

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

**KOLPOSKOPİ YAPILAN KADINLARDA FARKINDALIK
TEMELLİ BAŞETME PROGRAMININ KANSER
KORKUSU VE FARKINDALIK DÜZEYİNE ETKİSİ:
RANDOMİZE KONTROLLÜ ARAŞTIRMA**

Öğrencinin
Fatma Özlem ÜNER

DOKTORA TEZİ

2024-ANTALYA

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

KOLPOSKOPİ YAPILAN KADINLARDA FARKINDALIK
TEMELLİ BAŞETME PROGRAMININ KANSER
KORKUSU VE FARKINDALIK DÜZEYİNE ETKİSİ:
RANDOMİZE KONTROLLÜ ARAŞTIRMA

Fatma Özlem ÜNER

DOKTORA TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Öznur KÖRÜKCÜ

“Kaynakça gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

2024-ANTALYA

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne;

Bu çalışma jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programında doktora tezi. tezi olarak kabul edilmiştir.
.../...../.....

İmza

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Öznur KÖRÜKCÜ
Akdeniz Üniversitesi

Üye : Prof.Dr. Kamile KABUKCUOĞLU
Akdeniz Üniversitesi.

Üye : Doç. Dr. Fatma ARIKAN
Akdeniz Üniversitesi

Üye : Doç. Dr. Figen ALP YILMAZ
Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi

Üye : Doç. Dr. Dijle AYAR
Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../..... tarih ve/..... sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Melike CENGİZ

Enstitü Müdürü

ETİK BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı beyan ederim.

Öğrencinin
Fatma Özlem ÜNER
İmza

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Öznur KÖRÜKCÜ
İmza

TEŐEKKÖR

Öncelikle, lisanüstü eğitime başladığım andan itibaren yanımda olan, değerli görüşleri ve yol göstericiliğiyle beni destekleyen, bu tezin danışmanlığını üstlenen çok değerli hocam Doç. Dr. Öznur KÖRÜKCÜ'ye,

Tez jüri üyelerimde bulunan, değerli görüşleri ve bu süreçte sağladıkları rehberlikleri için hocalarım Prof. Dr. Kamile KABUKCUOĞLU ve Doç .Dr. Fatma ARIKAN'a,

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Jinekolojik Onkoloji Polikliniğinde çalışan yan dal asistanı Dr. Ceren Güner ve birimde çalışan değerli hemşirelere,

Benimle birlikte farkındalığı keşfeden ve bu yolculukta birlikte ilerlediğimiz tüm kadınlara,

Gönüllü olarak yoga derslerimize katkı veren Yoga Eğitmeni Yelda Kaya'ya,

Tezimde emeği olan Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü personeline,

Karşıma çıkan zorlukları aşmamda ve başarılı bir şekilde sonuca ulaşmamda bana destek olan canım ailemden öncelikle annem Gülsüm Üner ve babam Ali Üner ile birlikte kardeşlerime,

Ayrıca, tez çalışmam sırasında beni destekleyen aileme, tüm sevdiklerime,

Bu yolculukta yanımda olan her bir kişiye minnettarlığımı ifade etmek için bu satırları kaleme alıyorum ve sonsuz teşekkür ediyorum.

ÖZET

Amaç: Bu araştırma, kolposkopi işlemi yapılan kadınlarda online olarak yürütülen Farkındalık Temelli Başetme Programı'nın kanser korkusu ve farkındalık düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Araştırmada ön test-son test blok randomize kontrollü tek kör deneysel yöntem kullanılmıştır. Araştırma Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Jinkeoloji Onkoloji polikliniğinde Ocak 2022-Temmuz 2023 tarihleri arasında kolposkopi işlemi yapılan kadınlar ile yürütülmüştür. Araştırma örneklemine blok randomizasyon yöntemi ile belirlenen 36'sı müdahale, 36'sı kontrol olmak üzere 72 kadın dahil edilmiştir. Farkındalık Temelli Başetme Programında müdahale grubundaki kadınlara 6 oturum 2 hafta boyunca uygulanmış; kontrol grubundaki kadınlara herhangi bir müdahale yapılmamıştır. Veriler, Kanser Kaygı Ölçeği ve Philadelphia Farkındalık Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler ile bağımsız iki örneklem t testi, Mann Whitney U testi, korelasyon ve regresyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmada müdahale grubundaki kadınlarda kanser kaygı puan ortalamasının kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde azaldığı, Philadelphia Farkındalık Ölçeği ayırimsama alt boyutu puan ortalamasının kontrol grubuna göre, anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$). Program sonrası; müdahale grubundaki kadınların Philadelphia Farkındalık Ölçeği kabul alt boyutu puan ortalamasının kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$).

Sonuç: Farkındalık Temelli Başetme Programı'nın kadınların kanser korku düzeyini azalttığı ve farkındalık düzeyini arttırdığı belirlenmiştir. Bu programın klinik uygulamalara entegre edilmesi ve sağlık profesyonelleri tarafından daha yaygın bir şekilde kullanılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Farkındalık, Hasta Eğitimi, Hemşirelik, Kanser, Tarama, Korku

ABSTRACT

Objective: This study is aimed at determining the effect of the Mindfulness Basic Initiation Program on cancer fear and level of awareness in women undergoing colposcope.

Method: The study used pre-test-post-test randomized controlled single-blind experimental method. The research was carried out with women undergoing colposcopy from January 2022 to March 2023 at the Gynecology Oncology Polyclinic of the Hospital of the School of Medicine of the Mediterranean University. The study sample included 72 women, 36 interventions, and 36 controls, as determined using the block randomization method. In the mindfulness-based coping program, six sessions were applied to women in the intervention group for two weeks; no intervention was applied to women in the control group. Data were collected using the Cancer Worry Scale and the Philadelphia Awareness Scale. Descriptive statistics, independent two-sample t-test, Mann-Whitney U test, correlation, and regression analysis were used in the data analysis.

Results: In the study, it was determined that the mean cancer worry score of the women in the intervention group decreased significantly compared to the control group, Philadelphia Awareness Scale the mean discrimination sub-dimension score was significantly higher than the control group, and the difference between the groups was statistically significant ($p < 0.001$). After the program, Philadelphia Awareness Scale the mean acceptance sub-dimension score of the women in the intervention group was significantly lower than that of the control group ($p < 0.001$).

Conclusion: This study found that the Mindfulness Basic Initiation Program, used as a nursing initiative, increases awareness that women are less afraid of cancer. It is recommended that this program be integrated into clinical practice and be used more widely by health professionals.

Key words: Cancer, Fear, Screening Mindfulness, Nursing, Patient Education

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar DİZİNİ	iv
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
SİMGELER ve KISALTMALAR	x
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
2. GENEL BİLGİLER	
2.1. SERVİKS UTERİ ANATOMİSİ, EMBRİYOLOJİSİ VE HİSTOLOJİSİ	3
2.1.1. Serviks Uterinin Anotomisi	3
2.1.2. Serviks Uterinin Embriyolojisi	4
2.1.3 Serviks Uterinin Histolojisi	4
2.2.SERVİKAL METAPLAZİ OLUŞUMU	6
2.2.1.Servikal Metaplazi ve önemi	6
2.3.Human Papilloma Virüsü (HPV)	8
2.4.SERVİKSİN PREMALİGN LEZYONLARI	10
2.4.1.Servikal Preinvazi Lezyonların Sınıflandırılması	10
2.4.2.Servikal İntraepitelyal Neoplazi (CIN)	10
2.5.SERVİKS KANSERİ	12
2.5.1. Servikal Displazi ve Kanserdeki Risk Faktörleri	12
2.5.2.Servikal Kanserlerde Tarama ve Tanı Yöntemleri	15
2.5.4. Kolposkopinin Servikal Displazilerin Tanılanmasındaki Rolü	17
2.6.KANSER KORKUSU	19
2.6.1.Kanserin Fiziksel Psikolojik ve Sosyal Etkileri	19

2.6.2. Kanser korkusuna neden olan faktörler	21
2.6.3. Rekkürrens Korkusu	22
2.6.4. Servikal Kanserlerde Tanı Yöntemleri Sonrası Hastaların Yaşadığı Kanser Korkusu ve Hemşirelik Bakımı	23
2.7.FARKINDALIK (MİNDFULNESS)	20
2.7.1. Farkındalık (Mindfulness) Kavramı	25
2.7.2. Farkındalığın 7 tutumu	26
2.7.3. Farkındalık ve Meditasyon	29
2.7.4. Beden Tarama Meditasyonu	31
2.7.5. Farkındalıkla Yeme	32
2.7.6. Farkındalık ve Yoga	33
2.7.7. Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı	34
2.7.8. Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programının Onkoloji Çalışmalarında Kullanımı	36
3. GEREÇ ve YÖNTEM	38
3.1.Araştırmanın Amacı	38
3.2.Araştırmanın Şekli	38
3.3.Araştırmanın Yeri ve Zamanı	38
3.4. Araştırmanın Örneklemi	40
3.4.1. Örneklem Büyüklüğü	40
3.4.2.Örneklem Özellikleri	41
3.5. Randomizasyon ile Çalışma Gruplarının Belirlenmesi	37
3.6. Araştırmada Körleme Şekli	44
3.7. Araştırmada Protokolü	45
3.8. Veri Toplama Araçları	45
3.9. Araştırmanın Pilot Çalışması	47

3.10. Araştırmacının Yetkinliğini Gösteren Eğitimler	47
3.11. Araştırma Planı	48
3.12. Araştırma Verilerinin Toplanması	55
3.13. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi	58
3.14. Araştırma Etiği	58
3.14. Araştırmanın Sinirlilikleri	59
3.15. Araştırmanın Güçlü Yönleri	59
3.16. Araştırmanın Değişkenleri	59
4. BULGULAR	
4.1. Tanımlayıcı Bilgiler	60
5. TARTIşMA	69
5.1. Kadınların “Farkındalık Temelli Başetme Programı”nın kanser kaygısı puan ortalamaları üzerine etkisinin incelenmesi	77
5.2. Kadınların “Farkındalık Temelli Başetme Programı”nın Farkındalık düzeyi üzerine etkisi	79
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	83
6.1. Sonuçlar	83
6.2. neriler	84
KAYNAKLAR	86
EKLER	122
ZGEMİş	170

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 2.1.	HPV onkojenik risk ve ilişkili hastalıklara göre geniş sınıflandırması	9
Tablo 2.2.	Servikal neoplazi ve servikal kanser için risk faktörleri.	13
Tablo 3.1.	Örnekleme dahil olma ve dışlanma kriterleri.	41
Tablo 3.2.	DISCERN Uzman görüşleri	52
Tablo 3.3.	Metinlerin okunabilirlik sayılarına göre sınıflandırılması	53
Tablo 3.4.	Verilerin analizinde kullanılan istatistiksel yöntemler	58
Tablo 4.1.	Müdahale ve Kontrol Gruplarına Ait Tanımlayıcı Özellikler	60
Tablo 4.2.	Müdahale ve Kontrol Gruplarının Ön ve Son Testlerine İlişkin Betimsel Değerler	62
Tablo 4.3.	Katılımcıların Ön Test-Son Test Puanlarına Ait Varyans Analizi Sonuçları	63
Tablo 4.4.	Kanser Kaygı ve Farkındalık Alt Faktör Ön Test Puanlarının Grup Değişkenine Göre Bağımsız Gruplar t Testi Sonuçları	65
Tablo 4.5.	Kanser Kaygı Son Test Puanlarının Grup Değişkenine Göre Tek Faktörlü Kovaryans Analizi	65
Tablo 4.6.	Farkındalık Son Test Puanlarının Grup Değişkenine Göre Bağımsız Gruplar t Testi	66
Tablo 4.7.	Müdahale ve Kontrol Gruplarının Kanser Kaygı ve Farkındalık Alt Faktör Ön-Son Test Puanlarına Ait Bağımlı Gruplar t Testi Sonuçları	66

Tablo 4.8.	Müdahale ve Kontrol Gruplarının Kansere Kaygı Faktör Puanlarının Bazı Değişkenlere Göre Ortalama Karşılaştırma Testleri	67
Tablo 4.9.	Müdahale ve Kontrol Gruplarının Kansere Kaygı Faktör Puanlarının Ön test-Son Test Puanlarının Bazı Değişkenlere Göre Ortalama Karşılaştırma Testleri	68
Tablo4.10.	Müdahale ve Kontrol Gruplarının Ayrısama Alt Faktör Ön test-Son Test Puanlarının Bazı Değişkenlere Göre Ortalama Karşılaştırma Testleri	70
Tablo4.11.	Müdahale ve Kontrol Gruplarının Kabul Alt Faktör Puanlarının Ön test-Son Test Puanlarının Bazı Değişkenlere Göre Ortalama Karşılaştırma Testleri	73
Tablo 4.12	Kansere Kaygı ve Farkındalık Alt Ölçek Puanlarının İlişkili Katsayıları	74
Tablo 4.13	Kansere Kaygı ve Farkındalık Alt Ölçek Puanlarının Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi	75

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1	Serviksin Anatomisi	3
Şekil 2.2.	Serviksin Histolojisi.	6
Şekil 2.3.	Squamöz Metaplastik Epitelin Gelişimi	7
Şekil 2.4.	Servikal İntraepitelyal Neoplazi Gelişimi	11
Şekil 3.1.	Araştırmanın Consort Akış Şeması	39
Şekil 3.2.	Örneklem Grubu Güç Analizi Hesaplaması	40
Şekil 3.3.	Excel Programında Rasgele Sayı Dizilimi	43
Şekil 3.4.	Farkındalık Temelli Başetme Programı Kitapçık Oluşturma Süreci	49
Şekil 3.5.	Araştırmanın Uygulama Süreci	54
Şekil 4.1.	Müdahale ve Kontrol Grupları Tekrarlı Ölçümler Değişim	64

SİMGELER ve KISALTMALAR

LSIL	: Düşük Dereceli Skuamöz İntraepitelyal Lezyon
HSIL	: Yüksek Dereceli Skuamöz İntraepitelyal Lezyon
ASC-US	: Atipik Skuamöz Hücrelerin Belirsiz Anlamı
HPV	: Human Papilloma Virüsü
CIN	: Servikal İntraepitelyal Neoplazi
WHO	: World Health Organization
SKB	: Skuamokolumnar Bileşke
SIL	: Skuamöz İntraepitelyal Lezyon
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
MBSR	: Mindfulness-Based Stress Reduction (Farkındalık Temelli Stres Başetme Programı)
FTBP	: Mindfulness Basic Initiation Program (Farkındalık Temelli Başetme Programı)
KKÖ	: Kanser Kaygı Ölçeği
PFÖ	: Philadelphia Farkındalık Ölçeği
FTBP	: Farkındalık Temelli Başetme Programı
ACOG	: The American College of Obstetricians and Gynecologists
PTSD	: Post-Traumatic Stress Disorder
CBT	: Bilişsel Davranışçı Terapi

1. GİRİŞ

Serviks kanseri dünya çapında kadınlarda en sık görülen dördüncü kanserdir. 2022 yılında yaklaşık 660.000 kadının serviks kanserine yakalandığı ve 350.000 kadının bu hastalıktan öldüğü tahmin edilmektedir. (WHO, 2023). Serviks kanserinin erken teşhis ve tedavisindeki ilerlemeler nedeniyle, son 50 yılda kanser sağkalım oranları artmıştır (Pimple ve Mishra, 2019; Murat ve ark., 2019; Burness ve ark., 2021). Bu kanserin en önemli etkeni olan Human Papilloma Virüsün (HPV) yüksek riskli türleri ile enfeksiyonun kalıcı olması durumunda, prekanseröz lezyonlar gelişebildiği ve kansere dönüşebildiği bilinmektedir (Petry ve ark., 2018). Prekanseröz lezyonlar, Pap smear testi ve servikal hücrelerin sitolojik taranmasıyla tanımlanır (Shahida, 2012; Karimi ve ark., 2013). Anormal servikal sitolojisi olan kadınlarda, kolposkopi ve biyopsi ile prekanseröz hücreler değerlendirilir (Boicea ve ark., 2012; Davies ve ark., 2015). Bu prosedür, erken dönemde prekanseröz lezyonların tanımlanması ve tedavi edilmesini sağlayarak invaziv kanser gelişimini önler. Bun nedenle, kolposkopi serviks kanseri mortalite oranlarının azaltılmasında önemli bir rol oynar (Newman ve ark., 2019; Kulkarni ve ark., 2020).

Kolposkopi işlemi, kadınlar üzerinde önemli psikolojik etkiler yaratabilir. Bu süreç, sıklıkla kaygı, korku ve stres gibi duygusal tepkilere yol açar (Lebel ve ark., 2016; Bateni ve ark., 2019). Özellikle kanser korkusu, kolposkopi yaptıran kadınlar arasında yaygın bir endişe kaynağıdır ve bu durum, hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Krucke, 2013; Abdelhakem ve ark., 2019). İşlem sonrası teşhis sürecinden dolayı duyulan korku kanser tedavisinin etkileri kadar travmatik olabilmekte ve taramalardan kaçınmaya sebep olmaktadır (Handelzalts ve ark., 2015; Uner ve Korukcu, 2020). Bu nedenle, kolposkopinin kanser korkusuyla başa çıkmada oynadığı rol büyük önem taşımaktadır. Kanser korkusunun etkili bir şekilde yönetilmesi, hem hastaların psikolojik iyi oluşunu destekleyecek hem de düzenli tarama programlarına katılımı artıracaktır (Lebel ve ark., 2014; Uner ve Korukcu, 2021). Kolposkopi işlemi sürecinde hastaların duygusal ihtiyaçlarına dikkat edilmesi ve uygun destek mekanizmalarının sağlanması gerekmektedir (Marlow ve ark., 2015; Jelinek ve ark., 2017). Kanser korkusuyla başa çıkmada psikoterapi, bilişsel davranışçı terapi, farkındalık temelli stres azaltma (Mindfulness-Based Stress Reduction: MBSR) gibi psikososyal

müdahaleler önemli bir rol oynar. Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı (MBSR), hastaların stresle başa çıkma becerilerini geliştirerek genel yaşam kalitesini artırmayı hedefleyen bir programdır (Kabat-Zinn, 1990). Araştırmalar, MBSR'nin kanser korkusunu azaltmada ve psikolojik iyilik halini desteklemede etkili olduğunu göstermektedir (Hoenig, 2018; Zhang ve ark., 2019; Xunlin ve ark., 2020; Arlt ve ark., 2021). MBSR programının temelleri, farkındalık ve dikkat olmak üzere iki bilişsel süreçle işler hale gelen “farkındalığın” iyileştirici gücü üzerine inşa edilmiştir (Hoge ve ark., 2013; Grossman ve ark., 2004; Fjorback ve ark., 2021). Kanser korkusu yaşayan bireyler için meditasyon ve farkındalık eğitimi, sıkıntı ve acı veren anlarda duyguların kendi kendini düzenlemesini kolaylaştırabilir (Modica ve Hoenig, 2018; Gotink ve ark., 2016; Gu ve ark., 2015). Ayrıca, bu eğitimler iç ve dış deneyimlere karşı her an, yargılayıcı olmayan ve tepkisel olmayan bir farkındalık ile ruminasyonları azaltabilir (Zhang ve ark., 2019). Literatürde yapılan deneysel çalışmalar, MBSR programlarının kanser hastalarında veya kanser riski olan bireylerde nüks korkusu, algılanan stres, duygu durum bozukluğu ve yorgunlukta azalma sağladığını, aynı zamanda mental sağlık ve yaşam kalitesinde artışa yardımcı olduğunu göstermektedir (Garland ve ark., 2015; Huang ve ark., 2016; Schellekens ve ark., 2016; Reach ve ark., 2017; Lengacher ve ark., 2018; Cıfu ve ark., 2018; Kinner ve ark., 2018; Lengacher ve ark., 2021). Bununla birlikte, MBSR'ın jinekolojik kanser şüphesi bulunan kadınlarda kanser korkusunu azaltmada etkinliğini gösteren bir çalışmaya ulaşılammıştır. Bu çalışma, Farkındalık Temelli Başetme Programı'nın kolposkopi işlemi yapılan kadınlarda kanser korkusu ve farkındalık düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın Hipotezleri:

H₁ Hipotezi: Farkındalık Temelli Başetme Programına katılan müdahale grubundaki kadınların kanser kaygı düzeyi kontrol grubundan daha düşüktür.

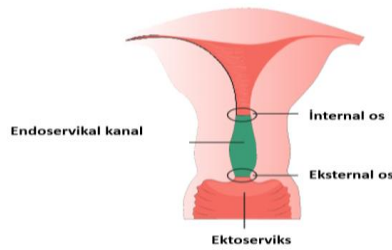
H₁ Hipotezi: Farkındalık Temelli Başetme Programına katılan müdahale grubundaki kadınların farkındalık düzeyi kontrol grubundan daha yüksektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. SERVİKS UTERİ ANATOMİSİ, EMBRİYOLOJİSİ VE HİSTOLOJİSİ

2.1.1. Serviks Uterinin Anotomisi

Şekil olarak silindire benzeyen ve doğum sayısı, yaş ve hormonal duruma göre şekil ve büyüklüğü değişebilen serviks uteri 2-4 cm arasındadır, uterusun 1/3 alt kısmını oluşturur ve çapı apekte 2,5 cm, tabanda 3 cm' dir (Fidan ve ark., 2017). Fibromüsküler bir yapıda olup, müköz bir membran ile örtülüdür. Serviks mesane ve parametrium ile komşudur. Serviksi arkadan örten periton rektum üzerinden geçer ve Douglas boşluğu' nu oluşturur. Serviksin ortasından serviksle endometrial kaviteyi birleştiren kanala *endoservikal kanal* denir. Bu kanalın zunluğu ve eni yaşa ve hormonal duruma göre değişti gösterebilmektedir (Shwayder, 2019). Üreme çağında en geniş halindedir ve 6-8 mm enindedir. Endoservikal kanal endoserviksi uçtan uca geçerek internal os aracılığı ile uterusu, *external os* aracılığı ile de vajinaya açılır. (Şekil 2.1). Spekulum muayenesi ile görüntülenebilen kısmına *ektoserviks* denir. Ektoserviks eksternal osa doğrudur. Endoserviks eksternal osun proksimal kısmındadır ve görülebilmesi için eksternal oifisyumu dilate etmek gereklidir (Roach ve Andreotti, 2017).



Şekil 2.1. Serviksin anatomisi

Kaynak: Roach MK, Andreotti RF. The Normal Female Pelvis. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2017; 60: 3-10.

Uterusun kanlanması uterin arterin inen dalından gelir ve lenfatik drenaj parametrijal dğümlere, ardından obturator, internal iliak ve eksternal iliak dğümlere, ikincil drenaj ise presakral, ana iliak ve paraaortik lenf dğümlerine olur. Sinir beslemesi otonomiktir (sempatik ve parasempatik). Endoserviks sinir sonlanmaları açısından oldukça zenginken, ektoservikte sinir sonlanma noktaları azdır (Buy ve Ghossain, 2013). Bu nedenle biyopsi, elektrokoagulasyon, kriyoterapi gibi işlemler bazı hastalar tarafından lokal anestezişiz iyi tolere edilebilir (Roach ve Andreotti, 2017). Endoservikte duyu uçları, sempatik ve parasempatik lifler çok yoğundur ve bu nedenle de dilatasyon ve küretaj esnasında vasovagal reaksiyon gelişebilir (Hegazy, 2022).

2.1.2. Serviks Uterinin Embriyolojisi

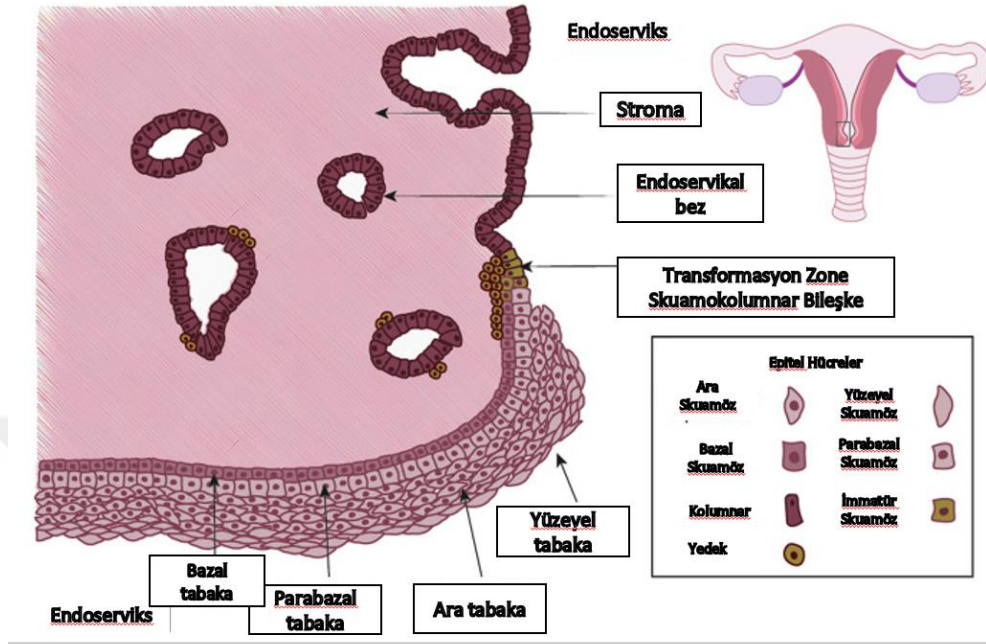
Kadında genital kanal, başlıca iki embriyolojik oluşumdan kaynaklanır. Bunlar Çölemik mezodermden kaynaklanan Müller Kanalları (Paramezonefrik kanal) ve Ürogenital Sinüstür. Fertilizasyonun yaklaşık 54. gününde, eşleştirilmiş müllerian kanallar birleşir ve uterin korpus, serviks ve üst vajinanın öncüsü olan uterovajinal kanalın oluşumuyla sonuçlanır (Claro ve ark., 2022). Uterovajinal kanalın kaudal ucu, sonunda vajinal açıklık ve hymen haline gelen müllerian tüberkül adı verilen bir noktada ürogenital sinüsü karşılamak için aşağıya doğru göç eder (Hegazy, 2022). Yaklaşık olarak 66. günde, bu alandaki hücrelerin katmanlaşması, 77. günde katı bir vajinal plaka oluşturmak üzere çoğalan sinovajinal ampullere yol açar. Vajinal plakanın merkezi hücreleri daha sonra parçalanarak vajinal lümeni oluşturur. Endoservikal bezler ve vajinal forniksler 91 gün (13. hafta) ve 15 hafta, böylece serviksin ilk net belirtilerini sağlar (Roach ve Andreotti, 2017).

2.1.3. Serviks Uterinin Histolojisi

Esas olarak yumuşak kastan oluşan uterus gövdesinin aksine, servikal stroma, bir miktar elastik doku ve düz kas hücreleri ile ağırlıklı olarak kollajendir (Buy ve Ghossain, 2013). Embriyogenezis sırasında, urogenital sinus ve vajinal plaktaki örtücü skuamöz epitelin yukarı doğru göç ederek mülleryan epitelle yer değiştirdiği düşünülmektedir (Oyervides-Muñoz ve ark., 2018). Bu süreç genellikle, orjinal *skuamokolumnar bileşkeyi (SKB)* şekillendirecek şekilde eksternal os'ta sonlanır. Buranda pembe, düzgün skuamöz epitel ile kırmızı, kadifemsi kolumnar epitel yan yana bulunur. Kadınların az bir kısmında, bu

göç yetersizdir ve SKB'nin üst vajina düzeyinde kaldığı görülür (Claro ve ark., 2022). Bu durum anatominin bir varyantıdır ve çoğunlukla in ütero eksojen östrojen maruziyeti ile ilişkili bulunmuştur (Regauger ve ark., 2022). Kolumnar epitel, çoğunlukla “glandüler” olarak isimlendirilir. Bunun sebebi kolumnar epiteldeki derin, içe doğru katlantılar glandüler dokunun histolojik görüntüsüne benzer görünüm oluşturmaktadır. Ancak servikte gerçek glandlardaki gibi asini ve duktuslar bulunmadığı için, glandüler teriminin teknik olarak kullanılması doğru değildir (Schultheis ve ark., 2022). Glandüler epitel, yeni doğan bebeklerde ve ergenlik ve ergenlik döneminde sıklıkla dış os'un çok ötesine uzanır. Postmenopozal hastalarda skuamokolumnar bileşke görülemeyecek kadar yüksekte olabilir (Oyervides-Muñoz ve ark., 2018).

Transformasyon bölgesi, skuamokolumnar bileşke ile skuamöz epitelin geri kalanı arasındaki sınırı oluşturan skuamöz metaplazi alanıdır. Serviksin skuamokolumnar bileşkesi ve transformasyon bölgesi, neoplazi için en büyük risk altındaki alanlardır (Woo ve Kim, 2022). Mukus üreten kolumnar epitel dahil olmak üzere servikal ve vajinal epitel, östrojen ve progesteron konsantrasyonlarındaki değişikliklere yanıt verir. Östrojen bol, sulu, alkali mukus üretimini uyarırken, progesteron kalın, yetersiz, asidik bir mukus oluşturur (Regauger ve ark., 2022). Serviks iki farklı epitelden oluşur; Endoserviksin sütunlu epiteli ve ektoserviksin tabakalı epiteli, skuakolumnar bileşkede birleşir. Yedek hücreler (yeşil) kolumnar epitel altında lokalizedir ve dönüşüm bölgesini (Transformasyon Zon) üreten yeni bir tabakalı epitel oluşumuyla sonuçlanan metaplazi sürecinin düzenlendiğine inanılmaktadır (Alzamil ve Turco, 2021). Şekil 2.2.'de bu oluşum özetlenmektedir.



Şekil 2.2. Serviksin Histolojisi

Kaynak: Alzamil L, Nikolakopoulou K, Turco, MY. Organoid systems to study the human female reproductive tract and pregnancy. Cell Death & Differentiation. 2021; 28(1):35-51.

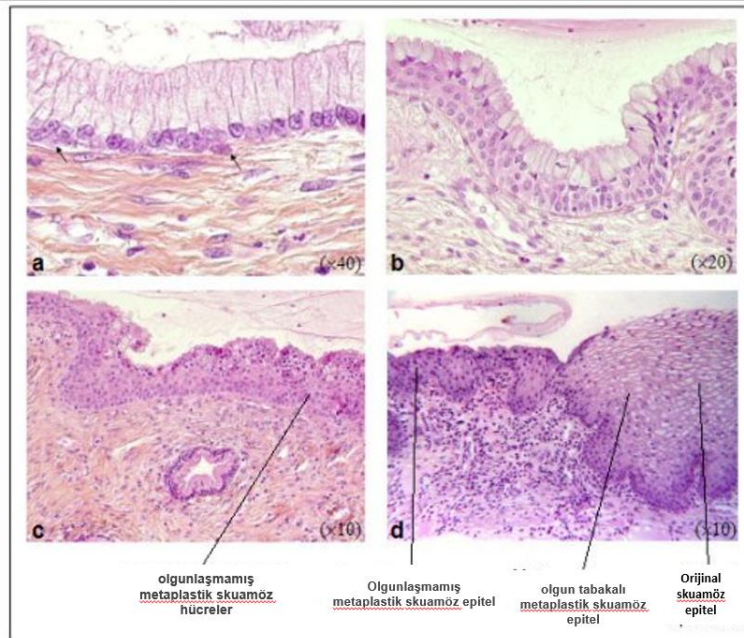
2.2. SERVİKAL METAPLAZİ OLUŞUMU

2.2.1. Servikal Metaplazi ve önemi

Pubertede östrojen seviyesindeki yükselme, alt genital sistemin nonkretinize skuamöz epitelindeki glikojen depolarında artışa yol açar (Shwayder, 2019). Glikojen, laktobasiller için ana karbonhidrat kaynağıdır ve glikojen miktarındaki artışla, laktobasiller üreme çağındaki kadınların normal vajina florasında baskın hale gelir. Bu bakteriler, vajinal pH'ın 4.5'in altına düşmesini sağlayan laktik aside üretir. Bu düşük vajinal pH, serviksteki kolumnar epitelin skuamöz epitle yer değiştirmesi anlamına gelen skuamöz metaplazi için uyarıcı görevindedir (Alzamil ve Turco, 2021).

Ektropion veya ektopi, ektoserviks üzerinde dışa dönük endoservikal kolumnar epitelin varlığı olarak tanımlanır. Ektropiyondaki dışa dönük kolumnar epitel asidik vajinal ortama maruz kaldığında, kolumnar hücreleri kaplayan mukusun tampon etkisi bozulur. Bu, yeni oluşan metaplastik skuamöz epitel ile kolumnar epitelin yıkımına ve nihai olarak

değiştirilmesine yol açar (Sobirova ve Nuraliyeva, 2021). Metaplazi, bir epitel tipinin başka bir epitel ile değiştirilmesi veya değiştirilmesi anlamına gelir. Dışa dönük kolumnar epitelin fizyolojik olarak yeni oluşan skuamöz epitel ile yer değiştirmesine skuamöz metaplazi denir (Cotarcea ve ark., 2016). Servikal epitelin tabanındaki farklılaşmamış depo hücreleri, zamanla skuamöz epitele farklılaşacak olan yeni metaplastik hücrelerin öncülleri konumundadır. Skuamöz metaplazi, normal bir süreçtir. Zamanla genişleyen metaplazik epitel bandına transformasyon zonu (TZ) adı verilir, bu zon orjinal SKB ile mevcut kolumnar epitel arasında yer alır. Olgunlaşmamış metaplastik skuamöz hücreler, olgun tabakalı metaplastik epitele farklılaşır (Sellors ve Sankaranarayanan, 2003). (Şekil 2.3.) Metaplaziye giden servikal immatür depo hücreleri, HPV ve ko-karsinojenlerin onkojenik etkilerine karşı özellikle savunmasızdır. Skuamöz metaplazi, adölesan ve gebelik süresince aktiftir. Buna göre erken yaşta cinsel aktiviteye başlamanın ve ilk gebeliğin erken yaşta olmasının neden servikal kanser için bilinen risk faktörlerinden olduğunu açıklayabilir (Wilailak ve ark., 2021).



Şekil 2.3. Skuamöz metaplastik epitelin gelişimi

Kaynak: Sellors J W, Sankaranarayanan R. Colposcopy and treatment of cervical intraepithelial neoplasia: a beginner's manual. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2003,132

2.3. Human Papilloma Virüsü (HPV)

Bilinen en eski viral ailelerden biri olan Papillomaviridae familyasına ait olan HPV cilt, oral ve genital mukozanın epitel hücrelerini enfekte edebilir (Lei ve ark., 2021). Human Papillomavirus, protein kapsid içeren, kapsülsüz bir çift sarmal DNA virüstür (Mangino ve ark., 2018). HPV, ekspresyon modellerine göre erken (E) veya geç (L) olarak sınıflandırılan sekiz geni kodlayan yaklaşık sekiz bin baz çift genomlu dairesel bir DNA virüsüdür (Wang ve Chen, 2019). Altı E geni (*E1, E2, E4, E5, E6 ve E7*) ve iki L geni (*L1 ve L2*) vardır (Sobirova, D. R., & Nuraliyeva, 2021). HPV, viral partiküllerin bazal tabakaya girip yayıldığı epiteldeki lezyonlar yoluyla epitel hücrelerini enfekte eder. Enfekte hücreler, düşük ve yüksek dereceli lezyonların gelişimini başlatan viral partiküller üretmeye başlar (Mangino ve ark., 2018; Lei ve ark., 2022).

HPV tipleri, onkojenitelerine ve servikal kanser ile olan ilişkilerinin kuvvetine göre yüksek riskli ve düşük riskli olarak sınıflandırılır (Wang ve Chen, 2019). Düşük riskli olan HPV tipleri 6 ve 11, genital siğillerin tamamına veya HPV enfeksiyonlarının az bir kısmına neden olur. Yüksek riskli tipler olarak da bilinen 12 tip (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58 ve 59), insanlar için kanserojen olarak sınıflandırılmıştır. Dünya çapında servikal kanser olgularının yaklaşık %95' inden sorumludur. Bunların içinde HPV 16 en karsinojen olanıdır ve diğer yüksek riskli tiplere oranla persiste etme eğilimi en yüksek tip olmasıyla ilişkilidir (González ve ark., 2016) (Tablo 2.1).

Tablo 2.1. Human papilloma virüsünün (HPV) onkojenik risk ve ilişkili hastalıklara göre geniş sınıflandırması.

HPV	Genotipler	İlişkili hastalık
Yüksek riskli veya onkojenik	HPV 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59	Servikal, anal, vajinal, vulvar, penil ve orofaringeal kanser ve ilişkili öncü lezyonlar
Düşük riskli tipler	HPV 6, 11	Genital siğiller, tekrarlayan solunum yolu papillomatozu
Muhtemel kanserojen	HPV 68	Serviks kanseri
Olası kanserojen	HPV 5, 8	Epidermodysplasia verruciformis'ten etkilenen hastalarda derinin skuamöz hücreli karsinomu
Olası kanserojen	HPV 26, 30, 34, 53, 66, 67, 69, 70, 73, 82, 85 ve 97	Belirsiz

Kaynak: González-Quintana V, Palma-Berré L, Campos-Parra AD, López-Urrutia E, Peralta-Zaragoza O, Vazquez-Romo R, & Pérez-Plasencia C. MicroRNAs are involved in cervical cancer development, progression, clinical outcome and improvement treatment response. *Oncology reports*. 2016; 35: 3-12.

HPV yaşam döngüsü, epitelyal bariyeri tehlikeye atan enfeksiyonu ile başlar. Epitel hücrelerinin farklılaşması üzerine, virüs yüksek bir kopya sayısına çoğalır ve genlerini (L1 ve L2) ifade eder, bu da epitel yüzeyinden salınan yeni nesil viryonların üretilmesiyle sonuçlanır (Sobirova, D. R., & Nuraliyeva, 2021). Kalıcılık için, HPV'nin hala çoğalabilen kök hücre benzeri özellikler gösteren bazal hücreleri enfekte etmesi gerekir. Bu fenomen, HPV düşük riskli tiplerinde çok daha az yaygındır. Endo-/ektoserviks ve anorektal bağlantılar gibi epitelyal geçiş bölgeleri, yüksek riskli HPV tipleri tarafından karsinojeneze daha duyarlı bölgelerdir (Zhao ve ark., 2020). Tamamlayamayan bir enfeksiyona geçişi teşvik eden bazal ve farklılaşmış katmanlarda aktive etmeye daha yatkındır ancak epitelyal dönüşüm için gerekli olan birkaç yolu etkinleştirebilir (Miao ve ark., 2020). Yüksek riskli tiplerin ve özellikle HPV16 tipinin artan onkojenik kapasitesinin makul bir açıklaması, E6 ve E7 onkoproteinlerinin aktivitesinde yatmaktadır. E6 ve E7 aktivitesi yüksek ve düşük riskli tiplerde mevcut olmasına rağmen, düşük riskli tiplerdeki

rolleri viral yükü ve viral üretimi artırmakla sınırlıdır ve preneoplastik lezyonların ve kanserin gelişimini tetiklemek için büyük ölçüde yetersizdir (Wilailak ve ark., 2021).

Hem birincil (siğiller, enfeksiyonlar) hem de daha yaygın olarak ikincil immün yetmezlik bozuklukları (örn., HIV enfeksiyonu) hastaları HPV enfeksiyonlarına ve etkilenen dokularda malignite gelişimine yatkın hale getirebilir. Primer immün yetmezlikler nadir olmasına rağmen, özellikle şiddetli veya dirençli HPV enfeksiyonları olan hastalarda altta yatan bir immün bozukluk olasılığı göz önünde bulundurulmalıdır (Wirtz ve ark., 2022). HPV'nin bulaşması genellikle siğil veya HPV enfeksiyonu olan partnerin genital cilt, mukoz membranlar veya vücut sıvıları ile temasını gerektirir. Gebelik dönemi ve puberte T/Z metaplazisinin en aktif olduğu dönemlerdir. Bu yüzden servikal kanser gelişiminde ilk koitus yaşı oldukça önemlidir (Cataldi ve ark., 2020).

2.4. SERVİKSİN PREMALİGN LEZYONLARI

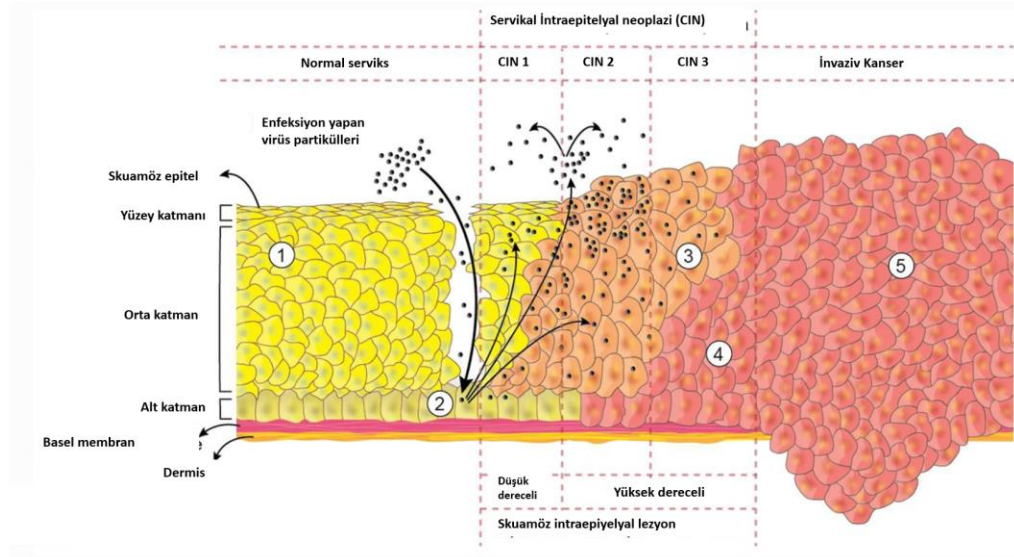
2.4.1. Servikal Preinvaziv Lezyonların Sınıflandırılması

Servikal kanser, servikte veya dokularındaki hücresel değişiklikleri saptamaya yönelik tarama testleri ile önlenabilir. Serviks kanserinde servikal sitolojik tarama testi olarak kullanılan Papanicolaou (Pap) smear testi, preinvaziv lezyonların erken tanınması için kullanılmaktadır (Alrajial ve ark., 2021). Sitolojik sonuçların standardizasyonu için Bethesda sınıflandırılması esas alınır (Fonseca ve ark., 2021). Sınıflandırma sitolojik ve histolojik olarak yapılmaktadır. Servikal kanserde sitolojik bulgular “skuamöz intraepithelial lezyon (SIL), histolojik bulgular “servikal intraepithelial neoplazi (CIN)” olarak adlandırılmaktadır (Khan ve ark., 2016; Unanyan ve ark., 2021). Bu sistemde premalign skuamöz lezyonlar 3 kategoriye ayrılır. Bunlar; atipik skuamöz hücreler (ASC), düşük dereceli skuamöz intraepitelial lezyonlar (LSIL) ve yüksek dereceli skuamöz intraepitelial lezyonlar (HSIL). Tanımlanmamış atipik skuamöz hücreler (ASC-US) ve yüksek dereceli skuamöz intraepitelyal hücreler (ASC-H) ise ASC sınıflaması olarak kendi içerisinde (Pends ve ark., 2018).

2.4.2. Servikal İntraepitelyal Neoplazi (CIN)

Servikal intraepitelyal neoplazi (CIN) histolojik olarak doğrulanabilen ve üç aşamaya

ayrılan premalign bir lezyondur. CIN'den invaziv kansere dönüşüm genellikle yaklaşık 5 ile 10 yıl sürer (Koliopoulos ve ark., 2017 Zhao ve ark., 2020). CIN sırasında serviks kanseri hücreleri olgunlaşır, anormal şekilde çoğalır ve atipi sergiler (Liu ve ark.,2017). Bu epitel, CIN 1, 2 ve 3 olmak üzere üç bölgeden oluşur. Düşük dereceli bir lezyon olarak da adlandırılan CIN 1; hafif seviyeli epitelin (bazal tabakanın 1/3'nü) atipik değişikliklerini gösterir. HPV enfeksiyonu ile ilgilidir ve genellikle bir yıl içinde bağışıklık tepkisi ile temizlenir veya bu süreç birkaç yıl sürebilir. CIN 2; orta derecede displaziye yol açan ve karşılığında epitelyumun (bazal tabakanın 2/3'nü) olgunlaşmasını koruyan yüksek dereceli bir lezyon olarak adlandırılır. CIN 3 ayrıca yüksek dereceli bir lezyon veya ciddi bir aşamada (bazal tabakanın tamamına yakını) displazi olarak tanımlanır. Epitel kalınlığının tamamının ciddi şekilde atipik olan hücresel değişiklikleri in situ karsinomu olarak tanımlanır (Schmidt, 2019).



Şekil 2.4. Servikal intraepitelyal neoplazi gelişimi

Kaynak: Sravani AB, Ghate V, Lewis S. Human papillomavirus infection, cervical cancer and the less explored role of trace elements. Biological Trace Element Research. 2022, 1-25.

Şekil 2.3'te servikal intraepitelyal neoplazi gelişimi; serviksin sağlıklı skuamöz epiteli (1), servikal intraepitelyal neoplazi (CIN) ve skuamöz intraepitelyal lezyon (SIL) olarak derecelendirilmesi (2), human papilloma virüsü (HPV) ile enfeksiyon hücre çekirdeğindeki epizomal viral DNA (3), onkoproteinleri aşırı eksprese eden hücreler (4)

ve viral DNA'nın hücre içine tam entegrasyonu ile metastatik kanser (5) olarak gösterilmektedir. D'Alessandro ve arkadaşlarının (2018) yaptığı bir meta analiz çalışmasında ASC-US'lu hastaların yaklaşık %10 ile %20'sinde, servikal skuamöz hücreli karsinomun belirgin öncü lezyonları olan, değişen derecelerde servikal intraepitelyal neoplaziye (CIN) sahip olduğu kanıtlanmıştır. Servikal prekanser lezyonlar yavaş büyür ve 35 ile 45 yaşları arasında en yaygın olarak görülmektedir, ancak 25 ile 35 yaşları arasındaki HIV pozitif kadınlarda daha sık görülebilir, kanser 50 yaşından sonra pik yapmaktadır (Liu ve ark.,2017).

2.5. SERVİKS KANSERİ

Kadınlarda en sık görülen kanserlerde meme kanserinden sonra mortalite ve morbiditenin en önemli nedenlerinden biri jinekolojik kanserlerdir (Sung ve ark., 2021). Servikal kanser, dünya genelinde kadınlarda en sık görülen dördüncü jinekolojik kanserdir ve dünya çapında kansere bağlı ölümlerde dördüncü sırada yer almaktadır. Serviks kanseri, düşük gelirli ülkelerde en sık görülen ikinci kanser ve kansere bağlı ölümlerin en yaygın üçüncü nedenidir (Ferlay ve ark., 2020).

2020'de Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), serviks kanserinin ortadan kaldırılmasını hızlandırmak için küresel “Serviks Kanser Eliminasyon Girişimi”ni başlattı (Saleh ve ark., 2020). Serviks kanseri insidansı her ülkede 100.000 kadın yılı başına 4 vaka eşiğinin altına düşürmeyi ve böylece bu hastalıkla ilişkili uluslararası eşitsizlikleri azaltmayı hedefledi. Girişimin 2030 yılına kadar ulaşacağı 90–70–90 hedefi; kızların %90'ının 15 yaşına kadar aşılmasını, kadınların %70'inin 45 yaşına kadar en az iki kez yüksek performans testi ile taranmasını gerektiriyor ve kadınlarda servikal prekanseröz hücrelerin %90'nın tespiti ve tedavi edilmesidir (WHO, 2023).

