyumunun azaldığı görüldü.
- Sigara içmeyen kadınların evlilik uyumlu olma oranı sigara içen kadınlara göre anlamlı derecede daha fazla idi ($p=0.011$).
- Menopozda olmayan olan kadınların evlilik uyumu menopozda olanlara göre anlamlı derecede yüksekti ($p=0.011$).
- Depresyon düzeyi ile meslek, eğitim durumu ve gelir düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Depresyon düzeyi ile yaş arasında ise anlamlı ilişki mevcuttur ($p=0.001$). Yaş arttıkça depresyon düzeyi artıyordu. Depresyon düzeyi ile çocuk sayısı arasında da anlamlı ilişki mevcuttur($p=0.025$). Çocuk sayısı arttıkça depresyon düzeyinde

artış görülmüştü fakat hiç çocuğu olmayan grubun depresyon düzeyi çocuk sahibi olan gruplara göre daha fazla idi.

- Anksiyete düzeyi ile meslek, eğitim düzeyi, gelir düzeyi ile arasında anlamlı ilişki bulunamadı ($p>0.05$). Yaş ile anksiyete düzeyi arasında anlamlı ilişki mevcuttu($p=0.001$). Yaş arttıkça anksiyete düzeyi artmakta idi. Çocuk sayısı ile anksiyete düzeyi arasında da anlamlı ilişki mevcuttu($p=0.001$). Çocuk sayısı arttıkça anksiyete düzeyi artarken, çocuk sahibi olmayanların anksiyete durumu iki çocuğu olanlara göre daha fazla üç çocuğu olanlara göre daha azdı.
- Sigara içenlerin anksiyete düzeyi içmeyenlere göre anlamlı derecede daha yüksekti ($p=0.001$).
- Menopozda olan katılımcıların depresyon düzeyleri menopozda olmayanlara göre anlamlı derecede daha yüksekti ($p=0.001$).
- Menopozda olan katılımcıların anksiyete düzeyleri menopozda olmayanlara göre anlamlı derecede daha yüksekti ($p=0.001$).
- Evlilik uyumsuz olanların depresyon düzeyi evlilik uyumlu olanlara göre anlamlı derecede daha yüksekti ($p=0.001$).
- Evlilik uyumsuz olanların anksiyete düzeyi evlilik uyumlu olanlara göre anlamlı derecede daha yüksekti ($p=0.001$).

6.2. ÖNERİLER

Serviks kanserinin preinvaziv döneminin uzun olması ve preinvaziv lezyonların etkili bir şekilde tedavi edilebilir olması nedeniyle; servikal sitolojik taramanın düzenli yapılması halinde önlenebilir bir hastalık olduğu unutulmamalıdır. Özellikle cinsel yolla bulaşan hastalıklarda yükselme eğiliminin olduğu günümüzde tarama hizmetlerinin yaygınlaştırılması koruyucu hekimliğin bir gereği olarak sürdürülmelidir.

Çalışmamızda, gerek serviks kanseri taramasına katılımın gerekse aşı uygulamaları hakkında farkındalığın son derece düşük olduğu görülmektedir. Katılımcıların büyük çoğunluğu HPV ve HPV aşısı ile ilgili yeterli bilgi düzeyine sahip değildi. Serviks kanseri ve HPV enfeksiyonunun farkındalığının arttırılarak; korunma yöntemlerinin uygulanmasını, tarama yöntemlerine katılımı ve HPV aşısı uygulamasını yaygınlaştırmak ve dolayısıyla HPV enfeksiyonunun neden olduğu hastalıkları ve özellikle serviks kanseri insidansını azaltmak mümkündür. Bu konuyla ilgili çalışmalar ülkemizde sürdürülmeye çalışılsa da henüz gereken düzeyin altında olduğumuz aşikardır. Özellikle medya organlarının da katılımıyla bu konuya yönelik tedbirler alınmalıdır.

Eğitim kampanyaları serviks kanseri ve aşılama konusundaki bilgi boşluklarına odaklanmalıdır. Sağlık çalışanlarının kendilerine başvuran kadın hastaları bu konuyla ilgili bilgilendirmesi önem taşımaktadır. Bulgularımız serviks kanseri, HPV ve HPV aşılaması ile ilgili olarak evli kadınlarımızın danışmanlık eğitimi ihtiyacını ortaya koymaktadır.

Evli kadınlarımızın uyumlu bir evlilik kurumu içerisinde bulunmasının yolu da şüphesiz eğitimden geçmektedir. Fakat ifade edilen eğitim, bireylerin örgün eğitim kurumlarında almış oldukları eğitim değildir. Çalışmamız da kadınların evlilik uyumlarının eğitim seviyelerine göre değişmediğini göstermektedir. Bu durum, evlilikte sorunlarla karşılaşan kadınların daha uyumlu bir evlilik sürebilmeleri için evlilik eğitimine başvurmaları gerektiğini göstermektedir. Günümüzde bireyler daha çok evliliklerinde bir problemle karşılaştıklarında, yani evliyken, evlilik terapisi programlarına yönelmektedir. Halbuki ideal olan, çiftlerin evlenmeden önce eğitim almalarıdır. Böylece çiftlerin evliliğe hazır olabilmeleri, evlilik esnasında karşılaşılabilecekleri olası sorunları önceden çözülebilmesi ve daha uyumlu bir evlilik sürmeleri mümkün olacaktır. Çalışmamızda kadınlarımızın yaşları ve böylece evlilik süreleri arttıkça. evlilik uyum düzeylerinin azaldığı saptanmıştır. Evlilik süresi ilerledikçe, bireylerin evlilik uyum düzeyleri düşebileceğinden, zaman içerisinde çiftlerin evlilik eğitimlerine katılmaları faydalı olabilir.

Uyumlu evliliklerin mutlu aileler, mutlu ailelerin de sağlıklı toplumlar oluşturduğu gerçeğinden yola çıkarak, evlilik eğitiminin toplumun tüm kesimine sunulması gerekmektedir. Radyo, televizyon gibi kitle iletişim araçlarında evlilik eğitimi ile ilgili programların düzenlenmesi eğitim kurumlarına gidemeyen kadınların da bu konuda bilgi sahibi olması açısından önemlidir.

Çalışmamızda evli kadınların depresyon ve anksiyete düzeyleri birbirine yakın oranlardadır. Hem depresyon hem anksiyete bozukluklarının kadınlarda daha fazla görülmesi nedeniyle ülke genelinde kadınları destekleyecek programlar uygulanmalıdır. Toplumsal eşitsizlikler ve aile içi ilişkilerdeki sorunlar gibi risk faktörleri hakkında farkındalığın artırılması kadınların depresyona girmesini önlemede yardımcı olabilir. Evli kadınların ruh sağlığını etkileyecek faktörler çok çeşitli olabilir. Yapılacak yeni araştırmalarla risk etkenleri belirlenip bu etkenlere yönelik ruh sağlığı hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve birinci basamağa entegresyonu sağlanabilir.

Çalışmamızda evli kadınların evlilik uyumu ve anksiyete düzeyinin sigara içme davranışı ile ilişkili olduğunu tespit ettik. Sigara bırakma polikliniklerinde ruh sağlığı

desteklerinin artırılmasının sigara bıraktırma tedavilerinin başarısını da olumlu yönde etkileyebilir.

Kadınlar sağlık sistemi içerisinde gerek sağlık taraması ve kontrol amaçlı gerek strese ilişkin sorunlar ile genel sağlık kurumlarına ve birinci basamak birimlerine sık başvurmaktadır. Bu başvurularda kadına özgü sağlık sorunları, psikososyal durum sorgulanmalı, gerekli bilgilendirme yapılmalı ve gerekmesi halinde diğer kurumlara yönlendilirmelidir.

7. KAYNAKLAR

Akdeniz M, K. E. (2016). " Çocukluk Çağı Aşılarında Son Gelişmeler." Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi: 31-42.

Akın (2009). "Halka Sağlığı Yaklaşımı İle 'Servikal Kanser' HÜKSAM Yayınları Ankara." 6-36.

Akyüz, A., et al. (2006). "Evaluation of the Pap smear test status of women and of the factors affecting this status." Gulhane Medical Journal **48**(1): 025-029.

Al Khudairi, H., et al. (2017). "Public Awareness and Knowledge of Pap Smear as a Screening Test for Cervical Cancer among Saudi Population in Riyadh City." Cureus **9**(1).

Alp Avcı G, B. G. (2013). "İnsan papillomavirusu." Kafkas J Med Sci: 3(3):136-144.

American Psychiatric, A. (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4. Baskı, Washington DC: American Psychiatric Press, 429-85.

Andrew, B., et al. (1993). "Do psychosocial factors influence outcome in severely depressed female psychiatric in-patients?" The British Journal of Psychiatry **163**(6): 747-754.

Appleby, P., et al. (2007). "International Collaboration of Epidemiological Studies of Cervical Cancer Cervical cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data for 16,573 women with cervical cancer and 35,509 women without cervical cancer from 24 epidemiological studies." Lancet **370**(9599): 1609-1621.

Arbyn, M., et al. (2008). "Liquid compared with conventional cervical cytology: a systematic review and meta-analysis." Obstetrics & Gynecology **111**(1): 167-177.

Arbyn, M., et al. (2008). "Pooled analysis of the accuracy of five cervical cancer screening tests assessed in eleven studies in Africa and India." International journal of cancer **123**(1): 153-160.

Assoumou, Samira Zoa, et al. "Awareness and knowledge regarding of cervical cancer, Pap smear screening and human papillomavirus infection in Gabonese women." *BMC women's health* 15.1 (2015): 37.

Avcı, G. A., et al. (2013). "Phylogenetic Analysis and Prevalence of Human Papillomavirus (HPV) in Women with Several Cervical Pathologies." Journal of Turkish Society of Obstetrics and Gynecology **10**(3): 151-159.

Aydın, D. S., et al. (2015). "Polikliniğe Başvuran Kadınlarda Smear Farkındalığı ve Yaptırma Sıklığı."

Ball, C. and J. E. Madden (2003). "Update on cervical cancer screening: Current diagnostic and evidence-based management protocols." Postgraduate medicine **113**(2): 59-70.

Bansal, P., et al. (2015). "Depression and anxiety among middle-aged women: A community-based study." Journal of family medicine and primary care **4**(4): 576.

Bavinck, J. N. B., et al. (2010). "Multicenter study of the association between betapapillomavirus infection and cutaneous squamous cell carcinoma." Cancer research **70**(23): 9777-9786.

Beck, A., et al. (1988). "An inventory for measuring clinical anxiety: The Beck Anxiety Inventory." J Consult Clin Psychol **56**: 893-897.

Beck, A. T., et al. (1961). "An inventory for measuring depression." Archives of general psychiatry **4**(6): 561-571.

Bezircioğlu, İ., et al. (2004). "Menopoz Öncesi ve Sonrası Dönemde Depresyon-Anksiyete ve Yetiyitimi."

Bıyıkoğlu, E. B. (2012). Evlilik Uyumunun Mükemmeliyetçilik Özellikleri, Stresle Başa Çıkma Stratejileri ve Cinsiyet Açısından İncelenmesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Programı, Maltepe Üniversitesi.

Bjelland, I., et al. (2008). "Does a higher educational level protect against anxiety and depression? The Hunt study." Social science & medicine **66**(6): 1334-1345.