Serviks kanseri erken evre ilk semptomu, hasta tarafından farkedilmeyen kanla karışık vajinal akıntıdır. En sık rastlanan belirti anormal vajinal kanama ve postkoital kanamadır. Ciddi vajinal kanama olurken, lekelenme tarzı kanama da görülebilir. Pelvik ağrı, vajinadan idrar veya gaita gelmesi, rektal kanama, hematüri, kontipasyon, halsizlik, kilo kaybı, siyatik sinirdeki tutulumla bağlı bacağı vuran ağrı hastalığın geç evresinde görülen semptomlardır (Gustavsson ve ark., 2019).

2.5.1. Servikal Displazi ve Kanserdeki Risk Faktörleri

Servikal intraepitelyal neoplazi için tanımlanabilen risk faktörleri invaziv neoplazilerdekiler ile benzerdir. Servikal neoplazi riski kalıcı yüksek riskli HPV enfeksiyonu ve ileri yaş ile yakından ilişkilidir. Servikal kanser için risk faktörleri demografik, davranışsal ve medikal olarak Tablo 2.2’de tanımlanmıştır (Wirtz ve ark., 2022)

Tablo 2.2. Servikal neoplazi ve servikal kanser için risk faktörleri.

Demografik Risk Faktörleri
○ Irk (Latin Amerika Ülkeleri, Birleşik Devletler azınlıklar)
○ Düşük sosyoekonomik durum
○ İleri yaş
Davranışsal Risk Faktörleri
○ Erken cinsel ilişki yaşı
○ Çok sayıda cinsel partner
○ Sigara kullanımı
Medikal Risk Faktörleri
○ Servikal yüksek riskli HPV enfeksiyonu
○ Kombine oral kontraseptif
○ Parite
○ İmmünsüpresyon
○ Uygunsuz tarama

Yaş: Servikal HPV enfeksiyonlarının çoğu geçicidir ve genç hastalarda görülür. Onkogenik HPV alt tipleri ile kalıcı enfeksiyon, yüksek dereceli servikal lezyonların ve serviks kanserinin gelişiminde anahtar bir faktörken, HPV enfeksiyonunun ortadan kalkması ile CIN'in gerilemesi beklenir (Shresthave ark., 2018). Yeni HPV enfeksiyonlarının yüzde 50'den fazlası 6 ila 18 ayda temizlenir ve yüzde 80 ila 90'ı iki ila beş yıl içinde düzelir (Bazaz ve ark., 2019). Geçici enfeksiyonlar, yeni teşhis edilmiş bir HPV enfeksiyonunun ortalama süresinin 8 ile 13 ay olduğu genç hastalarda özellikle

yaygındır. HPV-negatif hale gelen HPV-pozitif hastaların virüsü vücutlarından gerçekten temizleyip temizlemedikleri veya virüsü inaktif veya düşük seviyeli bir durumda tutup tutmadıkları henüz tam anlaşılamamıştır (Makuza ve ark., 2015). Servikal HPV enfeksiyonlarında kalıcılık oranı; yüksek riskli HPV enfeksiyonlarının yüzde 50'si 55 yaşından büyük hastalarda devam ederken, 25 yaşın altındaki hastalarda yüzde 20'lik bir oran söz konusudur (Bazaz ve ark., 2019).

Erken cinsel ilişki yaşı: Serviksin transformasyon bölgesi, HPV'nin onkojenik alt tipleri ile enfeksiyonun aracılık ettiği karsinojenez bölgesi olarak kabul edilir. Skuamokolumnar bileşke, ektoserviksin skuamöz epitelinin endoserviksin kolumnar epiteliyle birleştiği alandır (Unanyan ve ark., 2021). Servikal transformasyon bölgesi, hastanın yaşamı boyunca dinamik bir metaplazi varlığıdır ve histolojik olarak glandüler epitelin skuamöz epitel ile değiştirildiği alandır. Bu bölge servikal kanserin gelişmesi riski açısından önemlidir. Bu yüzden adölesanlarda erken yaşta (<16 yaş) cinsel ilişki varlığı servikal kanser gelişme riskini arttırmaktadır (Wirtz ve ark., 2022).

Sigara: Sigara kullanımı ve HPV enfeksiyonu, CIN ve serviks kanseri gelişimi üzerinde sinerjistik etkilere sahiptir. HPV-negatif olan ve sigara içmeyen hastaların karşılaştırıldığında, bir çalışmada yalnızca sigara, yalnızca HPV enfeksiyonu ve hem sigara içimi hem de HPV enfeksiyonu ile kanser gelişme riskini 2 kat arttırdığı saptanmıştır (Sugawara ve ark., 2019).

Çok sayıda cinsel partner: HPV cinsel temas yoluyla bulaşır. Serviks kanseri ve öncülleri, hiç cinsel ilişkisi olmayan hastalarda neredeyse yoktur. HPV enfeksiyonu, cinsel deneyimi olan kişiler arasında endemiktir (Zou ve ark., 2022). Risk, yaşam boyu cinsel partner sayısı ile ilişkilidir. Özellikle korunmasız ilişki ve artan partner sayısı riski arttırmaktadır. Yapılan son çalışmalar prezervatifin HPV'ye karşı tam olarak koruyucu olmadığını, immün yetmezlik hastalığı olan AIDS hastalığının nedeni olan Human Immunodeficiency Virus (HIV) ve Klamidya gibi diğer cinsel geçişli hastalıklara karşı korunma sağladığını göstermiştir (Chaudhary ve ark., 2022; Zou ve ark., 2022).

Kombine oral kontraseptif: Oral kontraseptiflerin uzun süreli kullanım öyküsü varlığı, HPV pozitif olan hastalarda servikal karsinom riskini artıran bir faktördür. Bununla

birlikte, oral kontraseptif kullanımı, nedensel bir faktörden ziyade HPV'ye maruz kalmanın bir belirteci olabilir. Oral kontraseptiflerin bırakılmasından sonra servikal kanser riski azalır ve 10 yıl içinde kullanmayanlarda başlangıç riski seviyesine geri döner (Asthana ve ark., 2020).

İmmünsüpresyon: Uzun süreli immünsüpresif tedavi gerektiren kronik durumları olan hastalarda CIN gelişme riski yüksek olduğu saptanmıştır (Ferrall ve ark., 2021).

Uygunsuz tarama: Servikal kanserin önlenmesi, sitolojik tarama ile kanser öncüllerinin erken tanınmasını gerektirir. Sosyoekonomik düzeyi yetersiz olan kadınların, tarama eksikliği servikal kanser için önemli risk faktörleri arasında yer almaktadır (Akanda ve ark., 2022).

2.5.3. Servikal Kanserlerde Tarama ve Tanı Yöntemleri:

Tanı Yöntemleri:

Pap smear testi; konvansiyonel sitoloji ve sıvı bazlı sitoloji olarak iki tip servikal sitoloji taraması mevcuttur. Sıvı bazlı yöntemle yapılan taramalarda HPV testinin yapılmasına olanak sağlamaktadır. Bununla birlikte konvansiyonel sitoloji tarama yöntemi sensitivitesi %50-60 ve spesifitesi %97'dir (Shrestha ve ark., 2022). İlişki yaşına bakılmaksızın Amerikan Obstetrik ve Jinekoloji Birliği (The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) göre taramaya 21 yaşından itibaren başlanıp, 21-29 yaş aralığında 3 yılda bir pap smear taraması önermektedir. Pap smear testi yaptırmadan 48 önce vajinal duş almama, vajinal tampon kullanmama ve cinsel ilişkide bulunmamış olunması önemlidir. Pap smear testi menstrasyon dönemi dışında ya da luteal faz evresinde alınmalıdır (Nkwabong ve ark., 2019).

HPV ile tarama yöntemi, Pap smear ile taramaya göre ilk taramada % 60 daha fazla CIN3 ve in situ karsinom saptamaktadır. Bununla birlikte negatif HPV testi sonucu, negatif pap smear sonucuna göre daha güvenilirdir. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarama programında 30-65 yaş arası kadınlar, Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) ve Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) bünyesindeki Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) tarafından beş yılda bir davet edilerek HPV testi ve Pap-Smear testi ile taranır. HPV testi

negatif ve Pap-Smear sonucunun normal gelmesi durumunda birey 5 yıl sonra tekrar test yaptırması konusunda bilgilendirilir (<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr>).

Tarama: Serviks kanserinin esas nedeni olan yüksek riskli HPV enfeksiyonlarının keşfedilmesi, birincil koruma için profilaktik HPV aşılarının geliştirilmesi de dahil olmak üzere serviks kanserinin önlenmesinde önemi büyüktür (Wuerthner ve Avila-Wallace, 2016). Mevcut profilaktik HPV aşıları, hücre dizilerinde rekombinant olarak eksprese edilen L1 proteininin, doğal viral kapsidlere benzeyen ancak viral replikasyon için gerekli viral genomu içermeyen virüs benzeri partiküller halinde kendi kendine birleştirilmesi esasına dayanarak üretilmiştir (Lopez ve ark., 2017).

Birinci nesil HPV aşıları, Gardasil ve Cervarix serviks kanserlerinin yaklaşık %70'ine neden olan HPV16 ve HPV18'i hedefler(WHO, 2023). Gardasil ayrıca anogenital siğillerin %90'ından sorumlu olan yüksek riskli olmayan HPV türleri olan HPV6 ve HPV11' de hedefler. Yeni nesil HPV aşısı, Gardasil 9 ise HPV6, HPV11, HPV16 ve HPV18'e ek olarak HPV31, HPV33, HPV45, HPV52 ve HPV58'i hedefler ve serviks kanserlerinin yaklaşık %90'ını önlediği tahmin edilmektedir (Bogani ve ark., 2018; Wang ve ark., 2020).

HPV aşılması sadece profilaktik olduğundan ve terapötik olmadığından, HPV aşılmasının ideal zamanlaması cinsel ilişkiye girmeden ve HPV'ye maruz kalmadan öncedir (Bogani ve ark., 2018). DSÖ aşılama programlarının 9 ila 13 yaşları arasındaki kızları hedeflemesini önerirken bu tarama CDC'ye göre, 11 ila 12 yaşları arasındaki kızlar (ve erkekler) için rutin HPV aşısını önermektedir (www.cdc.gov). HPV aşısı, yeni HPV enfeksiyonlarını önler, ancak mevcut enfeksiyon veya hastalıkları tedavi etmez. Bu nedenle HPV aşısı, HPV'ye herhangi bir maruz kalmadan önce yapıldığında en iyi sonucu verir. HPV aşısı olan kadınlar için bile düzenli olarak serviks kanseri taraması önemlidir (Maver ve Poljak., 2018).

2.5.4. Kolposkopinin Servikal Displazilerin Tanılanmasındaki Rolü

Kolposkopi, kolposkop adı verilen özel bir büyütme cihazı kullanılarak serviks, vajina ve vulva bölgelerinin detaylı incelenmesini sağlayan bir tanı prosedürüdür (Wright, 2017). Kolposkop, yüksek çözünürlüklü optik ve aydınlatma sistemine sahip olup, servikal epiteldeki anormal hücresel değişiklikleri daha net görebilme imkanı sağlar (Mayeaux ve ark., 2017). Prosedür, hastanın litotomi pozisyonunda yer aldığı jinekolojik muayene masasında gerçekleştirilir. Serviks, spekulum yardımıyla görünür hale getirildikten sonra, % 3-5 asetik asit solüsyonu uygulanarak epitel yüzeyinin temizlenmesi sağlanır (Murphy ve ark., 2015). Kolposkopi işlemi sırasında kullanılan asetik asit, servikal epitel hücrelerindeki proteinlerin koagülasyonunu sağlayarak anormal hücresel değişikliklerin daha belirgin hale gelmesine olanak tanır (Belinson ve Pretorius, 2016). Asetik asit (genellikle %3-5 konsantrasyonda) uygulandığında, servikal epiteldeki hücresel proteinler denatüre olur ve bu denatürasyon, özellikle yoğun protein içeriğine sahip anormal hücrelerde belirgin bir beyazlaşma (asetobeyaz) oluşturur. Bu süreç, hücresel proliferasyonun ve atipinin olduğu alanların daha net görülmesini sağlar (Wiser ve ark., 2021).

Servikal intraepitelyal neoplazi (CIN) ve diğer premalign lezyonlarda, hücre proliferasyonu artmıştır ve hücreler normalden daha fazla protein içerir (Burness ve ark., 2020). Asetik asit, bu hücrelerdeki proteinlerin koagülasyonunu indükler, bu da hücresel membranların geçirgenliğini değiştirir ve hücrelerin ışığı yansıtma özelliklerini artırır. Bu yansıma, kolposkopi sırasında anormal hücrelerin beyazlaşarak normal epitelden ayırt edilmesini sağlar (Zhu ve ark., 2023). Asetik asidin bu etkisi, kolposkopistlerin displastik alanları tanımlamasına ve hedefli biyopsi almasına yardımcı olur (Murphy ve ark., 2015). Asetik asidin uygulanması, hücresel proliferasyonun derecesini ve ciddiyetini değerlendirmede önemli bir rol oynar. CIN/SIL/kanser olasılığını doğrulamak veya olası tedaviyi değerlendirmek için 2 ila 4 bölgeden saat yönünde kolposkopi işlemi sırasında biyopsiler alınır (Wiser ve ark., 2021). CIN1, CIN2 ve CIN3 olarak sınıflandırılan CIN lezyonları, hücresel proliferasyonun farklı seviyelerini temsil eder. CIN1'de hafif displazi ve minimal hücresel proliferasyon gözlenirken, CIN3'te ciddi displazi ve yoğun hücresel

proliferasyon görülür (Liu ve ark., 2022). Asetik asidin neden olduğu beyazlaşma derecesi, bu proliferasyon seviyelerini yansıtabilir ve kolposkopistin lezyonun ciddiyetini değerlendirmesine olanak tanır (Mayeaux ve ark., 2017). Asetik asidin inflamatuvar yanıtı minimal olduğundan, kolposkopi sırasında biyopsi alınan alanlarda doku hasarı ve inflamasyon riski düşüktür. Bu da asetik asidin güvenli ve etkili bir diagnostik araç olarak kullanımını destekler (Liu ve ark., 2022). Sonuç olarak, asetik asidin kolposkopi sırasında uygulanması, servikal displazilerin tanısında ve yönetiminde önemli bir adım olarak kabul edilir. Hücresel proliferasyonun belirginleştirilmesi ve displastik lezyonların tanımlanması, erken tanı ve tedavi stratejilerinin etkinliğini artırır, böylece serviks kanseri insidansı ve mortalitesi azaltılabilir (Wright, 2017; Zhu ve ark., 2023). Yapılan çalışmalarda kolposkopinin genel sonuçlarının ilgili biyopsi ile uyum düzeyi ve korelasyonu açısından, %70 ile %98 duyarlılık ve %45 ile %90 özgüllük arasında değişen sonuçlar ile değerlendirmiş ve daha yüksek hastalık eşiklerini ortaya çıkarmıştır (Boica ve ark., 2012; Shahida ve ark., 2012; Davies ve ark., 2015). Kolposkopinin yüksek duyarlılık ve özgüllük oranları, tanısal doğruluğunu ve güvenilirliğini artırır. Bu, özellikle servikal displazilerin doğru sınıflandırılmasında ve uygun tedavi stratejilerinin belirlenmesinde önemlidir (Zhu ve ark., 2023). Ketelaars ve arkadaşları (2017). kolposkopi öncesi ve sonrası hasta eğitim ve desteğinin, kadınların kaygı düzeylerini azalttığını bulmuştur. Yapılan başka bir çalışmada hastaların prosedür hakkında bilgilendirilmesi ve desteklenmesi, psikolojik yükü azaltmada etkili bir yöntem olarak öne çıkmaktadır (O'Connor ve ark., 2019). Halk sağlığı perspektifinden yapılan bir çalışma, kolposkopi sürecinde psikososyal destek hizmetlerinin, kadınların yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediğini ortaya koymuştur. Bu hizmetlerin yaygınlaştırılması, tarama programlarına katılımı teşvik edebilir ve kanser korkusuyla başa çıkmada etkili olabilir (O'Connor ve ark., 2021). Yapılan başka bir çalışmada kolposkopi sırasında ve sonrasında hemşirelerin duygusal destek sağlamasının, kadınların yaşadığı korku ve endişeyi azalttığını göstermiştir (Wittenborn ve ark., 2022). Hemşirelerin empati ve iletişim becerileri, hastanın işlem öncesi, sırasında kendini iyi hissetmesini sağlamada önemli bir unsurdur. Psikososyal çalışmalar, kolposkopi yaptıran kadınların, prosedür sonrası dönemde sosyal destek ağlarından yararlanmasının önemine dikkat çekmiştir. Sosyal

destek, kaygı ve stresle başa çıkmada önemli bir rol oynamaktadır (Hilal ve ark., 2017; Kwong ve ark., 2023).

2.6. KANSER KORKUSU

2.6.1. Kanserin Fiziksel-Psikolojik- Sosyal Etkileri

Kanser, bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlığı üzerinde derin ve çok yönlü etkilere neden olmaktadır. Fiziksel olarak; kanser hücrelerinin kontrolsüz çoğalması, organ fonksiyonlarını bozar ve sistemik semptomlara yol açar (Bjerkeset, ve ark., 2020). Kanser tedavi sürecinde uygulanan kemoterapi, radyoterapi ve cerrahi müdahaleler, yaygın yan etkiler ve komplikasyonlarla ilişkilidir Bu yan etkiler arasında yorgunluk, ağrı, alopesi, gastrointestinal problemler ve bağışıklık sisteminin zayıflaması yer alır (Fox ve ark., 2020). Ayrıca, tedavi sonrası dönemde hastalar, uzun vadeli fiziksel problemler ve yaşam kalitesinde azalma yaşayabilir (Wu ve ark., 2021). Kanser teşhisi, bireylerde yoğun bir duygusal stres ve psikolojik tepkilere yol açar (Şahin ve ark., 2020). Bu etkiler, hastalığın seyrini ve tedavi sürecini derinlemesine etkileyebilir. Kanser tanısı almış hastalarda yaygın olarak anksiyete, depresyon, uyku bozuklukları ve post-travmatik stres bozukluğu (PTSD) gibi ruhsal sağlık sorunları gözlemlenir (Howell ve ark., 2014; Cordova ve ark., 2017; Hashemi ve ark., 2020; Annunziata ve ark., 2020). Anksiyete, hastalığın belirsizliği, tedavi sürecinin zorlukları ve gelecekteki yaşam beklentileri ile ilgili sürekli endişelerden kaynaklanır. Depresyon ise umutsuzluk, çaresizlik ve motivasyon kaybı gibi belirtilerle kendini gösterir ve hastaların tedaviye uyumunu zorlaştırabilir (Annunziata ve ark., 2020). Uyku bozuklukları, kanserle ilgili sürekli endişeler ve ruminatif düşünceler nedeniyle ortaya çıkabilir, bu da fiziksel yorgunluk ve zihinsel tükenmişliği artırır (Irwin, 2013). Post travmatik stres bozukluğu (PTSD), yaşamı tehdit eden bir hastalıkla karşılaşmanın yarattığı travmatik stres sonucu gelişebilir ve tekrarlayan travmatik düşünceler, aşırı uyarılma ve kaçınma davranışları ile karakterizedir (Swartzman ve ark., 2017). Bu psikolojik etkiler, hastaların genel yaşam kalitesini düşürmekte ve tedavi süreçlerine olumsuz yansımaktadır. Kanser teşhisi konulan hastalar, aile, arkadaşlar ve iş çevresi ile ilişkilerinde önemli zorluklar yaşayabilir. Hastalığın getirdiği fiziksel ve psikolojik yükler, hastaların sosyal etkileşimlerini sınırlayarak izolasyona yol açabilir (Liang ve ark., 2022). Sosyal izolasyon, yalnızlık ve yabancılaşma duygularını artırarak

hastaların genel yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilir. Ayrıca, iş gücüne katılımda azalma, iş kaybı ve ekonomik zorluklar, kanser hastalarının maddi sıkıntılarla karşılaşmasına neden olabilir (Fitch ve Longo, 2018). Kanser tedavisinin maliyeti ve tedavi süresince çalışamama durumu, hastaların ve ailelerinin ekonomik durumunu ciddi şekilde zorlayabilir. Bakıcılar ve aile üyeleri de hastalığın getirdiği stres ve duygusal yük altında kalabilir, bu da onların ruhsal ve fiziksel sağlıklarını olumsuz etkileyebilir (Applebaum ve Breitbart, 2012). Dolayısıyla, kanserin sosyal etkileri, bireyin yaşam kalitesini düşüren ve geniş bir sosyal destek sistemi gerektiren karmaşık ve çok boyutlu bir sorun olarak karşımıza çıkar. Bu nedenle, kanser hastalarının psikolojik destek alması ve bu etkilerin yönetimi için psiko-onkolojik yaklaşımların uygulanması hayati önem taşımaktadır.

Psiko-onkoloji, kanser hastalarının ve onların yakınlarının psikolojik, sosyal ve davranışsal boyutlarını inceleyen ve bu alanlarda destek sağlayan multidisipliner bir bilim dalıdır (Gregurek ve ark., 2010). Bu disiplin, kanser tanısı ile ilişkili duygusal tepkileri, psikolojik rahatsızlıkları ve hastaların yaşam kalitesini etkileyen faktörleri anlamayı amaçlar. Psiko-onkoloji, kanser hastalarının psikolojik, sosyal ve davranışsal boyutlarını inceleyen bir bilim dalı olarak, kanser korkusunun yönetiminde önemli bir rol oynar (Faller ve ark., 2013). Psiko-onkoloji, psikoterapi, bilişsel davranışçı terapi (CBT), farkındalık temelli stres azaltma (MBSR) ve destek grupları gibi çeşitli müdahaleler kullanarak hastaların psikolojik iyilik hallerini artırmayı hedefler (Arch ve Stanton, 2019). Bu yaklaşımlar, hastaların kanserle başa çıkma becerilerini güçlendirir, anksiyete ve depresyon semptomlarını azaltır ve genel yaşam kalitesini iyileştirir (Parpiyeva ve Mirzajonova, 2022).

Kanser korkusu, hem kanser teşhisi konmuş bireylerde hem de genetik yatkınlık veya çevresel faktörler nedeniyle kanser riski taşıyan sağlıklı bireylerde sıkça gözlemlenen ve genellikle yoğun bir duygusal tepki olarak ortaya çıkan bir durumdur. Bu korku, hastaların yaşamlarının tehdit altında olduğunu hissetmeleri ve kanserle ilgili belirsizliklerin, tedavi süreçlerinin zorluklarının ve hastalığın potansiyel ölümcül sonuçlarının yarattığı endişelerle derinleşir. Sağlıklı bireylerde bile, kanser riski taşıdıklarına dair farkındalık, sürekli bir kaygı ve yaşamlarının geleceğine dair endişe hissetmelerine neden olabilir. Bu

duygusal tepki, bireyin günlük yaşam aktivitelerini, sosyal ilişkilerini ve genel psikolojik iyilik halini olumsuz yönde etkileyebilir (Gregurek ve ark., 2010).

2.6.2. Kanser korkusuna neden olan faktörler

Kanser korkusuna neden olan faktörler, çok boyutlu ve karmaşık etmenlerden oluşmaktadır (Butow ve ark., 2015). Bu korkunun başlıca sebepleri arasında sosyo-ekonomik durum, çocuk sahibi olma, geçmiş kanser deneyimleri, ailede kanser öyküsü, ölüm korkusu, acı çekme korkusu ve kemoterapiye karşı duyulan endişe yer almaktadır (Liu ve ark., 2023). Düşük sosyo-ekonomik statü, sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan zorluklar ve tedavi masraflarının getirdiği finansal yük nedeniyle kanser korkusunu artırabilir (Joshay ve ark., 2020). Bireylerin sosyo-ekonomik durumu, kanser korkusunu etkileyen önemli bir faktördür. Düşük sosyo-ekonomik statüye sahip bireyler, sağlık hizmetlerine erişimde güçlükler yaşayabilir ve kanser tedavisinin finansal yükünü karşılamakta zorlanabilir. Bu durum, tedavi sürecinin belirsizliklerini ve ekonomik sıkıntıları artırarak kanser korkusunu derinleştirir (Fitch ve Longo, 2018). Ayrıca, düşük gelir düzeyi ve eğitim seviyesi, kanserle ilgili bilgi eksikliği ve yanlış inanışların yaygın olmasına neden olabilir, bu da korku ve endişeyi artırır. Çocuk sahibi olan bireylerde kanser korkusu, çocuklarının geleceği ve bakımı ile ilgili endişeler nedeniyle daha yoğun olabilir. Ebeveynler, kanser teşhisi konulduğunda çocuklarına bakamama, onları yalnız bırakma ve ailevi sorumluluklarını yerine getirememeye korkusu yaşayabilirler. Bu durum, kanser korkusunu artırarak, hastaların stres ve kaygı seviyelerini yükseltebilir (Dinkel ve Herschbach, 2018). Geçmişte kanser teşhisi almış bireyler, hastalığın tekrarlama olasılığına karşı daha fazla endişe duyabilirler. Bu bireyler, tedavi sürecinin zorluklarını ve yan etkilerini daha önce yaşamış oldukları için, kanserin yeniden ortaya çıkma ihtimaline karşı yoğun bir korku geliştirebilirler. Ayrıca, kanser tedavisinin yan etkileri ve yaşam kalitesindeki düşüş gibi deneyimler, geleceğe dair belirsizlikleri artırır (Tran ve ark., 2022). Ailede kanser öyküsüne sahip bireyler, genetik yatkınlık ve hastalığın tekrarlama olasılığına ilişkin daha yüksek bir farkındalığa sahiptir. Bu durum, kanser korkusunu artırabilir. Aile üyelerinin kanserle mücadelesini görmek, bireylerde benzer bir deneyim yaşama endişesini tetikleyebilir ve bu da yoğun bir korkuya yol açabilir (Lebel ve ark., 2016). Kanser, sıklıkla ölümcül bir hastalık olarak algılanır ve bu algı, bireylerde

ölüm korkusunu tetikler. Hastalığın yaşamı tehdit eden doğası, bireylerin gelecekteki yaşam beklentilerine dair belirsizlikleri artırır ve ölüm korkusu ile başa çıkmayı zorlaştırır(Sharpe ve ark., 2018). Bu durum, kanser korkusunu yoğunlaştırarak, bireylerin günlük yaşam aktivitelerini ve ruhsal sağlıklarını olumsuz etkileyebilir (Ghiggia ve ark., 2021). Kanser tedavisi sürecinde yaşanabilecek acı ve rahatsızlık, hastalarda önemli bir korku kaynağıdır. Ameliyatlar, kemoterapi ve radyoterapi gibi tedavi yöntemlerinin fiziksel acı ve yan etkileri, bireylerde bu süreci yeniden yaşamaya dair yoğun bir endişe yaratabilir (Hong ve ark., 2020). Acı çekme korkusu, hastaların tedaviye uyumunu zorlaştırabilir ve yaşam kalitelerini düşürebilir (Vehling ve Kissane, 2018). Kemoterapi, kanser tedavisinde yaygın olarak kullanılan ancak yoğun yan etkileri olan bir tedavi yöntemidir. Kemoterapinin yol açtığı bulantı, kusma, saç dökülmesi ve genel fiziksel zayıflık gibi yan etkiler, hastalarda ciddi bir korku kaynağıdır (Weeks ve ark., 2012). Bu yan etkilerle başa çıkma konusunda endişe duyan bireyler, kemoterapiye karşı yoğun bir korku geliştirebilir ve bu durum, tedavi sürecine ilişkin genel korku ve kaygı seviyelerini artırabilir(Lewandowska ve ark., 2020). Düşük gelir düzeyine sahip bireyler, sağlık hizmetlerine erişimde ve kaliteli bakım almada ciddi engellerle karşılaşmaktadır. Bu durum, kanser tedavisinin maliyetleri ve tedaviye erişim konusunda belirsizlikler yaratmakta, bu da hastalarda yoğun bir endişe ve korku doğurmaktadır (Fitch ve Longo, 2018). Ayrıca, düşük eğitim düzeyi ve sağlık okuryazarlığı eksikliği, kanser hakkında yanlış bilgilere ve inanışlara yol açabilir, bu da kanser korkusunu daha da artırabilir (Murphy ve ark., 2017). Finansal kaynakların yetersizliği, tedavi sürecinde ihtiyaç duyulan ilaçlar, tedavi yöntemleri ve destekleyici bakım hizmetlerine ulaşımı sınırlayarak, bireylerin tedaviye uyumunu ve genel sağlık sonuçlarını olumsuz yönde etkiler (Vrinten ve ark., 2017). Dolayısıyla, düşük sosyo-ekonomik statü, kanser korkusunun artmasına ve bu korkunun bireylerin yaşam kalitesi ve psikolojik iyilik hali üzerinde daha büyük bir yük oluşturmaya neden olmaktadır.

2.6.3. Rekürrens Korkusu

Rekürrens korkusu, kanser tedavisi görmüş hastalarda yaygın olarak görülen ve kanserin tekrar etme olasılığına ilişkin duyulan yoğun bir endişe ve kaygı durumudur (Luigjes-Huizer ve ark., 2022). Bu korku, hastaların psikolojik ve duygusal sağlığını olumsuz

yönde etkileyebilir ve yaşam kalitesini düşürebilir(Lebel ve ark., 2016). Rekürrens korkusu, kanserin doğası gereği sürekli bir belirsizlik ve tehdit oluşturmaktan kaynaklanır. Hastalar, tedavi süreci boyunca ve sonrasında hastalığın yeniden ortaya çıkma olasılığı ile ilgili sürekli bir endişe yaşarlar(Götze ve ark., 2019). Bu durum, hastaların günlük yaşam aktivitelerini, iş performanslarını ve sosyal ilişkilerini olumsuz yönde etkileyebilir. Ayrıca, rekürrens korkusu, hastaların tedaviye uyumlarını ve sağlık hizmetlerinden yararlanma düzeylerini de azaltabilir (Bergerot ve ark., 2019). Rekürrens korkusu, hastaların psikolojik durumunu doğrudan etkiler ve sıklıkla anksiyete, depresyon ve uyku bozuklukları gibi ruhsal sağlık sorunlarıyla ilişkilidir(Podina ve ark., 2023). Yang ve arkadaşlarının (2022) yaptığı bir çalışmada, meme kanseri tedavisi gören kadınların önemli bir kısmının rekürrens korkusu yaşadığı ve bu korkunun anksiyete ve depresyon belirtileri ile yakından ilişkili olduğu bulunmuştur. Rekürrens korkusu, uyku bozukluklarına da yol açabilir. Özellikle kanser tedavisi sonrası dönemde hastalar, hastalığın tekrarlama olasılığına dair endişeler nedeniyle uyku düzenlerinde ciddi bozulmalar yaşayabilir. Hall ve arkadaşlarının (2019) çalışması, kanser hastalarında rekürrens korkusunun uyku kalitesini nasıl etkilediğini ortaya koymuştur. Çalışma, yüksek rekürrens korkusu düzeyine sahip hastaların uyku kalitesinin önemli ölçüde düştüğünü göstermiştir. Hasta eğitimi ve destek programları, rekürrens korkusunu azaltmada önemli rol oynar. Luigjes-Huizer ve arkadaşlarının (2022) yaptığı çalışmada, hedefe yönelik eğitim programlarının rekürrens korkusunu azaltmada ve hastaların duygusal refahını artırmada etkili olduğu ortaya koyulmuştur. Bu programlar, hastaların kanser ve tedavi süreçleri hakkında doğru bilgiye erişimini sağlayarak belirsizlik ve korkuları azaltır. Aile ve sosyal destek, rekürrens korkusunun yönetiminde kritik bir faktördür. Carreira ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında, güçlü sosyal desteğe sahip hastaların rekürrens korkusunu daha iyi yönetebildikleri ve genel yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Aile üyelerinin ve arkadaşların desteği, hastaların duygusal yüklerini hafifletir ve bu korku ile başa çıkma kapasitelerini artırır.

2.6.4. Servikal kanserlerde tanı yöntemleri sonrası hastaların yaşadığı kanser korkusu ve hemşirelik bakımı

Serviks kanseri tanısı, hastalarda önemli ölçüde korku ve kaygı uyandırabilir ve bu durum, duygusal sağlıklarını olumsuz yönde etkileyebilir. Bu nedenle, doğru ve etkili hemşirelik

bakımı önemlidir. Çalışmalar, serviks kanseriyle ilgili korku ve damgalanmanın hastalar arasında yaygın olduğunu vurgulamıştır (Uner ve Körükçü, 2020; Su ve ark., 2023). Hanprasertpong ve arkadaşlarının (2017) yaptığı bir çalışmada, iyileşme dönemindeki kadınlar tekrarlama korkusu ve cinsiyetle ilgili olumsuz duygular bildirmiştir. Aynı şekilde, Liu ve arkadaşlarının (2024) çalışmasında, hemşirelik bakımının, özellikle hastane-aile entegre sürekli hemşireliğin, serviks kanseri ameliyatından sonra hastaların duygusal refahını önemli ölçüde iyileştirdiği gösterilmiştir. Bu bulgular, serviks kanseri tanısı ve tedavisinin duygusal etkilerini ele almada hemşirelik müdahalelerinin önemini vurgulamaktadır. Hemşirelerin ve diğer sağlık hizmeti sunucularının serviks kanseri hastalarına bakım verirken hastalık korkusu yaşadıkları da bildirilmiştir. Bu durum, sağlık profesyonellerinin de destek ve eğitime ihtiyaç duyduğunu göstermektedir (Kgosana ve ark., 2019). Ek olarak, bilgi eksikliği, olumsuz tutumlar ve tarama prosedürlerinden duyulan korku gibi faktörlerin, kadınlar arasında serviks kanseri taramasına engel teşkil ettiği belirlenmiştir. Bu bulgular, hedefe yönelik eğitim ve farkındalık programlarına olan ihtiyacı vurgulamaktadır (Chua ve ark., 2021).

Serviks kanseri tanısı ile ilişkili korku ve kaygı, teşhis sürecine de uzanır. Araştırmalar, kadınların önemli bir kısmının bu süreçte korku yaşadığını ve tarama prosedürlerini acı verici olarak algıladığını bildirmektedir (Lau ve ark., 2022; Surendran ve ark., 2023). Bu, hasta eğitiminin, psikolojik desteğin ve hastaların kaygısını hafifletmek amacıyla daha az invaziv tarama tekniklerinin geliştirilmesinin önemini ortaya koymaktadır. Hemşirelik bakımının bu bağlamda kritik bir rolü vardır; hemşireler, hastaların duygusal ve psikolojik ihtiyaçlarını karşılayarak onların tedaviye uyumunu artırabilirler (Chua ve ark., 2021).

Sonuç olarak, serviks kanseri tanısını takiben hastaların yaşadığı kanser korkusu ve bu korkunun hemşirelik bakımına etkisi, serviks kanseri tedavisinde dikkate alınması gereken önemli hususlardır. Hemşireler, kanserin önlenmesi, tarama testleri, danışmanlık ve sağlık eğitimi gibi alanlarda hayati roller üstlenirler. Özellikle jinekolojik kanserlerin önlenmesinde ve kansere bağlı ölümlerin azaltılmasında, hemşirelerin bilgi ve becerileri büyük önem taşır. Bu testlerin uygulanması sırasında hemşireler rehberlik eder, test sonuçlarını açıklar ve olası risk faktörleri hakkında bilgi verir. Aynı zamanda yüksek risk grubundaki bireyleri belirleyebilir ve onları daha ileri testler ve önleyici tedbirler

konusunda bilgilendirebilirler. Servikal kanser gibi jinekolojik kanserlerin erken evrede tespit edilmesini sağlar ve tedavi başarısını artırır (Surendran ve ark., 2023).

2.7. FARKINDALIK (MINDFULNESS)

2.7.1. Farkındalık (Mindfulness) Kavramı

Bilinçli farkındalık, son yıllarda özellikle batı dünyasında birçok araştırmacının dikkatini çekmiş olsa da doğduğu topraklarda çok uzun yıllar süren geçmişe sahiptir (Kabat Zinn, 1982; Bishop ve ark., 2004; Haller ve ark., 2017; Zhang ve ark., 2019). Kavramın kökeni Buda öğretilerinin benimsediği Pali dilinden türeyen “Sati” kelimesidir ve bu kavram hafıza (memory) kelimesine karşılık gelmektedir (Bishop ve ark., 2004). Rhys Davids tarafından 1881 yılında İngilizce karşılığı olarak “mindfulness” olarak çevirildiği belirtilen bu kavram Türkçede bilinçli farkındalık olarak kullanılmaktadır (Branmeyer ve ark., 2019). Bilinçli farkındalık, Sati kelimesinin çizdiği çerçeveyi aşarak daha geniş bir anlam ve uygulama yelpazesi içerirken (Tang ve ark., 2015) sağlık, endüstri gibi çeşitli alanlara da hitap eden bir kavram haline gelmiştir (Hasenkamp, 2018).

Farkındalık, açıklığı, merakı ve kabullenmeyi teşvik ederken, kişinin duyumları, düşünceleri, bedensel durumları, bilinci ve çevresi de dahil olmak üzere, şimdiki anın deneyimine ilişkin yargılayıcı olmayan farkındalıkla karakterize edilen bir zihinsel duruma yol açan bir süreci ifade eder (Zhang ve ark., 2019). Farkındalık iki bileşen olarak ayrılarak; biri dikkatin öz-düzenlenmesini içerir, diğeri ise merak, açıklık ve kabul ile karakterize edilen şimdiki ana yönelik yönelimi içerir (Bishop ve ark., 2004).

Farkındalık, o andaki bir şeye tam ve bilinçli dikkatimizi verme konusundaki doğuştan gelen kapasite olarak tanımlanabilir (Gan ve ark., 2022). Bir zihinsel durum veya özellik olarak yaptığınız her şeye kattığınız varlığın niteliğidir. Genellikle şu şekilde tanımlanır: “Deneyimlerin ortaya çıkışına yargılamadan ve şimdiki ana bilerek dikkat ederek ortaya çıkan farkındalık”. Farkındalık, bilimsel literatürde birçok farklı şekilde işlevselleştirilmiştir (Dambrun, 2016). Farkındalığın tanımında genel olarak iki özelliğe odaklanılmıştır. Birincisi, farkındalık, dikkati ve farkındalığı kişinin şimdiki andaki deneyimine dayandırır. Kişinin katıldığı şimdiki an deneyimi, kişinin vücut duyumları, duygusal tepkileri, zihinsel görüntüleri, zihinsel konuşması ve algısal deneyimleri

(örneğin sesler) dahil olmak üzere birçok biçim alabilir (Call ve ark., 2014). Literatüre göre, farkındalığın bu izleme özelliğini "dikkatli olma" veya "kendini gösteren her deneyimin bilinçli farkındalığı" olarak tanımlanmaktadır (Mirams ve ark., 2013; Bonamo ve ark., 2015). İkincisi, farkındalığın birçok çağdaş kavramsallaştırması, kişinin deneyimine karşı açıklık veya kabul tutumu benimsemenin kritik olduğunu öne sürmektedir (Colgan ve ark., 2016). Bu açık ve kabul edici tutum, deneyime meraklı, mesafeli ve tepkisiz bir yönelimle katılmayı içerir. Buna göre, deneyimleri kabul etme tutumu, kişinin mevcut koşullarına pasif bir teslimiyet anlamına gelmez; aksine, zorlayıcı olsalar bile bu deneyimlere açık olma ve onları davet etme yaklaşımını ifade eder (Wanbeh ve ark., 2016).

2.7.2. Farkındalığın Yedi Tutumu

Farkındalık pratiğinin temelini oluşturan yedi önemli tutumdan oluşmaktadır. Bunlar; yargılamama, sabır, başlangıç seviyesindeki bir zihin, güven, zorlamama, kabul ve izin verme olarak sıralanabilir. Bu tutumlar birbirleriyle ilişkilidir ve bireyin meditasyon pratiği yaptıkça gelişim gösterirler.

Yargılamama: Jon Kabat-Zinn (1993) tarafından açıklandığı şekliyle farkındalığın temel ilkesi, yargılamayan farkındalık kavramı etrafında döner ve içsel bir eleştirel ses tarafından yönetilme eğiliminin keskin bir şekilde tanınmasını ifade eder.

Yargılayıcı olmayan bir tavır geliştirmek, yargılama eğiliminin kabul edilmesini gerektirir. Bu eğilimi tamamen bastırmaya çalışmak yerine, bunun ortaya çıkışına dikkat etmek ve böylece daha ustaca tepki vermek için alan yaratmak vurgulanır. Hem meditasyon hem de günlük pratik yoluyla amaç, yargılayan zihni, ona eşlik eden duyguları ve bedensel duyuları alıcılık ve merakla gözlemlemek ve onları değiştirmeye çalışmaktan kaçınmaktır. Tutarlı uygulama sayesinde zaman içinde fark edilebilir bir değişim meydana gelir. Zihnin yargılama yönü gerilerken, daha net bir bilinç öncelik kazanır. İlk kararların ötesine bakmak için artan bir istek ortaya çıkar, belirsizlik ve rahatsızlığa karşı daha fazla tolerans teşvik edilir, böylece daha önce fark edilmeyen yönlerin tanınması için yollar açılır (Avis ve ark., 2012). Sonuç olarak, dürtüsel tepkiler yerine, düşünceli düşünme ve ihtiyatlı tepkiler için alan yaratılır. İnsanoğlunun yargılama

yapması bir hayatta kalma meselesidir ve buna güçlü bir şekilde şartlandırılmıştır (Hay ve ark., 2005). Alışılmış tepki, istenmeyen olduğunu düşündüğü şeylerden kaçınmak veya bunlarla mücadele etmek, arzu ettiği şeylerin peşinden koşmak veya onlara tutunmaktır. Yargılamayan bir tutum geliştirmek, bu yargılama alışkanlığını fark etmeye istekli olmayı gerektirir. Yargılamayı durdurmaya çalışmak yerine, ortaya çıktıkça bunun farkına varmak öğrenebilir, böylece daha ustaca yanıt vermek için alan açılır (Dubayova ve ark., 2010).

Sabır: Sabırsızlık, ister bireylerden, ister koşullardan kaynaklansın, kişisel arzuları engelleyen engellere karşı sınırlı bir toleransı ifade eder. Bu duygusal durum, hayal kırıklığı, huzursuzluk ve bazen de öfke hislerini ortaya çıkarır. Hoş olmayan veya istenmeyen olarak algılanan olaylar, genellikle karmaşık ve doğrudan tespit edilmesi zor olan çok yönlü nedenlerden kaynaklanır. Bu farkındalık, acıyı kucaklamanın kişisel aşkınlık için bir fırsat sunduğunu öne sürerek perspektifte bir değişikliğe yol açıyor. Koşulları ortaya çıktıkça kabul eden bu zihniyet, mevcut kültürel normlarla tamamen çelişiyor. Sabırsızlığın farkına varıldığında, uyarlanabilir bir strateji, ani tepkilerden kaçınmayı ve gözlemsel bir duruş benimsemeyi içerir. Bir uyaran ile tepkimiz arasındaki süre paha biçilmez bilgiler sunar. Olayların doğal bir şekilde gelişmesine izin vermek, müdahalemizin çoğu zaman acıyı artırdığını ve gerçekliği çarpıttığını ortaya koyuyor. Günlük etkileşimlerde sabırla yapılan deneyler, kişisel keşifleri ve beklenmedik keşifleri teşvik eder (Kabat Zinn, 1993).

Acemi (Yeni Başlayan Zihin): Vücudumuzun bileşenlerinin sürekli bir değişim içinde olduğu hücresel düzeyde bile, geçen her an, yeni bir başlangıç için yeni bir fırsatı temsil ediyor. Hesaplamalara ve tahminlere olanak tanıyan karmaşık bilişsel kapasitemize rağmen insanlar her şeyi bilen varlıklar değildir. Böylece sürekli "başlangıç" durumumuzu içtenlikle kabul etmek kaçınılmaz hale geliyor. Belirsizlik çoğu zaman rahatsızlığa neden olsa da, bu bilmeme durumu belirgin avantajlar sunar. Durumlara, geçmiş etkilerden veya gelecekteki spekülasyonlardan uzak, yeni bir bakış açısıyla yaklaşmak merak, hayranlık ve sınırsız potansiyel duygusunu kolaylaştırır. Bu zihniyet, mevcut gerçekliğin, kurgulanmış anlatılarla gölgelenmemiş, daha net algılanmasını sağlar. Tarafsız bir bilim insanının önyargısız gözlem yapmasına benzer şekilde yeni başlayanların zihniyetini

benimsemek, ham, filtrelenmemiş verilerin toplanmasına olanak tanır. Bu yaklaşım, bireyleri alışılmış kalıpların ve koşullu tepkilerin kısıtlamalarından kurtararak yeni fırsatlara açıklığı teşvik eder (Kabat Zinn, 1993).

Güven: Jon Kabat-Zinn'e göre farkındalığın yedi temel tutumu arasında önemli bir unsur olan güven, uygulama sırasında kasıtlı olarak beslenir. Bedenin, kalbin ve zihnin özerk bir biçimde kendilerini düzenleme konusundaki doğuştan gelen yeteneğine duyulan güveni temsil eder. Düzenli farkındalık uygulaması sayesinde, çeşitli zorluklarla yüzleşmede artan bir özgüven ortaya çıkar. Bu içsel dayanıklılık, kişiler arası ilişkiler, diğer bireyler ve daha geniş çevre gibi dış unsurlara olan güvenin artmasına kadar uzanır. Dolayısıyla bu inancın doğal sonucu olarak cesaret ve korkusuzluk duygusu gelişir. Daha da önemlisi, güven veren bir tutum geliştirmek saflıkla eş anlamlı değildir; zaman içinde tutarlı uygulama yoluyla biriken deneyimsel bilgelikten kaynaklanır. Kendine güvenmek, özellikle zihin eğitimi yoksun olduğunda, sorgulanmamış içgüdüleri körü körüne takip etmek anlamına gelmez. Başlangıçtaki dürtüler genellikle duygulardan, egodan veya koşullanmış alışkanlıklardan kaynaklanır. Üstelik güven pasifliği veya kayıtsızlığı savunmaz. Eyleme geçmek bir seçenek olmaya devam ederken, bilgelikten türeyen güven, korku veya cehaletten kaynaklanan eylemleri önleyen yol gösterici bir ilke olarak hareket eder (Kabat Zinn, 1993).

Zorlamama: Birinin kararlarını değiştirmeye çalışmak, istemeden de olsa kararlılığını güçlendirebilir. Benzer şekilde, sürekli kaşınma su çiçeği geçiren bir çocuğun rahatsızlığını daha da artırır ve tedavi edilemeyen ölümcül bir hastalığa yönelik agresif tıbbi müdahaleler yaşam kalitesini azaltabilir. Bazı durumların doğal olarak ortaya çıkmasına izin vermek en iyisidir. Çabadan yoksun bir uygulama olan meditasyon, çabalamayı verimsiz bulur. Gevşeme, zihinsel netlik veya kişisel gelişim gibi belirli sonuçlara güçlü bağlılık, şu anın kabulünü engeller. Bu beklenen durumlar ortaya çıkmadığında, deneyimi reddetme veya daha fazla çabalama eğilimi gösteririz, bu da hayal kırıklığına yol açar. Jon Kabat-Zinn'in benzetmesi, sabırsız bir çocuğun bir tırtılın kozasını zorla açarak kelebeğe vaktinden önce tanık olmasını ve kelebeğe dönüşmesini engellemeye benzetmektedir. Benzer şekilde farkındalık uygulamalarında da çabalamak, arzu edilen niteliklerin doğal olarak ortaya çıkmasını bozar. Ancak çabalamayı bırakmak,

bu niteliklerin dış müdahalelerden bağımsız olarak organik olarak ortaya çıkmasına olanak tanır (Kabat Zinn, 1993).

Kabul: Kabullenme, mevcut koşulları direnmeden kucaklamayı ifade eder; bu durum, bir umutsuzluk veya pasif teslimiyet duygusu anlamına gelen teslimiyetin tersinedir. Kabul, mevcut durumu onaylamak veya tercih etmek anlamına gelmez; mevcut gerçekliğe karşı mücadele etmek yerine izin verme yönündeki kasıtlı, aktif bir seçimdir. Koşullar üzerindeki kontrolümüzün sınırlı olduğunun farkına varılması kabul edilmeye katkıda bulunur. Çevremizdeki organizmalardan etkilenen kendi vücut hücrelerimizin sürekli dönüşümü de dahil olmak üzere, her şeyin karmaşık karşılıklı bağımlılığını ve geçiciliğini kabul etmek, kendimizi ve başkalarını daha derin bir şekilde kabul etmemizi teşvik eder. Gerçeği kabul etmedeki başarısızlık, akıllıca seçimler yapmak için gerekli olan değerli bilgilere karşı bizi kör eder. Tersine, durumların gerçekliğini benimsemek bizi yeni içgörülere açarak seçeneklerimizi genişletir. Başlangıçtaki inanın aksine, mevcut koşulların genellikle bu haliyle uygulanabilir olduğu ortaya çıkıyor (Kabat Zinn, 1993).

İzin verme: Mevcut gerçekliği benimseme sürecinde, düşünceleri geçici zihinsel olaylar olarak algıladığımızda netlik ortaya çıkar. Düşünceler, duygular, bedensel duyular ve eylem dürtüleri arasındaki karşılıklı bağlantıyı fark ederek davranış kalıplarımıza dair bir anlayış geliştiririz. Bu aşinalık, içsel deneyimlerimizi daha az bağlanma ve daha yüksek nesnellik ile gözlemlememizi sağlayarak en etkili tepkinin seçimini kolaylaştırır. Meditasyon bu zihniyetin geliştirilmesinde değerli bir uygulamadır. Sakin tefekkür yoluyla iç manzaramızı sabırla gözlemleriz, deneyimlerin müdahale olmadan doğal olarak ortaya çıkmasına izin veririz. Bu yaklaşım, bizi yalnızca duyguların veya kökleşmiş alışkanlıkların dikte ettiği tepkisel davranışlardan uzaklaştırarak, üzerinde düşünülmesi gereken bir alan yaratır. Dolayısıyla bırakmak, teslim olmakla eşanlamlı değildir; daha ziyade, deneyimlerin olduğu gibi kabul edilmesini ve var olmasına izin verilmesini, bir sakinlik duygusunun geliştirilmesini içerir (Kabat Zinn, 1993).

2.7.3. Farkındalık ve Meditasyon

Meditasyon, bireyin dikkat ve duygusal öz düzenleme gibi temel psikolojik kapasitelerini geliştirmeyi amaçlayan bir zihinsel eğitim biçimi olarak tanımlanabilir (Kabat- Zinn,

2013). Hemen hemen tüm kültürlerde ve dinlerde farklı meditasyon tarzları ve biçimleri bulunur. Farkındalık meditasyonu aslında Budist meditasyon geleneklerinden kaynaklanmaktadır (Peltz ve ark., 2021). Mevcut klinik ve araştırma sonuçlarında, farkındalık meditasyonu tipik olarak şu andaki deneyimlere yargılayıcı olmayan dikkat olarak tanımlanır. Bu tanım, Budist farkındalık ve ılımlılık kavramlarını kapsar ve hem dikkatin düzenlenmesini (düşünceler, duygular, vücut duruşu ve duyular gibi anlık deneyimlere odaklanmayı sürdürmek için) hem de kişinin deneyimlerine yaklaşma becerisini gerektiren uygulamaları tanımlar. (Grider ve ark., 2021; Ersöz ve ark., 2022). Farkındalık meditasyonu, odaklanmış dikkati içeren yöntemlere ve şimdiki an deneyiminin açık izlenmesini içeren yöntemlere ayrılabilir. Farkındalık, "belirli bir şekilde, bilinçli olarak, şu anda ve yargılamadan dikkati vermek" anlamına gelir) ve onun önde gelen tüneklerinden biri olan farkındalık meditasyonunun omurgasıdır (Kabat-Zinn, 1994).

Zihin-beden tıbbında meditasyonun birincil kullanımı, stres ve hastalığın olumsuz etkilerini değiştirmek ve hafifletmektir. Uygulayıcılara ve ilgili kişilere bağlı olarak maneviyat bir bileşen olabilir veya olmayabilir (Miller ve ark., 2014). Tahmin edilebileceği gibi bu kadar çok geleneğe dayanan bir yaklaşımı tam anlamıyla karakterize etmek zordur. Tercih edilen bir teknik olan farkındalık meditasyonu, şimdiki uyum sağlamayı ve "burada ve şimdi"de kalmayı içerir. Buna karşılık, konsantre meditasyon, mantraya odaklanarak kişinin dikkatini daraltır. Tibet Budizminde görselleştirme kullanılır. Harekete odaklanmak Tai Chi'nin merkezindedir (Kabat-Zinn, 1994; Kabat-Zinn., 2013).

Farkındalıkla meditasyon ilk olarak ağrı (Kabat-Zinn, 1982) ve depresyon (Segal ve ark., 2018) tedavisinde uygulanmış olsa da, son araştırmalar zihinsel hastalıklar, dikkat ve duygu düzenleme gibi farklı bilişsel ve duygusal süreçleri iyileştirdiği ve kronik ağrı, stres, kaygı ve anksiyeteden etkilenen bazı klinik popülasyonlar için faydalı olduğunu gösterilmiştir (Brandmeyer ve ark., 2019; Tang ve ark., 2015).

Hasenkamp (2018) nörogörüntüleme yöntemi ile farkındalıkla meditasyon uygulaması sırasında, çeşitli dağıtılmış beyin ağlarının dinamik bir etkileşiminin olduğunu ortaya çıkardı ; bu durumun, insanların anlık deneyimlerine hazır olma ile kendi ürettikleri

zihinsel içerikler tarafından emilme arasındaki dikkat dalgalanmalarını yansıttığını göstermiştir. Dolayısıyla fardındalıkla meditasyon uygulamaları, zihin kargaşında uyarılmayı azaltabilir ve uygulayıcıların düşüncelere karşı otomatik duygusal tepkilerini güçlendirmeyi bırakmalarına yardımcı olabileceğini saptamışlardır.

2.7.4. Beden Tarama Meditasyonu

Beden tarama meditasyonu, bireylerin stresini azaltmayı ve acılarını hafifletmeyi amaçlayan çeşitli popüler farkındalık temelli müdahalelerin çaprazında yer alan vücut merkezli bir uygulamadır (Gan ve ark., 2022). Beden tarama meditasyonu genellikle odaklanmış dikkat meditasyon uygulaması olarak kabul edilir. Beden taraması meditasyonu, kişinin dikkatini gönüllü olarak vücudun çeşitli bölgelerine kaydırmasını, yargılamadan ve tepki vermeden neler olduğunu fark etmesini içerir (Dambrun, 2016). Bu tür bir uygulama, neler olduğunu fark etmek için (örneğin, ağrı veya kas gerginliği gibi duyular) kişinin dikkatini gönüllü olarak önce belirli vücut kısımlarına (örneğin ayak parmakları, sırt veya kafa) ve ardından tüm vücuda kaydırmasını içerir. Fiziksel duyular her an değişir, bu nedenle beden taraması meditasyonu, fiziksel ve bedensel duyuların süreksizliğini deneyimleme fırsatı sunar (Wahbeh ve ark., 2016).

Beden taraması sırasında kişinin dikkati belirli bir vücut kısmına yönlendirildiğinde, kişinin diğer kısımlara ilişkin bilinci azalır ve bu da potansiyel olarak bedensel bilinçte bir değişikliği teşvik eder. Vücudun belirli bölgelerine dikkat etmek aynı zamanda bireylerin yerle temasını dağınık olarak deneyimlemelerini de teşvik eder. Seans sonunda katılımcılar bedeni bir bütün olarak hissetmeye teşvik edildiğinde bedensel bilinçte bir değişiklik meydana gelmesi muhtemeldir (Colgan ve ark., 2016). En uç durumda bireyler beden duyularını tamamen kaybedebilirler. Beden sınırları algıları bedenün ötesine uzanır ve onları çevreleyen her şeyi kapsar (Call ve ark., 2014).

Literatürde yapılan birçok çalışma, beden taramasının etkilerini araştırmış ve bu taramaların olumlu sonuçlar verdiğini ortaya koymuştur (Mirams ve ark., 2013; Ussher ve ark., 2014; Bonamo ve ark., 2015; Call ve ark., 2014). Ussher ve ark. (2014), vücut taraması grubunu kontrol grubuyla karşılaştırdıklarında klinik ortamında ayakta tedavi gören hastaların ağrıya bağlı sıkıntı puanlarında anlamlı bir azalma bulmuş, ancak normal

ortama yerleştirildiklerinde iki grup arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Colgan ve arkadaşları (2016) TSSB'si olan gaziler için yavaş nefes alma ve sessizce oturmayla karşılaştırıldığında, vücut taraması grubunda farkındalığın önemli ölçüde arttığı bulurken, aynı çalışmada vücut taraması ve hatha yoga arasında farkındalıkta önemli farklılıklar gözlenmemiştir.

2.7.5. Farkındalıkla Yeme

Farkındalıkla yeme aslında farkındalığın yeme ile ilgili düşüncelere, duygulara, bedensel duyumlara ve davranışlara uygulanmasıdır. Bununla birlikte, yemeyle ilgili çeşitli fizyolojik ve bilişsel süreçler göz önüne alındığında (hafıza ve dikkatin yanı sıra metabolik durum gibi,) çok çeşitli farklı uygulamalar prensipte bilinçli yeme olarak tanımlanabilir (Lyzwinski ve ark., 2019). Otomatik yeme; duygusal, dürtüsel ve alışkanlık halinde yemeyi içerebilir. Eğitim ve pratik yoluyla farkındalık, dürtüsel sistemin hızlı tepki vermesini önleyebilir ve daha bilinçli bir sürecin gerçekleşmesine izin verebilir (Tronieri ve ark., 2020). Farkındalıkla yeme, yargılayıcı olmayan bir farkındalık durumundayken kişinin dikkatini yiyeceğe ve zihin-beden bağlantısına kaydırarak yeme eylemidir. Böylece karmaşık bilişsel-biyolojik yeme deneyiminin keşfedilmesine olanak tanır. Bu iyileştirici yeme modu, sorunlu yeme alışkanlıklarını (örneğin, açlığın ve tatmin ipuçlarının duyarsızlaştırılması) ve stress kaynaklı sindirim bozukluklarını olumlu yönde etkiler (Warren ve ark., 2017; Sarto ve ark., 2019; Lattimore, 2020).

Farkındalığın özel bir dalı olan farkındalıkla yeme üzerine yapılan araştırmalar henüz başlangıç aşamasındadır ve dikkatli yeme stratejileri yoluyla kilo vermeye odaklanmıştır (Fuentes ve ark., 2019; Grider ve ark., 2021). Bununla birlikte, kilo kaybıyla sonuçlanan olumlu davranış değişikliği (yani iç sinyaller, duygular ve dış tetikleyiciler hakkında farkındalığın artması) ve duygusal stres ve yeme davranışının iyileşmesi, kısmen farkındalığın neden olduğu stresin azalmasına bağlanmaktadır (Fuentes ve ark., 2019).

Ersöz Alan ve arkadaşlarının (2022) lisede bulunan fazla kilolu ergenler üzerinde yaptığı çalışmada kız öğrencilerde yeme disiplini açısından erkeklerde farkındalığın yüksek olduğu bulunurken, farkındalıkla yeme arasında fark saptanamamıştır. Miller ve arkadaşları (2014) diyabetli bireylerde yaptığı çalışma bulguları, dikkatli yeme konusunda

eğitimin diyabetli kişilerin daha sağlıklı yeme alışkanlıkları geliştirmesine yardımcı olabileceğini göstermektedir. Yapılan birçok çalışma farkındalıkla yemeye yönelik dış motivasyonlardan açlık gibi içsel motivasyonlara doğru kademeli değişime yardımcı olduğunu, daha fazla meyve ve sebze alımı da dahil olmak üzere daha sağlıklı yeme davranışlarını teşvik ettiğini bulmuştur (Mantszios v ear., 2014, Mason ve ark., 2016; Pierson ve ark., 2019; Zervos ve ark., 2021).

2.7.6. Farkındalık ve Yoga

Zihin-beden egzersizleri, fiziksel efor yoluyla fiziksel ve zihinsel faydalar elde etmek için bütünüleyici bir beden-zihin-ruh yaklaşımını benimser. Yoga, rahatlama tepkisini üretmek için nefese odaklanma ve farkındalık veya meditasyon hali ile birlikte vücut duruşlarını ve/veya hareketlerini birleştiren uygulamaları kolaylaştıran bir dizi uygulama arasında "meditatif bir hareket" olarak kabul edilir (Coffey ve ark., 2010). Yoga, uygulaması kolay duruşlar, nefes teknikleri ve neredeyse herkesin başarıyla tamamlayabileceği farkındalık uygulamaları gibi çeşitli yöntemlerle zihin-beden farkındalığını içerir (Herrick ve Ainsworth, 2000).

Farkındalık uzmanı Jon Kabat-Zinn (2003), farkındalık yogası uygulamasını "hem mat üzerinde hem de günlük yaşamda uygulamaya getirilen özel bir tutum ve dikkat duruşu" olarak tanımlamaktadır. Farkındalık yoga, yoga uygulamalarını farkındalık temelli stres azaltma programlarından gelen müdahalelerle bütünüleştiren bir müdahaledir. Bir bütün olarak ele alındığında, farkındalık ve yogayı birleştirmek, kişinin duygusal ve fiziksel olarak mevcutken kendini düzenleme yeteneğini artırmayı içerir.

Lee ve arkadaşları (2019) yaptığı çalışmada yaşlı bireylerde farkındalıkla yapılan yoganın depresyon düzeyini azalttığını saptamışlardır. Yine yapılan başka bir çalışma farkındalıkla yoga müdahalelerinin erken evre meme kanseri hastalarında depresyon belirtilerini azalttığını gösterilmiştir (Lui ve ark., 2022). Her ne kadar farkındalıkla yoga müdahaleleri üzerine özel olarak herhangi bir çalışma bulunmasa da, son araştırmalar, farkındalık ile azalan kaygı arasındaki ilişkiye aracılık eden belirsizliğe tahammülsüzlüğün kanıtını göstermiştir (Papenfuss ve ark., 2022). Vollbehr ve arkadaşları (2022) yaptığı çalışma, depresyonu olan genç kadınlar için her zamanki gibi tedaviye farkındalıkla yoga

müdahalesinin eklenmesinin, depresyon semptomlarında daha güçlü bir azalma, daha düşük majör depresif bozukluk tanısı oranı veya daha iyi yaşam kalitesi açısından artan faydalara yol açmadığını ileri sürmektedirler.

2.7.7. Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı

Farkındalık temelli müdahaleler, bireylerin şimdiki anın farkındalığını sürdürmesini sağlar; kendilerini sağlıksız inançlardan, düşüncelerden veya duygulardan uzak tutmak; ve duygusal denge ve refah duygularını artırır. Farkındalık temelli stres azaltma (Mindfulness-Based Stress Reduction: MBSR), 1979 yılında Massachusetts Üniversitesi Tıp Merkezi'nde Kabat-Zinn tarafından geliştirildi ve en yaygın kullanılan farkındalık temelli müdahaleler haline geldi; aynı zamanda standartlaştırılmış tekniklere de sahiptir. Kabat-Zinn (2003) MBSR'yi geliştirip uygularken, hastaların tıbbi durumlarıyla doğrudan ilgili olmayan ortak bir stres kaynağı belirledi: birçok hasta, teşhis ve tedavi sırasında sağlık personeli tarafından dikkate alınmadığını, tıbbi durumlarından dinlenmediğini veya dikkate alınmadığını hissettiğini bildirdi. Bu nedenle MBSR, hastalara yalnızca fiziksel ağrı ve hastalık stresiyle başa çıkmanın bir yolunu sağlamakla kalmadı, aynı zamanda çoğu muhtemelen kendi mesleki veya kişisel stres etkenleriyle mücadele eden sağlık hizmeti sağlayıcıları ve personeli ile kişilerarası zorlu etkileşimlerin ardından yaşanan sıkıntıyla başa çıkma aracı olmayı da sağladı (Spinelli ve ark., 2019). MBSR, farkındalık meditasyonunu hatha yoga egzersizleriyle birleştiren, oldukça yapılandırılmış, psiko-eğitimsel ve beceriye dayalı bir terapi şekli olduğundan bahsedilebilir. Bu egzersizleri yaparken düşünceler zihni dağıttığında, yapılan işe geri dönmeye çaba gösterilir. Bireylere ayrıca yürüme, yemek yeme, araba kullanma, çalışma, konuşma vb. gibi günlük aktiviteleri gerçekleştirirken ortaya çıkan duygular, düşünceler ve bilişler hakkında resmi olmayan bir farkındalık duygusu uygulaması talimatı verilir. MBSR Programı, basit meditasyon tekniklerini kullanarak zihnin farkında olma konusunda eğitilmesine dayanmaktadır. Program, günlük duygulara verilen tepkiyi azaltarak ve düşünceli eylemleri geliştirerek kişinin stresli düşünceler ve olaylarla ilişkisini değiştirmeye yardımcı olur. Batılı bir paradigmaya göre bunun mantığı, bireyler MBSR'yi hem resmi olarak meditasyon sırasında hem de gayri resmi olarak günlük aktivitelerde uyguladığında

bir uyanışın meydana gelmesidir. Farkındalık temelli stres azaltma (MBSR), en sık bahsedilen farkındalık temelli tedavi yöntemlerinden biridir.

MBSR, farkındalığı düzenli uygulamaya ve günlük hayata dahil etmek amacıyla vücut taraması, oturma meditasyonu, dikkatli yoga ve dikkatli iletişim gibi çeşitli tekniklerin eğitimini ve uygulamasını içerir. MBSR, eğitilmiş eğitmenler tarafından yönetilen kişisel grup oturumlarından (haftada sekiz oturum ve tüm gün sessiz dinlenme), günlük 45-60 dakikalık bağımsız ve rehberli evde pratik ve kısa yazma ödevlerinden oluşur.

MBSR'yi kanser hastalarında uykusuzluğun tedavisi olarak kullanmak genel uyku süresini artırabilir, stres seviyelerini azaltabilir ve duygudurum bozukluklarını azaltabilir (Garland ve ark., 2014). Araştırmalar, farkındalık eğitiminin meme kanseri olan kadınların uyku kalitesini ve uyku parametrelerini (Andersen ve ark., 2013; Lengacher ve ark., 2015), irritabl bağırsak sendromlu kadınların fiziksel semptomlarını, sıcak basmasını, menopoz semptomlarını ve uyku kalitesini iyileştirdiğini ortaya koymaktadır (Asadollahi ve ark., 2014; Enjezab ve ark., 2019). Perimenopozal kadınlarda yaşam, depresyon ve anksiyete multipl skleroz (MS) hastalarının zihinsel sağlığını ve umudunu arttırdığı, MS hastalarında uyku, anksiyete, depresyon ve yorgunluğa karşı koruyucu faktörleri iyileştirdiği ve kronik ağrısı olan kadınlarda algılanan ağrı yoğunluğunu ve performans sınırlamasını azalttığını göstermiştir (Black ve ark., 2015; Enjezab ve ark., 2019; Pagnini ve ark., 2019).

Araştırmalar, MBSR için kanserli ve kanserli olmayan popülasyonlarda bilişsel ve psikososyal sonuçları iyileştirebileceğini göstermiştir (Henderson ve ark., 2012; Lengacher ve ark., 2016). MBSR, bütünleştirici terapötik müdahalenin bir parçası olarak giderek yaygınlaşan kanıta dayalı ve grup temelli bir müdahaledir. MBSR'nin olumsuz psikolojik semptomları (anksiyete ve depresyon) ve fiziksel semptomları (yorgunluk ve ağrı) hafifletebildiğini ve çeşitli klinik örneklerde ve meme kanserinden sağ kurtulanlarda yaşam kalitesini artırdığını göstermiştir (Lengacher ve ark., 2016).

Farkındalık temelli stres azaltma (MBSR), bireylere yargılayıcı olmayan ve kabul edici bir şekilde şimdiki ana katılmanın öğretildiği bir müdahaledir. Goyal ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada 47 randomize çalışmayı içeren bir meta-analiz, hem klinik hem

de klinik olmayan popölasyonlarda MBSR'nin zihinsel sağlığı iyileştirebileceğini ve stres, anksiyete ve depresyon semptomlarını azaltabileceğini göstermektedir.

2.7.8. Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programının Onkoloji Çalışmalarında Kullanımı

MBSR programı, bireylere bedensel duyularına odaklanmaları ve farklı farkındalık uygulamalarıyla uğraşırken herhangi bir rahatsızlığı yorumlamadan, detaylandırmadan veya değerlendirmeden kabul etmeleri konusunda özellikle kanser hastalarının adaptasyon sürecine rehberlik eder. MBSR programı kanserli bireylerde; artan farkındalık, ruminasyonu ve duygusal kaçınmayı azaltarak ve davranışsal öz düzenlemeyi geliştirerek işlevsel iyileşmelere katkı sağladığı görölmektedir. MBSR, kansere bağlı kronik ağrı ve uyku bozukluğunun neden olduğu stresler de dahil olmak üzere fiziksel ve psikolojik stres düzeylerini düzenlemeye odaklanır. Meditasyon sırasındaki fizyolojik değişiklikler parasempatik-limbik yolu aktive ederek kalp atış hızını, sistolik kan basıncını, solunum hızını ve dolayısıyla stresi azaltır (Spinelli, 2019).

Zhang ve arkadaşlarının (2020) yaptığı çalışmada, psikolojik stresin tümör büyümesini tetiklediği ve stres hormonuyla uyarılan adrenerjik reseptörler tarafından epitelyal-mezenkimal geçişin aktivasyonu ile ilişkili karşı direnç riskini artırdığını saptamışlardır. Bununla birlikte birçok çalışma psikolojik müdahalelerin kanser hastalarının psikolojik refahını önemli ölçüde iyileştirdiğini göstermiştir (Huang ve ark., 2016; Cillessen ve ark., 2019).

Meme kanseri tanısı olan kadınlarda semptomların azaltılmasına ilişkin yapılan MBSR temelli girişimlerin, kısa süreli etkisinin incelendiği randomize kontrollü meta analiz çalışmalarında; girişimin kadınların depresyon, yorgunluk ve stres düzeylerini azaltmada oldukça faydalı olduğunu ve meme kanserinden sağ kalım sağlayan kadınlarda günlük rutin bakımda MBSR programlarının önerilebilir olduğu bulunmuştur. (Chang ve ark., 2021).

Ayrıca kanser tanısı olan kadınlara yönelik yapılan farkındalık temelli çalışmalarda, kadınların stres düzeyini azaltma ve yaşam kalitesini yükseltmede farkındalık temelli eğitimlerin etkilerin olduğu gösterilmiştir (Shapiro, 2006). MBSR, farkındalığın üç temel

direği olan niyet, dikkat ve tutumun yeniden algılamaya yol açtığını ya da deneyimlerin bilinçli ya da bilinçsiz yorumlamayla kaplamak yerine bireyin deneyimlerin derinlemesine ilgilenmesini sağlayan bir değişime yol açtığını öne süren bir teori içerir (Spinelli, 2019). Bu da kanser bakımı açısından son derece önemlidir. Çoğu zaman geçmiş ve gelecek kaygısı yaşayan birçok kanser hastası için olduğu anda farkındalık anlamlıdır. Sürekli stres, olumsuz derin düşüncelere ve enerji tüketen endişeye yol açabilir, stres deneyimini pekiştirir ve sıklıkla depresyon ve kaygıyı körükler. Ek olarak, bu abartılı stres dayanıklılık yönlerini zorlayabilir bu durum umut gibi olumlu düşünceler üzerine kanser deneyimlerinde büyük önem taşımaktadır (Goyal, 2014).

Farkındalık temelli stres azaltma tekniklerinin, tedaviyi tamamlayan kanser hastalarında ruh hali, uyku ve fizyolojik belirteçler üzerinde olumlu etkileri olduğu gösterilmiştir (Reich ve ark., 2017; Cıfu ve ark., 2018). MBSR programı tamamladıktan hemen sonra ve altı ay sonra kanser hastalarında stresin ruh halleri ve semptomları üzerinde olumlu etkileri olduğu bulunmuştur. Bu çalışmalar aynı zamanda meme ve prostat kanseri hastalarının MBSR tedavisi sonrası uygulandığında yaşam kalitesinin arttığını, stres semptomlarının azaldığını, uyku kalitesinin arttığını ve bağışıklık fonksiyonunun iyileştiğini göstermiştir (Gotink ve ark., 2015; Lengacher ve ark., 2021). Carlson ve arkadaşları (2004) çalışmalarında meme kanseri tedavisi gören kadınlar MBSR programı ile ilişkili olarak uyku kalitesinin arttığını bildirdiler ve MBSR aynı zamanda prostatektomi sonrası prostat kanserinin biyokimyasal nüksü olan hastalarda prostat spesifik antijen artışı oranlarının azalmasıyla da ilişkili olduğunu saptamışlardır.

Bununla birlikte yapılan bir araştırmada MBSR'ın, meme ve kolon kanserinden kurtulanlarda kansere bağlı bilişsel bozuklukları önemli ölçüde iyileştirebileceğini gösterilmiştir (Jhons ve ark., 2016). Yapılan sistematik incelemeler ve meta-analizler, MBSR'nin meme tanısı alan kadınlarda yaşam kalitesi, yorgunluk ve anksiyete, depresyon ve stres gibi çeşitli psikolojik sonuçlar üzerinde kısa vadeli bir etkiye sahip olduğunu ortaya çıkardı (Huang ve ark., 2016; Haller ve ark., 2017; Zhang ve ark., 2019).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

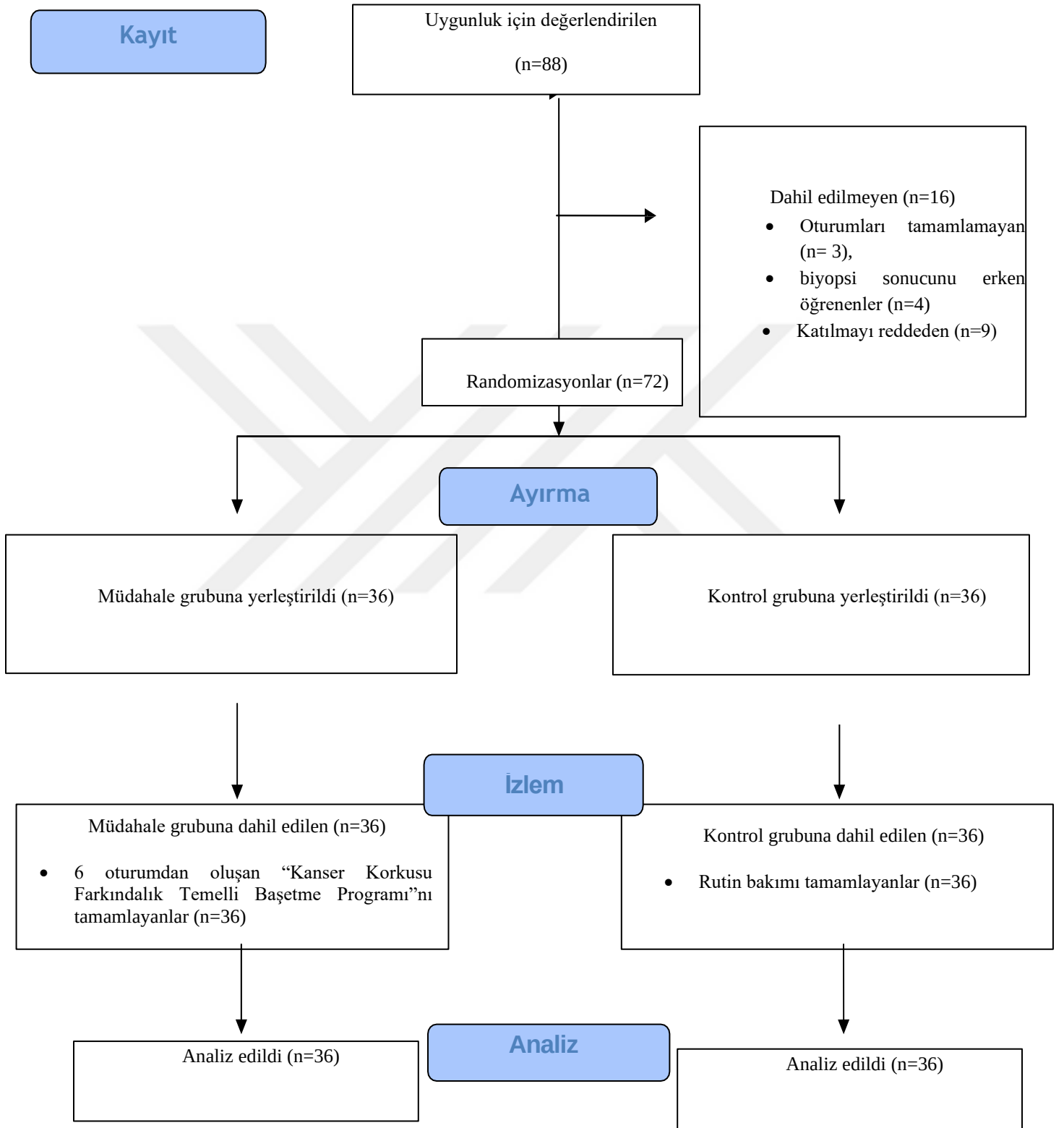
Bu araştırmanın amacı Farkındalık Temelli Başetme Programı'nın kolposkopi işlemi yapılan kadınlarda kanser korkusu ve farkındalık düzeyine etkisini belirlemektir.

3.2. Araştırmanın Şekli

Bu çalışma, nicel araştırma yöntemlerinden biri olan ön test-son test uygulanarak, tek körlü ve blok randomize çalışma modeli kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Çalışma grubu, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Jinekolojik Onkoloji Polikliniğinde 2022 yılında bir yılda toplam 576 kadına kolposkopi işlemi yapılmıştır. Belirlenen örneklem sayısına ulaşmak için, Jinkeolojik Onkoloji polikliniğine kolposkopi işlemi için başvuran, dahil edilme kriterlerine uyan kadınlarla yürülmüştür. Veriler Ocak 2022-Temmuz 2023 tarihleri arasında toplanmıştır.

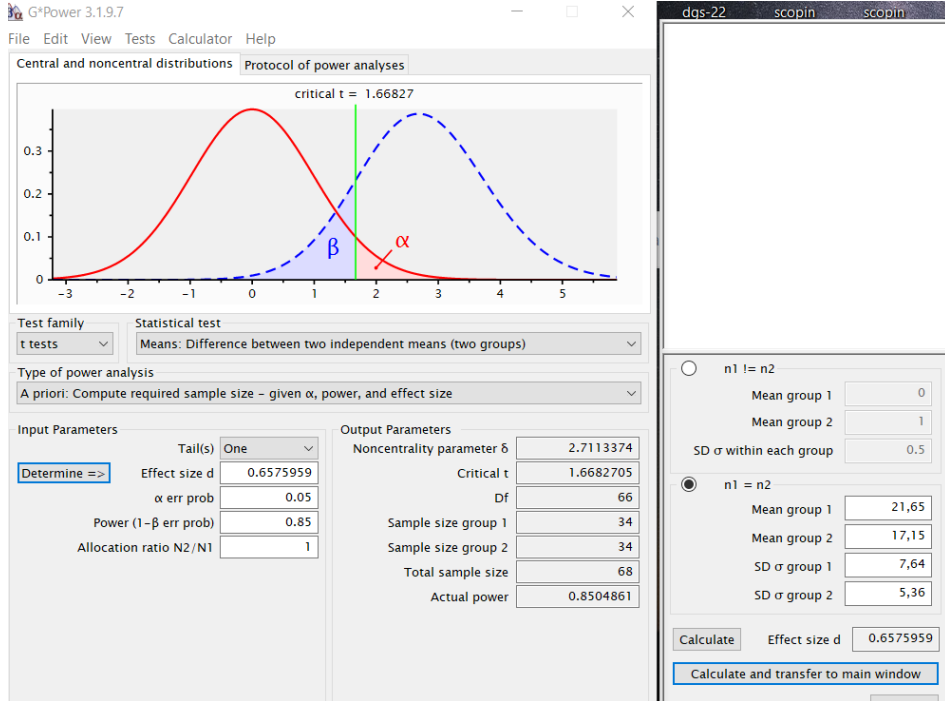


Şekil 3.1. Araştırmanın Consort Akış Şeması

3.4. Araştırmanın Örneklemi

3.4.1. Örneklem Büyüklüğü

Örneklem büyüklüğü istatistiksel olarak G Power 3.1 programı ile Güç Analizi (Power Analysis) belirlenmiş ve toplam 60 hastaya ulaşmanın yeterli olduğu şekil 3.1’de gösterilmektedir (etki büyüklüğü 0.65, tip 1 hata 0.05 ve power 0,85). Çalışmamızda Üner ve Körükcü (2020) yapmış oldukları çalışmadaki standart sapma ve ortalama değerler alınarak etki büyüklüğü 0.65 olarak hesaplanmıştır. Bu araştırma Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Jinkeolojik Onkoloji Polikliniğinde Ocak 2022-Temmuz 2023 tarihleri arasında kolposkopi işlemi yapılan kadınlar ile yürütülmüştür. Çalışmaya başlangıçta 88 kadın dahil edilmesine karşın; oturumları tamamlamamak (n=3), biyopsi sonucunu tüm oturumlar tamamlanmadan öğrenmek (n=4) ve katılmayı reddetmek (n=9) gibi nedenlerle toplam 16 kadın çalışmadan çıkarılmıştır. Veri kaybı olacağı düşünülerek çalışma 36 kontrol, 36 müdahale grubu olmak üzere toplamda 72 kadın ile tamamlanmıştır.



Şekil 3.2. Örneklem grubu güç analizi hesaplaması

3.4.2. Örneklem Özellikleri

Araştırmanın evrenini, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Jinekoloji Onkoloji Polikliniğine servikal sitoloji sonucu LSIL, HSIL, ASC-US veya HPV nedeniyle kolposkopi yaptırmak için başvuran kadınların tümü oluşturdu. Araştırmanın örneklemi ise araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan kadınlar oluşturdu.

Tablo 3.1. Örneklem dahil olma ve dışlanma kriterleri:

Dahil Edilme Kriterleri
• Çalışmaya katılmaya gönüllü olma, • Türkçe okur-yazar olma, • 18 yaşın üstü olma, • *Servikal sitoloji sonucu LSIL, HSIL, ASC-US veya HPV nedeniyle kolposkopi yapılmış olması, • *Kolposkopi işlemi hakkında bilgilendirilmiş olması, • Farkındalık Temelli Baş etme Programı için katılmaya gönüllü olma (Toplam 2 hafta, her hafta 3 gün 60-90 dk, toplam 6 oturum).
Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri
• Farkındalık Temelli Baş etme Programı oturumlarından birine katılmama durumu • Eğitim süresini doldurmadan çalışmadan ayrılmak isteme
Dışlanma Kriterleri
• Sözel iletişim kurmasında engel olması, • *Psikiyatrik bozukluktan hastalık tanısı almış olmak, • Daha önce MBSR eğitimine katılmış olmak veya meditasyon yapıyor olmak • Akıllı telefon ve bilgisayar kullanma becerisine sahip olmama • Program süresi devam ederken biyopsi sonucu öğrenme

* Hasta dosyasından alındı.

3.5. Randomizasyon ile Çalışma Gruplarının Belirlenmesi

Randomizasyon, araştırmalarda katılımcıların farklı tedavi gruplarına tarafsız bir şekilde dağıtılmasını sağlamak için önemli bir yöntemdir. Katılımcıları çalışmanın farklı kollarına atamak için rastgele bir sürecin kullanılmasını içerir, bu da seçim yanlılığının ortadan kaldırılmasına ve en aza indirmeye yardımcı olur (Flecha ve ark.,2016). Küçük örneklemelerden oluşan denemelerde farklı gruplardaki deneme sayılarının eşit ya da yakın olmaması tam randomizasyon yöntemi ile karşılaşılan bir sorun iken bu durum permütasyon yöntemi ile ortadan kaldırılmaktadır. Bu yöntemde, her bir blokta grup sayısı

ve olasılıkları eşit olmak zorundadır. İki grup (A ve B) olduğunda blokların büyüklüğü 2, 4, 6, ... şeklinde, üç grup (A, B ve C) olduğunda ise 3, 6, 9 ... şeklinde tercih edilmelidir (Kanik ve ark., 2011).

Bu çalışma, randomize kontrollü deneysel bir tasarım kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Blok randomizasyon yöntemi ile girişim ve kontrol grupları arasında eşit sayıda örneklem oluşturulmuştur. Bu yöntem, basit randomizasyonun aksine gruplar arasında belirgin sayısal farklılıkları önlemek amacıyla tercih edilmiştir. Araştırmada, ön test, son test, kontrol grup tasarımı kullanılmış ve katılımcılar sırasına göre bağımsız bir istatistikçi tarafından rastgele bir müdahale grubuna veya bir kontrol grubuna atandılar ve hangi gruba atandıklarının farkında olmadıkları için tek yönlü körleme uygulanmıştır. Kadınların grup bilgisi araştırmacı tarafından bilinirken, katılımcılar tarafından bilinmemiştir. Blok randomizasyon tekniğinde, 72 kişiden oluşan örneklem için bu araştırmada hastalar 36 kontrol ve 36 müdahale olmak üzere ikiye ayrıldı. Her bir grupta 36 kişi olacak şekilde atama yapıldı. Random atama sırasında, örneklemdeki 72 kadın hasta bloklara ayrılmış ve bu bloklar basit rastgele seçim yöntemi ile seçilmiştir. Her blokta 3 tane kontrol (A), 3 tane de müdahale (B) hastası olacak biçimde 6'lı bloklama yapılan çalışmada tüm olası blok sayısı 20 tane olarak hesaplandı (Ek 7). Buna göre; toplamda 20 tane blok oluşturulması gerekmektedir.

Hasta sayımız 72 ve 20 bloktan 12 blok rastgele sayı dizisi ile çekilmiştir. Belirli bir bloğu seçmek için rastgele bir sayı dizisi Excell programı yardımı ile oluşturulmuştur. Excel programında rasgele 1 ile 20 arasında 16, 6, 3, 11, 10, 5, 8, 13, 12, 4, 2, 17 sayıları üretilmiştir. Üretilen bu sayılar ile ilgili bloklarda gruplara atama sırası belirlenmiştir (Ek 8).

Hastaların sırayla gruplara atama işlemi gerçekleştirilmiştir. Buna göre; ilk katılımcı müdahale grubuna, 2. katılımcı kontrol grubuna, 3. katılımcı müdahale grubuna, 4 ve 5. katılımcılar kontrol grubuna, 6. katılımcı müdahale grubuna vb. şekilde olmak üzere her gruba 36 katılımcı eşit ve homojen olarak atandı (Ek 8). Randomizasyon çıktılarına göre müdahale ve kontrol gruplarına alınan kadınların listeleri Ek 10' da, yer almaktadır.

3.6. Araştırmada Körlemenin Şekli

Randomize yapılan araştırmalarda körleme özellikle önyargıyı azaltmak için kritik bir yöntemdir. Körleme, katılımcıların, araştırmacıların ve sonuç değerlendircilerinin tedavi dağılımından habersiz olmalarını sağlar ve böylece bilinçli veya bilinçsiz önyargıların sonuçları etkileme potansiyelini en aza indirir (Flecha ve ark., 2016). Araştırmada dahil edilme kriterlerini sağlayan ve gönüllü olan kadınlar bağımsız bir istatistikçi tarafından rastgele bir müdahale grubuna veya bir kontrol grubuna atandılar ve hangi gruba atandıkları kadınlar tarafından bilinmemektedir. Bu nedenle, araştırmada tek yönlü bir körleme yapılmıştır.

3.7. Araştırma Protokolü

Çalışma için 22 Haziran 2021 tarihinde tez önerisi sunularak başlanmıştır. Araştırma protokolü, Akdeniz Üniveristesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu onayı alınmıştır (Ek 2). Akdeniz Üniversitesi Hastanesi kurum izni alınmıştır (Ek 3). Jinekolojik Onkoloji polikliniği için Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanı ile çalışma planı görüşülmüştür. Ocak 2022- Temmuz 2023 tarihleri arasında veriler toplanmıştır. Literatür taraması yapılmıştır. Veriler analiz edilerek değerlendirilmiştir.

3.8. Veri Toplama Araçları

Kanser Korkusu Farkındalık Temelli Başetme Programının etkinliğini değerlendirmek için; Kişisel Bilgi Formu (KBF), Kanser Kaygı Ölçeği (KKÖ), Philadelphia Farkındalık Ölçeği (PFÖ) kullanılmıştır.

3.8. 1. Kişisel Bilgi Formu:

Araştırma kapsamına alınan bireylerin sosyo-demografik ve pap smear testi ve kolopskopi işlemi ile ilgili verilerini elde etmek amacıyla literatür incelemesi sonucunda hazırlanmıştır. Kişisel bilgi formu, sosyodemografik bilgileri ve hastalıkla ilgili bilgileri içeren 21 sorudan oluşmaktadır (EK 5).

3.8. 2. Kanser Kaygı Ölçeği:

Kanser Kaygı Ölçeği Custers ve arkadaşları (2014) tarafından geliştirilmiştir ve 8 maddeden oluşmaktadır. Likert özellikte olan ölçekte yanıtlar 0'dan 4'e kadar numaralandırılmıştır. Ölçekte 0 “neredeyse hiç” şeklinde ifade edilirken, 4 ise “neredeyse her zaman” şeklinde ifade edilmektedir. Ölçeğin puanlamasında en düşük puan 0 iken, en yüksek puan 32'dir. Ölçeğin kesme puanı 13 olarak belirlenmiştir, madde toplam puanı >13 olması bireylerin şiddetli kanser korkusu yaşadığını, ≤13 olması ise hafif düzeyde kanser korkusunu ifade etmektedir. Ölçekten alınan toplam puanın yüksek olması, kanser korkusunun da yüksek olduğunu ifade etmektedir. Ölçeğin orijinal geçerlik ve güvenirlik çalışmasında Cronbach alfa değeri 0.87 olarak belirlenmiştir. Türkiye’de ölçek Üner ve Körükcü (2020) tarafından kolposkopi işlemi yapılan hastalara uyarlanmış ve psikometrik özellikleri incelenmiştir. Ölçeğin Türkçe versiyonunda Cronbach alfa değeri 0.87 olarak belirlenmiştir. (EK 6).

3.8. 3. Philadelphia Farkındalık Ölçeği:

Philadelphia Farkındalık Ölçeği Cardaciotto ve arkadaşları tarafından 2008 yılında geliştirilen ve 20 maddeden oluşan beşli likert tipi bir ölçektir. Ölçek farkındalık becerisini iki farklı boyutta: (i) ayımsama (awareness), (ii) kabul (acceptance) ölçmektedir. Ölçeğin orijinal geçerlik ve güvenirlik çalışmasında Cronbach alfa değeri .85 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin Türkçe formunun psikometrik özellikleri Çelik ve Kocabıyık (2018) tarafından incelenmiştir. Ölçeğin iki alt boyutunda ayımsama ($\alpha=.81$) hem de kabul alt ölçeğinin ($\alpha=.86$) olarak belirlenmiştir. Toplam puanın elde edilmediği bu ölçekte her bir boyut ayrı ayrı puanlanarak hesaplanmaktadır. Ayımsama alt ölçeği tek sayıyla başlayan, kabul alt ölçeği ise çift sayıyla başlayan maddelerin toplanmasıyla hesaplanır. Kabul alt ölçeğinde yer alan tüm maddeler ters madde olup, puanlama yapılmadan önce tüm maddelerin terse dönüştürülmesi gerekmektedir. Ayımsama alt ölçeği, bireylerin içsel ve dışsal deneyimlerini fark etme ve bu deneyimlere dikkat verme yeteneğini ölçmektedir. Bu boyut, bireyin düşüncelerini, duygularını, bedensel duyularını ve çevresel uyarıcıları bilinçli bir şekilde gözlemleme kapasitesini değerlendirir. Ayımsama, anı yaşama ve mevcut deneyimlere açık olma gibi farkındalık bileşenlerini içerir. Bireyin kendi zihinsel süreçlerini ve bedensel duyularını yargılamadan ve müdahale etmeden fark edebilme

yeteneği, bu boyutun önemli bir parçasıdır. Bu, bireyin kendini ve çevresini objektif bir şekilde gözlemlemesini sağlar ve farkındalık pratiğinin temel bileşenlerinden biridir (Cardacitto ve ark., 2008). Ayrımsama alt ölçeği, düşüncelerin, duyguların ve beden duyularının farkına varılmasını inceleyerek, kabul alt ölçeği ise deneyimsel kaçınmanın değerlendirilmesini inceler. Kabul alt ölçeği, bireylerin deneyimlerini yargılamadan ve direnç göstermeden kabul etme yeteneğini ölçmektedir. Bu boyut, bireyin olumlu ya da olumsuz tüm deneyimlere karşı açık ve yargısız bir tutum sergilemesini değerlendirmektedir. Kabul, bireyin içsel ve dışsal deneyimlerine karşı duyduğu tepkileri ve bu deneyimlerle ilgili yargıları bırakma kapasitesini içerir (Hinkle ve asrk., 2003). Bu, bireyin stres, kaygı veya olumsuz duygularla karşılaştığında bu duyguları kabul etmesini ve onlarla barışık olmasını sağlayarak duygusal esnekliği artırır. Kabul, farkındalık pratiğinin önemli bir yönüdür, çünkü bireyin duygusal ve zihinsel durumlarına karşı daha sağlıklı bir tutum geliştirmesine olanak tanır (Çelik ve Kocabıyık 2018).

Philadelphia Farkındalık Ölçeği'nin bu iki alt faktörü, bireylerin farkındalık düzeylerini kapsamlı bir şekilde değerlendirmekte ve farkındalık becerilerinin farklı yönlerini ölçmektedir. Bu, bireylerin hem kendi deneyimlerini dikkatle gözlemlemelerini hem de bu deneyimlere karşı açık ve yargısız bir tutum geliştirmelerini sağlar (EK 7).

3.9. Araştırmanın Pilot Çalışması

Araştırmanın ön uygulaması kolposkop işlemi yapılan ve henüz biyopsi sonucunu almayan 5 kadın hasta ile yapılmıştır. Öncelikle kadınlara araştırma hakkında bilgi verilmiş daha sonra bilgilendirilmiş yazılı onam alınmıştır. Ön uygulamada oturumlar ve aşamaları Şekil 3.5'te verilmiştir. Ön uygulama sonrası kadınların eğitim kitapçığıyla ilgili herhangi bir önerisi olmadığı için bir değişiklik yapılmamıştır. Ancak oturum sürelerinin uzun sürmesi ve ev içinde yerine getirmeleri gereken görev ve sorumlulukları nedeniyle 2 saat yerine 60-90 dk olacak şekilde yeniden düzenlenmiştir. Kadınlara çalışmada kullanılacak olan ölçekler uygulanmış, ölçek maddelerinin anlaşılır olma durumu ve program değerlendirilmiştir. Ön uygulamaya alınan kadınlar araştırma kapsamına alınmamıştır.