Bloom, B. L., et al. (1978). "Marital disruption as a stressor: a review and analysis." Psychological bulletin **85**(4): 867.

Bruce, M. L. and R. A. Hoff (1994). "Social and physical health risk factors for first-onset major depressive disorder in a community sample." Social psychiatry and psychiatric epidemiology **29**(4): 165-171.

Brundtland, G. H. (2000). "Mental health in the 21st century." Bulletin of the World Health Organization **78**(4): 411-411.

Budakoğlu, İ., et al. (2005). "yaş üzeri kadınlarda anksiyete gelişimi ve sıklığını etkileyen faktörler." Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi **2**: 92-97.

Ceyhan, M. (2012). "Human papillomavirus (HPV) Aşıları." Klinik Gelişim Dergisi **25**: 36-39.

Çelik, F. H. and Ç. Hocaoğlu (2016). "Major Depresif Bozukluk'Tanımı, Etyolojisi ve Epidemiyolojisi: Bir Gözden Geçirme." Çağdaş Tıp Dergisi **6**(1): 51-66.

Çoban, A., et al. (2008). "Klimakterik dönemdeki evli kadınların eş uyumları ve menopoza ilişkin tutumlarının menopozal yakınmalar üzerine etkisi." Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi **22**(6): 343-349.

Day, P. M., et al. (2010). "In vivo mechanisms of vaccine-induced protection against HPV infection." Cell host & microbe **8**(3): 260-270.

Demirezen, M. (2013). "Sigara İçme Arzusu Ölçeği'nin Türkçe Geçerlilik, Güvenilirliği ve Anksiyete İle İlişkisi." Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Tıpta Uzmanlık Tezi. Zonguldak.

Dilek, S. (2004). "Erken Evre Serviks Kanserinin Güncel Cerrahi Tedavisi."

Doorbar, J. (2006). "Molecular biology of human papillomavirus infection and cervical cancer." Clinical science **110**(5): 525-541.

Dursun, P., et al. (2009). "10-15 yaş arası adölesan çocuğu olan annelerin hpv aşısı hakkındaki bilgi ve tutumları." J Turk Soc Obstet Gynecol **6**(3): 206-210.

Dünder, İ. ve K. Kahraman (2009). "Serviks Kanserinde Maliyet Unsuru ve HPV Aşılarının Beklenen Sonuçları." Turkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics Special Topics **2**(1): 69-77.

Düzgün, G. (2009). "Evli kişilerde depresyon, ilişkiye ilişkin inanç, kendini ayarlama düzeyinin evlilik uyumu ile ilişkisi." Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara.

Earls, F. (1987). "Sex differences in psychiatric disorders: origins and developmental influences." Psychiatric developments **5**(1): 1-23.

Engin, G. (2012). "Serviksin 3-Boyutlu Radyolojik Anatomisi."

Erbek, E., et al. (2005). "Cinsellik ve çift uyumu arasındaki ilişki: üç grup evli çiftte karşılaştırmalı bir çalışma." Düşünen Adam **18**(2): 72-81.

Ergöl, Ş. and A. Kuzu (2016). "The relation between marriage characteristics and depression and anxiety symptoms in married women aged 15-49 years 15-49 yaş evli kadınlarda depresyon ve anksiyete belirtileri ile evlilik özelliklerinin ilişkisi." Journal of Human Sciences **13**(1): 1023-1035.

Ezenwa, B. N., et al. (2013). "Mothers' human papilloma virus knowledge and willingness to vaccinate their adolescent daughters in Lagos, Nigeria." Int J Womens Health **5**: 371-377.

Faridi, R., et al. (2011). "Oncogenic potential of Human Papillomavirus (HPV) and its relation with cervical cancer." Virology Journal **8**(1): 269.

Feldman, S., et al. (2011). Screening for cervical cancer: Rationale and recommendations.

Ferlay, J., et al. (2013). Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. GLOBOCAN 2012 v1. 0, 2013.

Gakidou, E., et al. (2008). "Coverage of cervical cancer screening in 57 countries: low average levels and large inequalities." PLoS Med **5**(6): e132.

Gamarra, C. J., et al. (2005). "Knowledge, attitudes and practice related to Papanicolaou smear test among Argentina's women." Revista de saúde pública **39**(2): 270-276.

Glenn, N. D. (1990). "Quantitative research on marital quality in the 1980s: A critical review." Journal of Marriage and the Family: 818-831.

Gökalp, P. (2003). "Stres, anksiyete ve kadın." Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları Hüksam.

Gökgöz, N. ve D. Aktaş (2016). "Kadınların Serviks Kanseri ve Pap Smear Testi Yaptırma Durumlarına Yönelik Farkındalık Düzeylerinin Belirlenmesi." Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hemşirelik E-Dergisi **3**(2).

Görkem, Ü., et al. (2015). "Human Papilloma Virüs Enfeksiyonu Farkındalığı Açısından Kimler Hedef Kitle Olmalıdır? Anket Çalışması."

Görkem, Ü., et al. (2015). "Üniversite hastanesinde çalışan yardımcı sağlık personelinin Human Papilloma Virüs ve aşısı hakkında bilgi düzeyleri ve tutumları." Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi.

Haberal, A. (2015). "Jinekolojik Kanserlerin Etiyolojisi ve Epidemiyolojisindeki Yenilikler." Turkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics Special Topics **8**(1): 1-7.

Halloran, E. C. (1998). "The role of marital power in depression and marital distress." American Journal of Family Therapy **26**(1): 3-14.

Hisli, N. (1988). "Beck Depresyon Envanteri'nin geçerliği üzerine bir çalışma." Psikoloji dergisi **6**(22): 118-122.