3.10. Araştırmacının Yetkinliğini Gösteren Eğitimler

Araştırmacı bu çalışmaya başlamadan önce uluslararası ve ulusal düzeyde eğitim almıştır. Bunlar:

- Psikoonkoloji ve Süpervizyon Eğitim Kursu: 36 saat süren (EK-11),
- MBSR Eğitimi: 8 oturum ve 80 saat süren ve Stresle Başa ıkma Eğitimi (EK-12, Ek 13).
- Araştırmacı ayrıca üç ay Hollanda Kanser Enstitüsü’nde Prof. Dr. Eveline Bleiker ile çalışmıştır.

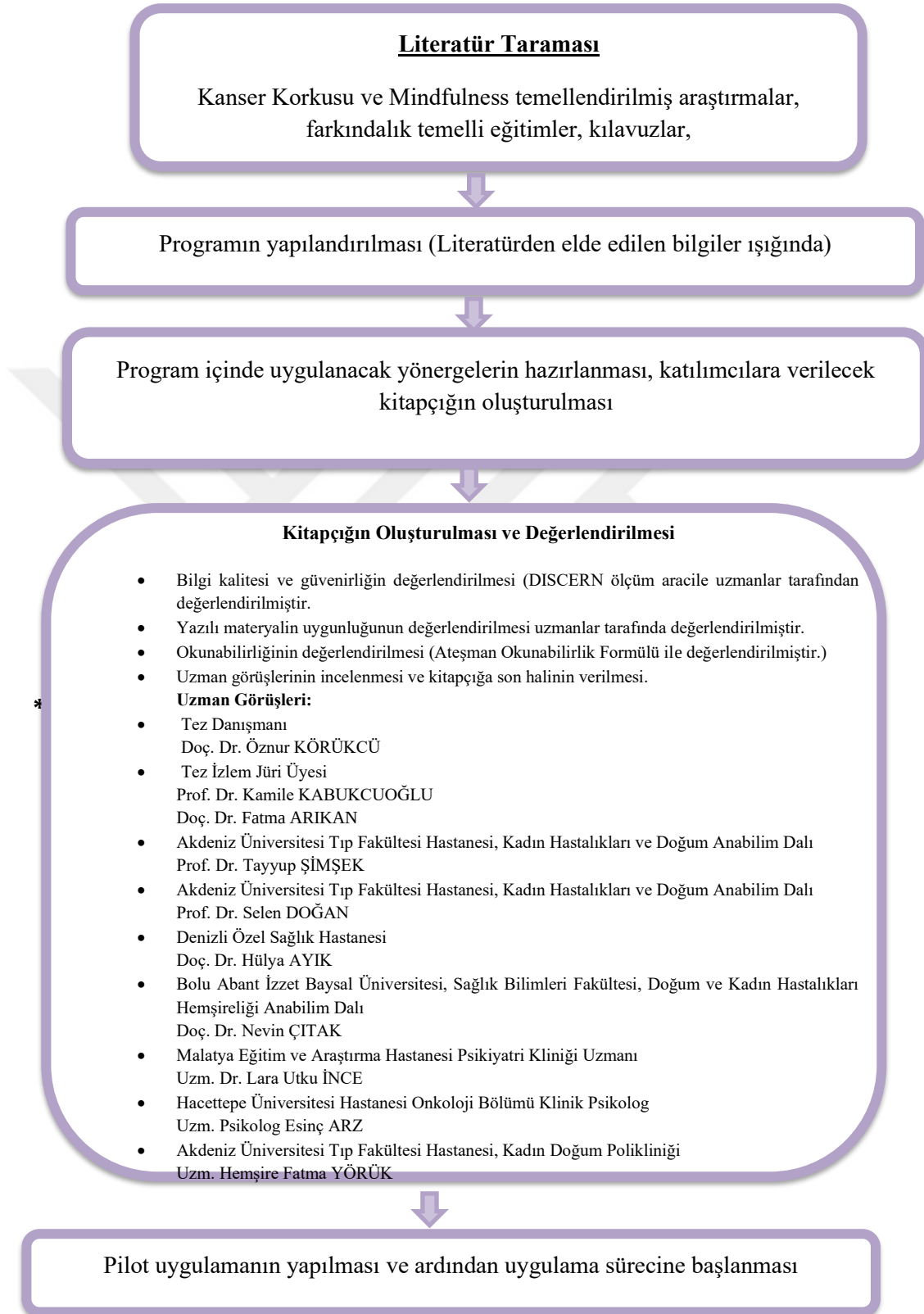
3.11. Araştırmanın Planı

Araştırmada veri toplama süreci iki aşamadan oluşmaktadır.

- **“Farkındalık Temelli Başetme Programı” oluşturulma süreci:** Programın yapılandırılması ve uygunluğunun değerlendirilmesi ile pilot uygulama aşamalarını içermektedir.
- **Uygulama süreci:** Araştırmada müdahale ve kontrol gruplarının atamalarının yapılması, programın uygulanması ve verilerin toplanması.

“Farkındalık Temelli Başetme Programı” oluşturulma süreci:

Bu araştırma, kolopskopi işlemi yapılan kadınlarda Farkındalık Temelli Başetme Programının kanser korkusu ve farkındalık düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yönelik yapılan hemşirelik bakım planının uygulanma sürecine ilişkin süreç Şekil 3.4’te gösterilmiştir.



Şekil 3.4. Farkındalık Temelli Başetme Programı Kitapçık Oluşturulma Süreci

Farkındalık Temelli Başetme Programı

Programın oluşturulmasında Jon Kabat Zin tarafından geliştirilen Mindfulness Temelli Stres Azaltma Programına göre temellendirilmiştir. MBSR, dikkatli farkındalığın veya farkındalığın aşamalı olarak edinilmesine odaklanan bir grup programdır (Will ve ark., 2015).

MBRS programları 6 veya 8 oturumdan oluşmaktadır. Her oturumda farkındalığa ilişkin incelenen belirli egzersizler ve konular yer alır (Lengacher ve ark., 2019). Bunlar, farkındalık meditasyon uygulamasının farklı biçimlerini, yoga duruşları sırasındaki farkındalık farkındalığını ve stresli durumlar ve sosyal etkileşimler sırasındaki farkındalığı içerir. Farkındalığın gelişimi düzenli ve tekrarlanan uygulamalara dayandığından katılımcılar, öncelikle meditasyon uygulaması, farkındalık yogası ve farkındalığı günlük yaşamdaki durumlara uygulama şeklinde günlük 45 dakikalık ev ödevlerini yerine getirmesi beklenmektedir (Hoge ve ark., 2019).

Kanser korkusunu azaltmayı ve farkındalık geliştirmeyi amaçlayan programda her oturum 60-90 dakika olacak şekilde oluşturulmuştur. Oturumlar araştırmacı tarafından farkındalıkla nefes, beden tarama, farkındalıkla meditasyon, STOP uygulaması ve farkındalıkla yeme olarak uygulanmıştır. Farkındalıkla yoga olan oturumda uzmanlık eğitim sertifikası olan yoga eğitmeni Yelda Kaya tarafından gerçekleştirilmiştir. Farkındalık Temelli Başetme Programı, farkındalıkla stress azaltma programını geliştiren Jhon Kabat Zinn'in çalışmalarına dayanarak temellendirilmiş ve yönergeler Oxford Üniversitesi farkındalık egzersizi kılavuzlarından yararlanılarak hazırlanmıştır.

Bu araştırmada bu programının amacı, uygulanan kadınlarda gelişen kanser korkusu ile baş etmelerinin güçlendirmesine taramalardan kaçma gibi olumsuz sağlık davranışlarının önlenmesine, psikososyal sağlıklarını tehdit eden durumların ortadan kalkmasına hem bireysel hem de toplumsal olarak yarar sağlayacağı öngörülmektedir.

Farkındalık Temelli Başetme Programı kapsamında Hazırlanan Kitapçığın Uygunluğunun Değerlendirilmesi

Programa katılan tüm kadınlara verilmek üzere eğitim kitapçığı hazırlanmıştır. (Ek 14) Program süresince araştırmacının programa yönelik hazırladığı yönergeler, ev ödevleri ve görsel materyaller uygulama öncesinde güvenilirlik, bilgi kalitesi, içeriğin katılımcılara uygunluğu, biçim, okunabilirlik değerlendirme süreci yapılmıştır. Görsel materyallerin seçimi, oluşturulması araştırmacı ve grafik tasarımcısı ile birlikte oluşturulmuştur (EK 15, Ek 16, Ek 17, Ek 18). Aşamalar:

Bilgi kalitesi ve güvenilirliğin değerlendirilmesi

Katılımcı ve uygulayıcı kitapçığının güvenilirlik ve bilgi kalitesinin değerlendirilmesinde Tüketici Sağlığı Bilgileri için Kalite Kriterleri (DISCERN) ölçüm aracı kullanılmıştır.

DISCERN ölçüm aracı, eğitim materyallerinin içeriği ve kalitesini değerlendirmek amacıyla Charnock ve arkadaşları (1999) tarafından geliştirilmiştir. Üç bölümden oluşan bu araç, toplam 16 soruyla materyalin içeriğini sorgulamaktadır. İlk bölümde yer alan sekiz soru materyalin güvenilirliğini değerlendirirken, ikinci bölümde yer alan yedi soru tedavi ve bakım seçenekleri hakkında sunulan bilginin kalitesini ölçmektedir. Üçüncü bölüm ise, tek soruyla materyalin genel değerlendirmesini yapmaktadır. DISCERN’de her bir soru, "1" ile "5" arasında puanlanmakta olup, "5" materyalin yüksek uygunluğuna, "1" ise düşük uygunluğuna işaret etmektedir. Her bir maddenin yanıtlarından elde edilen puanlar toplandığında 15 ile 75 arasında bir toplam puan elde edilir. Genel değerlendirme için kullanılan 16. madde ise ayrı olarak değerlendirilir. Toplam puanın düşük olması, materyalin kalitesinin kötü olduğunu, yüksek olması ise kalitenin iyi olduğunu gösterir (Charnock, 1998). DISCERN ölçüm aracının Türkçe’ye adaptasyonu ve geçerlik-güvenirlik çalışması Gökdoğan (2003) tarafından gerçekleştirilmiştir. Akdeniz Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilimdalı’ndan Prof. Dr. Tayyup Şimşek, Doç. Dr. Selen Doğan ve Doç. Dr. Hülya Ayık Aydın programa dahil edilen örneklem grubu ve tüm gruba verilecek olan serviks kanseri ile ilgili eğitim kitapçığı içeriği

hakkında uzman görüşü alınmıştır. Daha sonra psikoloji alanından Uzm. Dr. Lara Utku İnce ve Psk. Esinç Arz programın içeriği, beden tarama, farkındalıkla meditasyon, farkındalıkla yoga, farkındalıkla yeme ve STOP uygulaması için oluşturulan yönergeler için uzmanlara sorulmuştur. Son olarak Doç. Dr. Nevin Çıtak Bilgin ve jinekoloji onkoloji klinik sorumlu hemşiresi Uzm. Hemşire Fatma Yörük ‘ten görüş alınmıştır(Şekil 3.4). Eğitim kitapçığının son hali verildikten sonra okunabilirlik indeksi bakılmıştır. Eğitim kitapçığı ve oluşturulan yönergeler grafik tasarımcı ile diazın edilmiştir.

Tablo 3.2. DİSCERN Uzman Görüşleri

DİSCERN Ölçüm aracı Maddeleri	Uzman Görüş Ort
Güvenirlilik (1- 8 madde)	39.28571
Discern Bölüm I (8- 40 puan)	
Bilgi Kalitesi (9-15 madde)	30.5
Discern Bölüm II (7- 35 puan)	
Genel Kalite (16. madde)	5
Discern (1- 5 puan)	
Discern Toplam (15- 75 puan)	74

Okunabilirliğin değerlendirilmesi:

Katılımcılar için hazırlanan eğitim kitapçığının zorluk düzeyini belirlemek amacıyla okunabilirlik analizi gerçekleştirilmiştir. Bu analizde, Ateşman Okunabilirlik Formülü kullanılmıştır. Ateşman (1997), Flesch-Kincaid Okunabilirlik Formülü'nü Türkçe'ye uyarlayarak geliştirmiştir. Flesch-Kincaid formülü, bilimsel metinlerin okunabilirlik düzeyini ölçmek için Flesch (1948) tarafından geliştirilmiştir. Ateşman, bu adaptasyonla, Türkçe metinlerin okunabilirlik düzeylerini belirlemek ve sınıflandırmak amacıyla 'cümle uzunluğu' ve 'sözcük uzunluğu' değişkenlerine dayalı bir formül oluşturmuştur. Tablo 3.3'e belirtilen sınıflandırmaya göre yapılmıştır.

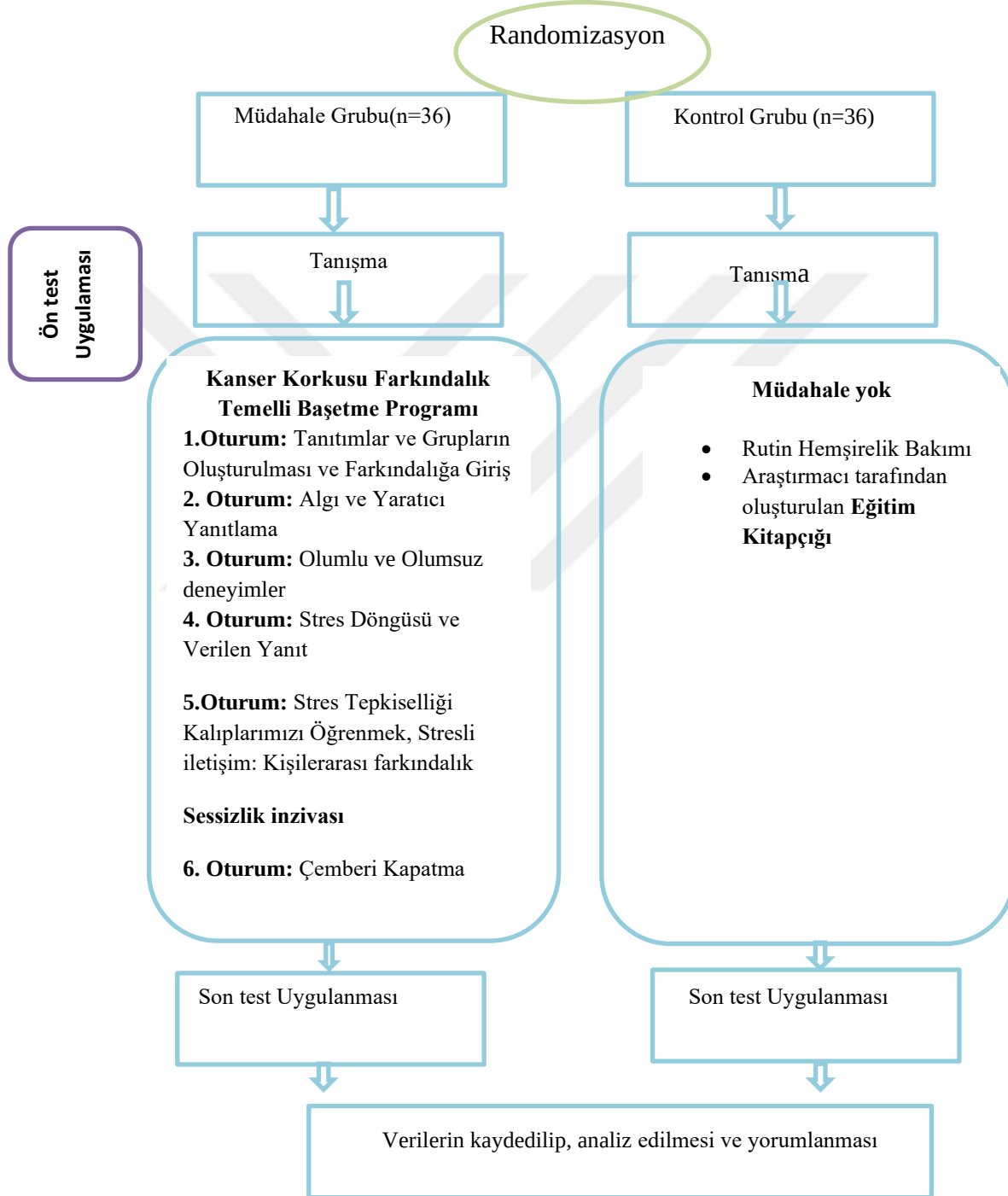
Tablo 3.3. Metinlerin Okunabilirlik Sayılarına Göre Sınıflandırılması

Okunabilirlik Sayısı	Metnin Okunabilirliği
0-100	Çok kolay
70-89	Kolay
50-69	Orta güçlükte
30-49	Zor
1-29	Çok zor

Kaynak: Ateşman E. Türkçede okunabilirliğin ölçülmesi. Dil Dergisi.1997; 58:71-74.

Eğitim kitapçığında bulunan metinlerin toplam hece sayısı 25.268, kelime sayısı 8152 ve cümle sayısı 710 olarak hesaplanmıştır. Elde edilen Ateşman Okunabilirlik Analizi Formülü'ne göre, eğitim kitapçığının okunabilirlik katsayısı 93.25 olarak hesaplanmıştır, bu eğitim kitapçığının zorluk düzeyini çok kolay olarak değerlendirilmiştir.

Araştırmanın uygulama prosedürü; Şekil 3.5’te verilmiştir.



Şekil 3.5. Araştırmanın Uygulama Süreci

3.10. Araştırma verilerinin toplanması

Araştırma verilerini toplamak için belirlenen Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Jinekolojik onkoloji polikliniğine kolposkopi işlemi için gelen ve dahil edilme kriterlerine uyan kadınlar örneklem sayısına ulaşınca kadar araştırmaya alınmıştır. Veri toplama araçları google forms üzerinden doldurulmuştur. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınlar izlem formuna kaydedilerek izlemleri yapılmıştır (Ek 10). Müdahale grubu kadınlarına araştırma kapsamında yapılan uygulamalar oturumlar halinde detaylandırılmıştır (Ek 19).

Müdahale Grubuna Yapılan Uygulamalar

- Araştırmada dahil edilme kriterlerine uyan kadınlar randomizasyon listesine göre müdahale grubuna alındılar. Araştırmaya katılmayı kabul eden kadınların bilgilendirilmiş onamları yazılı olarak alınmış ve ekte yer alan tabloya kaydedilmiştir.
- Online olarak zoom üzerinden yapılan ilk oturumda kadınların kendilerini tanıtmaları beklenmiştir. İlk olarak Kişisel Bilgi Formu, kanser Kaygı Ölçeği ve Philadelphia Farkındalık Ölçeği google forms üzerinden uygulanmıştır. Farkındalık Temelli Başetme Programının genel tanıtımı yapılmış, oturumlar hakkında bilgi verilmiştir (Ek 19). Ayrıcalık farkındalık kavramı açıklanmış, farkındalılığın yaşamdaki önemi konuşulmuştur. Serviks kanseri, belirtileri, HPV virüsü, tarama (pap-smear ve kolposkopi) hakkında bilgi verilmiştir. Birinci oturum nefes meditasyonu ile sonlandırılmıştır (Ek 16). Eğitim kitapçığı ilk oturumda kadınlara verilmiştir ve soruları cevaplanmıştır (Ek 14).
- İkinci oturumda kadınlarla kanser korkusu için yaşayabilecekleri stres faktörlerini hakkında konuşulmuş ve kendi duygularını keşfetmeleri için kanser konusundaki kaygılarını ve kanser korkusu yaşama durumlarını düşünmeleri istenmiştir. Kolposkopi işlemi sonrası dikkat edilmesi gerekenler, anormal biyopsi sonuçları (CIN 1, CIN2, CIN 3) ve serviks kanserinden korunma yöntemi olarak aşılardan hakkında bilgi verilmiştir. Verilen ev ödevinde hissedilen duyguların paylaşılması sağlanmıştır. Beden tarama meditasyonu yapılarak oturum sonlandırılmıştır (Ek 21).

- Üçüncü oturum, nefes meditasyonu uygulaması ile başlamıştır. Farkındalıkla nefes, bireylerin dikkatlerini bilinçli olarak nefes alıp verme sürecine yönlendirmelerini ve bu sayede zihinlerini sakinleştirmelerini sağlar. Katılımcılardan, yaşadıkları kanser korkusunda hoşlarına giden ve gitmeyen olayların kendilerine ne kattığını ve ne götürdüğünü paylaşmaları istenmiştir. Farkındalık becerilerini geliştirmek amacıyla, daha önce verilen ev ödevleriyle ilgili deneyimlerini paylaşmaları ve egzersizleri yapma durumları değerlendirilmiştir. Bir sonraki oturuma kadar evde kendi kendilerine yapacakları yeni pratikler ve ödevler anlatılmıştır. Oturumda, farkındalıkla yoga (Ek 15) uygulamasına giriş yapılmış ve 30 dakika boyunca yoga eğitmeni eşliğinde yoga yapılarak beden tarama meditasyonu ile oturum sonlandırılmıştır.
- Dördüncü oturumda kanser korkusunu yaşanmasına sebep olan düşünceler ve başatmesini olumsuz yönde etkileyen inançlar hakkında konuşulmuş ve bu konuda bilinçli farkındalık kazanılması sağlanmıştır. STOP uygulaması ile otomatik pilottan çıkma farkındalık egzersizi yapılmıştır (Ek 23). STOP uygulaması, farkındalık pratiğini günlük yaşama entegre etmek için kullanılan kısa ve etkili bir egzersizdir. Bu uygulama, durmak, derin nefes almak, mevcut düşünceleri ve duyguları gözlemlemek ve ardından bilinçli bir şekilde devam etmek adımlarını içerir. STOP, bireylerin anlık streslerini yönetmelerine ve zihinsel dengeyi sağlamalarına yardımcı olur. Dördüncü oturumda farkındalıkla yemek yeme egzersizine giriş yapılmıştır (Ek 17). Sonraki oturum için farkındalıkla yemek yeme egzersizi için yanlarında kuru üzümü hazır bulundurmaları ve STOP uygulamasını konusundaki deneyimlerini not etmeleri istenmiştir (Ek 25). Beden tarama meditasyonu ile oturum sonlandırılmıştır.
- Beşinci oturumda farkındalıkla yürüme egzersizi hakkında konuşulmuştur (Ek 24). Farkındalıkla yeme egzersizi, katılımcıların kuru üzüm kullanarak bu deneyimi yaşamalarıyla gerçekleştirilmiştir. Bu egzersizde, katılımcılardan gözlerini kapatmaları ve kuru üzümü parmaklarıyla sıkıştırarak dokusunu ve yapışkanlığını hissetmeleri istenmiştir. Daha sonra, üzümü yavaşça ağızlarına götürerek tadını ve dokusunu algılamaları beklenmiştir. Bu süreçte, kuru üzümün kokusu, tadı, dokusu ve çiğneme esnasındaki hisleri üzerine odaklanmaları teşvik

edilmiştir. Katılımcılar, bu egzersiz aracılığıyla yeme deneyimini tüm duyuşal boyutlarıyla fark etmeleri ve anı yaşamaları konusunda yönlendirilmiştir. Bu tür farkındalık temelli yeme pratiğı, katılımcıların yeme alışkanlıkları ve duyuşal farkındalıklarını artırmayı amaçlamaktadır.ve deneyimler paylaşılmıştır. Oturarak beden tarama meditasyonu yaparak nefes beden farkındalığı deneyimleyen kadınların bir önceki oturumda verilen ev ödevi deneyimleri paylaşılmıştır. (Ek 26). Bir sonraki oturuma kadar ev ödevi olarak farkındalıkla yemek yeme ve dikkatli yürüyüş yapmaları istenmiştir.

- Altıncı oturum, farkındalık meditasyonu ile başlatılmıştır. Katılımcılar, verilen ev ödevi olan farkındalıkla yürüme egzersizi ve farkındalıkla yemek yeme deneyimlerini paylaşmıştır. Oturum, katılımcıların kendilerini tüm benlikleriyle kucaklamaları ile sonlandırılmıştır. Program hakkında geri bildirim verilmiştir.Son oturumun ardından Kanser Kaygı Ölçeğı ve Philadelphia Farkındalık Ölçeğı'nin tekrar testleri google form üzerinden uygulanmıştır.

Kontrol Grubuna Yapılan Uygulamalar

- Araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan ve kontrol grubuna dahil edilecek kadınlar randomizasyon tablosuna göre belirlenmiştir (Ek 10). Araştırmaya katılmayı kabul eden kadınların yazılı olarak bilgilendirilmiş onamları alınmıştır.
- Kolposkopi işlemi yapıldıktan sonra kadınlara google forms aracılığı ile Kişisel Bilgi Formu, Kanser Kaygı Ölçeğı ve Philadelphia Farkındalık Ölçeğı uygulanmıştır. Kontrol grubuna, araştırma sırasında herhangi bir girişim uygulanmamış olup, katılımcılar rutin klinik tedavi ve bakımı almaya devam etmişlerdir. Kontrol grubunun tekrar test için 15 gün sonra Kanser Kaygı Ölçeğı ve Philadelphia Farkındalık Ölçeğı yeniden google forms aracılığı ile uygulanmıştırMüdahale grubuna yapılan uygulamanın sonunda, kontrol grubu verileri de tamamlandıktan sonrakontrol grubundaki kadınlara araştırmacı tarafından oluşturulan eğitim kitapçığı verilmiştir (EK 14).

3.11. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler version of SPSS Statistics (Statistical Package For Social Sciences) for Windows 25.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Tablo 3.6’da araştırma verilerinin analizinde kullanılan yöntemler istatistiksel yöntemler verilmiştir.

Tablo 3.4. Verilerin analizinde kullanılan istatistiksel yöntemler

İstatistik yapılan alanlar	İstatistiksel yöntemler
Ölçeklerin Güvenirliği	Cronbach alfa
Tanımlayıcı veriler Müdahale ve kontrol grubu sosyodemografik veriler	Sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma
Normal dağılıma uygunluk testleri	Shapiro wilks (S-W)
Ölçüm zamanlarına göre Kanser Kaygı Ölçeği, Philadelphia Farkındalık Ölçeği puanları yönünden gruplar arası farklılık	Varyans analizi
Kanser Kaygı Ölçeği, Philadelphia Farkındalık Ölçeği puanları yönünden ön test son test grup müdahale kontrol grup değişkenine göre	t testi tek faktörlü kovaryans analizi
Kanser Kaygı Ölçeği ile Philadelphia Farkındalık Ölçeği puan ortalaması arasındaki ilişki	Korelasyon, Regresyon

3.12. Araştırmanın Etiği

Araştırma için Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan (Ek-2) (Karar Numarası: KAEK-510), Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Başhekimliğinden kurum izni (Ek 3), Philadelphia Farkındalık Ölçeği için yazılı izin alındı (Ek 1). Ayrıca, araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlardan bilgilendirilmiş gönüllü onam formu ile sözlü ve yazılı izin alındı (Ek 4). Araştırmanın başlangıç verilerinin toplanması, analizi ve raporlanma süreci Sunay ve ark., (2013) tarafından Türkçe’ye uyarlanan Consolidated Standarts of Reporting Trials (CONSORT) Özet Raporlama Kılavuzu dikkate alınarak raporlanmış ve yürütülmüştür (Clinical Trials Number: NCT06263062)(Şekil 3.1.)

3.13. Araştırmanın Sınırlılıkları

Örneklem grubunun Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Jinekoloji Onkoloji polikliniğine kolposkopi işlemi için başvuran kadınlardan oluşması nedeniyle tek bir merkezde yürütülmesi, veri toplama sürecinde yalnızca nicel yöntemlerin kullanılması, araştırmanın online ortamda gerçekleştirilmesi, kitapçıkların ve farkındalık ile ilgili oluşturulan materyallerin basılı verilememesi nedeniyle online verilmesi ve süreç boyunca örneklemde kayıpların yaşanması, araştırmanın sınırlılıklarıdır. Bu sınırlamaların dikkate alınması, araştırmanın bulgularının yorumlanması ve uygulanmasında önemlidir. Gelecekteki çalışmaların daha geniş bir popülasyon ve farklı merkezlerde yapılması önerilmektedir. Ayrıca, nitel yöntemlerin de kullanılması, katılımcıların duygusal ve psikolojik durumlarını daha iyi anlamaya katkı sağlayacaktır.

3.14. Araştırmanın Güçlü Yönleri

Araştırmacının daha önce Akdeniz Üniversitesi Hastanesinde hemşire olarak görev yapmış olması nedeniyle jinekolojik onkoloji polikliniği ekibi ile iletişimin olması ve prosedürleri biliyor olması verilerin toplanmasında yardımcı olmuş ve hız kazandırmıştır.

3.15. Araştırmanın Değişkenleri:

Bağımsız Değişken: Farkındalık Temelli Başetme Programı

Bağımlı (Sonuç) Değişkenleri: Kansere korkusu ve farkındalık

4. BULGULAR

4.1. Tanımlayıcı Bilgiler

Araştırmaya katılan müdahale ve kontrol grubuna ait tanımlayıcı özellikler frekans ve yüzde değerleri Tablo 4.1’de gösterilmiştir.

Tablo 4.1. Müdahale ve Kontrol Gruplarına Ait Tanımlayıcı Özellikler (n=72)

Demografik Bilgi	Alt Grup	Müdahale		Kontrol		Genel		χ^2	P
		n	%	n	%	n	%		
Yaş	40 ve altı	21	58.3	16	44.4	37	51.4	1.39	0.238
	41 ve üstü	15	41.7	20	55.6	35	48.6		
Eğitim Durumu	Ön lisans ve altı	26	72.2	23	63.9	49	68.1	0.58	0.448
	Lisans ve üstü	10	27.8	13	36.1	23	31.9		
Çocuk Sayısı	1-2	17	47.2	18	50.0	35	48.6	0.06	0.814
	3-4	19	52.8	18	50.0	37	51.4		
Medeni Durum	Evli	19	52.8	23	63.9	42	58.3	0.91	0.339
	Bekar	17	47.2	13	36.1	30	41.7		
Aile Bireylerinde Kanser Geçmişi	Evet	16	44.4	15	41.7	31	43.1	0.06	0.812
	Hayır	20	55.6	21	58.3	41	56.9		
Düzenli Tarama	Evet	27	75.0	22	61.1	49	68.1	1.60	0.206
	Hayır	9	25.0	14	38.9	23	31.9		
Düzenli Kontrol	Evet	24	66.7	25	69.4	49	68.1	0.06	0.800
	Hayır	12	33.3	11	30.6	23	31.9		
Kolposkopi Bilme	Evet	22	61.1	17	47.2	39	54.2	1.40	0.237
	Hayır	14	38.9	19	52.8	33	45.8		
Kolposkopi Yaptırmaktan Korkma	Evet	21	58.3	18	50.0	39	54.2	0.50	0.478
	Hayır	15	41.7	18	50.0	33	45.8		
Kolposkopi Sonuçtan Korkma	Evet	26	72.2	19	52.8	45	62.5	2.90	0.088
	Hayır	10	27.8	17	47.2	27	37.5		

Araştırmaya 36 müdahale, 36 kontrol grubu olmak üzere toplamda 72 kadın katılmıştır. Müdahale grubuna ait tanımlayıcı özellikler incelendiğinde, katılımcıların %58.3’ünün 40 yaş ve altı kadınlardan oluştuğu görülmektedir. Müdahale grubunun %72.2’si ön lisans ve altı eğitim durumuna sahiptir. Müdahale grubundaki kadınların %52.8’inin evlidir ve %52.8’i 3-4 çocuğa sahip olduğu belirlenmiştir. Müdahale grubundaki katılımcıların %44.4’ünün aile bireylerinde kanser öyküsü olduğu, %75.0’inin

düzenli kanser taraması yaptırdığı ve %66.7'sinin düzenli sağlık kontrollerine gittiği belirlenmiştir. Müdahale grubunun %61.1'i kolposkopi hakkında bilgi sahibidir. Katılımcıların %58.3'ü kolposkopi yaptırmaktan korkarken, %72.2'si olumsuz kolposkopi sonucundan korktuğunu belirtmiştir.

Kontrol grubuna ait tanımlayıcı özellikler incelendiğinde, katılımcıların %44.4'ünün 40 yaş ve altı, %55.6'sının ise 41 yaş ve üstü olduğu belirlenmiştir. Eğitim durumu bakımından, %63.9'u ön lisans ve altı, %36.1'i ise lisans ve üstü düzeyindedir. Medeni durumları incelendiğinde, %63.9'unun evli, %36.1'inin ise bekar olduğu görülmüştür. Aile bireylerinde kanser öyküsü bulunma oranı %41.7 iken, %58.3'ünde kanser öyküsü bulunmamaktadır. Katılımcıların %61.1'i düzenli tarama yaptırırken, %69.4'ü düzenli sağlık kontrollerine gitmektedir. Kolposkopi hakkında bilgi sahibi olma oranı %47.2 olup, %50.0'si kolposkopi yaptırmaktan ve %52.8'i kolposkopi sonuçlarından korkmaktadır.

Müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin demografik değişkenler açısından farklılaşıp farklılaşmadığına yönelik yapılan ki-kare analizi sonucunda müdahale ve kontrol grupları arasındaki bireylerin ilgili bağımsız değişkenler açısından farklı olmadığı ($p>0.05$), beklenen ve gözlenen değerlerin birbirine eşit olduğu belirlenmiştir. Buna göre müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin ilgili bağımsız değişkenler açısından benzer olduğu söylenebilir.

Tablo 4.2. Müdahale ve Kontrol Gruplarının Ön ve Son Testlerine İlişkin Betimsel Değerler

Grup	Alt Faktör	Ölçüm	n	Min	Max	$\bar{X} \pm SS$
Müdahale	Kanser Kaygı	Ön Test	36	19.00	32.00	23.92 $\pm$ 3.66
		Son Test	36	10.00	23.00	14.81 $\pm$ 3.10
	PFÖ-Ayrımsama	Ön Test	36	21.00	56.00	30.94 $\pm$ 5.44
		Son Test	36	32.00	48.00	40.75 $\pm$ 4.16
	PFÖ -Kabul	Ön Test	36	21.00	41.00	31.22 $\pm$ 4.59
		Son Test	36	15.00	29.00	22.56 $\pm$ 3.75
Kontrol	Kanser Kaygı	Ön Test	36	16.00	27.00	19.83 $\pm$ 2.77
		Son Test	36	17.00	28.00	22.06 $\pm$ 3.05
	PFÖ -Ayrımsama	Ön Test	36	22.00	44.00	31.31 $\pm$ 4.86
		Son Test	36	22.00	42.00	29.86 $\pm$ 5.36
	PFÖ -Kabul	Ön Test	36	19.00	39.00	29.94 $\pm$ 5.69
		Son Test	36	18.00	38.00	29.31 $\pm$ 4.92

Min: Grup içindeki en düşük puanı, Max: Grup içindeki en yüksek puanı, $\bar{X}$: Ortalama SS: Standart Sapma

Tablo 4.2 incelendiğinde müdahale grubunun kanser kaygı ortalamaları azalırken (14.81 $\pm$ 3.10), kontrol grubunun (22.06 $\pm$ 3.05) arttığı değerlendirilmiştir. Philadelphia Farkındalık Ölçeği (PFÖ) alt faktörü olan ayrımsamaya ait sonuçlar incelendiğinde müdahale grubunun (40.75 $\pm$ 4.16), kontrol grubuna göre (29.86 $\pm$ 5.36) daha yüksek puan ortalamasına sahip olduğu, ancak bir diğer PFÖ alt boyutu olan kabule ait sonuçlarda kontrol grubunun (29.31 $\pm$ 4.92) müdahale grubuna göre (22.56 $\pm$ 3.75) daha yüksek puan ortalaması olduğu görülmektedir.

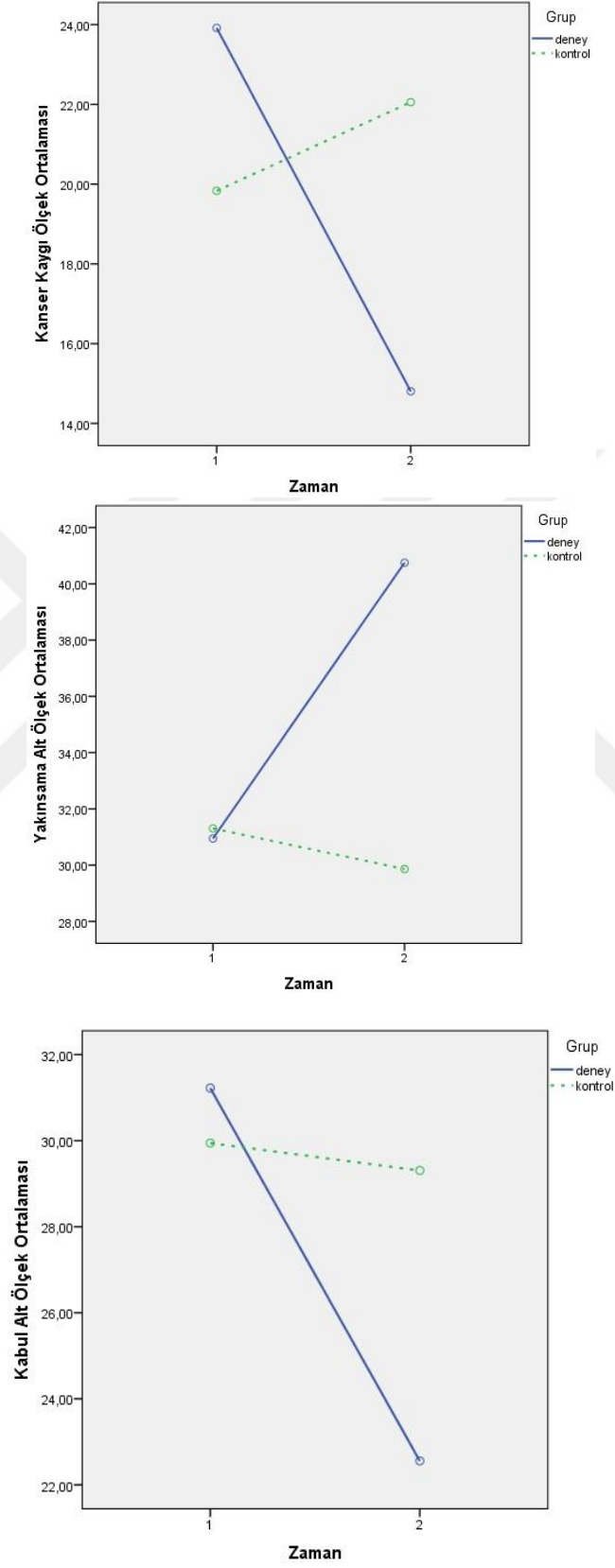
Tablo 4.3. Katılımcıların Ön Test-Son Test Puanlarına Ait Varyans Analizi Sonuçları

Faktör	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Kareler Ortalaması	F	p	Kısmi η^2
Kanser Kaygı	Gruplar arası	1029.64				
	Grup (Müdahale - Kontrol)	90.25	90.25	6.73	0.012	0.09
	Grup içi	2042.99				
	Ölçüm(Ön test-Son test)	427.11	427.11	65.01	<0.001	0.48
	Grup*Ölçüm	1156.00	1156.00	175.95	<0.001	0.72
PFÖ -Ayrımsama	Gruplar arası	3471.83				
	Grup (Müdahale - Kontrol)	997.51	997.51	28.15	<0.001	0.29
	Grup içi	2758.49				
	Ölçüm(Ön test-Son test)	629.17	629.17	44.78	<0.001	0.39
	Grup*Ölçüm	1139.06	1139.06	80.52	<0.001	0.54
PFÖ – Kabul	Gruplar arası	2488.99				
	Grup (Müdahale - Kontrol)	269.51	269.51	8.50	0.005	0.11
	Grup içi	2344.50				
	Ölçüm(Ön test-Son test)	779.34	779.34	55.38	<0.001	0.44
	Grup*Ölçüm	580.01	580.01	41.21	<0.001	0.37

F: Varyansların karşılaştırılması, Kısmi η^2 : Etki büyüklüğü, $p < 0.05$

Tablo 4.3'te sonuçlar incelendiğinde uygulanan müdahaleye katılan kadınların kanser kaygı düzeylerinin, PFÖ alt boyutları olan ayrımsama ve kabul boyutlarının müdahale öncesi ve sonrasında anlamlı farklılık gösterdiği, yani kadınların farklı grup (müdahale ve kontrol) ile farklı zaman (ön test-son test) faktörlerinin ilgili faktördeki düzeyleri üzerindeki ortak etkisinin anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.001$).

Grup içi puanları incelendiğinde, kanser kaygı, kabul ve ayrımsamaya ait müdahale ve Müdahale grubunda olan kadınların elde edilen ön test ve son test puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur (sırasıyla $p = 0.012$, $p < 0.001$).



Şekil 4.1. Müdahale ve Kontrol Grupları Tekrarlı Ölçümler Değişim

Kanser kaygı düzeyinin müdahale grubunda azalırken, kontrol grubunda arttığı, PFÖ alt boyutlarından ayırimsama puanlarının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu, PFÖ diğer alt boyutu kabul puanları için kontrol grubuna göre müdahale grubunda daha düşük olduğu değerlendirilmiştir (Şekil 4.1).

Tablo 4.4. Kanser Kaygı ve Farkındalık Alt Faktör Ön Test Puanlarının Grup Değişkenine Göre Bağımsız Gruplar t Testi Sonuçları

Alt Faktör	Grup	n	$\bar{X} \pm SS$	t	P	Cohen d
Kanser Kaygı	Müdahale	36	23.92±3.66	5.34	<0.001*	1.26
	Kontrol	36	19.83±2.77			
PFÖ-Ayırimsama	Müdahale	36	30.94±5.44	0.30	0.767	-
	Kontrol	36	31.31±4.86			
PFÖ-Kabul	Müdahale	36	31.22±4.59	1.05	0.298	-
	Kontrol	36	29.94±5.69			

$\bar{X}$: Aritmetik Ortalama SS: Standart Sapma, t: t testi, p<0.05, Cohen d: İki grup arasındaki ortalama farkın standart sapma cinsinden büyüklüğü

Çalışmaya dahil edilen kadınların Kanser Kaygı Ölçeği ön test ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi (p<0.001). Buna göre, müdahale grubunun kanser kaygı ön test ortalamasının (23.92±3.66), kontrol grubunun ortalamasından (19.83±2.77) yüksek olduğu görülmektedir. PFÖ alt faktörlerinden ayırimsama ve kabul alt faktörüne ait sonuçlar incelendiğinde müdahale ve kontrol gruplarının ayırimsama ön test ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir (sırasıyla p=0.767, p=0.298). Buna göre ayırimsama için müdahale grubunun (30.94±5.44) ve kontrol grubunun (31.31±4.86), kabul için müdahale grubunun (31.22±4.59) ve kontrol grubunun (29.94±5.69) ön test ortalamalarının benzer olduğu söylenebilir (Tablo 4.4).

Tablo 4.5. Kanser Kaygı Son Test Puanlarının Grup Değişkenine Göre Tek Faktörlü Kovaryans Analizi

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Kareler Ortalaması	F	P	Kısmi η^2
Ön Test Kanser Kaygı	77.91	77.91	9.21	0.003	0.12
Grup	941.25	941.25	111.28	<0.001*	0.62
Toplam	26065.00				

F: Varyansların karşılaştırılması, Kısmi η^2 : Etki büyüklüğü, p<0.05

Çalışmaya dahil edilen kadınların Kanser Kaygı ölçeği düzeltilmiş ön test puanlarına göre son test kanser kaygı ortalamalarında anlamlı bir fark belirlenmiştir (p<0.001). Buna göre,

müdahale grubunun düzeltilmiş kanser kaygı son test ortalamasının (14.14±0.53), kontrol grubunun düzeltilmiş kanser kaygı son test ortalamasından (22.72±0.53) daha düşük olduğu değerlendirilmiştir(Tablo 4.5).

Tablo 4.6. Farkındalık Alt Faktör Son Test Puanlarının Grup Değişkenine Göre Bağımsız Gruplar t Testi Sonuçları

Alt Faktör	Grup	n	$\bar{X} \pm SS$	t	P	Cohen d
PFÖ-Ayrımsama	Müdahale	36	40.75±4.16	9.63	<0.001	2.27
	Kontrol	36	29.86±5.36			
PFÖ-Kabul	Müdahale	36	22.56±3.75	6.55	<0.001	1.54
	Kontrol	36	29.31±4.92			

$\bar{X}$:Aritmetik Ortalama SS: Standart Sapma , t: t testi, p<0.05, Cohen d: İki grup arasındaki ortalama farkın standart sapma cinsinden büyüklüğü

Tablo 4.6 incelendiğinde PFÖ'ye ait alt faktörlerden kabul ve ayrımsamaya yönelik sonuçları incelendiğinde, müdahale ve kontrol gruplarının kabul ön test ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir (p<0.001). Buna göre müdahale grubunun kabul son test ortalamasının (22.56±3.75), kontrol grubunun ortalamasından (29.31±4.92) daha az olduğu, müdahale grubunun ayrımsama son test ortalamasının (40.75±4.16), kontrol grubunun ortalamasından (29.86±5.36) yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 4.7. Müdahale ve Kontrol Gruplarının Kanser Kaygı Ön-Son Test Puanlarına Ait Bağımlı Gruplar t Testi Sonuçları

Veri Toplama Aracı	Grup	Ölçüm	n	$\bar{X} \pm SS$	t	p	Cohen d
Kanser Kaygı	Müdahale	Ön test	36	23.91±3.65	12.67	<0.001*	1.49
		Son test	36	14.80±3.10			
	Kontrol	Ön test	36	19.83±2.77	4.81	<0.001*	0.38
		Son test	36	22.06±3.05			
		Son test	36	29.31±4.91			

$\bar{X}$:Aritmetik Ortalama SS: Standart Sapma , t: t testi, p<0.05, Cohen d: İki grup arasındaki ortalama farkın standart sapma cinsinden büyüklüğü

Tablo 4.7'de kadınların müdahale ve kontrol grubu arasında Kanser Kaygı Ölçeği puan ortalamaları arasında fark olup olmadığı gösterilmiştir. Müdahale grubunun Kanser Kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir

($p<0.001$). Buna göre kontrol grubunun kanser kaygı puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunduğu saptanmıştır ($p<0.001$).

Tablo 4.8. Müdahale ve Kontrol Gruplarının Farkındalık Alt Faktör Ön-Son Test Puanlarına Ait Bağımlı Gruplar t Testi Sonuçları

Veri Toplama Aracı	Grup	Ölçüm	n	$\bar{X}\pm SS$	t	P	Cohen d
PFÖ-Ayrımsama	Müdahale	Ön test	36	30.94 $\pm$ 5.44	11.11	<0.001*	0.88
		Son test	36	40.75 $\pm$ 4.16			
	Kontrol	Ön test	36	31.31 $\pm$ 4.86	1.62	0.114	-
		Son test	36	29.86 $\pm$ 5.35			
PFÖ-Kabul	Müdahale	Ön test	36	31.22 $\pm$ 4.59	9.76	<0.001*	0.77
		Son test	36	22.56 $\pm$ 3.75			
	Kontrol	Ön test	36	29.94 $\pm$ 5.68	0.73	0.473	-
		Son test	36	29.31 $\pm$ 4.91			

$\bar{X}$:Aritmetik Ortalama SS: Standart Sapma , t: t testi, $p<0.05$, Cohen d: İki grup arasındaki ortalama farkın standart sapma cinsinden büyüklüğü

Tablo 4.8’de kadınların müdahale ve kontrol grubu arasında PFÖ alt faktörleri puan ortalamaları arasında fark olup olmadığı gösterilmiştir. Müdahale grubunun PFÖ alt faktörlerinin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$). Buna göre kontrol grubunun, PFÖ’ye ait alt faktörlerden ayrımsama ve kabul puan ortalamaları arasında fark olmadığı değerlendirilmiştir (sırasıyla $p=0.114$. $p=0.473$).

Tablo 4.9. Müdahale ve Kontrol Gruplarının Kansere Kaygı Faktör Ön Test-Son Test Puanlarının Bazı Değişkenlere Göre Ortalama Karşılaştırma Testleri

Değişken	Alt Grup	Müdahale			Kontrol		
		N	$\bar{X} \pm S.S./\text{Sıra Ortalaması}$		N	$\bar{X} \pm S.S./\text{Sıra Ortalaması}$	
			Ön test	Son Test		Ön test	Son Test
Yaş	40 ve altı	21	23.71 $\pm$ 3.53	14.19 $\pm$ 2.33	16	19.18 $\pm$ 2.58	20.68 $\pm$ 2.91
	41 ve üstü	15	24.20 $\pm$ 3.93	15.66 $\pm$ 3.84	20	20.35 $\pm$ 2.87	23.15 $\pm$ 2.75
	İstatistiksel Analiz		t=0.39; p=0.701	t=1.43; p=0.162		t=1.26; p=0.216	t=2.60; p=0.014
Eğitim Durumu	Ön lisans ve altı	26	17.81	19.13	23	20.52 $\pm$ 3.10	23.21 $\pm$ 2.79
	Lisans ve üstü	10	20.30	16.85	13	18.61 $\pm$ 1.50	20.00 $\pm$ 2.38
	İstatistiksel Analiz		U=112.0; p=0.523	U=113.5; p=0.557		t=2.07; p=0.046	t=1.04; p=0.308
Çocuk Sayısı	1-2	17	18.18	17.82	18	19.05 $\pm$ 2.73	21.39 $\pm$ 2.91
	3-4	19	18.79	19.11	18	20.61 $\pm$ 2.65	22.72 $\pm$ 3.12
	İstatistiksel Analiz		U=156.0; p=0.861	U=150.0; p=0.713		t=1.73; p=0.093	t=1.33; p=0.194
Medeni Durum	Evli	19	23.31 $\pm$ 3.55	14.21 $\pm$ 2.35	23	20.78	22.04
	Bekar	17	24.58 $\pm$ 3.75	15.47 $\pm$ 3.72	13	14.46	12.23
	İstatistiksel Analiz		t=1.04; p=0.304	t=1.23; p=0.228		U=97.0; p=0.080	U=68.0; p=0.007
Aile Bireylerinde Kansere Geçmiş	Evet	16	17.75	19.53	15	20.13 $\pm$ 3.39	21.53 $\pm$ 3.13
	Hayır	20	19.10	17.68	21	19.61 $\pm$ 2.29	22.42 $\pm$ 3.00
	İstatistiksel Analiz		U=148.0; p=0.701	U=143.5; p=0.006		t=0.54; p=0.591	t=0.87; p=0.393
Düzenli Tarama	Evet	27	20.00	17.57	22	19.68 $\pm$ 2.81	22.09 $\pm$ 2.87
	Hayır	9	14.00	21.23	14	20.07 $\pm$ 2.78	22.0 $\pm$ 3.41
	İstatistiksel Analiz		U=81.0; p=0.137	U=96.5; p=0.357		t=0.86; p=0.932	t=0.86; p=0.932
Düzenli Kontrol	Evet	24	19.52	18.10	21	20.24 $\pm$ 3.11	22.24 $\pm$ 3.09
	Hayır	12	16.46	19.29	11	18.90 $\pm$ 1.51	21.63 $\pm$ 3.04
	İstatistiksel Analiz		U=119.5; p=0.408	U=134.5; p=0.748		t=1.34; p=0.189	t=0.54; p=0.592
Kolposkopi Bilme	Evet	22	23.31 $\pm$ 3.69	14.77 $\pm$ 2.32	17	19.35 $\pm$ 2.57	21.41 $\pm$ 3.22
	Hayır	14	24.85 $\pm$ 3.52	14.85 $\pm$ 4.12	19	20.26 $\pm$ 2.94	22.63 $\pm$ 2.85

İstatistiksel Analiz		t=1.24; p=0.224	t=0.08; p=0.938	t=0.98; p=0.333	t=1.21; p=0.236		
Kolposkopi Yaptırmaktan Korkma	Evet	21	24.66±4.04	15.38±3.39	18	20.16±2.54	23.27±2.51
	Hayır	15	22.86±2.85	14.00±2.61	18	19.50±3.01	20.83±3.11
İstatistiksel Analiz		t=1.48; p=0.148	t=1.33; p=0.191	t=0.72; p=0.479	t=2.59; p=0.014		
Kolposkopi Sonuçtan Korkma	Evet	20.50	26	19.85	20.94±3.18	19	22.63±2.49
	Hayır	13.30	20	15.00	18.58±1.50	17	21.41±3.53
İstatistiksel Analiz		U=78.0; p=0.065	U=95.0; p=0.212	t=2.78; p=0.009		t=1.21; p=0.236	
Son test		36	29.31±4.91				

̄X: Aritmetik Ortalama SS: Standart Sapma , t: t testi, p<0.05, U: Mann-Whitney U test

Araştırmaya katılan kadınların kanser kaygı ön test-son test puan ortalamalarının yaş (p=0.701; p=0.162), eğitim durumu (p=0.523; p=0.557), çocuk sayısı (p=0.861; p=0.713), medeni durum (p=0.228), aile bireylerinde kanser geçmişi (p=0.701; p=0.596), düzenli tarama (p=0.137; p=0.357), düzenli kontrol (p=0.408; p=0.748), kolposkopi bilme (p=0.224; p=0.938), kolposkopi yaptırmaktan korkma (p=0.148; p=0.191) ve kolposkopi sonuçtan korkma (p=0.065; p=0.212) değişkenlerine alt gruplarına göre farklılaşmadığı belirlenmiştir. Kontrol grubuna ait karşılaştırma sonuçları incelendiğinde kontrol grubundaki kadınların kanser kaygı ön test-son test puan ortalamalarının, çocuk sayısı (p=0.093; p=0.194), aile bireylerinde kanser geçmişi (p=0.591; p=0.393), düzenli tarama (p=0.932; p=0.932), düzenli kontrol (p=0.189; p=0.592), kolposkopi bilme (p=0.333; p=0.236), kolposkopi sonuçtan korkma (p=0.479; p=0.236) değişkenlerine alt gruplarına göre farklılaşmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.9).

Diğer değişkenlere ilişkin sonuçlar incelendiğinde kontrol grubundaki kadınların kanser kaygı son test ortalamalarının yaş (p=0.014), medeni durum (p=0.007) ve kolposkopi yaptırmaktan korkma (p=0.014) değişkenlerinin alt gruplarında anlamlı olarak farklılaştığı belirlenmiştir. Buna göre yaşı 41 ve üstü olanların (23.15±2.75), evli olanların (22.04), ve kolposkopi yaptırmaktan korkanların (23.27±2.51) daha yüksek kanser kaygı sıra ortalamasına sahip olduğu belirlenmiştir. Diğer değişkenlere ilişkin sonuçlar incelendiğinde, kontrol grubundaki kadınların kanser kaygı ön test ortalamalarının eğitim durumu (t=2.07, p=0.046) ve kolposkopi yaptırmaktan korkma (t=2.78, p=0.009)

değişkenlerinin alt gruplarında anlamlı olarak farklılaştığı belirlenmiştir. Buna göre eğitim durumu ön lisans ve altı olanların (20.52 ± 3.10) ve kolposkopi yaptırmaktan korkanların (20.94 ± 3.18) daha yüksek kanser kaygı sıra ortalamasına sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.9).

Tablo 4.10. Müdahale ve Kontrol Gruplarının Ayrısama Alt Faktör Ön Test-Son Test Puanlarının Bazı Değişkenlere Göre Ortalama Karşılaştırma Testleri

Değişken	Alt Grup	Müdahale			Kontrol		
		N	$\bar{X} \pm S.S/Sıra Ortalaması$		N	$\bar{X} \pm S.S/Sıra Ortalaması$	
			Ön test	Son Test		Ön test	Son Test
Yaş	40 ve altı	21	31.28 ± 5.12	40.85 ± 3.75	16	31.43 ± 5.63	32.31 ± 5.32
	41 ve üstü	15	30.46 ± 5.99	40.60 ± 4.79	20	31.20 ± 4.28	27.90 ± 4.62
	İstatistiksel Analiz		$t=0.44; p=0.663$	$t=0.18; p=0.858$		$t=0.14; p=0.887$	$t=2.66; p=0.012$
Eğitim Durumu	Ön lisans ve altı	26	30.53 ± 6.00	41.15 ± 4.18	23	18.78	16.17
	Lisans ve üstü	10	32.00 ± 3.65	39.70 ± 4.11	13	18.00	22.62
	İstatistiksel Analiz		$t=0.72; p=0.478$	$t=0.94; p=0.355$		$U=143.0; p=0.829$	$U=96.0; p=0.077$
Çocuk Sayısı	1-2	17	29.94 ± 4.48	39.23 ± 3.54	18	31.05 ± 5.43	30.66 ± 5.37
	3-4	19	31.84 ± 6.16	42.11 ± 4.28	18	31.55 ± 4.34	29.26 ± 5.37
	İstatistiksel Analiz		$t=1.05; p=0.302$	$t=2.17; p=0.037$		$t=0.31; p=0.762$	$t=0.90; p=0.375$
Medeni Durum	Evli	19	31.78 ± 5.64	40.79 ± 4.57	23	32.52 ± 4.58	29.52 ± 5.75
	Bekar	17	30.00 ± 5.21	40.71 ± 3.77	13	29.15 ± 4.74	30.46 ± 4.74
	İstatistiksel Analiz		$t=0.99; p=0.332$	$t=0.60; p=0.953$		$t=1.09; p=0.054$	$t=0.50; p=0.620$
Aile Bireylerinde	Evet	16	32.43 ± 5.35	41.43 ± 3.42	15	31.93 ± 4.80	31.66 ± 6.94
	Hayır	20	29.75 ± 5.34	40.20 ± 4.67	21	30.85 ± 4.96	28.57 ± 3.50

Kanser Geçmişi	İstatistiksel Analiz	$t=1.50; p=0.143$	$t=0.89; p=0.382$	$t=0.65; p=0.520$	$t=1.76; p=0.087$		
	Evet	27	30.96±5.97	41.25±4.47	22	33.27±4.28	30.40±5.89
Düzenli Tarama	Hayır	9	30.88±3.66	39.22±2.68	14	28.21±4.13	29.00±4.45
	İstatistiksel Analiz	$t=0.04; p=0.972$	$t=1.29; p=0.207$	$t=3.50; p=0.001$	$t=0.76; p=0.450$		
	Evet	24	31.37±5.75	40.08±4.56	25	32.56±4.58	29.68±5.74
Düzenli Kontrol	Hayır	12	30.08±4.87	42.08±2.93	11	28.45±4.39	30.27±4.58
	İstatistiksel Analiz	$t=0.66; p=0.510$	$t=1.38; p=0.177$	$t=2.51; p=0.017$	$t=0.30; p=0.765$		
	Evet	22	30.95±4.44	40.63±3.94	17	32.88±4.16	30.52±5.68
Kolposkopi Bilme	Hayır	14	30.92±6.91	40.93±4.61	19	29.89±5.10	29.26±5.13
	İstatistiksel Analiz	$t=0.02; p=0.989$	$t=0.47; p=0.203$	$t=1.91; p=0.064$	$t=0.70; p=0.487$		
	Evet	21	31.61±5.56	40.71±4.54	18	31.28±3.73	28.50±5.25
Kolposkopi Yaptırmaktan Korkma	Hayır	15	30.00±5.30	40.80±3.70	18	31.33±5.88	31.22±5.25
	İstatistiksel Analiz	$t=0.88; p=0.386$	$t=0.06; p=0.952$	$t=0.03; p=0.973$	$t=1.56; p=0.129$		
	Evet	29.81±5.64	26	40.38±4.21	31.37±3.59	19	28.47±4.96
Kolposkopi Sonuçtan Korkma	Hayır	33.90±3.60	10	41.70±4.08	31.23±6.09	17	31.41±5.50
	İstatistiksel Analiz	$t=2.12; p=0.041$	$t=0.85; p=0.403$	$t=0.08; p=0.936$	$t=1.69; p=0.101$		

$\bar{X}$: Aritmetik Ortalama SS: Standart Sapma , t: t testi, $p < 0.05$, U: Mann-Whitney U test

Tablo 4.10 incelendiğinde müdahale grubundaki kadınların PFÖ'nün ayırimsama alt faktör son test puan ortalamalarının çocuk sayısı değişkenine ilişkin sonuçlar incelendiğinde çocuk sayısı 3-4 olan bireylerin ayırimsama alt faktör ortalamalarının (42.11±4.28) istatistiksel olarak yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0.037$). Bir diğer değişken olan kolposkopi sonuçtan korkma değişkenine ilişkin sonuçlar incelendiğinde

kolposkopi sonucundan korkmayan kadınların ayırısama alt faktör ön test puan ortalamalarının (33.90 ± 3.60), korkan kadınların ortalamalarından (29.81 ± 5.64) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0.041$). Kontrol grubuna ait karşılaştırma sonuçları incelendiğinde, kontrol grubundaki kadınların ayırısama alt faktör son test puan ortalamalarının yaşa alt gruplarında anlamlı olarak farklılaştığı belirlenmiştir ($p=0.012$). Buna göre yaşı 40 ve altı olan kadınların ayırısama alt faktör son test puan ortalamalarının (32.31 ± 5.32) yüksek olduğu görülmektedir. Kontrol grubuna ait karşılaştırma sonuçları incelendiğinde kontrol grubundaki kadınların ayırısama alt faktör ön test puan ortalamalarının düzenli kontrol alt gruplarında anlamlı olarak farklılaştığı belirlenmiştir ($p=0.017$). Buna göre düzenli kontrole giden kadınların ayırısama alt faktör ön test puan ortalamaları (32.56 ± 4.58), gitmeyen kadınlardan (28.45 ± 4.39) anlamlı derecede yüksektir. Müdahale ve kontrol grubunda diğer bağımsız değişkenlerin ayırısama alt faktör son test puan ortalamalarının alt gruplara göre değişkenlerin farklılaşmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.10).

Tablo 4.11. Müdahale ve Kontrol Gruplarının Kabul Alt Faktör Ön Test- Son Test Puanlarının Bazı Değişkenlere Göre Ortalama Karşılaştırma Testleri

Değişken	Alt Grup	Müdahale			Kontrol		
		N	$\bar{X} \pm S.S / \text{Sıra Ortalaması}$		N	$\bar{X} \pm S.S / \text{Sıra Ortalaması}$	
			Ön test	Son Test		Ön test	Son Test
Yaş	40 ve altı	21	31.33 $\pm$ 4.24	22.62 $\pm$ 3.52	16	29.38 $\pm$ 6.67	27.75 $\pm$ 5.42
	41 ve üstü	15	31.06 $\pm$ 5.17	22.47 $\pm$ 4.15	20	30.40 $\pm$ 4.89	30.55 $\pm$ 4.20
	İstatistiksel Analiz		$t=0.17$; $p=0.866$	$t=0.13$; $p=0.901$		$t=0.53$; $p=0.598$	$t=1.36$; $p=0.185$
Eğitim Durumu	Ön lisans ve altı	26	31.19 $\pm$ 4.57	21.46 $\pm$ 3.52	23	30.26 $\pm$ 5.12	29.30 $\pm$ 4.89
	Lisans ve üstü	10	31.30 $\pm$ 4.85	25.40 $\pm$ 2.76	13	29.38 $\pm$ 6.75	29.31 $\pm$ 5.15
	İstatistiksel Analiz		$t=0.44$; $p=0.664$	$t=3.17$; $p=0.003$		$t=0.01$; $p=0.998$	$t=0.01$; $p=0.998$
Çocuk Sayısı	1-2	17	31.76 $\pm$ 4.91	24.35 $\pm$ 2.89	18	30.11 $\pm$ 5.76	28.61 $\pm$ 5.20
	3-4	19	30.73 $\pm$ 4.34	20.94 $\pm$ 3.74	18	29.77 $\pm$ 5.76	30.00 $\pm$ 4.65
	İstatistiksel Analiz		$t=0.66$; $p=0.510$	$t=3.02$; $p=0.005$		$t=0.17$; $p=0.863$	$t=0.84$; $p=0.404$
Medeni Durum	Evli	19	19.97	23.24	18	18.87	17.56
	Bekar	17	16.85	14.26	18	17.85	19.44
	İstatistiksel Analiz		$U=133.5$; $p=0.371$	$U=81.0$; $p=0.010$		$U=141.0$; $p=0.779$	$U=145.0$; $p=0.589$
Aile Bireylerinde Kanser Geçmişi	Evet	16	30.81 $\pm$ 4.92	22.69 $\pm$ 4.22	15	29.27 $\pm$ 6.38	28.40 $\pm$ 5.44
	Hayır	20	31.55 $\pm$ 4.39	22.45 $\pm$ 3.21	21	30.43 $\pm$ 5.23	29.95 $\pm$ 4.53
	İstatistiksel Analiz		$t=0.19$; $p=0.853$	$t=0.19$; $p=0.853$		$t=0.47$; $p=0.638$	$t=0.93$; $p=0.358$
Düzenli Tarama	Evet	27	30.70 $\pm$ 5.03	22.48 $\pm$ 3.95	22	28.95 $\pm$ 6.32	28.13 $\pm$ 5.53
	Hayır	9	32.76 $\pm$ 2.49	22.77 $\pm$ 3.23	14	31.50 $\pm$ 4.27	31.14 $\pm$ 3.11
	İstatistiksel Analiz		$t=1.18$; $p=0.246$	$t=0.20$; $p=0.841$		$t=1.32$; $p=0.195$	$t=1.85$; $p=0.073$
Düzenli Kontrol	Evet	24	30.70 $\pm$ 4.99	23.21 $\pm$ 3.61	25	28.64 $\pm$ 5.79	28.68 $\pm$ 5.24
	Hayır	12	32.25 $\pm$ 3.62	21.25 $\pm$ 3.81	11	32.90 $\pm$ 4.32	30.72 $\pm$ 3.92
	İstatistiksel Analiz		$t=0.95$; $p=0.349$	$t=1.51$; $p=0.141$		$t=1.18$; $p=0.056$	$t=1.16$; $p=0.255$
	Evet	22	30.72 $\pm$ 4.41	22.18 $\pm$ 3.72	17	28.71 $\pm$ 6.03	29.12 $\pm$ 5.31

Kolposkopi Bilme	Hayır	14	32.00±4.91	23.14±3.84	19	31.05±5.26	29.47±4.68
	İstatistiksel	t=0.81; p=0.425	t=0.59; p=0.557	t=1.25; p=0.221	t=0.21; p=0.832		
	Analiz						
Kolposkopi Yaptırmaktan Korkma	Evet	21	30.38±4.43	23.71±3.68	18	30.66±5.45	30.28±5.21
	Hayır	15	32.40±4.69	20.93±3.28	18	29.22±5.97	28.33±4.53
	İstatistiksel	t=1.31; p=0.197	t=2.33; p=0.026	t=0.76; p=0.454	t=1.19; p=0.241		
	Analiz						
Kolposkopi Sonuçtan Korkma	Evet	31.31±4.31	26	23.08±3.61	30.16±5.13	19	30.00±4.64
	Hayır	31.00±5.50	10	21.20±3.93	29.71±6.40	17	28.53±5.23
	İstatistiksel	t=0.18; p=0.860	t=1.36; p=0.182	t=0.24; p=0.816	t=0.89; p=0.378		
	Analiz						

$\bar{X}$: Aritmetik Ortalama SS: Standart Sapma , t: t testi, $p<0.05$, U: Mann-Whitney U test

Tablo 4.11 incelendiğinde müdahale grubundaki kadınların PFÖ kabul alt faktör son test puan ortalamalarının eğitim durumu ($p=0.003$), çocuk sayısı ($p=0.005$), medeni durum ($p=0.010$) ve kolposkopi yaptırmaktan korkma ($p=0.026$) değişkenlerinin alt gruplarında anlamlı olarak farklılaştığı belirlenmiştir. Buna göre lisans ve üstü eğitim seviyesine sahip olanların (25.40 ± 2.76), 1-2 çocuk sahibi olanların (24.35 ± 2.89), evli olanların (23.24), ve kolposkopi yaptırmaktan korkanların (23.71 ± 3.68) daha yüksek kabul alt faktör son test ortalamasına sahip olduğu belirlenmiştir. Müdahale ve kontrol grubunda diğer bağımsız değişkenlerin kabul alt faktör ön test- son test puan ortalamalarının alt gruplara göre değişkenlerin farklılaşmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.11).

Tablo 4.12. Kanser Kaygı ve Farkındalık Alt Ölçek Puanları Arasındaki İlişki Katsayıları

Ölçek	Kanser Kaygı	Ayrımsama	Kabul
Kanser Kaygı	1.00		
PFÖ-Ayrımsama	-0.71	1.00	
PFÖ-Kabul	0.59	-0.77	1.00

Korelasyon katsayısı -1 ile 1 arasında değişir.

Tablo 4.12 incelendiğinde; kanser kaygı ve PFÖ alt ölçeklerine ait korelasyon katsayıları incelendiğinde kanser kaygı ile ayrımsama arasında negatif, orta düzey ve anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=-0.71$). Bir diğer PFÖ alt ölçeği olan kabul ile kanser kaygı arasında ise pozitif, orta düzey ve anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($r=0.59$).

Son olarak PFÖ alt ölçeklerinin kendi arasındaki ilişki katsayısı incelendiğinde; negatif, orta düzeyin üstünde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=-0.77$).

Tablo 4.13. Kanser Kaygı ve Farkındalık Alt Ölçek Puanlarının Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

Yordanan	Yordayıcı	B	β	t	P	sd	F	p	R ²
Kanser Kaygı	Sabit	33.36		15.98	<0.001				
	Ayrımsama	-0.48	-	8.86	<0.001	2	39.83	<0.001	0.54
	Çocuk Sayısı	0.80	0.17	2.01	0.048	69			
PFÖ Ayrımsama	Sabit	60.98		19.09	<0.001				
	Kanser Kaygı	-0.99	-	8.33	<0.001				
	Yaş	-0.23	-	3.67	<0.001	4	28.26	<0.001	0.63
	Çocuk Sayısı	2.13	0.29	3.59	0.001	67			
	Düzenli Tarama	-2.54	-	2.15	0.035				
PFÖ Kabul	Sabit	7.66		2.92	0.005				
	Kanser Kaygı	0.74	0.63	6.94	<0.001	2	26.80	<0.001	0.44
	Eğitim Durumu	3.59	0.30	3.35	0.001	69			

B: Regresyon katsayısı, β (Beta):Standartlaştırılmış regresyon katsayısı,t: t testi, $p<0.05$, sd: Serbestlik derecesi, F:Varyansların karşılaştırılması, R²: Determinasyon katsayısı,

Tablo 4.13'te kanser kaygı ve PFÖ alt ölçek puanlarının yordanmasına ilişkin regresyon analizi sonuçları verilmiştir. Araştırmada öncelikle tüm sosyodemografik değişkenler bağımsız değişken olarak ele alınarak çoklu regresyon analiz gerçekleştirilmiş ancak ölçek puanlarının regresyon analizinde anlamlı bir değişken olmayan değişken analiz dışında bırakılmıştır ($p>0.05$).

Kanser kaygı ölçeğinin regresyon ait sonuçlar incelendiğinde ayrımsama ($\beta=-0.73$, $t=8.86$; $p<0.001$) alt ölçek puanlarının ve çocuk sayısının ($\beta=0.17$, $t=2.01$; $p=0.048$) kanser kaygı ölçek puanlarını istatistiksel olarak anlamlı şekilde etkilediği ve toplam varyansının yaklaşık %54'ünü açıkladığı belirlenmiştir.

Ayrımsama alt ölçeğinin yordanmasına ait sonuçlar incelendiğinde kanser kaygı ($\beta=-0.65$, $t=8.33$; $p<0.001$), yaş ($\beta=-0.30$, $t=3.67$; $p<0.001$), çocuk sayısı ($\beta=0.29$, $t=3.59$; $p=0.001$) ve düzenli tarama ($\beta=-0.16$, $t=2.15$; $p=0.035$) değişkenlerinin ayrımsama alt ölçek puanlarının istatistiksel olarak anlamlı şekilde etkilediği ve toplam varyansının yaklaşık %63'ünü açıkladığı belirlenmiştir.

Kabul alt ölçeğinin yordanmasına ait sonuçlar incelendiğinde kanser kaygı ($\beta=0.63$, $t=6.94$; $p<0.001$) ve eğitim durumu ($\beta=0.30$, $t=3.35$; $p=0.001$) değişkenlerinin kabul alt ölçek puanlarının istatistiksel olarak anlamlı şekilde etkilediği olduğu ve toplam varyansının yaklaşık %44'ünü açıkladığı belirlenmiştir.

5. TARTIŞMA

Servikal kanser, dünya genelinde kadınlar arasında önemli bir sağlık sorunu olup, erken tanı ve tedavi için etkin tarama yöntemlerine ihtiyaç duyulmaktadır. Bu çerçevede, kolposkopi, servikal kanserin erken evrelerinde tanı koyma ve prekanseröz lezyonları belirleme konusunda kritik bir araçtır. Ancak, kolposkopi uygulaması, kadınlarda prosedür ve olası sonuçlarıyla ilgili çeşitli psikolojik etkiler yaratabilir. Kanser korkusu bu kadınlar arasında yaygın olup, bu durumun yönetiminde farkındalık egzersizleri gibi psikososyal müdahaleler önemli bir rol oynamaktadır (Burness ve ark., 2021). Bu tartışma, servikal kanserde kolposkopinin rolü, kolposkopi yaptıran kadınların psikolojik etkilenme düzeyleri, kanser korkusu ve farkındalık egzersizlerinin kanser hastalarında kullanımını ele alacaktır.

Araştırmanın hipotezleri doğrultusunda bulguları tartışılmıştır. Buna göre bulgular iki başlık altında ele alınmıştır.

- Kadınların “Farkındalık Temelli Başetme Programı”nın kanser kaygısı puan ortalamaları üzerine etkisine ilişkin bulguların tartışılması
- Kadınların “Farkındalık Temelli Başetme Programı”nın farkındalık puan ortalamaları etkisine ilişkin bulguların tartışılması
- Kadınların “Farkındalık Temelli Başetme Programı”nın kanser kaygı ve farkındalık puan ortalamalarının diğer değişkenlere göre etkisine ilişkin bulguların tartışılması

5.1. Kadınların “Farkındalık Temelli Başetme Programı”nın kanser kaygısı puan ortalamaları etkisine ilişkin bulguların tartışılması

Farkındalık temelli müdahaleler, kanserle ilişkili yaygın semptomların yönetilmesinde umut verici bir yaklaşım olarak tanımlanmaktadır (Lengacher ve ark., 2016). Kadınlardaki kanser kaygı puan ortalamasının, Farkındalık Temelli Başetme Programı uygulamasından hemen sonra müdahale grupta azalması (son test: $14,14 \pm 0,53$), kontrol grubunda ise artış (son test: $22,72 \pm 0,53$) göstermiş olup, aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$) (Tablo 4.5). Çalışmanın bu sonucu “Farkındalık Temelli Başetme

Programına katılan müdahale grubundaki kadınların Kanser Kaygı Ölçeği toplam puan ortalaması kontrol grubuna göre daha düşüktür.” H1 hipotezini doğrulamaktadır. Müdahale öncesindeki bu çalışmadaki kadınların kanser kaygı ölçeği toplam puan ortalaması, kanser hastalarıyla yapılan bir çalışma bulunmaması nedeniyle karşılaştırılamamıştır.

Lengacher ve arkadaşlarının (2021) çalışması, farkındalık temelli müdahalelerin kanser hastalarında stres, anksiyete ve depresyon gibi semptomları azaltmada etkili olduğunu göstermiştir. Benzer şekilde, Carlson ve arkadaşlarının (2016) araştırmasında, farkındalık temelli stres azaltma programlarının (MBSR), meme kanseri hastalarında psikolojik iyilik halini artırdığı ve stres seviyelerini düşürdüğü saptanmıştır. Ayrıca yapılan bir meta analiz çalışmasında; farkındalık temelli müdahalelerin kanser hastalarında kaygı ve depresyon semptomlarını azalttığını ortaya koymuştur (Cillessen ve ark., 2019). Bu bulgu, farkındalık temelli müdahalelerin kanser kaygısını azaltmada etkinliğini desteklemektedir. Calero ve arkadaşlarının çalışmasında (2018) MBSR’ın kaygı, depresyon, stres, yaşam kalitesi ve tekrarlama korkusu gibi psikolojik belirtilerde önemli bir iyileşme olduğunu göstermiştir. Yapılan başka bir çalışmada da MBSR sonrası müdahale grubundaki kadınlarda kanser korkusu ve strese anlamlı düzeyde azalma saptanmıştır (Haller ve ark., 2017). Piet ve arkadaşlarının (2012) yaptığı meta analiz sonucunda ise MBSR’ın kanserden kurtulan hastaların yaşadığı kaygı açısından anlamlı ve orta düzeyde bir etkisi olduğunu saptamıştır. Literatürde yapılan bazı çalışmalarda MBSR müdahalelerin etki süresi incelendiğinde; kadınların yaşadığı kanser korkusunun, 3. ve 6. aylarda yapılan ölçümlerde azaltmada etkisinin halen devam ettiğini göstermektedir. Bu bulgular, MBSR müdahalelerinin, müdahalenin hemen tamamlanmasının ötesinde kalıcı etkilerine işaret etmektedir (Kenne ve ark., 2013; Chui, 2021). Kanser korkusuyla başa çıkmak uzun bir süreyi kapsayabilmektedir. FTBP’da verilen ev ödevleri hemşirelik girişimi olarak kadınları sürekli teşvik etmeye yöneltmiş ve korku düzeylerinin azalmasına yardımcı olduğu saptanmıştır. Müdahale grubundaki kadınların kaygı puanlarındaki 10 puanlık düşüş, FTBP’nin duygusal düzenleme ve stres yönetimi konularında sağladığı faydaları desteklemektedir. Bu bulgu, mindfulness tabanlı müdahalelerin, kanser hastalarının psikolojik iyilik halini artırma ve kaygı düzeylerini azaltma konusundaki potansiyelini ortaya koymaktadır. Çalışmamız, farkındalık temelli

müdahalelerin kanserle ilişkili psikolojik sorunların yönetiminde etkili bir yöntem olduğunu ve bu alandaki literatürü desteklediğini göstermektedir.

5.2. “Kadınların Farkındalık Temelli Başetme Programı”nın farkındalık puan ortalamaları etkisine ilişkin bulguların tartışılması

Bu çalışmada, müdahaleye katılan kadınların Philadelphia Farkındalık Ölçeği (PFÖ) alt boyutlarından biri olan ayırısama alt faktörü toplam puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir artış olduğu belirlenmiştir. Son test sonuçlarına göre ($40,75 \pm 4,16$) 10 puanlık bir artış bulunmuştur ($p < 0.001$). Çalışmaya katılan kadınların PFÖ’nün diğer alt boyutu olan kabul alt faktörü toplam puanlarının müdahale öncesi ve sonrası ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. Bu bulgu, kadınların farklı grup (müdahale ve kontrol) ile farklı zaman (ön test-son test) faktörlerinin kabul alt faktöründeki düzeyleri üzerindeki ortak etkisinin anlamlı olduğunu göstermektedir ($p < 0.001$) (Tablo 4.3). Bu sonuç, müdahale veya kontrol gruplarında olmanın kadınların kabul düzeylerini artırmada farklı etkileri olduğunu ortaya koymaktadır. Çalışmanın bu sonucu, “Farkındalık Temelli Başetme Programına katılan müdahale grubundaki kadınların Philadelphia Farkındalık Ölçeği toplam puan ortalaması, kontrol grubuna göre daha yüksektir” şeklindeki H1 hipotezini doğrulamaktadır. Bu çalışmada, müdahale grubundaki kadınların ayırısama puanlarının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ayırısama, bireylerin düşüncelerini, duygularını ve fiziksel duyumlarını daha net ve belirgin bir şekilde fark etmelerini ifade eder. Bu bulgu, FTBP’nin katılımcıların kendi içsel deneyimlerini daha iyi ayırt etmelerine yardımcı olduğunu göstermektedir. Literatürde de benzer bulgular mevcuttur. Lengacher ve arkadaşlarının (2021). çalışmasında, mindfulness uygulamalarının ayırısama yeteneğini geliştirdiği ve bu durumun bireylerin stresle başa çıkma becerilerini artırdığı belirtilmiştir. Ayırısama yeteneğinin gelişmesi, bireylerin duygusal farkındalığını artırarak stres ve kaygı düzeylerini azaltabilir. Literatürde de benzer bulgular mevcuttur. Wu ve Zang’ın (2020) yaptığı meta analiz sonuçları; mindfulness uygulamalarının kanserden kurtulanlarda; kendilerini ve içsel deneyimlerini daha iyi tanımlarına yardımcı olduğunu bildirmişlerdir. Ancak Baer ve arkadaşları (2016), bu çalışmada mindfulness uygulamaları daha uzun süreli ve yoğun bir program olarak uygulamıştır. Bu durum, çalışmamızdaki

bulgularla uyumlu olmakla birlikte, programın süresi ve yoğunluğunun etkisi üzerine farklılıklar olabilir. Rush ve Sharma (2019) çalışmalarında, mindfulness tabanlı müdahalelerin kanser hastalarında psikolojik iyilik halini artırdığını ve ayırısama yeteneğini geliştirdiğini belirtmişlerdir. Bu çalışma, FTBP'nin kanser korkusu üzerindeki olumlu etkilerini destekler niteliktedir. Boyle ve arkadaşları (2017), mindfulness uygulamalarının ayırısama yeteneğini geliştirerek kadınların stres ve kanser korku düzeylerini azalttığını bulmuşlardır. Tang ve arkadaşları (2012), mindfulness uygulamalarının duygusal farkındalığı artırarak psikolojik iyilik halini geliştirdiğini rapor etmişlerdir. Creswell ve arkadaşları (2019) ise mindfulness tabanlı stres azaltma programlarının ayırısama yeteneğini artırarak kanser hastalarında kaygı ve depresyon düzeylerini azalttığını belirtmişlerdir. Bu çalışmalar, FTBP'nin ayırısama yeteneği üzerindeki olumlu etkilerini desteklemektedir. Ancak, farklı program süreleri, yoğunlukları ve katılımcı özellikleri, bulgular arasındaki değişkenliklerin nedenleri arasında sayılabilir.

5.3.Kadınların “Farkındalık Temelli Başetme Programı”nın kanser kaygı ve farkındalık puan ortalamalarının diğer değişkenlere göre etkisine ilişkin bulguların tartışılması

Bu çalışmada, kontrol grubundaki kadınların kanser kaygı son test puan ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı olarak farklılaştığı belirlenmiştir. Özellikle, yaşı 41 ve üstü olanların daha yüksek kanser kaygı sıra ortalamasına sahip olduğu bulunmuştur. Bu bulgu, yaş arttıkça kanser kaygısının da arttığını göstermektedir. Literatürde de benzer bulgular mevcuttur. Murphy ve arkadaşları (2018), yaştan kanser kaygısı üzerinde önemli bir etkisi olduğunu bildirmiştir. Bu durum, yaş ilerledikçe sağlık sorunları ve kansere yakalanma riskinin artmasıyla açıklanabilir. Ancak, bazı çalışmalar yaştan kanser kaygısı üzerindeki etkisini desteklememektedir (Vrinten ve ark.,2017) Bu farklılık, katılımcıların demografik özellikleri ve çalışma tasarımlarındaki farklılıklardan kaynaklanabilir.

Çalışmamızda, kontrol grubundaki kadınların kanser kaygı son test puan ortalamalarının medeni duruma göre anlamlı olarak farklılaştığı belirlenmiştir. Evli olan kadınların daha yüksek kanser kaygı sıra ortalamasına sahip olduğu bulunmuştur. Bu bulgu, evli kadınların aile sorumlulukları ve eşlerine karşı olan endişeleri nedeniyle daha yüksek

kaygı düzeylerine sahip olabileceğini göstermektedir. Literatürde de benzer bulgular mevcuttur. Alacacioglu ve arkadaşlarının (2019) çalışma sonuçlarına göre; evli bireylerin kanser kaygılarının bekar bireylere göre daha yüksek olduğunu belirlenmiştir. Ancak, bazı çalışmalar medeni durumun kanser kaygısı üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığını rapor etmektedir (Mehnert et al., 2021). Bu farklılıklar, kültürel ve sosyal bağlamdaki farklılıklardan kaynaklanabilir.

Çalışmamızda, kontrol grubundaki kadınların kanser kaygı son test puan ortalamalarının kolposkopi yaptırmaktan korkma değişkenine göre anlamlı olarak farklılaştığı belirlenmiştir. Kolposkopi yaptırmaktan korkan kadınların daha yüksek kanser kaygı sıra ortalamasına sahip olduğu bulunmuştur. Bu bulgu, invaziv tıbbi prosedürlere karşı duyulan korkunun genel kaygı düzeylerini artırabileceğini göstermektedir. Literatürde de benzer bulgular mevcuttur. Kola-Palmer ve Walsh'ın (2015) çalışma sonuçları. kolposkopi korkusunun kanser kaygısını artırdığını bulmuşlardır. Yapılan diğer çalışma sonuçları da kolposkopi işlemi sonrası kadınların ağrıdan daha çok psikolojik etkilerinden biri olan kanser korkusu yaşadığını bildirmişlerdir (Handelzalts ve ark., 2015; Uner ve Korukcu, 2020). Ancak, bazı çalışmalar kolposkopi korkusunun kanser kaygısı üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığını rapor etmektedir (Gupta ve ark., 2018). Bu farklılıklar, katılımcıların eğitim düzeylerinin yüksek olması ve daha önce kolposkopi işlemi yaptırma gibi deneyimlere bağlı olabilir.

Kontrol grubundaki kadınların ayımsama alt faktör ön test puan ortalamalarının düzenli kontrol alt gruplarında anlamlı olarak farklılaştığı belirlenmiştir. Düzenli kontrole giden kadınların ayımsama alt faktör ön test puan ortalamaları, gitmeyen kadınlardan anlamlı derecede yüksektir. Düzenli tıbbi kontroller, bireylerin sağlıklarına daha fazla dikkat etmelerini ve farkındalık düzeylerini artırmalarını sağlayabilir. Creswell ve arkadaşları (2019), düzenli sağlık kontrollerinin bireylerin farkındalık ve stres yönetimi becerilerini artırabileceğini belirtmişlerdir.

Müdahale grubundaki kadınların kabul son test ortalamalarının düşük olması, programın kabul boyutunda beklenen düzeyde bir gelişme sağlamadığını göstermektedir. Bu bulgu, literatürde bazı çalışmalarla uyumlu olsa da, farklı çalışmalar farklı sonuçlar bildirmektedir. Shell ve arkadaşları (2021), mindfulness uygulamalarının kabul

becerilerini artırdığını belirtmişlerdir. Ancak, çalışmamızda kabul puanlarının düşük olması, katılımcıların program süresince olumsuz düşüncelerini ve duygularını kabul etmekte zorlandıklarını göstermektedir. Bu durum, kadınların mindfulness uygulamalarına uyum sağlama süreçlerindeki farklılıklardan kaynaklanabilir. Kontrol grubundaki kadınların kabul son test ortalamalarının yüksek olması, bu grubun duygusal kabul becerilerinde bir değişim olmadığını göstermektedir. Literatürde, kontrol gruplarının genellikle mindfulness uygulamaları yapmadıkları için kabul puanlarında anlamlı bir değişiklik olmadığı belirtilmiştir (Elimimian ve ark., 2020). Ancak, bazı çalışmalarda kontrol gruplarında bile kabul becerilerinde artış gözlemlenmiştir. Örneğin, Creswell ve arkadaşları (2019), kontrol gruplarında bile zamanla kabul becerilerinde doğal bir artış olabileceğini belirtmişlerdir. Castanhel ve Liberalinin (2018) çalışmasında, mindfulness temelli müdahalelerin kanser korkusu üzerindeki etkilerini incelemiş ve bu programların kabul becerilerini artırarak psikolojik iyilik halini desteklediğini belirtmişlerdir. Bu bulgu, çalışmamızdaki düşük kabul puanları ile tezat oluşturmaktadır ve katılımcıların bireysel farklılıklarından kaynaklandığı düşünülebilir. Yapılan başka bir çalışma sonucunda adölesanlarda kabul becerilerinin stresle başa çıkmada önemli rol oynadığını bulmuştur (Galla ve ark.; 2016). Bu çalışma, genç bireylerde kabul becerilerinin geliştirilmesinin önemini vurgulamaktadır ve yaş grubu farklılıklarının etkisine dikkat çekmektedir. Müdahale grubundaki kadınların kabul puanlarının düşük olması, programın bu boyut üzerindeki etkisinin beklenenden daha az olduğunu göstermektedir. Literatürdeki benzer çalışmalar, bu bulguları desteklemektedir. Ancak, bazı farklılıklar da gözlemlenmiştir. Bu farklılıklar, çalışmanın yapıldığı popülasyonun demografik özellikleri, programın süresi ve katılımcıların bireysel farkındalık düzeyleri gibi faktörlerden kaynaklanabilir.

Çalışmamızda, ayırısama alt ölçek puanlarının kanser kaygısını negatif yönde etkilediği bulunmuştur. Bu bulgu, farkındalık ve ayırısama becerilerinin yüksek olmasının kanser kaygısını azaltabileceğini göstermektedir. Literatürde, Gu ve arkadaşları (2015), farkındalık temelli müdahalelerin kaygıyı azaltmada etkili olduğunu bildirmişlerdir. Benzer şekilde, Kuyken ve arkadaşları (2016), mindfulness uygulamalarının stres ve kaygı yönetiminde etkili olduğunu belirtmiştir. Çalışmamızda, çocuk sayısının kanser kaygısını pozitif yönde etkilediği bulunmuştur. Weiss Wiesel ve arkadaşları (2015),

ebeveyn olmanın ve çocuk sahibi olmanın bireylerde ek stres ve kaygı yaratabileceğini belirtmiştir. Bu, daha fazla çocuğa sahip olmanın sorumluluk ve endişe düzeyini artırabileceği şeklinde yorumlanabilir. Bu çalışmada, yaşı ayrımsama alt ölçek puanlarını negatif yönde etkilediği belirlenmiştir. Alsubaie ve arkadaşları (2017), yaşı duygusal farkındalık ve mindfulness becerileri üzerindeki etkilerini incelemiş ve benzer sonuçlara ulaşmıştır. Bu bulgu, yaş ilerledikçe bireylerin duygusal farkındalık düzeylerinin azaldığını gösterebilir.

Çocuk sayısının ayrımsama alt ölçek puanlarını pozitif yönde etkilediği bulunmuştur. Duncan ve arkadaşları (2009), ebeveyn olmanın empati ve duygusal farkındalık becerilerini geliştirdiğini belirtmiştir. Bu, daha fazla çocuğa sahip olmanın bireylerin duygusal farkındalık becerilerini artırabileceğini gösterebilir. Düzenli tarama alışkanlığının ayrımsama alt ölçek puanlarını negatif yönde etkilediği belirlenmiştir. Creswell ve arkadaşları (2019), düzenli sağlık kontrollerinin bireylerde kaygı yaratabileceğini ve duygusal farkındalığı azaltabileceğini belirtmiştir. Bu bulgu, düzenli tarama alışkanlığı olan bireylerin sağlık kaygıları nedeniyle duygusal farkındalık düzeylerinin düşebileceğini gösterebilir. Kanser kaygısının kabul alt ölçek puanlarını pozitif yönde etkilediği bulunmuştur. Kuyken ve arkadaşları (2016), yüksek stres ve kaygı düzeylerinin kabul becerilerini artırabileceğini belirtmiştir. Bu bulgu, yüksek kaygı düzeylerinin kabul becerilerini artırabileceğini gösterebilir. Eğitim durumunun kabul alt ölçek puanlarını pozitif yönde etkilediği belirlenmiştir. Huang ve Shi'nin çalışmasında (2016), yüksek eğitim seviyesinin duygusal kabul becerilerini geliştirdiğini bulmuşlardır. Bu, daha yüksek eğitim düzeyine sahip bireylerin kabul becerilerini daha iyi geliştirebildiğini gösterdiği düşünülmektedir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Randomize kontrollü yapılan bu araştırmada, kolposkopi işlemi yapılan kadınlarda “Farkındalık Temelli Başetme Programı”nın kanser korkusu ve farkındalık düzeyine etkisi incelenmiştir.

Araştırma sonucunda;

- Farkındalık Temelli Başetme Programı müdahale grubunda yer alan kadınların kanser kaygı kadınların kanser kaygı düzeylerine ilişkin son test puan ortalamalarının ön test puan ortalamalarına kıyasla anlamlı bir şekilde azaldığı, anlamlı bir şekilde azaldığı,
- Farkındalık Temelli Başetme Programı kontrol grubunda yer alan kadınların kanser kaygı ölçek puan ortalamalarının 40 yaş üstü kadınlarda, medeni durumu evli olanlarda ve kolposkopi işleminden korkanlarda daha yüksek olduğu,
- Farkındalık Temelli Başetme Programı müdahale grubunda yer alan kadınların kontrol grubuna göre Ayrımsama alt boyutu son test puan ortalamalarının göre anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu,
- Farkındalık Temelli Başetme Programı müdahale grubunda çocuk sayısı arttıkça kadınların ayrımsama alt boyutu puan ortalamalarının yüksek olduğu,
- Farkındalık Temelli Başetme Programı müdahale grubunda yer alan kadınların kabul alt boyut puan ortalamaları evli olma, yüksek eğitim düzeyine sahip olma, çocuk sayısı üç ve üzeri olma ile kolposkopi yaptırmaktan korkma durumlarına göre anlamlı şekilde farklılık gösterdiği,
- Kanser kaygı ölçeğinin PFÖ ayrımsama alt boyut puan ortalamalarının çocuk sayısından ve kanser kaygı ölçek puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı şekilde etkilendiği,
- Ayrımsama alt boyut puan ortalamalarının kanser kaygı puan ortalamalarından, yaştan, çocuk sayısından ve düzenli tarama yaptıрма durumundan istatistiksel olarak anlamlı şekilde etkilendiği,

- Kabul alt boyut puan ortalamalarının kanser kaygı ve eğitim durumundan istatistiksel olarak anlamlı şekilde etkilendiği bulunmuştur.

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler sunulmuştur.