Jemal, A., et al. (2006). "Cancer statistics, 2006." CA: a cancer journal for clinicians **56**(2): 106-130.

Jemal, A., et al. (2010). "Cancer statistics, 2010." CA: a cancer journal for clinicians **60**(5): 277-300.

Jiang, F., et al. (2014). "Association of anxiety disorders with the risk of smoking behaviors: a meta-analysis of prospective observational studies." Drug and alcohol dependence **145**: 69-76.

Johnson, S. L. and T. Jacob (2000). "Sequential interactions in the marital communication of depressed men and women." Journal of consulting and clinical psychology **68**(1): 4.

Karakaya İ, (2012). "Psikiyatrik Hastalıklar ve Psikiyatrik Tedavi Gören Hastalarda Diş Hekimliği Yönünden Yaklaşım."

Kastro, R. (1998). "Evlilik içi uyum ve depresyon: evlilik ilişkisinin niteliği ve eşlerde semptom oluşumu hakkında bir çalışma." Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.

Kessler, R. C., et al. (1985). "Social factors in psychopathology: Stress, social support, and coping processes." Annual review of psychology **36**(1): 531-572.

Kitchener, H. C., et al. (2006). "Achievements and limitations of cervical cytology screening." Vaccine **24**: S63-S70.

Kohli, M., et al. (2007). "Estimating the long-term impact of a prophylactic human papillomavirus 16/18 vaccine on the burden of cervical cancer in the UK." British journal of cancer **96**(1): 143-150.

Kösebay, D. and B. Göker (2012). "Dünyada ve Türkiye'de Jinekolojik Onkolojinin Tarihçesi."

Kublay, D. and V. Oktan (2015). "Evlilik Uyumu: Değer Tercihleri ve Öznel Mutluluk Açısından İncelenmesi." Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi **5**(44).

Kuo, D. Y.-S. and G. L. Goldberg (2003). "Screening of Cervical Cancer: Where Do We Go from Here? Special Artıcle." Cancer investigation **21**(1): 157-161.

Kuper, H., et al. (2002). "Tobacco use and cancer causation: association by tumour type." Journal of internal medicine **252**(3): 206-224.

Kurtipek, G. S., et al. "Özgün Araştırma." On Sekiz Yaş Üzeri Kadınların Genital Verru, Servikal Kanser ve Human Papilloma Virüs Aşısı Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışları. Turk J Dermatol 2016;10:105-9

Kurtoğlu, E. ve A. A. Gürz (2014). "Serviks Kanseri Epidemiyolojisi." Turkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics Special Topics **7**(4): 1-4.

Leach, L. S., et al. (2013). "Relationship quality and levels of depression and anxiety in a large population-based survey." Social psychiatry and psychiatric epidemiology **48**(3): 417-425.

Lee, K.-N., et al. (2017). "Attitudes Regarding HPV Vaccinations of Children among Mothers with Adolescent Daughters in Korea." Journal of Korean Medical Science **32**(1): 130-134.

Lee, K. R., et al. (1997). "Comparison of conventional Papanicolaou smears and a fluid-based, thin-layer system for cervical cancer screening." Obstetrics & Gynecology **90**(2): 278-284.

Marcus, S. M., et al. (2008). "Sex differences in depression symptoms in treatment-seeking adults: confirmatory analyses from the Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression study." Comprehensive Psychiatry **49**(3): 238-246.

Mollahaliloğlu, S., et al. (2010). "TC Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı." Ankara: Kalkan Matbaacılık.

Mukama, T., et al. (2017). "Women's knowledge and attitudes towards cervical cancer prevention: a cross sectional study in Eastern Uganda." BMC women's health **17**(1): 9.

Nathawat, S. and A. Mathur (1993). "Marital adjustment and subjective well-being in Indian-educated housewives and working women." The Journal of psychology **127**(3): 353-358.

Nayar, R. and D. C. Wilbur (2015). "The Pap test and bethesda 2014." Acta cytologica **59**(2): 121-132.

Nehir, S., et al. (2009). "Menopozal belirtilerin ve evlilik uyumunun yaşam kalitesi üzerine etkisi." Cumhuriyet Medical Journal **31**(1): 15-21.

Nobbenhuis, M. A., et al. (2001). "Cytological regression and clearance of high-risk human papillomavirus in women with an abnormal cervical smear." The Lancet **358**(9295): 1782-1783.

Noble, R. E. (2005). "Depression in women." Metabolism **54**(5): 49-52.

Onan, M. A. (2009). "HPV Virolojisi, Epidemiyoloji ve Genital Kanser İlişkisi." Turkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics Special Topics **2**(1): 1-8.

Overbeek, G., et al. (2006). "Longitudinal associations of marital quality and marital dissolution with the incidence of DSM-III-R disorders." Journal of family psychology **20**(2): 284.

Ozan, H. (2005). "Pap Smear: Ne Zaman? Nasıl? Kimden?" TJOD - Uzmanlık Sonrası Eğitim ve Güncel Gelimeler 2005;2:35-40.

Ozan, H. (2009). "Servikal Karsinogeneziste HPV'nin Rolü." Turkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics Special Topics **2**(1): 9-12.

Ozan, H., et al. (2011). "Kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran hastaların human papilloma virüs ve hpv aşısı hakkındaki bilgi düzeylerinin belirlenmesi." Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi **37**(3): 145-148.

Önder, Ö., et al. (2015). "Knowledge about Human Papilloma Virus (HPV) and HPV Vaccine at Reproductive Age in Primary Care." Cukurova Medical Journal **40**(3): 517-524.

Önsüz, M. F. and A. Topuzoğlu (2011). "Bir tıp fakültesinde kadın hastalıkları ve doğum stajını yapmış öğrencilerin HPV aşısı hakkında bilgi düzeyleri ve tutumlarının değerlendirilmesi." TAF Prev Med Bull **10**(5): 557-564.

Özkan, İ., et al. (2001). "Postmenopozal Dönemdeki KadınlardaRuhsal Belirti Ölçek ve Tarama Listeleri." Turkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics **11**(3): 52-55.

Özsoy, H. M. (2013). "Erken Evre Serviks Kanseri."

Parkin, D. M. and F. Bray (2006). "The burden of HPV-related cancers." Vaccine **24**: S11-S25.

Petersen, L. K., et al. (2017). "Impact of baseline covariates on the immunogenicity of the 9-valent HPV vaccine–A combined analysis of five phase III clinical trials." Papillomavirus research **3**: 105-115.

Pınar, G., et al. (2008). "Başkent Üniveritesi Ankara Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Başvuran Kadınların HPV Aşısı ve Serviks Kanseri ile İlgili Bilgi Düzeyleri."

Provinence, H. (2010). "Hatay ili Kisecik bölgesinde 35–40 yaş arası kadınlarda serviks kanseri taraması." TAF Preventive Medicine Bulletin **9**(5): 471-474.

Ramael, M., et al. (2004). "Natural history and biological behaviour of human papillomavirus: implications for cervical cancer screening." Acta Medica Lıtuanıca **11**(3): 1-7.

Roden, R. B., et al. (2004). "Vaccination to prevent and treat cervical cancer." Human pathology **35**(8): 971-982.

Romanowski, B. (2011). "Long term protection against cervical infection with the human papillomavirus: review of currently available vaccines." Human vaccines **7**(2): 161-169.

Rombaldi, R. L., et al. (2008). "Transplacental transmission of human papillomavirus." Virology Journal **5**(1): 106.

Saatçioğlu, Ö. (2001). "Yaygın anksiyete bozukluğunun tedavisi ve yeni yaklaşımlar." Klinik Psikofarmakoloji Bülteni **11**(1): 60-77.

Sandberg, J. G. and J. Harper (2000). "In search of a marital distress model of depression in older marriages." Aging & Mental Health **4**(3): 210-222.

Saslow, D., et al. (2012). "American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology screening guidelines for the prevention and early detection of cervical cancer." CA: a cancer journal for clinicians **62**(3): 147-172.

Saulle, R., et al. (2013). "Validation of a questionnaire for young women to assess knowledge, attitudes and behaviors towards cervical screening and vaccination against HPV: survey among an Italian sample." Epidemiology, Biostatistics and Public Health **11**(2).

Saxton, L. (1982). Marriage the nature of marriage, the ındividual, marriage, and the family. (5.Edith).California, Wadsworth Publishing Company Belmont, A Division of Wadsworth, Inc.

Scott, R. L. and J. V. Cordova (2002). "The influence of adult attachment styles on the association between marital adjustment and depressive symptoms." Journal of family psychology **16**(2): 199.

Small, W., et al. (2017). "Cervical cancer: A global health crisis." Cancer.

Smith, J. S., et al. (2007). "Human papillomavirus type distribution in invasive cervical cancer and high-grade cervical lesions: A meta-analysis update." International journal of cancer **121**(3): 621-632.

Sönmez, Y., et al. (2012). "Bir Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 20 Yaş ve Üzeri Kadınların Meme ve Serviks Kanseri Erken Tanısına İlişkin Davranışları." SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi **19**(4).

Stanley, M. (2008). "Immunobiology of HPV and HPV vaccines." Gynecologic oncology **109**(2): S15-S21.

Stanley, M. (2010). "HPV-immune response to infection and vaccination." Infectious agents and cancer **5**(1): 19.

Şahbaz, A. and O. Erol (2014). "HPV aşı uygulamaları." Obstet Gynecol **2**: 126-130.

Şendil, G. and Y. Korkut (2012). "Evli Çiftlerdeki Çift Uyumu ve Evlilik Çatışmasının Demografik Özellikler Açısından İncelenmesi."

Taşçı, E., et al. (2008). "İnfertil kadınlarda evlilik uyumu." Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi **5**(2): 105-110.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kanser Daire Başkanlığı. "Serviks Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları."from http://kanser.gov.tr/kanser/kanser-taramalari/886-serviks-kanseri-tarama-program%C4%B1.html. Erişim Tarihi:02.07.2017.

Tosun, M. ve E. Malatyalıoğlu (2014). "Servikal Kanserlerde Tarama ve Erken Tanı Yöntemleri." Turkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics Special Topics **7**(4): 18-24.

Tosun, M. and E. Malatyalıoğlu (2014). "Servikal Kanserlerde Tarama ve Erken Tanı Yöntemleri." Turkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics Special Topics **7**(4): 18-24.

Tutarel-Kışlak, Ş. (1999). "Evlilikte uyum ölçeğinin (EUÖ) güvenirlik ve geçerlik çalışması." 3P Dergisi, 7 (1): 50-57.

TÜİK, T. C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. (2014). "Sağlık Araştırması 2012."

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, S. B. (2014). "Türkiye Kanser İstatistikleri." from http://kanser.gov.tr/daire-faaliyetleri/kanser-istatistikleri/2106-2014-y%C4%B1l%C4%B1-t%C3%BCrkiye-kanser-istatistikleri.html. Erişim Tarihi: 20.06.2017.

Tyring, S. K. (2000). "Human papillomavirus infections: epidemiology, pathogenesis, and host immune response." Journal of the American Academy of Dermatology **43**(1): S18-S26.

Ulusoy, M. (1998). "Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: psychometric properties." J Cognit Psychother Internat Quart **12**: 2.