Araştırmacılar için;

- Kolposkopi işlemi yapılan kadınların demografik özelliklerinin çeşitliliği artırılmalı ve bulguların genellenebilirliğini sağlamak amacıyla farklı sosyoekonomik ve kültürel gruplardan katılımcılar dahil edilmelidir.
- Farkındalık Temelli Başetme Programı'nın (FTBP) uzun vadeli etkilerini değerlendiren takip çalışmaları yapılmalıdır. Bu çalışmalar, programın kalıcı etkilerini ve katılımcıların zaman içinde kazandıkları becerilerin sürdürülebilirliğini incelemelidir.
- FTBP'nin etkilerini daha iyi anlamak için programın uygulama süresi ve yoğunluğu ile ilgili farklılıklar incelenmelidir. Daha kısa veya daha uzun süreli programların etkileri karşılaştırılmalıdır.
- Çalışmaya ek olarak, katılımcıların depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri gibi diğer psikolojik değişkenler de dahil edilmelidir. Bu değişkenlerin farkındalık ve kabul üzerindeki etkileri araştırılmalıdır.
- Kolposkopi işlemi yapılan kadınların programa uyum düzeyleri ve program süresince yaşadıkları zorluklar incelenmelidir. Programa uyum sağlama süreçlerindeki bireysel farklılıklar ve bu farklılıkların sonuçlara etkisi tartışılmalıdır.
- Müdahale ve kontrol gruplarının başlangıçtaki farklılıkları ve bu farklılıkların sonuçlara etkisi ayrıntılı olarak analiz edilmelidir. Başlangıçtaki kabul ve ayrımcılık puanları arasındaki farklar, programın etkisinin değerlendirilmesinde dikkate alınmalıdır.

- Eğitim durumunun farkındalık ve kabul becerileri üzerindeki etkileri daha ayrıntılı olarak incelenmelidir. Farklı eğitim seviyelerine sahip katılımcıların programdan nasıl etkilendiği ve bu farklılıkların nedenleri araştırılmalıdır.
- FTBP'nin etkinliğini değerlendirmek için nitel veri toplama yöntemleri kullanılabilir. Kolposkopi işlemi yapılan kadınlarla yapılan derinlemesine görüşmeler ve odak grup tartışmaları, programın bireysel etkilerini daha derinlemesine anlamaya yardımcı olabilir.
- FTBP'nin farklı jinekolojik kanser türlerinde de uygulanarak etkinliğinin değerlendirilmesi gereklidir.
- FTBP'nin dijital platformlar üzerinden uygulanan versiyonlarının etkinliği, yüz yüze uygulanan programlarla karşılaştırılmalıdır. Dijital erişim imkanlarının programın ulaşılabilirliğini ve etkinliğini nasıl etkilediği incelenmelidir.

Uygulacılar için;

- Farkındalık Temelli Başetme Programı kapsamında geliştirilen eğitim kitapçığının “Jinekoloji Onkoloji Polikliniğine Başvuran Kadınlara Yönelik Bilgilendirme Kitapçığı” adıyla Jinekolojik Onkoloji Polikliniğinde kolposkopi işlemi için başvuran kadınlara bilgilendirme kitapçığı olarak uygulamada kullanılması.
- Servikal kanser şüphesiyle kolposkopi yaptıran kadınlarda kanser korkusunu önlemek veya başa çıkmak için Farkındalık Temelli Başetme Programının ve farkındalık egzersizlerinin klinik bakıma entegre edilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Abdelhakim, AM, Samy, A, & Abbas, AM. “Effect of music in reducing patient anxiety during colposcopy: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials”, Journal of gynecology obstetrics and human reproduction. 2019; 48(10): 855-861.

Akanda R, Kawale P, & Moucheraud C. Cervical cancer prevention in Africa: A policy analysis. Journal of Cancer Policy. 2022;32: 1003-21.

Akarçay Ö, & Akarçay Ulutaş, D. Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri: Nicel karma nitel tasarımlar için bir rehber. 2018.

Alacacioglu A, Ulger E, Varol U, Yildiz I, Salman T, Bayoglu V, ... & Tarhan MO. Depression, anxiety and sexual satisfaction in breast cancer patients and their partners-izmir oncology group study.Asian Pacific Journal of Cancer Prevention. 2015;15(24):10631-10636.

Alrajjal A, Pansare V, Choudhury MSR, Khan MYA, & Shidham VB. Squamous intraepithelial lesions (SIL: LSIL, HSIL, ASCUS, ASC-H, LSIL-H) of Uterine Cervix and Bethesda System.CytoJournal. 2021;18.

Alsubaie M, Abbott R, Dunn B, Dickens C, Keil TF, Henley W, & Kuyken W. Mechanisms of action in mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) and mindfulness-based stress reduction (MBSR) in people with physical and/or psychological conditions: A systematic review. Clinical Psychology Review. 2017; 55:74-91.

Alzamil L, Nikolakopoulou K, Turco, MY. Organoid systems to study the human female reproductive tract and pregnancy. Cell Death & Differentiation. 2021; 28: 35-51.

Aminnasab A, Hatami M, & Ahadi H. Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction Therapy on the Quality of Life of Patients with Lung Cancer. Tanaffos. 2022;21(4): 503.

Andersen SR, Würtzen, H Steding-Jessen M, Christensen J, Andersen KK, Flyger H, ... & Dalton SO. Effect of mindfulness-based stress reduction on sleep quality: results

of a randomized trial among Danish breast cancer patients. *Acta Oncologica*. 2013;52(2): 336-344.

Annunziata MA, Muzzatti B, Bidoli E, Flaiban C, Bomben F, Piccinin M, ... & Mella S. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) accuracy in cancer patients. *Supportive Care in Cancer*.2020; 28: 3921-3926.

Applebaum AJ, & Breitbart W. Care for the cancer caregiver: a systematic review. *Palliative & supportive care*. 2013;11(3): 231-252.

Arch JJ, & Stanton AL. Examining the “usual” in usual care: a critical review and recommendations for usual care conditions in psycho-oncology. *Supportive Care in Cancer*. 2019; 27:1591-1600.

Arlt Mutch VK, Evans, S, & Wyka K. “The role of acceptance in mood improvement during Mindfulness-Based Stress Reduction”, *Journal of Clinical Psychology*.2021; 77(1), 7-19.

Asadollahi F, Mehrabi HA, Neshatdoost HT, Kalantari M, Afshar H, & Daghighzadeh H. Can mindfulness-based cognitive therapy reduce the symptoms of irritable bowel syndrome in women. *International Journal of Body, Mind and Culture*. 2014; 1(2): 135-41.

Aslan Ş. Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri: Nicel, Nitel ve Karma Tasarımlar İçin Bir Rehber. (Ed.).2018; Eğitim Yayınevi.

Asthana S, Busa V, & Labani S. Oral contraceptives use and risk of cervical cancer.A systematic review & meta-analysis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2020; 247: 163-175.

Avis, N. E., Levine, B., Naughton, M. J., Case, D. L., Naftalis, E., & Van Zee, K. J. Explaining age-related differences in depression following breast cancer diagnosis and treatment. *Breast Cancer Research and Treatment*. 2012; 136, 581-591.

Aziz, M. M., Mohamed, H. A. E., Mohammed, A. F., & AbdEl-hamed, M. A. Premenopausal Women's Awareness and Barriers Regarding Cervical Cancer and its Screening. *Minia Scientific Nursing Journal*. 2022; 12(1): 79-86.

Baer RA, Lykins EL, & Peters JR. Mindfulness and self-compassion as predictors of psychological wellbeing in long-term meditators and matched nonmeditators. *The Journal of Positive Psychology*. 2016; 7(3), 230-238.

Balasooriya-Smeekens, C., Walter, F. M., & Scott, S. The role of emotions in time to presentation for symptoms suggestive of cancer: a systematic literature review of quantitative studies. *Psycho-Oncology*. 2015; 24(12): 1594-1604.

Bateman LB, Blakemore S, Koneru A, Mtesigwa T, McCree R, Lisovicz NF, ... & Jolly PE. Barriers and facilitators to cervical cancer screening, diagnosis, follow-up care and treatment: Perspectives of human immunodeficiency virus-positive women and health care practitioners in Tanzania. *The Oncologist*. 2019; 24(1): 69-75.

Bateni FS, Rahmatian M, Kaviani A, Simard S, Soleimani M, & Nejatisafa, A. "The persian version of the fear of cancer recurrence inventory (fcric): translation and evaluation of its psychometric properties", *Archives of Breast Cancer*. 2019; 174-180.

Bazaz M, Shahry P, Latifi SM, & Araban M. Cervical cancer literacy in women of reproductive age and its related factors. *Journal of Cancer Education*. 2019; 34: 82-89.

Belinson JL, & Pretorius RG. A standard protocol for the colposcopy exam. *Journal of Lower Genital Tract Disease*. 2016; 20: e61-e62.

Bergerot CD, Philip EJ, Bergerot PG, Siddiq N, Tinianov S, & Lustberg, M. Fear of cancer recurrence or progression: what is it and what can we do about it?. *American Society of Clinical Oncology Educational Book*. 2022; 42: 18-27.

Bishop SR, Lau M, Shapiro S, Carlson L, Anderson N D, Carmody J, ... & Devins G. Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2004; 11(3), 230.

Bjerkeset E, Röhrl K, & Schou-Bredal I. Symptom cluster of pain, fatigue, and psychological distress in breast cancer survivors: prevalence and characteristics. *Breast cancer research and treatment*. 2020; 180. 63-71.

Black DS, O'Reilly GA, Olmstead R, Breen EC, & Irwin MR. Mindfulness meditation and improvement in sleep quality and daytime impairment among older adults with sleep disturbances: a randomized clinical trial. *JAMA Internal Medicine*. 2015; 175(4): 494-501.

Bogani G, Maggior ULR, Signorelli M, Martinelli F, Ditto A, Sabatucci I, ... & Raspagliesi F. The role of human papillomavirus vaccines in cervical cancer: Prevention and treatment. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*. 2018, 122: 92-97.

Boicea A, Patrascu A, Surlin V, Iliescu D, Schenker M, & Chiutu L. "Correlations between colposcopy and histologic results from colposcopically directed biopsy in cervical precancerous lesion", *Rom J Morphol Embryol*. 2012; 53(3):735-741.

Bonamo, K. K., Legerski, J. P., & Thomas, K. B. The influence of a brief mindfulness exercise on encoding of novel words in female college students. *Mindfulness*. 2015; 6: 535-544.

Bower JE, Crosswell AD, Stanton AL, Crespi CM, Winston D, Arevalo J, ... & Ganz PA. Mindfulness meditation for younger breast cancer survivors: a randomized controlled trial. *Cancer*. 2015 ;121(8): 1231-1240.

Boyle CC, Stanton AL, Ganz PA, Crespi CM, & Bower JE. Improvements in emotion regulation following mindfulness meditation: Effects on depressive symptoms and perceived stress in younger breast cancer survivors. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*. 2017;85(4):397.

Brandmeyer T, Delorme A, & Wahbeh H. The neuroscience of meditation: classification, phenomenology, correlates, and mechanisms. *Progress n Brain Research*. 2019; 244, 1-29.

Burness JV, Schroeder JM, & Warren JB. “Cervical Colposcopy: Indications and Risk Assessment. ,American family physician. 2020; 102(1): 39-48.

Burness JV, Schroeder JM, & Warren JB. Cervical colposcopy: indications and risk assessment. American Family Physician. 2020; 102(1). 39-48.

Butow P, Price MA, Shaw JM, Turner J, Clayton JM, Grimison P, ... & Kirsten L. Clinical pathway for the screening, assessment and management of anxiety and depression in adult cancer patients: Australian guidelines. Psycho-Oncology, 2015; 24(9):987-1001.

Buy JN, Ghossain M. Embryology, Anatomy, and Histology of the Cervix. In Gynecological Imaging . Springer, Berlin, Heidelberg, 2013; 649-652..

Büyüköztürk Ş, Akgün ÖE, Demirel F, Karadeniz Ş, & Çakmak E. K.. Bilimsel araştırma yöntemleri. 2015

Calero R, Cruzado JA. La intervención psicológica en mindfulness con pacientes supervivientes de cáncer de mama. Rev Sist Psicooncol. 2018; 15(1): 75-88.

Call D, Miron L, & Orcutt H. Effectiveness of brief mindfulness techniques in reducing symptoms of anxiety and stress. Mindfulness. 2014; 5: 658-668.

Campbell TS, Labelle LE, Bacon SL, Faris P, & Carlson LE. “Impact of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on attention, rumination and resting blood pressure in women with cancer: a waitlist-controlled study”, Journal of behavioral medicine.2012; 35(3):262-271.

Cardaciotto L, Herbert JD, Forman EM, Moitra E, & Farrow V. “The assessment of present-moment awareness and acceptance: The Philadelphia Mindfulness Scale. Assessment”.2008; 15(2): 204-223.

Carlson LE, Doll R, Stephen J, Faris P, Tamagawa R, Drysdale E, & Speca M.. “Randomized controlled trial of mindfulness-based cancer recovery versus supportive expressive group therapy for distressed survivors of breast cancer”, J Clin Oncol, 2013; 31(25): 3119-3126.

Carlson LE, Speca M, Patel KD, & Goodey E. Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress and levels of cortisol, dehydroepiandrosterone sulfate (DHEAS) and melatonin in breast and prostate cancer outpatients. *Psycho Neuroendocrinology*. 2004; 29(4): 448-474.

Carlson LE, Tamagawa R, Stephen J, Drysdale E, Zhong L, & Speca M. Randomized-controlled trial of mindfulness-based cancer recovery versus supportive expressive group therapy among distressed breast cancer survivors (MINDSET): long-term follow-up results. *Psycho-Oncology*. 2016; 25(7): 750-759.

Carlson LE, Tamagawa R, Stephen J, Drysdale E, Zhong L, & Speca M. “Randomized-controlled trial of mindfulness-based cancer recovery versus supportive expressive group therapy among distressed breast cancer survivors (MINDSET): Long-term follow-up results”, *Psycho-Oncology*. 2016; 25(7): 750-759.

Carreira H, Williams R, Müller M, Harewood R, Stanway S, & Bhaskaran K. Associations between breast cancer survivorship and adverse mental health outcomes: a systematic review. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*. 2018; 110(12):1311-1327.

Castanhel FD, & Liberali R. Mindfulness-Based Stress Reduction on breast cancer symptoms: systematic review and meta-analysis. *Einstein (Sao Paulo)*. 2018; 16, eRW4383.

Cataldi JR, Håbesland M, Anderson-Mellies A, Dempsey AF, & Cockburn M. The potential population-based impact of an HPV vaccination intervention in Colorado. *Cancer Medicine*. 2020; 9: 1553-1561.

Çelik H, & Kocabıyık OO. “Philadelphia Farkındalık Ölçeği (PFÖ)’nin Türkçe formunun psikometrik özellikleri.” *Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*. 2018; 48(48).

Chang YC, Yeh TL, Chang YM, & Hu WY. Short-term effects of randomized mindfulness-based intervention in female breast cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. *Cancer Nursing*. 2021; 44(6): E703-E714.

Charnock D, Shepperd S, Needham G, Gann R. DISCERN: an instrument for judging the quality of written consumer health information on treatment choices. *J Epidemiol Community Health*. 1999; 53(2): 105-111.

Chaudhary K, Rai G, & Karn BK. Health Literacy on Human Papillomavirus, its Vaccination and Risk Factor of Cervical Cancer among Adolescent Girls. *South Asian Res J Nurs Health Care*. 2022; 4: 63-71.

Chen WY, Wang S, Peng X, & Zhu Y. Trait emotional intelligence and quality of life among breast cancer patients: The mediating role of fear of cancer recurrence. *International Journal of Nursing Practice*. 2022; 28(4): e12953.

Chinh, K., Mosher, C. E., Brown, L. F., Beck-Coon, K. A., Kroenke, K., & Johns, S. A. Psychological Processes and Symptom Outcomes in Mindfulness-Based Stress Reduction for Cancer Survivors: A Pilot Study. *Mindfulness*. 2020; 11 :905-916.

Chua B, Ma V, Asjes C, Lim A, Mohseni M, & Wee HL. Barriers to and facilitators of cervical cancer screening among women in Southeast Asia: a systematic review. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*. 2021; 18(9): 4586.

Chui PL. Mindful breathing: Effects of a five-minute practice on perceived stress and mindfulness among patients with cancer. *Number*. 2021; 25(2): 174-180.

Cifu G, Power MC, Shomstein S, & Arem H. “Mindfulness-based interventions and cognitive function among breast cancer survivors: a systematic review”, *BMC Cancer*. 2018; 18(1), 1-13.

Cillessen L, Johannsen M, Speckens AE, & Zachariae R. Mindfulness-based interventions for psychological and physical health outcomes in cancer patients and survivors: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psycho-oncology*. 2019; 28(12):2257-2269.

Cillessen L, Johannsen M, Speckens AE, & Zachariae R. Mindfulness-based interventions for psychological and physical health outcomes in cancer patients and survivors: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psycho-Oncology*. 2019; 28(12): 2257-2269.

Claro IB, Araújo Junior M LC, Ribeiro CM, Dias MB K, Tomazelli J. Evaluation of histopathological examinations of the cervix diagnosed as "other neoplasms" on the Cancer Information System, Brazil, 2013-2020: a descriptive study. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2022, 31.

Coffey, K. A., Hartman, M., & Fredrickson, B. L. Deconstructing mindfulness and constructing mental health: Understanding mindfulness and its mechanisms of action. *Mindfulness*, 2010;1: 235-253.

Colgan, D. D., Christopher, M., Michael, P., & Wahbeh, H. The body scan and mindful breathing among veterans with PTSD: Type of intervention moderates the relationship between changes in mindfulness and post-treatment depression. *Mindfulness*. 2016; 7: 372-383.

Cordova MJ, Riba MB, & Spiegel D. Post-traumatic stress disorder and cancer. *The Lancet Psychiatry*. 2017,4(4): 330-338.

Costa, DS ve Fardell, JE(2016). "Tüm korkuların toplamı: kanserin nüksetme korkusunu ölçmekle ilgili kavramsal zorluklar", *Kanserde Destekleyici Bakım* , 24 (1), 1-3.

Cotarcea S, Stefanescu C, Adam G, Voicu C, Cara M, Comanescu A, ... & Pană, R. The Importance of Ultrasound Monitoring of the Normal and Lesional Cervical Ectropion Treatment. *Current Health Sciences Journal*. 2016; 42: 188.

Creswell JD, Lindsay EK, Villalba DK, & Chin B. Mindfulness training and physical health: mechanisms and outcomes. *Psychosomatic Medicine*. 2019; 81(3): 224-232.

Creswell, J.W. and Plano Clark, V.L. 2020. Karma yöntem araştırmaları: Tasarımı ve yürütülmesi (2. baskıdan çeviri). (Çeviri ed., Y. Dede ve S.B. Demir), Ankara: Anı Yayıncılık.

Custers JA, Van den Berg SW, Van Laarhoven HW, Bleiker EM, Gielissen MF, Prins JB.. “The Cancer Worry Scale: detecting fear of recurrence in breast cancer survivors”. *Cancer Nurs.*2014;37(1):44-50.

D'Alessandro P, Arduino B, Borgo M, Saccone G, Venturella R, Di Cello A, & Zullo F. Loop electrosurgical excision procedure versus cryotherapy in the treatment of cervical intraepithelial neoplasia: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Gynecology and minimally invasive therapy.* 2018; 7: 145.

Dambrun, M. When the dissolution of perceived body boundaries elicits happiness: The effect of selflessness induced by a body scan meditation. *Consciousness and Cognition.* 2016; 46, 89-98.

Davies KR, Cantor SB, Cox DD, & Follen M.. “An alternative approach for estimating the accuracy of colposcopy in detecting cervical precancer”, *PloS one.* 2015; 10(5), e0126573.

Dinkel A, & Herschbach P. Fear of progression in cancer patients and survivors. *Psycho-oncology.* 2018; 13-33.

Dubayova T, van Dijk J P, Nagyova I, Rosenberger J, Havlikova E, Gdovinova Z, ... & Groothoff J. W. The impact of the intensity of fear on patient's delay regarding health care seeking behavior: a systematic review. *International Journal Of Public Health.* 2010; 55: 459-468.

Duncan LG, Coatsworth JD, & Greenberg MT. A model of mindful parenting: Implications for parent–child relationships and prevention research. *Clinical child and family psychology review.* 2009; 12:255-270.

Elimimian E, Elson L, Bilani N, Farrag SE, Dwivedi AK, Pasillas R, & Nahleh ZA. Long-term effect of a nonrandomized psychosocial mindfulness-based intervention in Hispanic/Latina breast cancer survivors. *Integrative Cancer Therapies.* 2020; 19, 1534735419890682.

Enjezab B, ZBanafsheh Farzinrad M, Farzinrad B, & Dehghaniarehosseinabadi A. Effect of mindfulness-based cognitive therapy on menopausal symptoms: a randomized clinical trial. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2019; 29(178): 85-97.

Ersöz Alan B, Akdemir D, Cetin FC, & Karahan S. Mindful Eating, Body Weight, and Psychological Well-Being in Adolescence. *Childhood Obesity*. 2022, 18(4): 246-253.

Faller H, Schuler M, Richard M, Heckl U, Weis J, & Küffner R. Effects of psycho-oncologic interventions on emotional distress and quality of life in adult patients with cancer: systematic review and meta-analysis. *Journal Of Clinical Oncology*. 2013; 31(6): 782-793.

Feng LS, Wu X. Q, Li QL, Yang Q, Yin FL, Wang QY, ... & Dong ZJ. Development and reliability and validity test of the Fear of Cancer Scale (FOCS). *Annals of Medicine*. 2022; 54(1): 2353-2361.

Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I, Parkin DM, Piñeros M, Znaor A, & Bray F. Cancer statistics for the year 2020: An overview. *International Journal Of Cancer*. 2021;149: 778-789.

Ferrall L, Lin KY, Roden R, Hung CF, & W TC. Cervical Cancer Immunotherapy: Facts and HopesImmunotherapy for Cervical Cancer. *Clinical Cancer Research*. 2021;27: 4953-4973.

Fetters MD, Curry LA, & Creswell JW. “Achieving integration in mixed methods designs—principles and practices”, *Health Services Research*.2013;48(6):2134-2156.

Fidan U, Keskin U, Ulubay M, Öztürk M, & Bodur . Value of vaginal cervical position in estimating uterine anatomy. *Clinical Anatomy*. 2017; 30(3): 404-408.

Fitch M, & Longo CJ. Exploring the impact of out-of-pocket costs on the quality of life of Canadian cancer patients. *Journal Of Psychosocial Oncology*. 2018; 36(5): 582-596

Fonseca BO, Possati-Resende JC, Salcedo MP, Schmeler KM, Accorsi GS, Fregnani J H, ... & Dos Reis R. Topical Imiquimod for the treatment of high-grade

squamous intraepithelial lesions of the cervix: a randomized controlled trial. *Obstetrics And Gynecology*. 2021; 137:1043.

Fox RS, Ancoli-Israel S, Roesch SC, Merz EL, Mills SD, Wells KJ, ... & Malcarne VL. Sleep disturbance and cancer-related fatigue symptom cluster in breast cancer patients undergoing chemotherapy. *Supportive Care in Cancer*. 2020 28:845-855.

Fuentes Artiles, R., Staub, K., Aldakak, L., Eppenberger, P., Rühli, F., & Bender, N. Mindful eating and common diet programs lower body weight similarly: Systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*. 2019; 20(11):1619-1627.

Galla, BM. Within-person changes in mindfulness and self-compassion predict enhanced emotional well-being in healthy, but stressed adolescents. *Journal Of Adolescence*. 2016, 49:204-217.

Gan R, Zhang L, & Chen S. The effects of body scan meditation: A systematic review and meta-analysis. *Applied Psychology: Health and Well-Being*. 2022; 14(3): 1062-1080.

Garland SN, Carlson LE, Stephens AJ, Antle MC, Samuels, C., & Campbell, T. S. Mindfulness-based stress reduction compared with cognitive behavioral therapy for the treatment of insomnia comorbid with cancer: a randomized, partially blinded, noninferiority trial. *Journal of Clinical Oncology*. 2014; 32(5): 449-457.

Gebrie MH, Belete MA, Lemlem SB, & Woreta, HK. Knowledge, preventive practice and associated factors of female nurses' towards cervical cancer in the selected government hospitals in Addis Ababa, Ethiopia. *J Diabetes Metab*. 2015; 6(7): 569.

Ghiggia A, Pierotti V, Tesio V, & Bovero A. Personality matters: relationship between personality characteristics, spirituality, demoralization, and perceived quality of life in a sample of end-of-life cancer patients. *Supportive Care in Cancer*. 2021; 29(12): 7775-7783.

Global Cancer Obsarvatery .<http://gco.iarc.fr> Acces Date: 10 May 2024.

Goh SA, Lee JK, Seh WY, Ho EQ Y, Hartman M, Chou C, & Wong ML. Multi-level determinants of breast cancer screening among Malay-Muslim women in Singapore: a sequential mixed-methods study. *BMC Women's Health*. 2022; 22(1):1-15.

Gökdoğan F, Kır E, Özcan A, Cerit B, Yıldırım Y, & Akbal S. Eğitim kitapçıkları güvenilir mi?, 2. Uluslararası & IX. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kongre Kitabı, Antalya, Türkiye. 2003: 517-521.

González-Quintana V, Palma-Berré L, Campos-Parra AD, López-Urrutia E, Peralta-Zaragoza O, Vazquez-Romo R, & Pérez-Plasencia C. MicroRNAs are involved in cervical cancer development, progression, clinical outcome and improvement treatment response. *Oncology reports*. 2016; 35: 3-12.

Gotink RA, Chu P, Busschbach JJ, Benson H, Fricchione GL, & Hunink MM. Standardised mindfulness-based interventions in healthcare: an overview of systematic reviews and meta-analyses of RCTs. *PloS one*. 2015; 10(4), e0124344.

Gotink RA, Meijboom R, Vernooij MW, Smits M, & Hunink MM. “8-week mindfulness based stress reduction induces brain changes similar to traditional long-term meditation practice—a systematic review”, *Brain and cognition*. 2016; 108: 32-41.

Götze H, Taubenheim S, Dietz A, Lordick F, & Mehnert-Theuerkauf A. Fear of cancer recurrence across the survivorship trajectory: results from a survey of adult long-term cancer survivors. *Psycho-oncology*. 2019; 28(10): 2033-2041.

Goyal M, Singh S, Sibinga EM, Gould NF, Rowland-Seymour A, Sharma R, ... & Haythornthwaite JA. Meditation programs for psychological stress and well-being: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*. 2014;174(3): 357-368.

Gregurek R, Braš M, Đorđević V, Ratković AS., & Brajković L. Psychological problems of patients with cancer. *Psychiatria Danubina*. 2010; 22(2): 227-230.

Grider HS, Douglas SM, & Raynor HA. The influence of mindful eating and/or intuitive eating approaches on dietary intake: a systematic review. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*. 2021; 121(4): 709-727.

Grossman P, Niemann L, Schmidt S, & Walach H. “Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis”, *Journal of Psychosomatic Research*. 2004;57(1): 35-43.

Gu J, Strauss C, Bond R, & Cavanagh K. “How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation studies”, *Clinical Psychology Review*. 2015; 37:1-12.

Guetterman TC, Fetters MD, & Creswell, J. W. “Integrating quantitative and qualitative results in health science mixed methods research through joint displays”, *The Annals of Family Medicine*. 2015; 13(6): 554-561.

Gupta S, Palmer C, Bik EM, Cardenas JP, Nunez H, Kraal L, ... & Apte ZS. Self-sampling for human papillomavirus testing: increased cervical cancer screening participation and incorporation in international screening programs. *Frontiers In Public Health*. 2016, 77.

Gurbetoğlu, A. Bilimsel araştırma yöntemleri. Erişim Adresi: <http://agurbetoglu.com/files/2-%20ARA%C5%99C,5.2018>. (Erişim Tarihi:12.06.2023)

Gustavsson I, Aarnio R, Myrnäs M, Hedlund-Lindberg J, Taku O, Meiring T, Wikström I, Enroth S, Williamson AL, Olovsson M, Gyllensten U. Clinical validation of the HPVIR high-risk HPV test on cervical samples according to the international guidelines for human papillomavirus DNA test requirements for cervical cancer screening. *Virol J*. 2019; 16(1):107

Hall DL, Luberto CM, Philpotts LL, Song R, Park ER, & Yeh GY. Mind-body interventions for fear of cancer recurrence: a systematic review and meta-analysis. *Psycho-oncology*. 2018; 27(11): 2546-2558.

Hall, D. L., Jimenez, R. B., Perez, G. K., Rabin, J., Quain, K., Yeh, G. Y., ... & Peppercorn, J. M. Fear of cancer recurrence: a model examination of physical symptoms, emotional distress, and health behavior change. *Journal of Oncology Practice*. 2019; 15(9): e787-e797.

Haller H, Winkler MM, Klose P, Dobos G, Kümmel S, Cramer H. Mindfulness-based interventions for women with breast cancer: an updated systematic review and meta-analysis. *Acta Oncol.* 2017; 56(12): 1665-1676.

Handelzalts JE, Krissi H, Levy S, Broitman M, Binyamin L, & Peled Y. Multidimensional associations of pain and anxiety before and after colposcopy. *International Journal of Gynecology & Obstetrics.* 2015;131(3): 297-300.

Hanprasertpong J, Geater A, Jiamset I, Padungkul L, Hirunkajonpan P, & Songhong N. Fear of cancer recurrence and its predictors among cervical cancer survivors. *Journal of gynecologic oncology.* 2017; 28(6).

Hasenkamp, W. *Catching the wandering mind: Meditation as a window into spontaneous thought.* 2018.

Hashemi SM, Rafiemanesh H, Aghamohammadi T, Badakhsh M, Amirshahi M, Sari M, ... & Roudini K. Prevalence of anxiety among breast cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Breast Cancer.* 2020; 27 :166-178.

Hay JL, Buckley TR, & Ostroff JS. The role of cancer worry in cancer screening: a theoretical and empirical review of the literature. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer.* 2005; 14(7): 517-534.

Hegazy A. *The Isthmus of the Cervix: Its Anatomical, and Functional Existence Should be Reconsidered: A Hypothesis I.* Authorea Preprints. 2022.

Henderson VP, Clemow L, Massion AO, Hurley TG, Druker S, & Hébert JR. The effects of mindfulness-based stress reduction on psychosocial outcomes and quality of life in early-stage breast cancer patients: a randomized trial. *Breast Cancer Research and Treatment.* 2012; 131: 99-109.

Herrick CM, & Ainsworth AD. *Invest in Yourself: Yoga as a Self-Care Strategy.* In *Nursing Forum.* 2000; 35 (2): p. 32-36).

Hilal Z, Alici F, Tempfer CB, Seebacher V, & Reznicek GA. Video colposcopy for reducing patient anxiety during colposcopy: a randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*. 2017; 130(2): 411-419.

Hinkle DE, Wiersma W, & Jurs SG. *Applied statistics for the behavioral sciences* ;(5th ed.) 2003.

Hoffman CJ, Ersser SJ, Hopkinson JB, Nicholls PG, Harrington JE, & Thomas P. W. Effectiveness of mindfulness-based stress reduction in mood, breast-and endocrine-related quality of life, and well-being in stage 0 to III breast cancer: a randomized, controlled trial. *J Clin Oncol*. 2012, 30(12): 1335-1342.

Hoge EA, Bui E, Mete M, Dutton MA, Baker AW, & Simon NM. Mindfulness-based stress reduction vs escitalopram for the treatment of adults with anxiety disorders: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*. 2023; 80(1): 13-21.

Hong SJ, Shin NM, & Jung S. A predictive model of fear of cancer recurrence for patients undergoing chemotherapy. *Supportive Care in Cancer*. 2020; 28: 4173-4181.

Howell D, Oliver TK, Keller-Olaman S, Davidson JR, Garland, S, Samuels C, ... et al. Taylor C. Sleep disturbance in adults with cancer: a systematic review of evidence for best practices in assessment and management for clinical practice. *Annals of Oncology*. 2014; 25 (4): 791-800.

<https://hpvtarama.saglik.gov.tr/duyurular/Sayfa/HpvTaramaTestiNasilYapilir.Erisim> Tarihi: 14 Aralık 2022.

<https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-advisory/articles/2021/04/updated-cervical-cancer-screening-guidelines.Erisim> tarihi:14 Aralık 2022.

<https://www.acog.org/womens-health/faqs/cervical-cancer-screening.Erisim> tarihi: 17 Aralık 2022.

https://www.cdc.gov/cancer/cervical/basic_info/prevention.htm What can I do to reduce my risk of cervical cancer?.Erisim tarihi: 14 aralık 2022

Huang HP, He M, Wang HY, & Zhou M. A meta-analysis of the benefits of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on psychological function among breast cancer (BC) survivors. *Breast Cancer*. 2016; 23, 568-576.

Huang J, & Shi. The effectiveness of mindfulness-based stress reduction (MBSR) for survivors of breast cancer: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2016; 17, 1-9.

Hubbard G, Macmillan I, Canny A, Forbat L, Neal RD, O'Carroll RE, ... & Kyle R. G. Cancer symptom awareness and barriers to medical help seeking in Scottish adolescents: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2014;14: 1-12.

Huhmann K. Barriers and facilitators to breast and cervical cancer screening in Somali immigrant women: An integrative review. *Number*. 2020; 47(2): 177-186.

Irwin MR. Depression and insomnia in cancer: prevalence, risk factors, and effects on cancer outcomes. *Current psychiatry reports*. 2013; 15: 1-9.

Janusek LW, Tell D, & Mathews HL. Mindfulness based stress reduction provides psychological benefit and restores immune function of women newly diagnosed with breast cancer: a randomized trial with active control. *Brain, Behavior, and Immunity*. 2019; 80: 358-373.

Jelinek GA, Marck CH, Weil J, Lane H, Philip J, Boughey M, & Weiland TJ. Skills, expertise and role of Australian emergency clinicians in caring for people with advanced cancer. *BMJ Supportive & Palliative Care*. 2017;7(1): 81-87.

Ji J, Zhu H, Zhao J, Yang Y, Xu X, & Qian K. Negative emotions and their management in chinese convalescent cervical cancer patients: a qualitative study. *Journal of International Medical Research*. 2020; 48(9).

Johns SA, Brown LF, Beck-Coon K, Talib TL, Monahan PO, Giesler RB, ... & Kroenke K. Randomized controlled pilot trial of mindfulness-based stress reduction compared to psychoeducational support for persistently fatigued breast and colorectal cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*. 2016; 24 :4085-4096.

Johns SA, Von Ah D, Brown LF, Beck-Coon K, Talib TL, Alyea JM, ... & Giesler, RB. Randomized controlled pilot trial of mindfulness-based stress reduction for breast and colorectal cancer survivors: effects on cancer-related cognitive impairment. *Journal of Cancer Survivorship*. 2016; 10: 437-448.

Joshya G, Thandrayen, J, Koczwara B, Butow P, Laidsaar-Powell R, Rankin N, & Banks E. Disability, psychological distress and quality of life in relation to cancer diagnosis and cancer type: population-based Australian study of 22,505 cancer survivors and 244,000 people without cancer. *BMC Medicine*. 2020; 18 : 1-15.

Kabat-Zinn, J. An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*. 1982; 4(1): 33-47.

Kabat-Zinn, J. Mindful yoga movement and meditation. *Yoga International*. 2003; 70(89).

Kabat-Zinn, J. Full catastrophe living, revised edition: how to cope with stress, pain and illness using mindfulness meditation. Hachette uK. 2013.

Kalemkuş J. Deneysel Araştırmalarda STEM Eğilimi. *Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2019 ;(36): 78-90.

Karimi-Zarchi M, Peighmbari F, Karimi N, Rohi M, & Chiti Z. A comparison of 3 ways of conventional pap smear, liquid-based cytology and colposcopy vs cervical biopsy for early diagnosis of premalignant lesions or cervical cancer in women with abnormal conventional pap test. *International journal of biomedical science: IJBS*. 2013; 9(4), 205.

Kenne Sarenmalm E, Mårtensson LB, Holmberg SB, Andersson BA, Odén A, & Bergh I. Mindfulness based stress reduction study design of a longitudinal randomized controlled complementary intervention in women with breast cancer. *BMC Complementary and Alternative Medicine*. 2013;13(1) :1-9.

Ketelaars PJ, Buskes MHM, Bosgraaf RP, van Hamont D, Prins JB, Massuger LFAG, ... & Bekkers RL. The effect of video information on anxiety levels in women

attending colposcopy: a randomized controlled trial. *Acta Oncologica*. 2017; 56(12): 1728-1733.

Kgosana AI, Mamogobo PM, Mothiba TM, & Okafor UB. Experiences and practices of nurses caring for terminally ill cancer patients: A qualitative study. *Global Journal of Health Science*. 2019; 11(3), 44.

Khan MJ, Massad LS, Kinney W, Gold MA, Mayeaux Jr EJ, Darragh TM., ... & Huh WK. A common clinical dilemma: management of abnormal vaginal cytology and human papillomavirus test results. *Gynecologic oncology*. 2016;141:364-370.

Kim H, Kim D, Kim Y, Lee E, Kang S, Lee D, ... & Kim Y. Clinical nurses' awareness and caring experiences for patients with cervical cancer: a qualitative study. *Plos One*. 2019; 14(5): e0217201.

Kinner EM, Armer JS, McGregor BA, Duffecy J, Leighton S, Corden ME, ... & Lutgendorf SK. Internet-based group intervention for ovarian cancer survivors: feasibility and preliminary results. *JMIR Cancer*. 2018; 4(1), e8430.

Kola-Palmer S, & Walsh JC. Correlates of psychological distress immediately following colposcopy. *Psycho-Oncology*. 2015;24(7): 819-824.

Koliopoulos G, Nyaga VN, Santesso N, Bryant A, Martin-Hirsch PP, Mustafa RA, ... & Arbyn M. Cytology versus HPV testing for cervical cancer screening in the general population. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017;(8).

Krusche A, Cyhlarova E, & Williams JMG. Mindfulness online: an evaluation of the feasibility of a web-based mindfulness course for stress, anxiety and depression. *BMJ open*. 2013; 3(11).

Kulkarni A, Policarpio M, Strub S, Jembere N, & Kupets R. "Performance Indicators for Colposcopy in Ontario", *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. 2020; 42(2), 144-149.

Kuyken W, Warren FC, Taylor RS, Whalley B, Crane C, Bondolfi G, ... & Dalgleish T. Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in prevention of depressive relapse:

an individual patient data meta-analysis from randomized trials. *JAMA psychiatry*. 2016; 73(6): 565-574.

Kwong FL, Davenport C, & Sundar S. Evaluating the Harms of Cancer Testing—A Systematic Review of the Adverse Psychological Correlates of Testing for Cancer and the Effectiveness of Interventions to Mitigate These. *Cancers*. 2023; 15(13): 3335.

Labelle, L. E., Campbell, T. S., & Carlson, L. E. Mindfulness-based stress reduction in oncology: Evaluating mindfulness and rumination as mediators of change in depressive symptoms. *Mindfulness*. 2010; 1, 28-40.

Labelle, L. E., Lawlor-Savage, L., Campbell, T. S., Faris, P., & Carlson, L. E. Does self-report mindfulness mediate the effect of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) on spirituality and posttraumatic growth in cancer patients?. *The Journal of Positive Psychology*. 2015; 10(2): 153-166.

Lattimore, P. Mindfulness-based emotional eating awareness training: taking the emotional out of eating. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2020; 25: 649-657.

Lau J, Shrestha P, Ng JS, Wong GJ, Legido-Quigley H, & Tan KK. Qualitative factors influencing breast and cervical cancer screening in women: A scoping review. *Preventive Medicine Reports*. 2022; 27: 101816.

Lebel S, Beattie S, Arès I, & Bielajew C. Young and worried: Age and fear of recurrence in breast cancer survivors. *Health Psychology*. 2013; 32(6): 695.

Lebel S, Maheu C, Lefebvre M, Secord S, Courbasson C, Singh M, Jolicoeur L, Benea A, Harris C, Fung Kee Fung M, Rosberger Z, Catton P. “Addressing fear of cancer recurrence among women with cancer: a feasibility and preliminary outcome study”, *J Cancer Surviv*. 2014; 8: 485–496.

Lebel S, Ozakinci G, Humphris G, Mutsaers B, Thewes B, Prins J, ... & University of Ottawa Fear of Cancer Recurrence Colloquium attendees. From normal response to clinical problem: definition and clinical features of fear of cancer recurrence. *Supportive Care in Cancer*. 2016; 24: 3265-3268.

Lebel S, Simard S, Harris, C, Feldstain A, Beattie S, McCallum M, ... & Devins G. M. “Empirical validation of the English version of the Fear of Cancer Recurrence Inventory”, *Quality of Life Research*. 2016; 25(2): 311-321.

Lee, KC, Tang WK, & Bressington D. The experience of mindful yoga for older adults with depression. *Journal Of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2019; 26(3-4): 87-100.

Lei J, Arroyo-Mühr LS, Lagheden C, Eklund C, Nordqvist Kleppe S, Elfström M, ... & Sundström K. Human papillomavirus infection determines prognosis in cervical cancer. *Journal of Clinical Oncology*. 2022; 40:1522-1528.

Lengacher CA, Gruss LF, Kip KE, Reich RR, Chauca KG, Moscoso MS, ... & Park, JY. Mindfulness-based stress reduction for breast cancer survivors (MBSR (BC)): evaluating mediators of psychological and physical outcomes in a large randomized controlled trial. *Journal Of Behavioral Medicine*. 2021; 44(5): 591-604.

Lengacher CA, Gruss LF, Kip KE, Reich RR, Chauca KG, Moscoso MS, ... & Park JY. “Mindfulness-based stress reduction for breast cancer survivors (MBSR (BC)): evaluating mediators of psychological and physical outcomes in a large randomized controlled trial”, *Journal of Behavioral Medicine*. 2021; 1-14.

Lengacher CA, Gruss LF, Kip KE, Reich RR, Chauca KG, Moscoso MS., ... & Park JY. Mindfulness-based stress reduction for breast cancer survivors (MBSR (BC)): evaluating mediators of psychological and physical outcomes in a large randomized controlled trial. *Journal of behavioral medicine*. 2021;44(5): 591-604.

Lengacher CA, Johnson-Mallard V, Barta M, Fitzgerald S, Moscoso MS, Post-White J, ... & Kip KE. “Feasibility of a mindfulness-based stress reduction program for early-stage breast cancer survivors”, *Journal of Holistic Nursing*. 2011; 29(2): 107-117.

Lengacher CA, Reich RR, Paterson CL, Jim HS, Ramesar S, Alinat CB., ... & Kip KE. The effects of mindfulness-based stress reduction on objective and subjective sleep parameters in women with breast cancer: a randomized controlled trial. *Psycho-Oncology*. 2015; 24(4): 424-432.

Lengacher CA, Reich RR, Paterson CL, Ramesar S, Park JY, Alinat C, ... & Kip K. E. Examination of broad symptom improvement resulting from mindfulness-based stress reduction in breast cancer survivors: a randomized controlled trial. *Journal Of Clinical Oncology*. 2016; 34(24): 2827.

Lengacher CA, Reich RR, Paterson CL, Shelton M, Shivers S, Ramesar S, ... & Park JY. A large randomized trial: effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) for breast cancer (BC) survivors on salivary cortisol and IL-6. *Biological Research for Nursing*. 2019; 21(1): 39-49.

Lerman R, Jarski R, Rea H, Gellish R, & Vicini F. “Improving symptoms and quality of life of female cancer survivors: a randomized controlled study”, *Annals of Surgical Oncology*. 2012; 19(2): 373-378.

Leung DY, Chow KM, Lo SW, So WK, & Chan CW. Contributing factors to colorectal cancer screening among Chinese people: a review of quantitative studies. *International Journal of Environmental Research And Public Health*. 2016; 13(5): 506.

Levkovich I. “The danger still hangs over my head” fear of recurrence among Israeli breast cancer survivors. *Journal of Health Sciences*. 2019; 9(1): 23-33.

Lewandowska A, Rudzki G, Lewandowski T, Próchnicki M, Rudzki S, Laskowska B, & Brudniak J. Quality of life of cancer patients treated with chemotherapy. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*. 2020; 17(19): 6938.

Li J, Hart TL, Aronson M, Crangle C, & Govindarajan A. Cancer worry, perceived risk and cancer screening in first-degree relatives of patients with familial gastric cancer. *Journal Of Genetic Counseling*. 2016; 25: 520-528.

Li J, Yuan E, Zhu D, Chen M, & Luo Q. Effect of mindfulness-based stress reduction on stigma, coping styles, and quality of life in patients with permanent colorectal cancer stoma: A protocol for systematic review and meta-analysis. *Medicine*. 2022; 101(1).

Li L, Rao D, Chen X, Qi X, Chen X, Wang X, ... & Li J. The impact of hospital-family integrated continuation nursing based on information technology on patients unhealthy mood, family function and sexual function after cervical cancer surgery. *Medicine*. 2023; 102(16).

Liang Y, Hao G, Wu M, & Hou L. Social isolation in adults with cancer: An evolutionary concept analysis. *Frontiers in Psychology*. 2022; 13: 973640.

Liu C, Du H, Wang C, Belinson JL, Yang B, Zhang W, ... & Wu R. HPV L1 and P16 Expression in CIN1 to Predict Future CIN2+. *International Journal of Gynecological Pathology*. 2017; 36: 281-288.

Liu PL, Ye JF, Ao HS, Sun S, Zheng Y, Li Q, ... & Zhao X. Effects of electronic personal health information technology on American women's cancer screening behaviors mediated through cancer worry: Differences and similarities between 2017 and 2020. *Digital Health*. 2023; 9, 20552076231185271.

Liu W, Liu J, Ma L, & Chen J. Effect of mindfulness yoga on anxiety and depression in early breast cancer patients received adjuvant chemotherapy: a randomized clinical trial. *Journal Of Cancer Research and Clinical Oncology*. 2022; 148(9): 2549-2560.

Liu XQ, Wang L, Gu X, Shan X, Xie J, Gao WY, ... & Gu DM. The Experience of Cervical Cancer Patients Undergoing Hysterectomy: A Qualitative Study. *Journal of Transcultural Nursing*. 2024; 10436596241246976.

Liu Y, Liao J, Yi X, Pan Z, Pan J, Sun C, ... & Meng Y. Diagnostic value of colposcopy in patients with cytology-negative and HR-HPV-positive cervical lesions. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. 2022, 306(4), 1161-1169.

Lopez MS, Baker ES, Maza M, Fontes-Cintra G, Lopez A, Carvajal JM, ... & Schmeler KM. Cervical cancer prevention and treatment in Latin America. *Journal Of Surgical Oncology*. 2017;115: 615-618.

Luigjes-Huizer YL, Tauber NM, Humphris G, Kasparian NA, Lam WW, Lebel S., ... & van der Lee ML. What is the prevalence of fear of cancer recurrence in cancer

survivors and patients? A systematic review and individual participant data meta-analysis. *Psycho-Oncology*. 2022; 31(6): 879-892.

Lyzwinski LN, Edirippulige S, Caffery L, & Bambling M. Mindful eating mobile health apps: review and appraisal. *JMIR Ment Health*. 2019; 6 (8): e12820. doi: 10.2196/12820.

Makuza JD, Nsanzimana S, Muhimpundu MA, Pace LE, Ntaganira J, & Riedel DJ. Prevalence and risk factors for cervical cancer and pre-cancerous lesions in Rwanda. *Pan African Medical Journal*. 2015; 22.

Mangino G, Chiantore MV, Iuliano M, Capriotti L, Accardi L, Di Bonito P, ... & Romeo G. Role of extracellular vesicles in human papillomavirus-induced tumorigenesis. In *Current perspectives in human papillomavirus*. IntechOpen. 2018.

Mantzios M, Giannou K. Group vs. single mindfulness meditation: exploring avoidance, impulsivity, and weight management in two separate mindfulness meditation settings. *Appl Psychol: Health Well-Being*. 2014; 6(2): 173–191. doi: 10.1111/aphw.12023.

Marlow LA, Waller J, & Wardle J. “Barriers to cervical cancer screening among ethnic minority women: a qualitative study”, *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*. 2015; 41(4): 248-254.

Mason AE, Epel ES, Aschbacher K, Lustig RH, Acree M, Kristeller J, ... & Daubenmier J. Reduced reward-driven eating accounts for the impact of a mindfulness-based diet and exercise intervention on weight loss: Data from the SHINE randomized controlled trial. *Appetite*. 2016; 100, 86-93.

Maver PJ, & Poljak M. Progress in prophylactic human papillomavirus (HPV) vaccination in 2016: A literature review. *Vaccine*. 2018; 36: 5416-5423.

Mayeaux Jr, E J, Novetsky AP, Chelmow D, Choma K, Garcia F, Liu AH, ... & Einstein MH. Systematic review of international colposcopy quality improvement guidelines. *Journal Of Lower Genital Tract Disease*. 2017;21: 249-257.

Mazzocco K, Masiero M, Carriero MC, & Pravettoni G. The role of emotions in cancer patients' decision-making. *Ecancermedalscience*. 2019; 13.

Miao J, Regenstein J. M, Xu D, Zhou D, Li H, Zhang H, ... & Chen X. The roles of microRNA in human cervical cancer. *Archives of Biochemistry and Biophysics*. 2020; 690:1084-80.

Miller CK, Kristeller JL, Headings A, & Nagaraja H. Comparison of a mindful eating intervention to a diabetes self-management intervention among adults with type 2 diabetes: a randomized controlled trial. *Health Education & Behavior*. 2014; 41(2): 145-154.

Mirams L, Poliakoff E, Brown RJ, & Lloyd DM. Brief body-scan meditation practice improves somatosensory perceptual decision making. *Consciousness and Cognition*. 2013; 22(1), 348-359.

Modica C, & Hoenig K. "Mindfulness in follow-up care after breast cancer: can it prevent recurrence", *Breast Care*. 2018; 13(2): 101-107.

Murat ALAN, Oruc MA, Mustafa KURT, Yasemin ALAN, & Sanci M. "Evaluation of colposcopy results for patients who are HPV DNA positive in KETEM", *Journal of Experimental and Clinical Medicine*. 2019; 36(2): 35-42.

Murphy J, Varela NP, Elit L, Lytwyn A, Yudin M, Shier M, ... & El-Khatib S. The organization of colposcopy services in Ontario: recommended framework. *Current Oncology*. 2015; 22: 287-296.

Murphy PJ, Marlow LA, Waller J, & Vrinten C. What is it about a cancer diagnosis that would worry people? A population-based survey of adults in England. *BMC Cancer*. 2018; 18(1): 1-10.

Nelson SK, Kushlev K, & Lyubomirsky S. The pains and pleasures of parenting: When, why, and how is parenthood associated with more or less well-being?. *Psychological bulletin*. 2014;140(3): 846.

Newman, H., Hu, J., Li, X., He, J., Bradford, L., Shan, S., ... & Gao, G. 2019. "Evaluation of portable colposcopy and human papillomavirus testing for screening of cervical cancer in rural China", *International Journal of Gynecologic Cancer*, 29(1).

Nkwabong E, Laure Bessi Badjan I, & Sando Z. Pap smear accuracy for the diagnosis of cervical precancerous lesions. *Tropical Doctor*. 2019; 49: 34-39.

O'Connor, M., Céilleachair, A. Ó., O'Brien, K., O'Leary, J., Martin, C., D'Arcy, T., ... & Sharp, L. (2021). Health-related quality of life in women after colposcopy: results from a longitudinal patient survey. *Quality of Life Research*, 1-12.

O'Connor M, Waller J, Gallagher P, Martin CM, O'Leary JJ, D'Arcy T, ... & Irish Screening Research Consortium. Understanding women's differing experiences of distress after colposcopy: a qualitative interview study. *Women's Health Issues*. 2015; 25(5): 528-534.

Oyervides-Muñoz MA, Pérez-Maya AA, Rodríguez-Gutiérrez HF, Gómez-Macias, GS, Fajardo-Ramírez OR, Treviño V, ... & Garza-Rodríguez ML. Understanding the HPV integration and its progression to cervical cancer. *Infection, Genetics and Evolution*. 2018; 61: 134-144.

Özmen H, & Karamustafaoğlu, O. Eğitimde araştırma yöntemleri. Ankara: Pegem Akademi. 2019.

Pagnini F, Cavallera C, Rovaris M, Mendozzi L, Molinari E, Phillips D, & Langer E. Longitudinal associations between mindfulness and well-being in people with multiple sclerosis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2019; 19(1): 22-30.

Papenfuss I, Lommen MJJ, Huisman M, & Ostafin BD. Aversive response to uncertainty as a mediator for the effect of a mindfulness intervention on symptoms of anxiety. *International Journal of Psychophysiology*. 2022, 179: 30-42.

Parpiyeva OR, & Mirzajonova ET. The role of psycho-oncology in the treatment of cancer patients. *Texas Journal of Medical Science*. 2022;9:14-17.

Peitz D, Schulze J, & Warschburger P. Getting a deeper understanding of mindfulness in the context of eating behavior: Development and validation of the Mindful Eating Inventory. *Appetite*. 2021; 159, 105039.

Pendse AA, Bauer AE, Dodd L, & Scanga L. Increased rate of ASCUS diagnosis with concomitant request for high-risk human papillomavirus reflex testing may be due to cognitive bias. *American Journal of Clinical Pathology*. 2018; 149: 425-433.

Petry KU, Nieminen PJ, Leeson SC, Bergeron CO, & Redman CW. “2017 update of the European Federation for Colposcopy (EFC) performance standards for the practice of colposcopy”, *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2018; 224:137-141.

Pierson S, Goto K, Giampaoli J, Hart S, & Wylie A. Impacts of a mindful eating intervention on healthy food-related behaviors and mindful eating practices among elementary school children. *Californian Journal of Health Promotion*. 2019; 17(2): 41-50.

Piet J, Würtzen H, Zachariae R. The effect of mindfulness-based therapy on symptoms of anxiety and depression in adult cancer patients and survivors: a systematic review and meta-analysis. *J Consult Clin Psychol*. 2012; 80(6): 1007-1020.

Pimple SA, Mishra GA. Global strategies for cervical cancer prevention and screening. *Minerva Ginecol*. 2019 ;71(4): 313-320. doi: 10.23736/S0026-4784.19.04397-1. Epub 2019 Feb 22.

Podina IR, Todea D, & Fodor LA. Fear of cancer recurrence and mental health: A comprehensive meta-analysis. *Psycho-Oncology*. 2023;32(10): 1503-1513.

Purtzer MA. Transformative learning theory: facilitating mammography screening in rural women. *Number*. 2014; 41(2): 176-184.

Ranabhat M and Thapa B. Factors influencing utilization of cervical cancer screening services among married women in community, chitwan. *Journal of Chitwan Medical College*. 2017; 7(3): 42-49.

Regauer S, Reich O, Kashofer K. HPV-negative squamous cell carcinomas of the cervix with special focus on intraepithelial precursor lesions. *The American Journal of Surgical Pathology*. 2022, 46: 147-158.

Reich RR, Lengacher CA, Alinat CB, Kip KE, Paterson C, Ramesar S, ... & Park, J. "Mindfulness-based stress reduction in post-treatment breast cancer patients: immediate and sustained effects across multiple symptom clusters", *Journal of pain and symptom management*. 2017; 53(1): 85-95.

Roach MK, Andreotti RF. The Normal Female Pelvis. *Clinical Obstetrics and Gynecology*. 2017; 60: 3-10.

Rosser JI, Njoroge B, & Huchko MJ. Cervical cancer stigma in rural Kenya: what does HIV have to do with it?. *Journal of Cancer Education*. 2016; 31: 413-418.

Rush SE, & Sharma M. Mindfulness-based stress reduction as a stress management intervention for cancer care: a systematic review *Journal of evidence-based complementary & alternative medicine*. 2017;22(2):348-360.

Şahin H, Kocamaz D, & Yıldırım M. Kanser sürecinde psikolojik sorunlar ve psiko-onkoloji. *Zeugma Sağlık Araştırmaları Dergisi*. 2020; 2(3): 136-141.

Saleh M, Virarkar M, Javadi S, Elsherif SB, de Castro Faria S, & Bhosale P. Cervical cancer: 2018 revised international federation of gynecology and obstetrics staging system and the role of imaging. *American Journal of Roentgenology*. 2020; 214: 1182-1195.

Sarto, H. M., Barcelo-Soler, A., Herrera-Mercadal, P., Pantilie, B., Navarro-Gil, M., Garcia-Campayo, J., & Montero-Marin, J. Efficacy of a mindful-eating programme to reduce emotional eating in patients suffering from overweight or obesity in primary care settings: a cluster-randomised trial protocol. *BMJ Open*. 2019; 9(11), e031327.

Schell LK, Monsef I, Wöckel A, & Skoetz N. Mindfulness-based stress reduction for women diagnosed with breast cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2019; (3).

Scherer LD, Valentine, KD, Patel N, Baker SG, & Fagerlin AA bias for action in cancer screening?. *Journal of Experimental Psychology: Applied*. 2019; 25(2): p:149.

Schmid D. Squamous cell precancerous lesions of the cervix uteri. *Der Pathologe*. 2019;40: 7-12.

Schultheis AM, de Bruijn I, Selenica P, Macedo GS, da Silva EM, Piscuoglio S, Weigelt, B. Genomic characterization of small cell carcinomas of the uterine cervix. *Molecular Oncology*, 2022;16: 833-845.

Segal Z, Williams M, & Teasdale J. Mindfulness-based cognitive therapy for depression. Guilford publications. 2018.

Sellors J W, Sankaranarayanan R. Colposcopy and treatment of cervical intraepithelial neoplasia: a beginner's manual. Lyon: International Agency for Research on Cancer. 2003;132.

Shahida SM, Mirza TT, Saleh AF, & Islam MA. “Colposcopic evaluation of pre-invasive and early cervical carcinoma with histologic correlation”, *Mymensingh medical journal: MMJ*. 2012; 21(2): 200-206.

Shapiro SL, Carlson LE, Astin JA, & Freedman B. Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*. 2006; 62(3): 373-386.

Sharpe L, Curran L, Butow P. ve Thewes B. (). Fear of cancer recurrence and death anxiety. *Psycho-Oncology*. 2018; 27 (11): 2559-2565.

Shrestha AD, Andersen JG, Gyawali B, Shrestha A, Shrestha S, Neupane D., ... & Kallestrup P. Cervical cancer screening utilization, and associated factors, in Nepal: a systematic review and meta-analysis. *Public Health*. 2022; 210: 16-25.

Shrestha AD, Neupane D, Vedsted P, & Kallestrup P. Cervical cancer prevalence, incidence and mortality in low and middle income countries: a systematic review. *Asian Pacific Journal Of Cancer Prevention*. 2018; 19: 319.

Shwayder JM. Normal Pelvic Anatomy. *Obstetrics and Gynecology Clinics*. 2019; 46(4): 563-580.

Siegel RL, Miller KD, & Jemal A. Cancer statistics, 2018. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2018; 68(1): 7-30.

Sobirova DR, & Nuraliyeva K. G. Histological Changes In Uterine Erosion. *In Archive of Conferences*. 2021;13: 82-84.

Spinelli C, Wisener M, & Khoury B. Mindfulness training for healthcare professionals and trainees: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Psychosomatic Research*. 2019; 120: 29-38.

Sravani AB, Ghate V, & Lewis S. Human papillomavirus infection, cervical cancer and the less explored role of trace elements. *Biological Trace Element Research*. 2022; 1-25.

Su XQ, Zhao JY, Que WQ, Tang J, & Guo YJ.. Re:“The intrapersonal and interpersonal processes of fear of recurrence among cervical cancer survivors: a qualitative study”. *Supportive Care in Cancer*. 2023; 31(1), 8.

Sugawara Y, Tsuji I, Mizoue T, Inoue M, Sawada N, Matsuo K, ... & Research Group for the Development and Evaluation of Cancer Prevention Strategies in Japan. Cigarette smoking and cervical cancer risk: an evaluation based on a systematic review and meta-analysis among Japanese women. *Japanese Journal of Clinical Oncology*. 2019; 49: 77-86.

Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, & Bray F. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2021; 71: 209-249.

Surendran S, De Foo C, Tan DHY, Tan WH, Melody J, Ooi JLX, ... & Tan KK. Understanding Barriers and Facilitators of Breast and Cervical Cancer Screening among

Singapore Women: A Qualitative Approach. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP*. 2023; 24(3): 889.

Swartzman S, Booth JN, Munro A, & Sani F.. Posttraumatic stress disorder after cancer diagnosis in adults: A meta-analysis. *Depression And Anxiety*. 2017;34(4): 327-339.

Taha, H., Al-Qutob, R., Nyström, L., Wahlström, R., & Berggren, V. “Voices of Fear and Safety” Women’s ambivalence towards breast cancer and breast health: a qualitative study from Jorda”, *BMC Women's Health*. 2012.; 12(1): 1-10.

Tang YY, Hölzel BK, & Posner MI. The neuroscience of mindfulness meditation. *Nature Reviews Neuroscience*. 2015; 16(4), 213-225.

Tang YY, Yang L, Leve LD, & Harold GT.Improving executive function and its neurobiological mechanisms through a mindfulness-based intervention: Advances within the field of developmental neuroscience.*Child Development Perspectives*. 2012;6(4): 361-366.

Tian X, Yi L J, Liang CSS, Gu L, Peng C, Chen GH, & Jimenez-Herrera MF. The Impact of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) on Psychological Outcomes and Quality of Life in Patients with Lung Cancer: A Meta-Analysis. *Frontiers in Psychology*. 2022; 13, 901247.

Tran TXM, Jung SY, Lee EG, Cho H, Kim NY, Shim S, ... & Cho H. Fear of cancer recurrence and its negative impact on health-related quality of life in long-term breast cancer survivors. *Cancer Research and Treatment: Official Journal of Korean Cancer Association*. 2022; 54(4): 1065.

Tronieri JS, Wadden TA, Pearl RL, Berkowitz RI, Alamuddin N, & Chao AM. Mindful eating, general mindful awareness, and acceptance as predictors of weight loss. *Mindfulness*. 2020; 11: 2818-2827.

Unanyan A, Pivazyanyan L, Davydova J, Murvatova K, Khrapkova A, Movsisyan R, ... & Ishchenko A. Efficacy of photodynamic therapy in women with HSIL, LSIL and

early-stage squamous cervical cancer: a systematic review and meta-analysis. *Photodiagnosis And Photodynamic Therapy*.2021; 36.

Uner F and Körükçü Ö. A prevalence and psychometric study on fear of cancer in women with abnormal cervical cytology undergoing colposcopy. *Psycho-Oncology*. 2020; 29(11): 1850-1855.

Uner FO, & Korukcu O. “A qualitative exploration of fear of cancer recurrence in Turkish cancer survivors who were referred for colposcopy”, *Health & Social Care in the Community*. 2021; 29(3): 729-737.

Ussher M, Spatz A, Copland C, Nicolaou A, Cargill A, Amini-Tabrizi N, & McCracken LM. Immediate effects of a brief mindfulness-based body scan on patients with chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*. 2014; 37: 127-134.

van den Hurk, D. G., Schellekens, M. P., Molema, J., Speckens, A. E., & van der Drift, M. A.. Mindfulness-based stress reduction for lung cancer patients and their partners: results of a mixed methods pilot study. *Palliative Medicine*.2015; 29(7): 652-660.

Vehling S, & Kissane DW.Existential distress in cancer: A relieving suffering from fundamental loss and change. *Psycho-Oncology*. 2018;27(11): 2525-2530.

Vollbehr NK, Hoenders HJ, Bartels-Velthuis AA, Nauta MH, Castelein S, Schroevers MJ, ... & Ostafin BD. Mindful yoga intervention as add-on to treatment as usual for young women with major depressive disorder: Results from a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2022; 90(12): 925.

Vrinten C, McGregor LM, Heinrich M, von Wagner C, Waller J, Wardle J, & Black, GB. What do people fear about cancer? A systematic review and meta-synthesis of cancer fears in the general population. *Psycho-Oncology*. 2017; 26(8): 1070-1079.

Vrinten C, McGregor LM, Heinrich M., von Wagner C, Waller J, Wardle J. ve Black, GB What do people fear about cancer? A systematic review and meta-synthesis of cancer fears in the general population. *Psycho-Oncology*., 2017; 26 (8): 1070-1079.

Vrinten C, Waller J, von Wagner C, & Wardle J. Cancer fear: facilitator and deterrent to participation in colorectal cancer screening. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*. 2015; 24(2): 400-405.

Wahbeh H, Goodrich E, Goy E, & Oken BS. Mechanistic pathways of mindfulness meditation in combat veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychology*. 2016; 72(4): 365-383.

Wang JY, & Chen LJ. The role of miRNAs in the invasion and metastasis of cervical cancer. *Bioscience reports*. 2019; 39.

Wang L, Chen X, Peng Y, Zhang K, Ma J, Xu L, ... & Gu C. Effect of a 4-week internet-delivered mindfulness-based cancer recovery intervention on the symptom burden and quality of life of patients with breast cancer: randomized controlled trial. *Journal Of Medical Internet Research*. 2022; 24(11): e40059.

Wang R, Pan W, Jin L, Huang W, Li Y, Wu D, ... & Liao S. Human papillomavirus vaccine against cervical cancer: Opportunity and challenge. *Cancer Letters*. 2020; 471: 88-102.

Warren JM, Smith N, & Ashwell MA structured literature review on the role of mindfulness, mindful eating and intuitive eating in changing eating behaviours: effectiveness and associated potential mechanisms. *Nutrition Research Reviews*. 2017; 30(2): 272-283.

Weeks JC, Catalano PJ, Cronin A, Finkelman MD, Mack JW, Keating NL., & Schrag D.. Patients' expectations about effects of chemotherapy for advanced cancer. *New England Journal of Medicine*. 2013;67(17): 1616-1625.

Weiss Wiesel TR., Nelson CJ, Tew WP, Hardt M, Mohile SG, Owusu C, ... & Cancer Aging Research Group (CARG). The relationship between age, anxiety, and depression in older adults with cancer. *Psycho-Oncology*. 2015; 24(6): 712-717.

WHO. (2023). Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem. Erişim tarihi: 10 Mayıs 2023

Wilailak S, Kengsakul M, & Kehoe S. Worldwide initiatives to eliminate cervical cancer. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2021; 155: 102-106.

Will A, Rancea M, Monsef I, Wöckel A, Engert A, & Skoetz N. Mindfulness-based stress reduction for women diagnosed with breast cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015, 2.

Wirtz C, Mohamed Y, Engel D, Sidibe A, Holloway M, Bloem P, ... & Morgan C. Integrating HPV vaccination programs with enhanced cervical cancer screening and treatment, a systematic review. *Vaccine*. 2022; 40: A116-A123.

Wiser A, Quinlan JD, & Batur P. Risk-based guidelines: Redefining management of abnormal cervical cancer screening results. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*. 2021;88: 556-560.

Wittenborn J, Wagels L, Kupec T, Iborra S, Najjari L, & Stickeler E. Anxiety in women referred for colposcopy: a prospective observational study. *Archives Of Gynecology And Obstetrics*. 2022; 1-6.

Wong, R. K., Wong, M. L., Chan, Y. H., Feng, Z., Wai, C. T., & Yeoh, K. G. Gender differences in predictors of colorectal cancer screening uptake: a national cross-sectional study based on the health belief model. *BMC Public Health*. 2013; 13(1): 1-12.

Woo HY, & Kim HS. Local and Metastatic Relapses in a Young Woman with Papillary Squamous Cell Carcinoma of the Uterine Cervix. *Diagnostics*, 2022;12:599.

Wright Jr TC. The new ASCCP colposcopy standards. *Journal of Lower Genital Tract Disease*. 2017; 21: 215.

Wu H, Li F, & Zhang F. The efficacy of mindfulness-based stress reduction vs. standard or usual care in patients with breast cancer: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Translational Cancer Research*. 2021;11(11): 4148.

Wu J, Wang Y, Jiao X, Wang J, Ye X, & Wang B. Differences in practice and preferences associated with truth-telling to cancer patients. *Nursing ethics*. 2021; 28(2): 272-281.

Wuerthner BA, & Avila-Wallace M. Cervical cancer: Screening, management, and prevention. *The Nurse Practitioner*. 2016; 41: 18-23.

Xunlin NG, Lau Y, & Klainin-Yobas P. The effectiveness of mindfulness-based interventions among cancer patients and survivors: a systematic review and meta-analysis. *Supportive Care in Cancer*. 2020;28:1563-1578.

Yang Y, Sun H, Luo X, Li W, Yang F, Xu W, ... & Xiang YT. Network connectivity between fear of cancer recurrence, anxiety, and depression in breast cancer patients. *Journal of Affective Disorders*. 2022; 309: 358-367.

Yuan X, Zhang X, He J, & Xing W. Interventions for financial toxicity among cancer survivors: A scoping review. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*. 2023; 192: 104140.

Yuan Y, Lin L, Xie C, et al. Effectiveness comparisons of various psychosocial therapies for cancer-related fatigue: a Bayesian network meta-analysis. *J Affect Disord*. 2022.

Zainal NZ, Booth S, & Huppert FA. The efficacy of mindfulness-based stress reduction on mental health of breast cancer patients: A meta-analysis. *Psycho-Oncology*. 2013; 22(7): 1457-1465.

Zernicke KA, Campbell TS, Specia M, Ruff KM, Flowers S, Tamagawa R, & Carlson LE. "The eCALM trial: eTherapy for cancer applying mindfulness. exploratory analyses of the associations between online mindfulness-based cancer recovery participation and changes in mood, stress symptoms, mindfulness, posttraumatic growth, and spirituality". *Mindfulness*. 2016; 7(5): 1071-1081.

Zervos K, Koletsi M, Mantzios M, Skopeliti N, Tsitsas G, & Naska A. An eight-week mindful eating program applied in a Mediterranean population with overweight or obesity: the EATT intervention study. *Psychological Reports*. 2022; 125(2): 1011-1040.

Zhang Q, Zhao H, & Zheng Y. Effectiveness of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on symptom variables and health-related quality of life in breast cancer

patients—a systematic review and meta-analysis. *Supportive Care in Cancer*. 2019; 27: 771-781.

Zhao D, Zhan L, Xie F, Peng D, Wei J, Jiang L, ... & Qi D. Outcomes of prior cervical cytology and HR-HPV testing in women subsequently diagnosed with CIN1, CIN2/3, and invasive cervical cancer: a 4-year routine clinical experience after implementation of systematic training and quality control programs. *BMC Cancer*. 2020; 20: 1-10.

Zhu P, Liu X, Shang X, Chen Y, Chen C, & Wu Q. Mindfulness-Based Stress Reduction for Quality of Life, Psychological Distress, and Cognitive Emotion Regulation Strategies in Patients With Breast Cancer Under Early Chemotherapy—a Randomized Controlled Trial. *Holistic Nursing Practice*. 2023; 37(3): 131-142.

Zhu R, Wang W, Yang A, Zhao W, Wang W, Wang Z, ... & Hao M. Interactions between vaginal local cytokine IL-2 and high-risk human papillomavirus infection with cervical intraepithelial neoplasia in a Chinese population-based study. *Frontiers in Cellular and Infection Microbiology*. 2023; 13: 1109741.

Zou K, Huang Y, & Li Z. Prevention and treatment of human papillomavirus in men benefits both men and women. *Frontiers in Cellular and Infection Microbiology*. 2022; 12: 750.

EKLER

Ek 1

Philadelphia Farkındalık Ölçeği İzni Harici Gelen Kutusu x hemşirelik bölümü x

F **FATMA ÖZLEM ÜNER** 27 May 2021 P

Alıcı:

Sayın Hilal Hocam;
Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Bölümü Doktora öğrencisiyim.Tezimde izniniz olursa Philadelphia Farkındalık Ölçeğinizi kullanmak isterim.Hocam makalenize ulaştım ancak ölçeğinize ulaşamadım.Onu da göndermenizi ri
Sevgilerle.Özlem

h **Hilal Çelik** 28 May 2021 G

Alıcı: ben

Merhabalar
ğİMDİDEN ÇALIŞMADA BAŞARILAR DİLERİM. ÖlÇEĞİ KULLABİLİRSİN. MAKALEDE
ÖLÇĞİN HEM PUANLAMA BİLGİLERİNE HEM DE TUM MADDELERE ULAŞABİLİRSİN.
HEPSİ MAKALEDE VAR. KOLAYLIKLAR DİLERİM

Yanıtla Yönlendir

Ek 2 Akdeniz Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzni

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
2021

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığın Merfoloji Binası A Blok 1. Kat No: A1-05 Kampüsü /ANTALYA
	TELEFON	0 (242) 249 69 54
	FAKS	0 (242) 249 69 03
	E-POSTA	etik@akdeniz.edu.tr
	ETİK KURUL KODU	2012-KAEK-20
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADISOYADI	Doç.Dr.Özmer KÖRÖKÇÜ	
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kanser Korkusu İçin Farkındalık Temelli Bageleme Programının Kolpoukopi Yapılan Kadınlarda Etkinliğinin Değerlendirilmesi: Randomize Kontrollü Bir Araştırma	
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:KAEK- 510	Tarih: 07.07.2021
	Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın yapılmasında bilimsel ve etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.	

Ek 3

Evrak Tarih ve Sayısı: 30.12.2021-255045



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

Sayı : E-97593652-900-255045
Konu : Fatma Özlem ÜNER - Tez Çalışması
Uygunluğu Hk.

30.12.2021

SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ (HASTANE) BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 28.12.2021 tarihli ve 26708535-900-253221 sayılı yazı,

İlgi yazıda bahsi geçen çalışmanın Anabilim Dalımız bünyesinde yapılması uygun görülmüştür.
Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. İsmail MENDİLCİOĞLU
Anabilim Dalı Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Dijitalize Kodu: B376067712 Pts Kodu: 47032
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğretim Kurulu / Antalya
Telsiz No: 242 249 60 77 Faks No: 242 249 60 40
e-Posta: kalin@akdeniz.edu.tr Elektronik Ad: http://akdeniz.edu.tr
Kp: Adres: akdenizuniv.ac.tr/hizmetler/akp

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge Tutarı Adresi: https://belge.gov.tr/belge/ak-55416a7b-b376067712akp-255045
Belge için: GÜLLAK YORULMAZ EL DURAN
Ünvanı: Sekreter



Sayın Katılımcı;

Adım Fatma Özlem Üner,

Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi , Sağlık Bilimleri Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği AD’da araştırma görevlisiyim. Kanser tarama testlerinden sonra bireylerde gelişen “Eğer kansersem” sorusu ile gelen kanser korkusu, kanser tanı testleri yaptıran her bireyde olduğu gibi, olumsuz pap smear testi sonrasında kolposkopi yaptıran kadınları da etkileyebilmekte, gelecek endişesi yaşamalarına sebep olabilmektedir. Bu araştırmanın amacı; kadınların bu süreçte yaşadığı kanser olma korkusu ve yaşadığı psikolojik problemleri ve deneyimlerini ele alan 6 oturumdan oluşan psikolojik destek sağlamaktır. Oturumlar sırasında sizin psikolojik durumunuzu ölçen bazı testler kullanılacaktır. Araştırmayı katılmayı reddetme ya da araştırma başladıktan sonra devam etmeme hakkına sahipsiniz. Araştırmayı kabul etmeniz ya da reddetmeniz tıbbi tedavi sürecinizi etkilemeyecektir. Araştırmaya katılmada gönüllülük esastır. Bilgileriniz yalnızca akademik amaçlı olup herhangi bir yerde kullanılmayacaktır ve isminiz belirtilmeyecektir. Araştırma için tedavi gördüğünüz hastaneden ve etik kuruldan izin alınmıştır. Bu araştırma tamamen bilimsel amaçlı yapılmaktadır. Tüm yanıtlar gizli tutulacaktır ve herhangi bir yayın veya raporda isminiz kullanılmayacaktır.

“Bilgilendirilmiş Onam Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana araştırmanın amacı ve süreci ile ilgili yazılı sözlü ve sözlü bilgilendirme aşağıda belirtilen araştırma görevlisi tarafından yapılmıştır. Araştırmaya gönüllü katıldığımı ve isteğim zaman araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Araştırmaya herhangi bir zorlama olmaksızın gönüllü olarak katıldığımı kabul ediyorum.”

Gönüllünün Adı-Soyadı:
ÜNER

Araştırmacının Adı-Soyadı: Fatma Özlem

İmzası:

İmzası:

Tarih:

Tarih:

Telefonu:

Ek 5

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

- 1.Yaşınız:.....
2. Eğitim durumunuz nedir?
a) okur yazar b) ortaöğretim c) önlisans d) Lisans e) lisansüstü
3. Aile tipiniz aşağıdakilerden hangisine uymaktadır?
a) Çekirdek b) Geniş c) Diğer (.....)
4. Mesleğiniz?
a) Ev hanımı b) özel sektör c) kamu sektörü
5. Ailenizin aylık gelir durumu nedir?
a) Gelir giderden az b) gelir gidere eşit c) gelir giderden fazla
6. Sosyal güvenceniz var mı?
a) Evet (.....) b) Hayır
7. Çocuğunuz var mı?
a) Evet b) Hayır
8. Medeni durumunuz nedir?
a) Evli b) Bekar
9. Geçmişte kanser öykünüz var mı?
a) Evet (hangisi.....) b) Hayır
10. Aile bireylerinde kanser öyküsü olan var mı?
a) Evet b) Hayır
- 11.Kaç kere pap-smear testi yaptırdınız?
a) İlk b)2 c)3 d)3 ve üstü
- 12.Taramanızı düzenli yapıyor musunuz?
a)Evet b) Hayır
13. Kontrollerinize düzenli geliyor musunuz?
a)Evet b) Hayır
14. Pap smear testinin ne için yapılıyor biliyor musunuz?
a)Evet b) Hayır
15. Kolposkopinin ne için yapıldığını biliyor musunuz?
a)Evet b) Hayır
16. Kolposkopi yaptırmaktan korktunuz mu?
a)Evet (Evetse neden korktuğunuzu belirtir misiniz?)
b) Hayır
- 17.Evetse neden korktuğunuzu belirtir misiniz?)
18. Kolposkopi sonucunu öğrenmekten korkuyor musunuz?
a)Evet b) Hayır
- 19.Daha önce Mindfulness stres azaltma programına katıldınız mı?
a)Evet b) Hayır
- 20.Meditasyon yapıyor musunuz?
a)Evet b) Hayır
- 21.Pap Smear Sonucunuz?
a)LSIL b) HSIL
c) ASC-US d)Yüksek Riskli HPV(16, 18, 45, 31, 33, 52, 58, 35, 59, 56, 51, 39, 68, 73, 82
- 21) Biyopsi sonucunuz?
a)CIN1 b)CIN2 c)CIN3

Ek 6 Kanser Kaygı Ölçeği

Aşağıdaki cümleler sizin kanser korku düzeyinizi ölçmek içindir. Pap-smear testi sonrasında kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden cümleyi seçiniz. Lütfen her ifade için bir şıkkı işaretleyiniz.

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

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

Philadelphia Farkındalık Ölçeği (PFÖ)

Maddeler	Hiçbir zaman	Bazen	Ara sıra	Çoğunlukla	Her zaman
1. Aklımdan geçen düşüncelerin farkındayım					
2. Hoş olmayan duygular hissettiğimde dikkatimi başka yöne çekmeyi denerim.					
3. Başkalarıyla konuşurken onların yüz ve beden ifadelerini fark ederim					
4.Üzerinde düşünmek istemediğim özelliklerim var.					
5. Duş alırken suyun vücudumdan nasıl akıp gittiğinin fark ederim					
6. Düşünce veya hislerimin aklıma gelmesini engellemek için kendimi meşgul etmeye çalışırım.					
7. Ürktüğüm zaman bedenimde ne olup bittiğini fark ederim					
8. Duygularımı daha kolay bir şekilde kontrol edebilmeyi dilerim					
9. Dışarıda yürürken kokuların veya havanın yüzümde nasıl bir his yarattığını fark ederim					
10. Kendime sabit/değişmez düşüncelerimin olmaması gerektiğini söylerim					
11.Birisi nasıl hissettiğimi sorduğunda, duygularımı kolayca tanımlayabilirim					
12. Üzerinde düşünmemeye çalıştığım şeyler var					
13. Duygu-durumum değiştiğinde o anki düşüncelerimi fark ederim					
14.Kendime üzgün hissetmemem gerektiğini söylerim					
15.Kalbimin daha hızlı atması veya kaslarımın gerilmesi gibi bedenimdeki değişiklikleri fark ederim					
16. Eğer düşünmek istemediğim bir şey varsa, onu aklımdan çıkarmak için birçok şey denerim.					
17. Duygularım her ne zaman değişirse bunu hemen fark ederim					
18. Sorunlarımı aklımdan uzaklaştırmayı çalışırım					
19.Başkalarıyla konuşurken, o esnada hissettiğim duyguları fark ederim					
20. Kötü bir anımı hatırladığımda, onu aklımdan çıkarmak için dikkatimi başka yönlere kaydırırım					

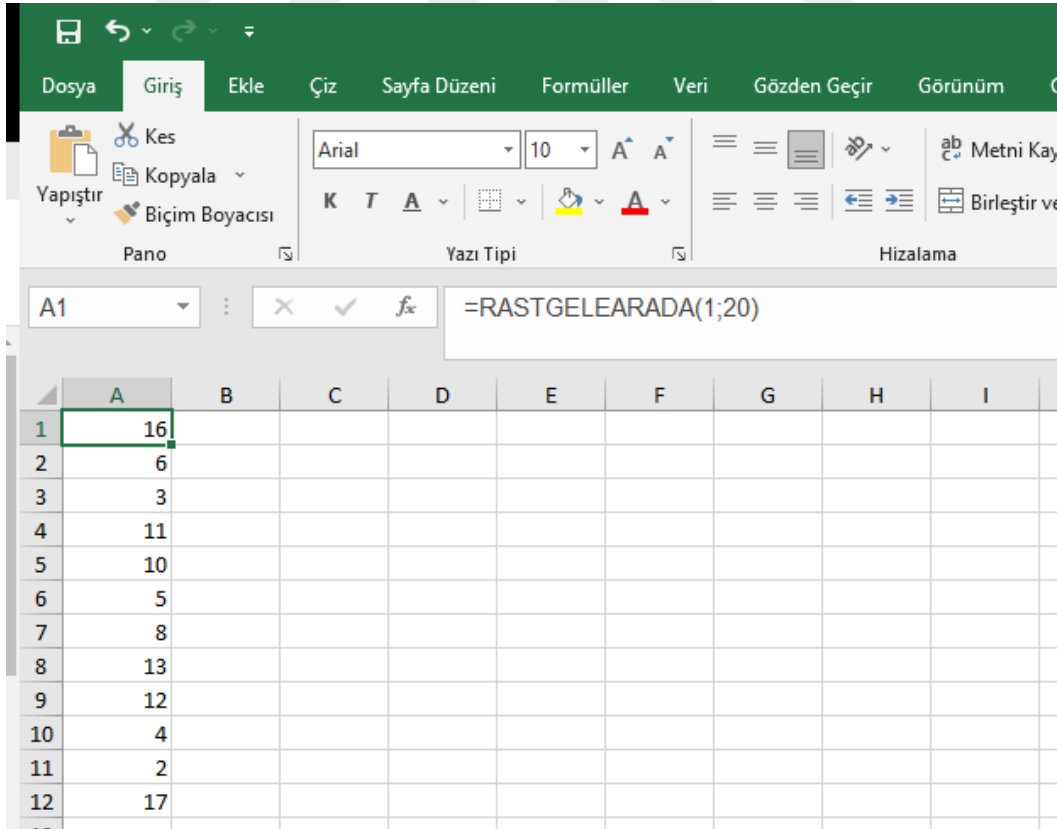
EK 7

Permütasyon Yöntemine Göre Bloklar

Blok No	Blok	Blok No	Blok
1	AAABBB	11	ABAABB
2	AABBBA	12	BAABBA
3	ABBBAA	13	ABBABA
4	BBBAAA	14	ABABAB
5	AABBAB	15	BABABA
6	ABBAAB	16	BABAAB
7	BBAAAB	17	BAAABB
8	AABABB	18	BBABAA
9	ABABBA	19	BBAABA
10	BABBAA	20	BAABAB

EK 8

Excel Programında Rasgele Sayı Dizisi İşlemi



EK 9

Hastaların Bloklara Göre Gruplara Atama

Blok No	Blok	Hasta No
16	BABAAB	1, 2, 3, 4, 5, 6
6	ABBAAB	7, 8, 9, 10, 11, 12
3	ABBBAA	13, 14, 15, 16, 17, 18
11	ABAABB	19, 20, 21, 22, 23, 24
10	BABBAA	25, 26, 27, 28, 29, 30
5	AABBAB	31, 32, 33, 34, 35, 36
8	AABABB	37, 38, 39, 40, 41, 42
13	ABBABA	43, 44, 45, 46, 47, 48
12	BAABBA	49, 50, 51, 52, 53, 54
4	BBBAAA	55, 56, 57, 58, 59, 60
2	AABBBA	61, 62, 63, 64, 65, 66
17	BAAABB	67, 68, 69, 70, 71, 72

EK-10

	Hasta Adı Soyadı	Telefon Numarası	Araştırmaya Alınma Tarihi	Biyopsi sonuç gösterme için randevu tarihi	Ön test Uygulama tarihi	Son test Uygulama tarihi
1. Müdahale						
2. Kontrol						
3. Müdahale						
4. Kontrol						
5. Kontrol						
6. Müdahale						
7. Kontrol						
8. Müdahale						
9. Müdahale						
10. Kontrol						
11. Kontrol						
12. Müdahale						
13. Kontrol						
14. Müdahale						
15. Müdahale						
16. Müdahale						
17. Kontrol						
18. Kontrol						
19. Kontrol						
20. Müdahale						
21. Kontrol						
22. Kontrol						
23. Müdahale						
24. Müdahale						
25. Müdahale						
26. Kontrol						
27. Müdahale						
28. Müdahale						
29. Kontrol						
30. Kontrol						
31. Kontrol						
32. Kontrol						
33. Müdahale						
34. Müdahale						
35. Kontrol						
36. Müdahale						
37. Kontrol						

38. Kontrol						
39. Müdahale						
40. Kontrol						
41. Müdahale						
42. Müdahale						
43. Kontrol						
44. Müdahale						
45. Müdahale						
46. Kontrol						
47. Müdahale						
48. Kontrol						
49. Müdahale						
50. Kontrol						
51. Kontrol						
52. Müdahale						
53. Müdahale						
54. Kontrol						
55. Müdahale						
56. Müdahale						
57. Müdahale						
58. Kontrol						
59. Kontrol						
60. Kontrol						
61. Kontrol						
62. Kontrol						
63. Müdahale						
64. Müdahale						
65. Müdahale						
66. Kontrol						
67. Müdahale						
68. Kontrol						
69. Kontrol						
70. Kontrol						
71. Müdahale						
72. Müdahale						

EK-11



Ek 12









İÇİNDEKİLER

1. SERVİKS KANSERİ

- 1.1. Serviks Kanseri Nasıl Gelişir?**
- 1.2. Serviks Kanseri Belirtileri Nelerdir?**
- 1.3. HPV (Human Papilloma Virüsü)**
- 1.4. Pap Smear Testi**
- 1.5. Anormal Pap Smear Sonucunda Ne Yapmalısınız?**
- 1.6. Kolposkopi İşlemi Ne Anlama Geliyor?**
- 1.7. Serviks Kanserinde Önleme**

ÖNSÖZ

Tüm dünyada yaklaşık 1,4 milyon kadının serviks kanseri (rahim ağzı kanseri) ile yaşadığı tahmin edilmektedir. Serviks kanseri erken teşhis edildiğinde ve etkin bir şekilde yönetildiği sürece en başarılı tedavi edilebilen kanser türlerinden biridir. Servikal displaziyi değerlendirmek için bir teşhis prosedürü olan kolposkopi uygulaması, yüksek dereceli CIN ve kanser için altın standart olarak görülmektedir. Özellikle, kanser tarama testlerinden sonra gelişen kanser olma korkusu bireylerde psikososyal sağlığa etkisi giderek artan önemli bir sorun haline gelmektedir. Son 25 yılda, Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı (MBSR) meditatif uygulamaları aracılığıyla gerçekleştirilen farkındalık üzerine yapılan araştırmalar, çok çeşitli klinik ve klinik olmayan popülasyonlarda psikolojik ve fiziksel semptomları azaltmada etkinlik göstermiştir. Araştırmada bu çalışmalar referans alınarak kanser korkusu yaşayan kadınlar için planlanan “Kanser Korkusu Farkındalık Temelli Başetme Programı”, farkındalık uygulamasının bir işlevi olarak kadınların kanser korkusunun bakış açısını değiştirme, duygu düzenleme ve bilişsel kontrole ek olarak bilinçli farkındalık oluşturmayı amaçlanmaktadır.



SERVIKS KANSERİ

Serviks kanseri dünya genelinde kadınlarda görülen **en sık dördüncü** kanser türüdür. 2020'de dünya çapında tahminen **604,127** kadına serviks kanseri teşhisi kondu ve yaklaşık **341, 831** kadın hastalıktan öldü.

Her 2 dakikada dünyada bir kadın Serviks Kanseri yüzünden yaşamını yitirmektedir. Serviks Kanseri, erken teşhis edildiği ve etkin bir şekilde yönetildiği sürece, en başarılı tedavi edilebilen kanser türlerinden biridir.

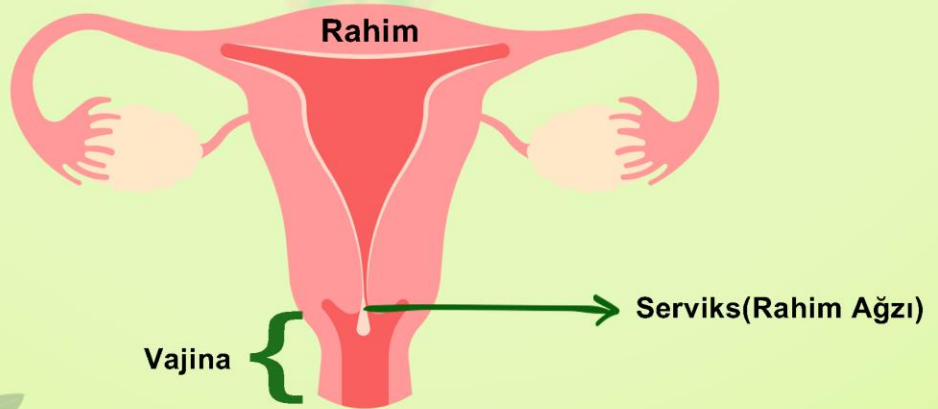
Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün açıkladığı verilere göre Serviks Kanseri dünyada ortadan kaldırılabilir. **ilk kanser türü** olabilir. Eğer kız çocuklarının %90'ını aşılarsa, kadınların %70'i düzenli taranırsa ve Serviks Kanseri hastalıkları olan kadınların %90'ını gerekli tedaviyi alabilirse, serviks kanseri yeryüzünden silinebilir.

Serviks Kanseri Nasıl Gelişir?

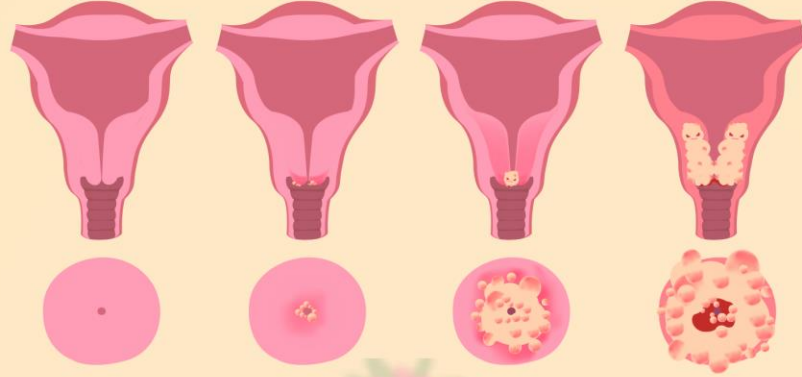
Servikte kanser hücrelerinin kontrolsüzce çoğaldığı bir hastalıktır. Serviks kanseri, rahmin serviks (boyun) adı verilen alt kısmındaki hücrelerde görülür ve kanser büyümeye devam ederse vücudun diğer bölgelerine yayılabilir.

Bunları Biliyor Musunuz?

Serviks(Rahim Ağızı), kadın üreme sisteminin bir parçası olarak vücudun içindedir. Vajinanın üst kısmı ile rahmin alt kısmını birleştirir. Serviks, rahmin alt, dar ucudur. Serviks, rahimden alttaki vajinaya (doğum kanalına) açılır.



Serviks kanseri, rahim ağzı dokularındaki hücrelerin anormal büyümesi ve gelişmeye başlamasıyla ortaya çıkar.



NORMAL → ANORMAL

Serviks Kanserine Yakalanma Riski Kimlerde Yüksek?



Sigara



Erken Yaşta
Cinsell İlişki

HPV

HPV
Enfeksiyonu



Düzenli
Pap Smear
Testi Yaptırmamak



Birden Fazla
Cinsel Partner



5 Yıldan Fazla
Doğum Kontrol
Hapı Kullanma



Korunmasız
Cinsel İlişki

Peki Belirtiler Neler?

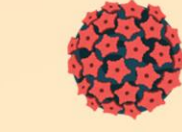
- Düzensiz, mens (adet) dönemleri arasında veya cinsel ilişkiden sonra anormal vajinal kanama,
- Cinsel ilişki sırasında ağrı,
- Sırt, bacak veya kadın cinsel organlarının olduğu bölgede ağrı,
- Yorgunluk, kilo kaybı, iştah kaybı
- Vajinal rahatsızlık veya kokulu akıntı,
- Tek bir bacakta şişkinlik,
- İdrar yaparken ağrı,

HPV'yi (Human Papilloma Virüsü) Duydunuz mu?

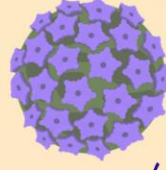
Serviks kanserinin gelişmesinde HPV (Human Papilloma Virüs) enfeksiyonu temel etkindir. Tüm serviks kanserlerinin %97.7'de saptanır.

Yaklaşık 100'den fazla HPV türü vardır. On dört HPV tipine "yüksek riskli" denir. Çünkü bu tipler kansere yol açabilen tiplerdir. Rahim ağzını enfekte eden ancak kanserle ilişkili olmayan başka HPV türleri de vardır (düşük riskli tipler). Bu düşük riskli tipler genital siğillere neden olabilir. Çoğu insanda bağışıklık sistemi, "yüksek riskli" HPV türleri de dahil olmak üzere HPV enfeksiyonuyla savaşır ve virüsü vücuttan uzaklaştırır.

HPV çok yaygın bir enfeksiyondur ve cinsel yolla bulaşır. Rahim ağzı hücreleri anormalleşip kontrolsüz bir şekilde büyümeye başlayıp 10-15 yıl içinde ilerleyerek kansere dönüşür.



HPV 16



HPV 18

HPV 16 ve 18 yaygın yüksek riskli HPV türleri arasında bulunur. HPV ile enfeksiyon çok yaygındır. Çoğu insanda vücut enfeksiyonu kendi kendine temizleyebilir. Ancak bazen enfeksiyon kaybolmaz. Kronik veya uzun süreli enfeksiyon, özellikle belirli yüksek riskli HPV türlerinin neden olduğu durumlarda, zamanla kansere neden olabilir. HPV, cinsel aktivitede olduğu gibi ten tene temas yoluyla bir kişiden diğerine geçebilir. HPV'nin yayılmasının ana yolu, vajinal, anal ve oral seks dahil olmak üzere cinsel aktivitedir. HPV ile enfekte bir kişinin görünür hiçbir belirti veya semptomu olmasa bile yayılabilir.