Uşaklı, N. (2010). Evli Bireylerin Evliliğe Uyumda Karşılaştığı Sorunlar ve Eğitim İhtiyaçları. Eğitim Bilimleri Enstitüsü Aile Ekonomisi ve Beslenme Eğitimi Anabilim Dalı. Ankara, Gazi Üniversitesi

Ünal, S. and E. Özcan (2000). "Depresyonda hazırlayıcı, ortaya çıkarıcı ve koruyucu etkenler." Anadolu Psikiyatri Dergisi **1**(1): 41-48.

Ünsal, C. (2007). "Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tanısı Alan Hastaların Elektrokardiyografilerindeki P-Dalga Dispersiyonu ve QT Dispersiyonu." Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği Uzmanlık Tezi, İstanbul.

Virtej, P. and C. Vasiliu (2002). Cytodiagnosis in cervical neoplasia: from the Babes/Papanicolaou smear to the actual Bethesda System.

Walboomers, J. M., et al. (1999). "Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide." The Journal of pathology **189**(1): 12-19.

Wellings, K., et al. (2001). "Sexual behaviour in Britain: early heterosexual experience." The Lancet **358**(9296): 1843-1850.

Whisman, M. A. (2007). "Marital distress and DSM-IV psychiatric disorders in a population-based national survey." Journal of abnormal psychology **116**(3): 638.

Whisman, M. A. and D. H. Baucom (2012). "Intimate relationships and psychopathology." Clinical child and family psychology review **15**(1): 4-13.

WHO (2002). WHO Reports. APA Press Release, Public Affairs Office, Pam Willenz.

WHO (2012). "GLOBOCAN. Cervical Cancer Estimated Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide." from http://globocan.iarc.fr/old/FactSheets/cancers/cervix-new.asp. Erişim Tarihi:18.06.2017.

WHO (2013). "Women's Health." from http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs334/en/index.html. Erişim Tarihi: 12.06.2017.

WHO (2017). "World Health Day 2017 Campaign Mental health." 31.05.2017, from http://www.who.int/mental_health/management/depression/en/. Erişim Tarihi: 25.05.2017.

WHO (2012). "GLOBOCAN 2012. All cancers (excluding non-melanoma skin cancer) estimated ıncidence, mortality and prevalence worldwide in 2012. ."

WHO, W. H. O. (2017). "Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates." from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?ua=1. Erişim Tarihi: 09.06.2017.

Winer, R. L., et al. (2003). "Genital human papillomavirus infection: incidence and risk factors in a cohort of female university students." American journal of epidemiology **157**(3): 218-226.

Woodman, C. B., et al. (2007). "The natural history of cervical HPV infection: unresolved issues." Nature Reviews Cancer **7**(1): 11-22.

Yalçın, H. (2014). "Evlilik Uyumu ile Sosyodemografik Özellikler Arasındaki İlişki."

Yarkın, F. ve M. A. Vardar (2009). "HPV immunolojisi ve natürel enfeksiyonlar." Turkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics Special Topics **2**(1): 43-47.

Yılmaz, A. ve İ. Avcı (2015). "15-49 yaş grubu evli kadınların bazı toplumsal cinsiyet özellikleri ile evlilik uyumları arasındaki ilişki."

Yüce, K. (2009). "HPV Enfeksiyonu Geçiş Yolları ve Korunma." Turkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics Special Topics **2**(1): 82-85.

8. EKLER

8.1. Ek-1:

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (BGOF) :

Çalışmamızın amacı polikliniğe başvuran 18-80 yaş arası kadınlarda serviks kanseri ve HPV aşısı hakkındaki bilgi ve farkındalık düzeyini ölçmektir.Bu sayede serviks kanseri hakkında bilinçlendirmeyi artırıp ve yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkiyi daha erken tespit edip gerekli tedavilerin yapılmasını sağlamayı istiyoruz. Araştırmamızda gönüllülere sosyodemografik verilerini içeren anket,serviks kanseri ve HPV aşısı hakkında bilgi düzeyini ölçen anket, Beck Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ve Evlilik Uyum Ölçeği doldurtulacaktır. Bu araştırma yeterli gönüllü sayısına ulaşıldıktan sonra tamamlanacaktır.Bu araştırmaya yaklaşık 1000 tane aile hekimliği polikliniğine başvuran gönüllü alınacaktır.

Araştırmada gönüllüler için herhangi bir klinik yarar veya zarar beklenmemektedir. Gönüllülerin araştırmaya katılımı isteğe bağlı olup, gönüllüler istediği zaman, herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir hakkını kaybetmeksizin araştırmaya katılmayı reddedebilir veya araştırmadan çekilebilir. İzleyiciler, yoklama yapan kişiler, Etik Kurul, Kurum ve diğer ilgili sağlık otoriteleri gönüllünün orijinal tıbbi kayıtlarına doğrudan erişebilirler. Ancak bu bilgilerin kesinlikle gizli tutulur. Yazılı bilgilendirilmiş gönüllü olur formunun imzalanmasıyla gönüllü veya yasal temsilcisi söz konusu erişime izin vermiş olur. İlgili mevzuat gereğince gönüllünün kimliğini ortaya çıkaracak kayıtlar gizli tutulur. Kamuoyuna açıklanmaz; araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi gönüllünün kimliği gizli kalır.

Araştırma konusuyla ilgili ve gönüllünün araştırmaya katılmaya devam etme isteğini etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde gönüllü veya yasal temsilcisi zamanında bilgilendirilecektir.Gönüllüler araştırma hakkında, kendi hakları hakkında veya araştırmayla ilgili herhangi bir advers olay hakkında daha fazla bilgi temin edebilmesi için Dr. Tuğba KETHÜDA ile 0332 221 00 00 (1802-1803) nolu telefondan mesai saatlerinde bilgi alabilirler.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı Soyadı — Araştırmacının Adı Soyadı

Tarih — Dr. Tuğba KETHÜDA

İmza

8.2. Ek-2:

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VE SERVİKS KANSERİ BİLGİ DÜZEYİ FORMU

1.Hasta no:

2.Yaşınız:

3.Medeni Durumunuz:( ) Evli ( ) Bekar ( ) Dul ( ) Boşanmış

4.Mesleğiniz: ( ) Ev hanımı ( ) İşçi ( ) Memur ( ) Esnaf ( ) Emekli ( ) Öğrenci

5.Eğitim Durumunuz:( )Okur-yazar değil ( )Okur-Yazar ( )İlköğretim

( )Lise ( )Üniversite ve üzeri

6.Aylık Geliriniz: ( ) 1.300 TL'nin altı ( ) 1.300-3.000 TL arası ( ) 3.000 TL'nin üstü

7. Sigara kullanımı: ( ) Hayır / Bıraktım ( ) Evet

8.Kaç çocuğunuz var?

a) Hiç yok b) Bir c) İki d) Üç e) Dört ve üstü

9. Menopoz durumu: ( )Menopozda ( )Menopozda değil

10. Hangi yöntemle gebelikten korunuyorsunuz: ( ) Doğum kontrol hapı

( ) Kondom (prezervatif)

( ) Ria (spiral)

( ) Eşim korunuyor

( )Korunmuyoruz

( )Diğerleri

11. Düzenli olarak jinekoljik (kadın doğum) muayene yaptırıyor musunuz?

a) Evet b) Hayır

12. Rahim ağzı kanser taraması için yapılan smear (simir) testini duydunuz mu? a)Evet b)Hayır

13. Smear (simir) yaptırdınız mı?

( ) Hiç yaptırmadım ( ) İki yıldan fazla oldu ( ) İki yılda bir ( ) Yılda bir

14. Rahim ağzı kanserini duydunuz mu? a) Evet b) Hayır

15.Birden fazla cinsel partnerin rahim ağzı kanser riskini artırdığını biliyor musunuz?

a) Evet b) Hayır

16.İlk cinsel deneyi yaşının erken olmasının (18 yaşından önce) rahim ağzı kanseri riskini artırdığını biliyor musunuz? a) Evet b) Hayır

17.Sigara içmenin rahim ağzı kanseri riskini artırdığını biliyor musunuz?

a) Evet b) Hayır

18. HPV (human papilloma virus) virüsünü duydunuz mu? a) Evet b)Hayır (Cevabınız hayır ise sonraki 3 soruyu atlayınız)

19. Human papilloma virüsü (HPV) nasıl bulaşır?

a) Bilmiyorum b)Sindirim yoluyla (yiyecek, içecek…)

c)Cinsel yolla d) Solunum yoluyla

20. Human papilloma virüsü (HPV) kimlerde görülür?

a) Erkekte b)Kadında c)Hem erkek hem kadında

21. Human papilloma virüsünün (HPV) hangi hastalığa neden olur?

a)Meme kanserine b)Yumurtalık kanserine

c)Rahim kanserine d)Rahim ağzı kanserine

22. HPV(human papilloma virus) aşısını duydunuz mu? a) Evet b) Hayır (Cevabınız hayır ise sonraki 5 soruyu atlayınız)

23. HPV(human papilloma virus) aşısı kimlere yapılmalıdır?

a) Erkek çocuklara b) Kız çocuklara c) Hem erkek hem kız çocuklara d) Yetişkinlere

24. HPV (human papilloma virus) aşısı kaç yaşında yapılmalıdır?

a) 2 yaş ve altında b) 9-26 yaş arası c) 27-50 yaş arası d) 51 yaş ve üzeri

25. HPV (human papilloma virus) aşısı kaç yıl koruyucudur?

a) 1 yıl b) 5 yıl c) 10 yıl d) Ömür boyu

26.HPV (human papilloma virus) aşısı tüm cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korur mu?

a) Evet b) Hayır

27. HPV aşısı, ücretli olarak mı yapılır? a) Evet b) Hayır

28. Rahim ağzı kanseri ve aşısı hakkında bilgi almak ister misiniz? a) Evet b) Hayır

8.3. Ek-3:

EVLİLİKTE UYUM ÖLÇEĞİ

1.Bu maddede yer alan ölçeği kullanarak, bütün yönleri ile evliliğinizdeki mutluluk düzeyini en iyi temsil ettiğine inandığınız noktayı **daire** içine alınız. Ortadaki 'mutlu' sözcüğü üzerindeki nokta, çoğu kişinin evlilikten duyduğu mutluluk derecesini temsil eder ve ölçek kademeli olarak sol ucunda evliliği çok mutsuz olan küçük bir azınlığı, sağ ucunda ise evliliği çok mutlu küçük bir azınlığı temsil etmektedir.

* * * * * * *

Çok Mutsuz — Mutlu — Çok Mutlu

Aşağıdaki maddelerde verilen konulara ilişkin olarak, siz ve eşiniz arasındaki **anlaşma ya da anlaşmazlık** derecesini yaklaşık olarak **(X)** şeklinde belirtiniz. Lütfen her maddeyi değerlendiriniz.

	Her zaman anlaşırız	Hemen her zaman anlaşırız	Ara sıra anlaşamadığımız olur	Sıklıkla anlaşamayız	Hemen her zaman anlaşamayız	**Her zaman anlaşamayız**
2. Aile bütçesini idare etme	( )	( )	( )	( )	( )	( )
3. Boş zaman etkinlikleri	( )	( )	( )	( )	( )	( )
4. Duyguların ifadesi	( )	( )	( )	( )	( )	( )
5. Arkadaşlar	( )	( )	( )	( )	( )	( )
6. Cinsel ilişkiler	( )	( )	( )	( )	( )	( )
7. Toplumsal kurallara uyma(doğru, iyi veya uygun davranış)	( )	( )	( )	( )	( )	( )
8. Yaşam felsefesi	( )	( )	( )	( )	( )	( )
9. Eşin akrabalarıyla anlaşma	( )	( )	( )	( )	( )	( )

Lütfen evliliğinizi en iyi ifade ettiğine inandığınız bir cevabın yanındaki kutucuğu **(X)** şeklinde işaretleyiniz.