Siğil yapan HPV türlerini aşağıdaki şekillerde bulaşırken, kanser ilişkili HPV tipleri bulaşmaz.

- Tuvalet koltukları
- Sarılmak veya el ele tutuşmak
- Yüzme havuzları veya sıcak küvetler
- Yiyecek veya mutfak eşyaları paylaşmak
- Genital hijyene dikkat etmemek



Hastalık riskini azaltmada en etkin yol düzenli aralıklarla HPV-DNA ve PAP-smear tarama testi yaptırmaktır.

Pap testi olarak da adlandırılan **Pap smear** Testi kadınlarda serviks kanserini test etmek için yapılan bir işlemdir. Pap smear, serviksinizden (rahminizin vajinanızın tepesindeki alt, dar ucundan) hücrelerin toplanmasını içerir. Pap smear ile serviks kanserini erken teşhis etmek, tedavi için size daha fazla şans verir. Pap smear, servikal hücrelerinizde gelecekte kanserin gelişebileceğini düşündüren değişiklikleri de tespit edebilir. Bu anormal hücreleri Pap smear ile erken tespit etmek, olası serviks kanseri gelişimini durdurmak için ilk adımınızdır.

Ülkemizde buna göre **30-65 yaş** arası kadınlara beş yılda bir **ücretsiz** HPV testi uygulanmaktadır, pozitif çıkan olgular smear ile birlikte değerlendirilmektedir. **Aile Sağlığı Merkezlerine (ASM) ve Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezine (KETEM)** başvurabilirsiniz.

Anormal Pap Semar Sonucunda Ne Yapmalısınız?

Pap smearlerinin çoğunda sonuç normaldir ve herhangi bir anormal hücre ortaya çıkmaz. Bazen sonuç belirsizdir. Doktorunuz, herhangi bir değişiklik olup olmadığını izlemek için kişiden daha fazla test yapmasını isteyebilir. Bu ek testlerin ya ilk testten hemen sonra ya da yaklaşık 6 ay sonra yapılmasını isteyecektir. Anormal bir sonuç, serviksinizde hücre değişikliklerinin bulunduğu anlamına gelir. Bu genellikle serviks kanseri olduğu anlamına gelmez.

Rahim ağzınızdaki anormal değişiklikler muhtemelen HPV'den kaynaklanır. Daha ciddi değişikliklere “**kanser öncülü**” adı verilir, Çünkü bunlar henüz kanser değildir, ancak zamanla kansere dönüşebilirler.



*Pap testi, serviks(rahim ağzı) hücrelerinde daha ciddi değişiklikler bulursa, doktorunuz **kolposkopi** ve biyopsi gibi daha fazla test yapacaktır.*

KOLPOSKOPİ İŞLEMİ NE ANLAMA GELİYOR?



Kolposkopi, temel olarak serviksinize daha yakından bakmak için büyük bir mikroskop altında muayenedir. Bacakları üzengilerle (doğum odasını düşünün) özel olarak tasarlanmış bir sandalyede uzanacaksınız.

Rahim ağzınıza bakmak için ışıklı bir mikroskop (kolposkop) kullanılır - bu, vajinanızın yaklaşık 30 cm dışında kalır ve doktorunuzun serviksinizdeki hücreleri görmesini sağlar.

Anormal bölgeleri belirginleştirmek için rahim ağzınıza asetik asit gibi özel sıvılar uygulanır. Bunlar uygulandığında hafif bir karıncalanma veya yanma hissi hissedebilirsiniz, ancak genellikle ağrılı değildir.



Anormallikler bulunursa, laboratuarda daha yakın inceleme için küçük bir doku örneği (biyopsi) alınabilir. Kasları gevşetmek için bunu yaparken sizden öksürmenizi isteyebilirler. Bu acı verici olmamalıdır, ancak hafif bir sıkışma veya batma hissi hissedebilirsiniz.



Kolposkopi yaptırdıktan sonra, kendinizi hazır hissederek hissetmez, genellikle işlem biter bitmez eve gidebilirsiniz. Çalışmaktan, araba kullanmaktan ve daha sonra genel olarak hoşunuza giden başka bir şey yapmakta herhangi bir engel yok. Biyopsi olmadan kolposkopi yaptıırırsanız, çok hafif lekelenme olabilir. Biyopsi ile kolposkopi yaptırdıysanız, işleminden 24 ila 48 saat sonra bir miktar vajinal kanama ve hafif kramp yaşammanız olasıdır. Kanama ve akıntı için tampon değil, hijyenik ped kullanmalısınız.



Ancak cinsel ilişkiye girmeden, tampon, vajinal ilaçlar, kayganlaştırıcılar veya kremler kullanmadan önce herhangi bir kanamanız varsa durmasını beklemek sizin için önemli olacaktır.



Kadınların yaklaşık %60'ının servikslerinde anormal hücreler bulunur. Bunlar **Servikal intraepitelyal neoplazi (CIN)** bilinir. Bu, kadınların %60'ında serviks kanseri olduğu anlamına gelmez, bu nedenle endişelenecek bir şey yoktur. Bununla birlikte, tedavi edilmezse kansere dönüşebilecek değişiklikler gösterir, bu nedenle takip etmek önemlidir. Kolposkopiniz sırasında biyopsi yapılmamışsa, bu aşamada yapılabilir.



Farklı anormal biyopsi sonucu türleri ve ne anlama geldikleri aşağıdaki gibidir:



CIN 1 – hücrelerin kanserli hale gelmesi olası değildir ve kendiliğinden yok olabilirler; tedaviye gerek yoktur ve gittiklerini kontrol etmek için 12 ay içinde bir servikal tarama testi için doktorunuz görmek isteyecektir.



CIN 2 – hücrelerin kanserli hale gelme olasılığı orta düzeydedir ve daha yakın takip isteyecektir ve tekrar biyopsi (doku) alınması gerekebilir. Tedavi gerektirebilir.



CIN 3 – hücrelerin kanserli hale gelme olasılığı yüksektir ve bunları çıkarmak için tedavi önerilir.

Sonuçlar Ne Zaman Çıkar?

Doku örneği yani biyopsi kolposkopi işlemi sırasında alınmış ise yaklaşık iki hafta kadar bir süre sonra sonuçlanacaktır. Bu yüzden tekrar randevu almayı unutmayınız.

Kolposkopi İşlemi Sonrası Doktora Başvurulması Gereken Durumlar Nelerdir?

- İki saat boyunca saatte birden fazla pedi ıslatan ağır vajinal kanama
- Şiddetli veya kötüleşen pelvik ağrı
- Titreme ile yüksek ateş
- Kötü kokulu, beyaz benzeri vajinal akıntı





Günümüzde **3** farklı koruyucu HPV aşısı kullanılıyor. Bunlardan birincisi; sadece en çok serviks kanseri yapan iki **HPV 16** ve **HPV 18** tipine karşı koruması olan ikili aşı.

İkincisi ikili aşıda var olan tiplerin yanında erkek ve kadında siğillere neden olan HPV tiplerine karşı da koruması olan dördü aşıdır. Dördü aşının kapsadığı HPV tipleri, rahim ağzı kanserlerinin yaklaşık yüzde 70'inden sorumlu tutulan HPV 16 ve HPV 18'in yanında, genital siğillerin yaklaşık yüzde 90'ından sorumlu olan ve kanser ile ilişkili olmayan HPV 6 ve HPV 11'i de içermektedir.

Üçüncüsü ise erkek ve kadında siğillere neden olan HPV tipleri yanında kansere neden olan ek yedi HPV tipine karşı koruması olan dokuzlu aşı.

HPV virüsünün ayrıca vulva, vajen (kadın cinsel organları), anüs, penis ve ağız boşluğu kanserine de neden olduğu bilinmektedir.

11-12 yaş arası çocuklara **6 ila 12 ay arayla** iki doz HPV aşısı yapılmalıdır.

HPV aşıları 9 yaşından itibaren verilebilir.

15 ila 26 yaş sonrası başlayan gençler ve yetişkinlerin üç doz HPV aşısına ihtiyacı vardır.

KAYNAKÇA

- || Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*, 71(3), 209-249.
- || WHO Cervical Cancer Prevention and Control Costing (C4P) tool. Geneva: World Health Organization (https://www.who.int/immunization/diseases/hpv/cervical_cancer_costing_tool/en/, Erişim tarihi :03 Ocak 2022).
- || Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013–2020. Geneva: World Health Organization; 2013 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/94384>, Erişim tarihi :05 Ocak 2022).
- || <https://www.who.int/publications/i/item/9789240040434>. WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention, second edition: use of mRNA tests for human papillomavirus (HPV). Erişim tarihi : 15 şubat 2022).
- || <https://www.who.int/publications/i/item/9789240014107> Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem (Erişim tarihi : 8 şubat 2022).
- || <https://www.cancer.org/cancer/cancer-causes/infectious-agents/hpv/hpv-and-cancer-info.html> (Erişim tarihi : 12 şubat 2022).
- || <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari/listesi/serviks-kanseri-tarama-program%C4%B1-ulusal-standartlar%C4%B1.html>. (Erişim tarihi : 15 şubat 2022).
- || <https://www.cdc.gov/hpv/parents/vaccine-for-hpv.html>. HPV Vaccine. (Erişim tarihi : 15 şubat 2022).
- || https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14299:fin-cancer-cervical&Itemid=72265&lang=en. (Erişim tarihi : 18 şubat 2022).
- || Cohen PA, Jhingran A, Oaknin A, Denny L. Cervical cancer. *Lancet*. 2019;393(10167):169–82. doi:10.1016/S0140-6736(18)32470-X.
- || Brisson M, Kim JJ, Canfell K, Drolet M, Gingras G, Burger EA, et al. Impact of HPV vaccination and cervical screening on cervical cancer elimination: a comparative modelling analysis in 78 low-income and lower-middle-income countries. *Lancet*. 2020;395(10224):575–590. doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30068-4.
- || <https://www.health.gov.au/initiatives-and-programs/national-cervical-screening-program>. (Erişim tarihi: 15 şubat 2022).

FARKINDALIKLA YOGA

- 1 Yoga pratiğiniz için sessiz, açık ve havadar bir alanda en az 15 dakikanızı ayırın.
- 2 Pratiğinizi spor salonundaki bir seans gibi ele almak yerine, pozlar arasında ilerlerken hem fiziksel hem de duygusal duyularınıza tam farkındalığınızı getirdiğiniz bir meditasyon gibi davranın
- 3 Her bir pozdaki fiziksel duyuların nasıl duygusal duyumlara yol açtığını gözlemleyin. Örneğin; gevşemeye yol açan serbest gerilim ve hatta hüsrana yol açan acı gibi duygular



SAğLINIZA FAYDALARI
Azaltılmış Stres
Gelişmiş Konsantrasyon
Artan Hafıza ve Performans

STRESİ AZALTMAK İÇİN NEDEN İşE YARAR ?
Beyinde enerji ve pozitif kimyasalların artmasını sağlayan fiziksel bir unsur ekler.

FARKINDALIKLA NEFES

- 1 Bir zaman seçin; otobüste, yemek yaparken veya duşta
- 2 Odağınızı nefesinize çevirin ve odaklanmak için tek bir yön seçin. Göğüsünüzün inip kalkması veya burnunuzdaki nefes alışınızın oluşturduğu his
- 3 En az 5 dk geçirin. Zihniniz dağıldığında nazikçe nefesinize yönlendirin



SAĞLIĞINIZA FAYDALARI

Azaltılmış Stres
Artmış Gevşeme
Azaltılmış Kan Basıncı

STRES AZALDIĞINDA

Kalp atış hızınız ve solunumunuz yavaşlar
Kan basıncınız normalleşir
Zihniniz yavaşlar ve sakinleşir

FARKINDALIKLA YEMEK YEME

- 1** Gün içinde sosyalleşmenizin beklenmediği uygun bir yemek zamanı seçin. Yalnız olabilirsiniz.
- 2** Yavaşça yiyin. Sırasıyla ilk ısırtığınızla birlikte her bir duyuya odaklanın: Koku, görme, dokunma ses ve tat.
- 3** Kendinizi yemek yeme pratiğinin zenginliğine bırakın ve tüm yemeğinizi yavaşça ve takdirle yemeye çalışın.



SAĞLIĞINIZA FAYDALARI

- Azaltılmış stres
- Düzelmiş sindirim sistemi
- Azaltılmış aşırı yeme ve kilo alımı

STRESİ AZALTMAK İÇİN NEDEN İŞE YARAR?

Sıklıkla kaçırdığımız küçük şeyleri takdir etmek için zaman ayırmak, bizi günlük kaygılarımız üzerinde düşünmekten kurtarabilir.

FARKINDALIKLA MEDITASYON



Dikkatinizin dağılmayacağı sessiz bir yer bulun.



Bir zaman belirle.Önce 5 dk ile başla.Daha sonra 15-40 dk kadar çıkmanı kolaylaştıracaktır.



Bir minder veya sandalye kullanarak dik, ancak sert değil; başınızın ve omuzlarınızın rahatça dinlenmesine izin verin; ellerinizi üst kollarınız yanınızda olacak şekilde bacaklarınızın üstüne koyun.



Boynunu dik tut, çeneni hafifçe aşağı eğ ve gözlerini kapa ya da 5-10 adım karşına bak.



Derin bir nefes al ve rahatla. Birkaç derin, temizleyici nefes alarak başla.



Göğsünüzün düşüşünü ve yükselişini ve karnınızın genişlemesini ve daralmasını hissedin.



Her nefeste, içeri girerken serinliği ve çıkarken sıcaklığı fark edin. Nefesi kontrol etmeyin, doğal akışını izleyin.



Düşünceler, dikkatinizi nefesten uzaklaştırmaya çalışacak. Onları fark edin, ancak yargılamayın.



Dikkatinizi yavaşça nefesinize geri verin. Bazı insanlar odaklanmanın bir yolu olarak nefeslerini sayarlar.



Bitirmek için hazır olduğunda gözlerini yavaşça aç.

1. Oturum Tanışma, Grupların Oluşturulması ve Farkındalığa Giriş		
Amaç	Oturum İçeriği	Kullanılan Yöntemler ve Teknikler
Herkesin aynı yolculukta olduğunu anlatılması ve hiçbir yolculuğun birbirine benzemediğini kabul ederek devam etmesi,	- Grup katılımcılarının kendilerini tanıtmaları, - Serviks kanseri hakkında eğitim: Belirtileri, HPV virüsü, tarama yöntemleri (pap smear ve kolposkopi işlemi), - Yedi Uygulama Tutumu, - Farkındalığın tanımına giriş, - Nefes meditasyonu uygulaması, - Kanser korkusundan etkilenen tarafın algılanması için vücut taraması uygulamasına giriş,	- Ev Ödevi (Nefes Meditasyonu ile güne başlamak) - Nefes Meditasyonu sonrası duyguları yazma
2. Oturum: Algı ve Yaratıcı Yanıtlama		
Kanser korkusu için yaşadıkları stres faktörlerini keşfetmeye davet edildi ve duygularını paylaşma	- Kolposkopi işlemi sonrası nelere dikkat edilmesi gerektiği hakkında eğitim, kolposkopi işlemi sonrası anormal biyopsi sonuçları türleri (CIN1, CIN2, CIN3) hakkında eğitim verildi. Serviks kanserinde korunma için aşılar hakkında bilgilendirme, - Oturarak nefes tarama meditasyonu ile oturuma başlama 1. oturumda verilen ev ödevinde meditasyon pratiği ve farkedilen duyular ve hissedilen duygular hakkında konuşma - Stres ve Algının Yansımaları: Stresin oluşma mekanizması ve bireylerde bilişsel, davranışsal etkileri ve başetme yöntemleri, - Beden tarama meditasyonu yapılarak oturum kapama - Beden tarama meditasyonundan sonra kadınlara beden figürü çizme ve ağrı gibi his olan bölgelerin işaretlenmesi istenerek bu durum hakkında duyguları ifade etmesi	- Her gün 10-15 dakikalık nefes farkındalığı alıştırmaları yapma. - Gün içerisinde zihninizin dağıldığı anları fark edip, ana dönme pratikleri (nefes farkındalığı) geliştirme çalışması. - Sabah güne başlarken ve uyuma geçmeden önce beden tarama yapma. - Egzersiz takvimine gün içerisinde

		yaptığınız eğersizleri not etme.
3. Oturum: Olumlu ve Olumsuz deneyimler		
Yaşanan kanser korkusu süresine hoş ve hoş olmayan bir olayda kendine kattığı ve götürdüğü şeyi ifade etmeye davet (örnek; baş etmek için kendisine yakın gördüğü birinden destek almak veya kendini bu süreçte yalnız hissetmek)	- Nefes meditasyonu ile oturuma başlama. - Yaşadıkları kanser korkusunun içinde güzel bir ana odaklanmaya davet - Yoga hakkında bilgi verildi ve kadınların ne bekledikleri ifade etmesi - Yoga/ Dikkatli hareket uygulaması (30dk) - Yoga sonrasında gevşeyen kadınlarda uzanma meditasyonu yapılarak sessizliğin dinlenmesi - Beden tarama ve hissettikleri duygu paylaşımı	Her gün 15 dakika beden tarama pratiği yapın. Her gün 10 dakikalık nefes farkındalığı alıştırmaları yapın. 3 Dakikalık Nefes Alanını günde üç kez, belirlediğiniz saatlerde kullanarak alıştırma yapın. Hoşa gitmeyen Olaylar Etkinlik Takvimi”ni doldurma
4. Oturum: Stres Döngüsü ve Verilen Yanıt		
Kanser korkusu etrafını çevreleyen zorlayıcı stresli düşünceler ve davranışlar. Kanser olmadan kurtulma konusunda kendisini yenilgiye uğratan inançları ortaya çıkarmak	- Oturmuş Farkındalık Meditasyonu - Düşüncelerin strese nasıl katkılarda bulunabileceğini keşfetme. - STOP uygulaması - Farkındalıkla yemek yemeye giriş - Uzanarak beden tarama yapıldı ve ardından sessizliği dinleme	Karşılaşılan zorluklara karşı S.T.O.P. Uygulaması pratiğini kendinize hatırlatma ve deneyimleri not etme Nefes Beden meditasyonu uygulaması ile deneyim farkındalıklarını fark etme

5.Oturum: Stres Tepkiselliği Kalıplarımızı Öğrenmek, Stresli iletişim: Kişilerarası farkındalık		
Otomatik alışılmış stres tepkileri hakkında farkındalık yaratma	- Dikkatli yürüme - Beden taraması meditasyonu - Farkındalık ile yemek yeme deneyimleri sağlandı. Kuru üzümün kokusu, tadı, şekli, ağırlığı ve yavaş yemek yeme deneyimi ile farkındalıkla yeme deneyimi - Oturma meditasyonu - nefes&beden Farkındalığı - Beden tarama meditasyonu	Farkındalık ile yemek yeme partisi uygulaması ve deneyimleri not etme Farkındalıkla Yürüme Gece yatmadan beden tarama ile günü kapatma
6. Oturum: Çemberi Kapatma		
Kendinizi "istenmeyenleri kucaklamaya" hazır olma	- Oturmuş Farkındalık Meditasyonu. - Dikkat Günü Üzerine Düşünme. - Dikkatli İletişim. - Beden taraması Meditasyonu - Düşünceler ve tartışma - Çemberi kapatmak ve hoşçakal demek	Programın değerlendirilmesi

MİNDFUL NEFES YÖNERGESİ (5 DK)

Amaç, Nefes almak hepimizin yaptığı bir şeydir. Vücudunuz bunu nasıl yapacağını bilir; doğduğundan beri yapıyor. Bu sadece dikkatli bir şekilde nefes almakla ilgilidir. Nefes almak her yere yanınızda taşıdığınız bir şeydir; sadece genellikle bunun farkında değilsin. Nefes yaşam gücüdür. Nefes almak bize hayat verir; biz nefes alırken hücrelere oksijen getirir; nefes verdiğimizde karbondioksit şeklinde atık ürünler salıyoruz. Nefes her zaman orada olduğundan ve şu anda gerçekleştiğinden, başıboş bir zihin için mükemmel bir çapadır. İçeri ve dışarı aktıkça hız, ritim, derinlik, yoğunluk ve his açısından değiştiğini fark edeceksiniz. Dikkat etmeniz gereken çok şey var ve nefesle birçok farklı şekilde bağlantı kurabilirsiniz.

- ❖ Bulduğunuz yere ve boş alana bağlı olarak rahat bir koltuk veya ayakta durma pozisyonu bularak başlayın. Başınızın tepesinden yukarı uzanarak omurganızı daha da uzun yapın. Bu rahatsa gözlerinizin hafifçe kapanmasına izin verin ve bir elinizi karnınıza, bir elinizi de kalbinize götürün.
- ❖ Nefesinizi fark etmeye başlayın. Büyük mü yoksa küçük mü? Uzun veya kısa Ayrıca ciğerleriniz gevşerken ve burnunuzdan nefes alırken nefesinizi fark edin. Nefesinizle hiçbir şey yapmaya çalışmayın – sadece onu fark edin, ona dikkat edin ve farkında olun. Nefesinizin yavaş veya hızlı, derin veya sığ olmasının bir önemi yoktur; Sadece ne olduğudur. Vücudunuzun doğal olarak yaptığı şeyi yapmasına izin verin.
- ❖ Dördüncü turda, nefes alırken karnınızı doldurmaya başlayın ve ardından vücudunuzu daha fazla nefesle doldurup dolduramayacağınıza bakın, böylece aldığınız nefes kalp alanınızı da doldurur! Kalbinizdeki elin nefes alırken biraz yukarı kalktığını fark edebilirsiniz. Nefes verirken, kalp boşluğunuzdan, karnınıza kadar ve burnunuzdan dışarı çıkın! Nefesinizin zirvesine ulaştığınızda, karnınızın biraz çekildiğini fark edebilirsiniz. Sorun yok! Her vücut farklıdır, bu yüzden karnınız biraz çekmediyse sorun değil
- ❖ Her nefes alışınızda diyaframınızın veya midenizin genişleyeceğini ve her nefes verdiğinizde diyaframınızın veya midenizin gevşeyeceğini fark etmeye başlayacaksınız. Yine, hiçbir şey yapmaya çalışmayın – sadece nefes alıp vermenin fiziksel hislerinin farkında olun. Düşüncelerin araya girdiğini fark edersen, sorun değil. Endişelenmeyin, sadece düşünceleri fark edin, olmalarına izin verin ve farkındalığınızı nazikçe nefesinize geri getirin.

- ❖ Birlikte bir kez daha pratik yapalım. Nefes alırken, aldığınız havanın bir dalga gibi olduğunu hayal edin. Doldurmak için burnunuzdan aşağıya, karnınıza doğru hareket eder, sonra kalp boşluğunuza kadar devam eder. Kalp boşluğunuz deniz kıyısı gibidir. Oraya vardığında, tıpkı bir dalga gibi, nefesinizi bir saniyeliğine tutabilir, ardından göğsünüzden başlayarak, karnınızdan geçerek ve burnunuzdan çıkarak vücudunuzdan çıkmasına izin verebilirsiniz.
- ❖ Şimdi bunu kendi başınıza beş kez daha deneyin! Nefes alırken ve verirken ellerinizin nasıl yükselip alçaldığına dikkat edin.
- ❖ Beşinci seferi bitirdiğinizde, gözlerinizi kapatın ve nasıl hissettiğinizi fark edin.



EK-21

BEDEN TARAMA YÖNERGESİ (15 DK)

Amaç, vücudunuzu fark etmektir. Mutlaka vücudunuzu *rahatlatmakla ilgili değildir, ancak bu bir tür yan etki olarak ortaya çıkabilir.* Bu sadece şu anda vücudunuzun *farkında olmakla ilgilidir.* Bedeninize uyum sağlamak fiziksel benliğinizle yeniden bağlantı kurmak ve hissettiğiniz her türlü hissi yargılamadan fark etmektir. Zihni daha açık ve duyuşal deneyimlerin farkında olması ve nihayetinde daha fazla kabul etmesi için eğitmektir. Zaman ve pratikle beden taraması, odaklanma ve yaşamınızda tam olarak var olma yeteneğinizi geliştirecektir.

Kimsenin sizi rahatsız etmeyeceği, sessiz ve güvende hissettiğiniz bir yer seçin. Cep telefonunuzu kapatın. Sıkan giysilerinizi çıkarın. Uzanmak isteyebilirsiniz, ancak özellikle uyanık kalmanızı kolaylaştıracaksa, bunu oturarak da yapabilirsiniz. Rahat edeceğiniz ve rahatsız edilmeyeceğiniz bir zemine uzanın. Gözlerinizi kapatmak, odaklanmanıza izin vermek için yardımcı olabilir veya isterseniz, gözlerinizi her zaman indirebilir ve yarı kapatabilirsiniz.

- ❖ “GONG sesi”
- ❖ Gözlerinizi kapatın.
- ❖ Bir süre dikkatinizi nefes alışverişlerinize verin.
- ❖ Zihninizi dağılıp düşünceler içinde kaybolduğunuzda, nefes alışverişinize odaklanarak zihninizi boşaltın. Nefesiniz kaybolduğunuzda sizin için bir çapa görevi görecek.
- ❖ Nefes alıp verme, koltuk veya zeminle temas ettiği yerde dokunma ve baskıyı fark ederek bedene farkındalık getirin. Bu uygulama boyunca, vücudun her bölgesini deneyimlemek ve araştırmak için ihtiyaç duyduğunuz veya istediğiniz kadar zaman tanıyın.
- ❖ Hazır olduğunuzda (acele etmeden), bilinçli olarak nefes alın ve dikkatinizi vücudun araştırmak istediğiniz kısmına yönlendirin. Nefesinizin yavaş olmasına izin verin ve göğsünüz yerine karnınızdan nefes almaya başlayın, her nefeste karnınızın genişlemesine ve büzülmesine izin verin. Her nefeste omuzlarınızın yükselip alçaldığını fark ederseniz, sanki her nefeste karnınızda bir balon şişip iniyormuş gibi karnınızdan nefesinize daha fazla odaklanın.
- ❖ Şimdi dikkatinizi nazikçe ayaklarınıza çevirin. Ayak parmaklarınızı tek tek tarayın ve parmaklarınızda oluşan duyumları hissedin. Duyular, uğultu veya karıncalanma, basınç, sıkışma, sıcaklık veya fark ettiğiniz herhangi bir şeyi içerebilir. Dikkatinizi ayaklarınızın tabanına verin oluşan duyumları hissedin. Şimdi dikkatinizi ayaklarınızın üstüne verin. Dikkatinizi ayaklarınızın zemin ile buluşan taban bölgelerine çevirin. Oradan ayak bileklerinize odaklanın.

- ❖ Dizlerinizin zeminle buluşan beden bölgesini hissedin. Dikkatinizi burada oluşan beden duyumlarına verin. Şimdi aldığınız nefesin ayak bileklerinize kadar indiğini hissedin. Ve buradan bedeninizi aksi yönde terk edişini izleyin.
- ❖ Şimdi dikkatinizi dizlerinizin üst bölgesine çevirin. Dikkatinizi diz kapaklarınıza verin ve diz kapağınızın altından ayak bileklerinize kadar kemiklerinizi, kaslarınızı, damarlarınızı hissedin. Bir giysinin veya battaniyenin dokunuşunu hissedebilir veya hiçbir şey hissetmeyebilirsiniz.
- ❖ Şimdi dikkatinizi baldırlarınızla zemin arasında oluşan beden duyumlarına çevirin. Herhangi bir ağrı, rahatsızlık, gerginlik, her neyse. Sadece hislere dikkat edin. Onları iyi ya da kötü diye yargılamayın, değiştirmeye çalışmayın, sadece farkında olun.
- ❖ Sonra yavaş yavaş dikkatinizin vücudunuzda daha yukarılara doğru kaymasına izin verin, vücudunuzun tüm bölümleri için aynı nazik dikkati yapın. Üst bacaklarınız, kalçalarınız, pelvik bölgeniz.
- ❖ Şimdi dikkatinizi karnınıza çevirin. Her nefes alıp verişinizde karnınızın inip kalkmasını hissedin. Dikkatini bedeninin merkezine getir ve karnında nefesinin hislerini hisset. Nefes alma gibi fiziksel duyumlara, açlık ya da tokluk gibi içsel hislere ve herhangi bir duygunun rezonansına -mutluluğun, üzüntünün, gerginliğin, öfkenin, açık ya da kapalı hissetmek gibi fiziksel duyuları hissedin.
- ❖ Dikkatinizi belinize nazikçe yönlendirin. Belinizin zemin ile temasında oluşan beden duyumlarını farkedin. Bedeninizin temas eden noktalarını hissedin. Rahatsız edici bir his hissediyorsanız, dikkatinizi onlara odaklayın. Onlara nefes verin ve ne olduğunu görün. Nefesinizle vücudunuzu terk eden ve havaya karışan duyumları gözünüzde canlandırın. Hazır hissettiğinizde devam edin.
- ❖ Dikkatinizi göğüs kafesinizin çevresine verin. Göğüs kafesinizden göğsünüze kadar olan bölgeyi tarayın. Göğüs kafesinin altından gelen kalp atışlarınızı hissedin. Kalbinizin içindeki her bir duyguya odaklanın. Ne hissettiğinizi gözleyin. Mutluluk, üzüntü, korku... O an her ne hissediyorsanız, onu düşünün. Göğüs bölgenizin ne kadar hayati ve önemli olduğunu düşünün. Akciğerlerinizin kalbinizle nasıl uyum içinde çalıştığını gözleyin. Doğru cevaplar yok. Yargılamadan, elinizden geldiğince, mevcut olana uyum sağlayın. Yargılamanın olaylara farklı bir yön verdiğini fark edeceksiniz.
- ❖ Dikkatinizi vücudunuzun geri kalanına vermeye devam edin, Omuzlardan başlayarak kollarınız, ellerinize ve parmaklarınızı hissedin. Kendinize bedeninizin her bir parçasının ne hissettiğini sorun. Omuzlarınızla, kollarınızla sonra ellerinizle birkaç dakika geçirin.
- ❖ Ardından dikkatinizi boynunuza kafanız, alın, şakaklar, yüz – gözler, yanaklar, burun, ağız, çene hattına çevirin. Yüzünüzdeki kasları, kemikleri ve cildinizi düşünün. Dudaklarınızı, dişlerinizi ve dilinizi hissedin. Burun deliklerinden havanın nasıl girdiğini ve ne hissettiğinizi farkedin. Gözlerinizi düşünün. Kirpiklerinizi hissedin. Dikkatinizi başınızın yanındaki kulaklarınıza verin. Sesin kulaklarınızdan nasıl geçtiğini düşünün.

- ❖ Son olarak, özellikle ağızınızın ve gözlerinizin çevresinde meydana gelen ifadeleri ve duyguların yansımalarını fark ederek, yüzünüze ve başınıza dikkat edin.
- ❖ Bu bedensel duyumların keşfinin sonunda, dikkatinizi tüm vücudunuzun özgürce nefes aldığını hissetmeye genişletmek için birkaç dakika ayırın.
- ❖ Gözlerinizi yavaşça açın. Dikkatli bir şekilde bu anın içinde hareket edin.
- ❖ “GONG sesi”.



Onu bir evren olarak düşünürseniz, beden taraması onu tanımanın bir yoludur.

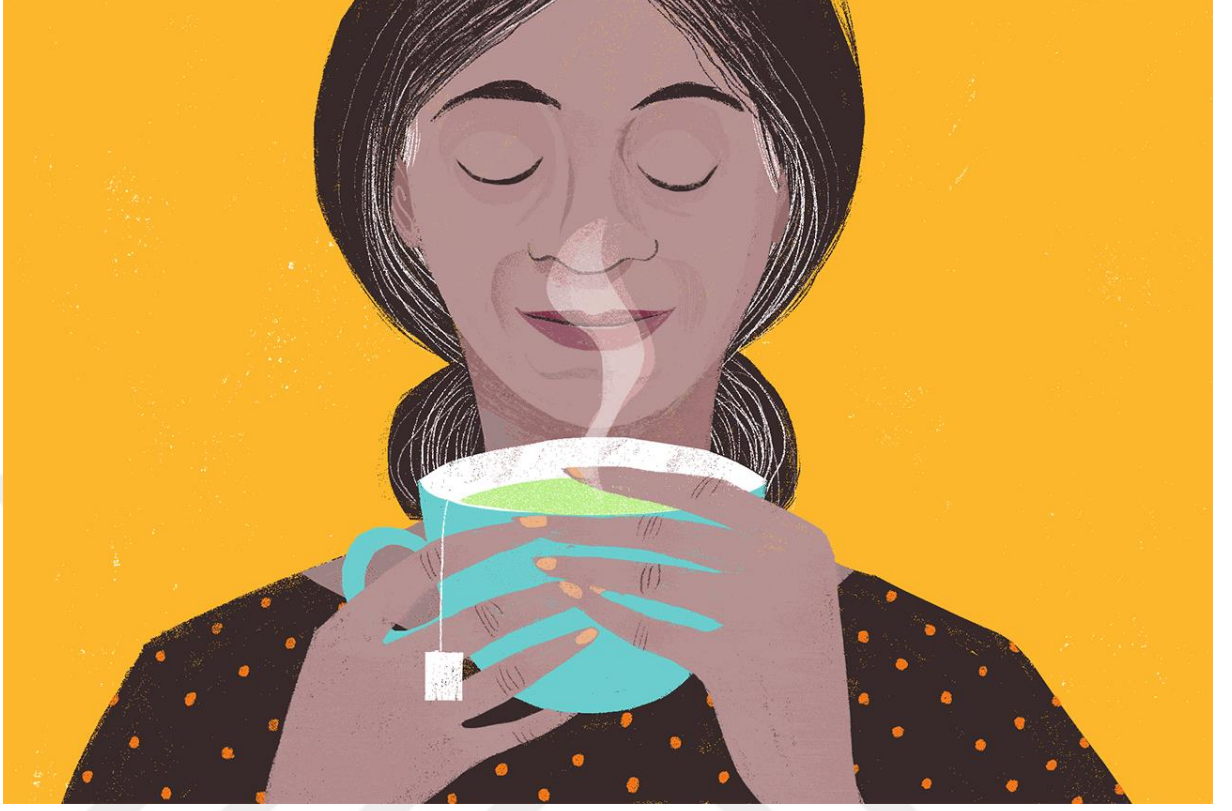
- Jon Kabat-Zinn

MİNDFUL YEMEK YEME YÖNERGESİ (10 DK)

Amaç, Vücudunuzun beyninize yetişmesine izin verin. Yavaşlamak, zihnimizi ve bedenimizi beslenme için gerçekten neye ihtiyacımız olduğunu iletmenin en iyi yollarından biridir. Stres, üzüntü, hayal kırıklığı, yalnızlık ve hatta can sıkıntısı gibi her birimiz için farklı olabilecek duygusal sinyaller aldığımızda sadece yemek yemek yerine, bedenlerimizi dinleyebiliriz. Karnınız hırlıyor, enerjiniz düşük mü veya biraz sersemlik mi hissediyorsunuz? Çoğu zaman, bedenimiz yerine zihnimiz bize söylediğinde yemek yeriz. Gerçek dikkatli yemek, aslında vücudumuzun açlık sinyallerini derinlemesine dinlemektir. Kendinize sorun: *Vücudunuzun açlık sinyalleri nelerdir ve duygusal açlık tetikleyicileriniz nelerdir? Rahatsız edilmeyeceğiniz, sessiz ve sakin bir ortam seçin. Öncelikle kuru üzüm, elma gibi basit bir yiyecek ile başlayın.*

- ❖ “GONG sesi”
- ❖ Bir yemek için otururken nasıl hissettiğinize dikkat edin. Aç mısın? Ağzın sulanıyor mu?
- ❖ Yemeğinizi alın ve önünüze koyun. DUR; ağzınıza hemen bir lokma atmayın. (Tamam, bir kural var, ama iyi bir sebep var, yakında anlayacaksınız.)
- ❖ Bu gezegene henüz bırakıldığınızı ve nerede olduğunuz hakkında hiçbir şey bilmediğinizi hayal edin. Sen Dünya'dan hiç bir şey deneyimlemedin. Tecrübe olmadan yargılama, korku veya beklenti olmaz. Hepsi senin için yeni. Birkaç derin nefes alın ve rahatlayın.
- ❖ Yiyeceğini bak ve al.
- ❖ Ağırlığını hisset.
- ❖ Yüzeyini inceleyin—çeşitli çıkıntılar, parlak kısımlar, donuk kısımlar; gerçekten ilk kez bu garip nesneye bakın.
- ❖ Bu nesneyi koklayın ve nasıl tepki verdiğinize dikkat edin.
- ❖ Yiyeceğinizi parmaklarınızın arasında yuvarlayın ve nasıl bir ses çıkardığını dinleyin. Yapışkanlığına veya kayganlığına dikkat edin.
- ❖ Bu nesne hakkında ne hissettiğinize dikkat edin.
- ❖ İlk ısırığınızı almaya hazırlanırken, kendi tepkilerinize çok dikkat edin. Şimdiden bir sonraki ısırığı mı düşünüyorsunuz?
- ❖ Yiyeceğinizi dudaklarınızın arasına koyun ve birkaç dakika orada tutun. İçinizde neler olduğunu fark ediyorsunuz?
- ❖ Dilinize çarptığında ne olur? Çiğneme dürtüsüne dikkat edin. Zaten yutmaya ve bir sonraki ısırığı almaya meyilli misiniz?

- ❖ Ağızınıza geri dönmesine izin verin, ancak henüz çiğnemeyin, yuvarlayın. tadı var mı ,nasıl? Ne yapmak istiyorsun?
- ❖ Tamam, ısır, sadece bir kez. Neyi fark ettin?
- ❖ Her lokmanın ne getirdiğini fark ederek yavaşça çiğnemeye başlayın.
- ❖ Yutmadan önce tamamen sıvılaşıana kadar çiğneyin.
- ❖ Yiyecekler çiğnendikçe hissi nasıl değişir? Boğazından aşağı inerken nasıl bir his? Midenizde hissedebiliyor musunuz?
- ❖ Acele etmeyin. Bir lokmayı tamamen bitirdiğinizde, bir sonrakine geçin, tekrar deneyim hakkında - tatlardan, kokulardan ve fiziksel duyulardan kendi arzularınıza, tepkilerinize ve dürtülerinize kadar yapabileceğiniz her şeyi fark edin.
- ❖ Yuttuktan sonra, az önce yaşadıklarınızın sonucunu fark etmek için birkaç dakika gözlerinizi kapatın.
 - ❖ “GONG sesi”



Siz bir bütünsünüz ve aynı zamanda belki de bilmediğiniz daha büyük bütünlük
çemberlerinin bir parçasısınız .

Asla yalnız değilsin.

Ve sen zaten aitsin.

Sen insanlığa aitsin.

Sen hayata aitsin.

Sen bu ana, bu nefese aitsin.

- **Jon Kabat-Zinn** -

S.T.O.P.

BİR DAKİKA NEFES ALANI

Biraz nefes alanına ihtiyaç duyduğunuz zamanlar hiç olmadı mı?

Bu uygulama otomatik pilottan şimdiki ana çıkmak için bir yol sağlar.

Bu ne kadar sürecek? 10-15 saniye kadar kısa veya 5 dakika kadar uzun.

Nasıl hazırlarım? Birkaç dakika ayakta durabileceğiniz veya oturabileceğiniz rahat bir yer veya pozisyon bulun. Gözlerinizi nazikçe kapatmak veya bakışlarınızı yumuşatmak ve indirmek isteyebilirsiniz.

Nasıl hissetmeliyim? Gün boyunca ara vermek, zihne ve sinir sistemine gerekli molaları verebilir, dikkatimizi dağıtma alışkanlığımıza farkındalık getirebilir ve yavaş yavaş yeni bir niyet ve farkındalık alışkanlığı oluşturabilir.

STOP kelimesinin ilk harflerinden oluşuyor:



1. Adım: S = Dur

Ayak tabanlarının yerle temasını fark edelim. Bir kaç derin nefes alalım.

2. Adım: T = Bir Dakika Bekle

Dikkati nazikçe ve merak duygusuyla bedene yönlendirelim. Stresin bedendeki direkt yansımaları bakalım. Beden nasıl yanıt veriyor? Örneğin; karında gerginlik, çenede sıkışıkça, omuzlarda ağrı var mı?

3. Adım: O = Tepkiyi Değiştirme Fırsatı

İstersek içimizden: ***“Bu yaşadığım canımı yakıyor. Şu an bunun gerçekleştiğini kabul ediyorum.”*** diyebiliriz. Nefesle bedende zorlanan bu bölgeyi gevşetebiliriz, sanki o bölgenin gözeneklerinden içeri nefes alıyoruz ve o bölgenin gözeneklerinden dışarı nefes veriyoruz. Belki **bu anda anda “hoşumuza giden” bir şey bulabiliriz**; bir ses, koku, görüntü gibi.

4. Adım: P = İhtimaller/Seçenekler

Tebrikler! Az önce mindfulness pratiği yaparak farkındalığı iş başına çağırdık ve **otomatik pilottan çıkmak için bir alan** yarattık. Şimdi kendimize şunu sorabiliriz: ***“Bu özgür seçim şansını, kendime daha iyi bakmak için nasıl daha fazla kullanırım?”***

Farkındalıkla Yürüme Yönergesi

Hayattaki çoğu şeyde olduğu gibi, konu en iyi meditasyon pozisyonu olduğunda herkese uyan tek beden yoktur. Saf bir bakış açısına göre, bir farkındalık pratiği dört duruştan birinde yapılabilir: oturmak, ayakta durmak, uzanmak ve yürümek...

- ❖ İlk başta garip gelebilir, ancak yürürken meditasyon yapmak, bu günlük aktiviteye rahat bir şekilde odaklanmanın bir yoludur. Yürürken kafamızın içinde dönenlerden çok etrafımızda olup bitenlere dikkat ederken ne kadar farklı hissettiğimiz şaşırtıcı gelecektir.
- ❖ Yürüme meditasyonu yapıyor olsak da bu, etrafta gözlerimiz kapalı zombiler gibi dolaştığımız anlamına gelmez. Bunun yerine, daha farkında olarak, gözler sonuna kadar açık, bize uygun bir hızda ve dikkatimizi içinde bulduğumuz her ortama yönelterek farkındalıkla yürüyoruz.
- ❖ Farkındalıkla yürüme normal yürüme hızınızdan daha yavaştır. Bakma, dinleme, koklama veya ayak sesiniz gibi duyuları hissetme gibi dikkat uygulamaları kullanırsınız.
- ❖ Farkındalıkla yürüme için çoğu bulunduğunuz yere bağlı olan farklı yaklaşım türleri vardır.
- ❖ Örneğin, kırsalda bir gezinti, şehirde hızlı bir yürüyüşten farklıdır. Ancak yoğun bir hayat yaşayan insanlar için mükemmel bir şekilde uygun olan farkındalıkla yürüyüş, istediğiniz yerde ve istediğiniz hızda yapılabilir. İşte nasıl başlayacağınız.
- ❖ Yürümeye başladığınızda, vücudun nasıl hissettiğine dikkat edin. Ağır mı hafif mi, gergin mi yoksa rahat mı? Duruşunuzun ve kendinizi taşıma şeklinizin farkına varmak için birkaç saniye ayırın.
- ❖ Yürüme şeklinizi değiştirmeye çalışmadan, sadece yürüyüşünüzü gözlemleyin. Dikkatinizi ona getirin. Bu bazen kendinizi bilinçli hissetmenize neden olabilir, ancak bu duygu genellikle geçer.

- ❖ Trafiğin yakınında herhangi bir yerde yürüyüş yapmamak en iyisidir çünkü trafik, gürültü dikkatinizi oraya yönlendirecektir. Ayrıca, yürüyorken güvenli olduğunu bildiğiniz bir rota seçin... farkındalığınız başka bir yere odaklanmış durumdayken, beklenmedik veya bilinmeyen tehlikelere hazırlıklı olamazsınız.



EK-25

KEYİFLİ ANLAR VEYA HOŞA GİTMİYEN OLAYLAR TAKVİMİ

	Olay neydi?	Olay anındaki düşüncelerin? Hoşnut veya Hoşnut değil miydin?	Olayın gerçekleştiği an ve süre boyunca beden neler hissetti? Detaylandır.	Olay anında hangi ruh halindeydin? Hangi duygu ve düşünceler sana eşlik etti?	Şimdi bunu yazarken aklında hangi düşünceler var?
Pazartesi					
Salı					
Çarşamba					
Perşembe					
Cuma					
Cumartesi					
Pazar					

1 hafta; Her gün keyifli anlarınızın farkında olun. Daha sonra deneyiminizin ayrıntılarını burada verilen gibi bir takvime kaydedin. **Gelecek hafta,** Hoş olmayan veya stresli olayların farkında olun. Aynı şekilde takvime detayları kaydedin.

EK-26

STRESLİ VEYA ZOR İLETİŞİM TAKVİMİ

1 hafta, Her gün yaşadığınız zorlu veya stresli bir iletişimin farkında olun. Daha sonra deneyiminizin ayrıntılarını burada

	İletişimi nasıl tanımlarsın?	Zorluk nasıl ortaya çıktı?	Kişiden veya durumdan gerçekte ne istiyordun? Aslında ne elde ettin?	Diğer kişi veya kişiler ne istediler? Aslında ne elde ettiler?	Bu süre içinde ve sonrasında ne hissettin?	Bu sorun çözüldü mü? Nasıl olabilir?
Pazartesi						
Salı						
Çarşamba						
Perşembe						
Cuma						
Cumartesi						
Pazar						

verilen gibi bir takvime kaydedin.

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Fatma Özlem	Uyruğu	
Soyadı	Üner	Tel no	
Doğum tarihi		e-posta	

Eğitim Bilgileri

Mezun olduğu kurum		Mezuniyet yılı
Lise	Bucak Anadolu Lisesi	2007
Lisans	Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Bölümü	2011
Yüksek Lisans	Akdeniz Üniversitesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği	2018
Doktora	Akdeniz Üniversitesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği	

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (yıl-yıl)
Hemşire	Akdeniz Üniv Tıp Fakültesi Hastanesi	2011-2016
Hemşire	Serik Devlet Hastanesi	2017-2018
Hemşire	Kepez Devlet Hastanesi	2018-2019

Yabancı Dilleri	Sınav türü	Puanı
İngilizce	Yökdil	75

Proje Deneyimi

Proje Adı	Destekleyen kurum	Süre (Yıl-Yıl)

Burslar-Ödüller:

Yayınlar

Uner, F. O., & Korukcu, O. (2020). A prevalence and psychometric study on fear of cancer in women with abnormal cervical cytology undergoing colposcopy. *Psycho-Oncology*, 29(11), 1850-1855.

Uner, F. O., & Korukcu, O. (2021). A qualitative exploration of fear of cancer recurrence in Turkish cancer survivors who were referred for colposcopy. *Health & social care in the community*, 29(3), 729-737.

Boz, İ., Teskereci, G., & Üner, F. Ö. (2019). Gebelik ve doğum sonu dönemdeki kadınların D vitamini ve güneşlenme ile ilgili farkındalık düzeylerinin belirlenmesi: Kesitsel bir çalışma. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 16(3), 116-121.

Gülsoy, H., & Üner, F. Ö. (2022). Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin Toplumsal Cinsiyet Algılarının Diğer Bölüm Öğrencileri İle Karşılaştırılması. *Medical Research Reports*, 5(3), 123-135.

Gulsoy, H., & Uner, F. O. (2021). Examining The Sources Of Hospital-Oriented Anxiety Experienced By Healthcare Professionals In The Covid-19 Pandemic. *Asean Journal of Psychiatry*, 22(9).