10. Ortaya çıkan uyumsuzluklar genellikle:

( ) Erkeğin susması ile
( ) Kadının susması ile
( ) Karşılıklı anlaşmaya varılarak sonuçlanır.

11. Ev dışı etkinliklerinizin ne kadarını eşinizle birlikte yaparsınız?

( ) Hepsini
( ) Bazılarını
( ) Çok azını
( ) Hiç birini

12. Boş zamanlarınızda genellikle aşağıdakilerden hangisini tercih edersiniz?

( ) Dışarıda bir şeyler yapmayı
( ) Evde oturmayı

Eşiniz genellikle aşağıdakilerden hangisini yapmayı tercih eder?

( ) Dışarıda bir şeyler yapmayı
( ) Evde oturmayı

13. Hiç evlenmemiş olmayı istediğiniz olur mu?

( ) Sık sık
( ) Arada sırada
( ) Çok seyrek
( ) Hiçbir zaman

14. Hayatınızı yeniden yaşayabilseydiniz;

( ) Aynı kişiyle evlenirdiniz
( ) Farklı bir kişiyle evlenirdiniz
( ) Hiç evlenmediniz

15. Eşinize güvenir, sırlarınızı ona açar mısınız?

( ) Hemen hemen hiçbir zaman
( ) Nadiren
( ) Çoğu konularda
( ) Her konuda

8.4. Ek-4:

Beck Depresyon Ölçeği

Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler ve önünde sayılar yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatle okuyunuz. Bugün dahil, geçen hafta içinde kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümleyi seçin ve yanındaki KUTUCUĞU işaretleyin. Seçiminizi yapmadan önce gruptaki cümlelerin hepsini dikkatle okuyunuz ve yalnızca bir maddeyi işaretleyin.

1.(0) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.

(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.

(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.

(3) O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

2.(0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.

(1) Gelecek hakkında karamsarım.

(2) Gelecekten beklediğim hiçbir şey yok.

(3) Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

3.(0) Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.

(1) Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.

(2) Geçmişime baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.

(3) Kendimi tümüyle başarısız bir kişi olarak görüyorum.

4.(0) Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

(1) Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.

(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.

(3) Her şeyden sıkılıyorum.

5.(0) Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.

(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.

(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.

(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

6.(0) Kendimden memnunum.

(1) Kendi kendimden pek memnun değilim.

(2) Kendime çok kızıyorum.

(3) Kendimden nefret ediyorum.

7.(0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.

(1) Zayıf yanlarım veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.

(2) Hatalarımdan dolayı her zaman kendimi kabahatli bulurum.

(3) Her aksilik karşısında kendimi kabahatli bulurum.

8.(0) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.

(1) Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor, fakat yapmıyorum.

(2) Kendimi öldürmek isterdim.

(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.

9.(0) Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.

(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.

(2) Çoğu zaman ağlıyorum.

(3) Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

10.(0) Şimdi her zaman olduğumdan sinirli değilim.

(1) Eskisine kıyasla daha kolay kızıyorum.

(2) Şimdi hep sinirliyim.

(3) Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

11.(0) Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.

(1) Başkaları ile eskisinden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.

(2) Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybettim.

(3) Hiç kimseyle görüşüp, konuşmak istemiyorum.

12.(0) Eskiden olduğu kadar kolay karar verebiliyorum.

(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.

(2) Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.

(3) Artık hiç karar veremiyorum.

13.(0) Aynada kendime baktığımda bir değişiklik görmüyorum.

(1) Daha yaşlanmışım ve çirkinleşmişim gibi geliyor.

(2) Görünüşümün çok değiştiğini ve daha çirkinleştiğimi hissediyorum.

(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.

14.(0) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.

(1) Bir şeyler yapmak için gayret göstermek gerekiyor.

(2) Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamama gerekiyor.

(3) Hiçbir şey yapamıyorum.

15.(0) Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.

(1) Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.

(2) Her zamankinden bir-iki saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.

(3) Her zamankinden çok daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.

16.(0) Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.

(1) Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.

(2) Yaptığım hemen her şey beni yoruyor.

(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

17.(0) İştahım her zamanki gibi

(1) İştahım eskisi kadar iyi değil

(2) İştahım çok azaldı.

(3) Artık hiç iştahım yok.

18.(0) Son zamanlarda kilo vermedim.

(1) İki kilodan fazla kilo verdim.

(2) Dört kilodan fazla kilo verdim.

(3) Altı kilodan fazla kilo verdim.

19.(0) Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

(1) Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor.

(2) Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyler düşünmek zorlaşıyor.

(3) Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.

20.(0) Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme farketmedim.

(1) Cinsel konularda eskisinden daha az ilgiliyim.

(2) Cinsel konularda şimdi çok daha az ilgiliyim.

(3) Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim.

21. (0) Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.

(1) Cezalandırılabileceğimi seziyorum.

(2) Cezalandırılmayı bekliyorum.

(3) Cezalandırıldığımı hissediyorum.

8.5. Ek-5:

Beck Anksiyete Ölçeği

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

TOPLAM PUAN:	**HİÇ**	**HAFİF DÜZEYDE** Beni pek etkilemedi	**ORTA DÜZEYDE** Hoş değildi ama katlanabildim	**CİDDİ DÜZEYDE** Dayanmakta çok zorlandım
1.Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18.Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				