



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**SERVİKS KANSERİ TARAMASI YAPTIRAN KADINLARIN
OBEZİTE, HİPERTANSİYON VE DİYABET AÇISINDAN
İNCELENMESİ**

HAZIRLAYAN: SERAP DİKMEN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

EBELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi NURGÜL GÜNGÖR TAVŞANLI

MANİSA

2019



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**SERVİKS KANSERİ TARAMASI YAPTIRAN KADINLARIN
OBEZİTE, HİPERTANSİYON VE DİYABET AÇISINDAN
İNCELENMESİ**

HAZIRLAYAN: SERAP DİKMEN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

EBELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi NURGÜL GÜNGÖR TAVŞANLI

TEZ SINAV JÜRİSİ

Dr. Öğr. Üyesi NURGÜL GÜNGÖR TAVŞANLI

Dr. Öğr. Üyesi HÜLYA DEMİRCİ

Dr. Öğr. Üyesi NAZMİYE ÇIRAY GÜNDÜZOĞLU

MANİSA

2019

20.08.2019

Ulusal Tez Merkezi | Tez Form Yazdır

T.C
YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
ULUSAL TEZ MERKEZİ

TEZ VERİ GİRİŞ FORMU

Referans No	10283962
Yazar Adı / Soyadı	SERAP DİKMEN
T.C.Kimlik No	22868377148
Telefon	5549319192
E-Posta	serap.45.1991@gmail.com
Tezin Dili	Türkçe
Tezin Özgün Adı	Serviks Kanseri Taraması Yaptıran Kadınların Obezite, Hipertansiyon ve Diyabet Açısından İncelenmesi
Tezin Tercümesi	Examination of women who had cervical cancer screening in terms of obesity, hypertension and diabetes
Konu	Halk Sağlığı = Public Health
Üniversite	Manisa Celal Bayar Üniversitesi
Enstitü / Hastane	Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Anabilim Dalı	Ebelik Anabilim Dalı
Bilim Dalı	Ebelik Bilim Dalı
Tez Türü	Yüksek Lisans
Yılı	2019
Sayfa	106
Tez Danışmanları	DR. ÖĞR. ÜYESİ NURGÜL GÜNGÖR TAVŞANLI
Dizin Terimleri	Kadın sağlığı=Women's health ; Kanser= ; Diabetes mellitus=Diabetes mellitus ; Hipertansiyon=Hypertension ; Obezite-morbid=Obesity-morbid
Önerilen Dizin Terimleri	Kadın Sağlığı, Ebelik ve Dahili Hastalıklar

20.08.2019

İmza:.....

YÜKSEK LİSANS TEZ BAŞLIĞI

**Serviks Kanseri Taraması Yaptıran Kadınların Obezite, Hipertansiyon ve
Diyabet Açısından İncelenmesi**

Öğrenci: Adı ve Soyadı

Serap DİKMEN

Danışman: Unvanı Adı ve Soyadı

Dr. Öğr. Üyesi Nurgül GÜNGÖR TAVŞANLI

İkinci Tez Danışmanı: Unvanı, Adı ve Soyadı

Bu tez çalışması 24/07/2019 tarihinde jürimiz tarafından "Ebelik Programı" nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Nurgül GÜNGÖR TAVŞANLI
Manisa Celal Bayar Üniversitesi

(imza)

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Hülya DEMİRCİ
Manisa Celal Bayar Üniversitesi

(imza)

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Nazmiye ÇIRAY GÜNDÜZOĞLU
Ege Üniversitesi

(imza)

Bu tez, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından başarılı bulunmuştur.

...24/07/2019

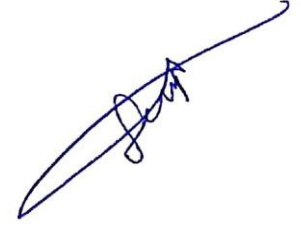
Prof. Dr. Bilal Habes GÜMÜŞ
Enstitü Müdürü V.

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, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Serap DİKMEN

İmza

A handwritten signature in blue ink, consisting of a long horizontal stroke with a loop and a small flourish at the end.

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın her aşamasında bana bilgisini ve tecrübesini sunarak daima bana yol gösteren kıymetli danışman hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Nurgül GÜNGÖR TAVŞANLI'ya,

Yüksek lisans eğitimim boyunca bana her anlamda destek olan İlçe Sağlık Müdürüm Dr. Üzeyir DENİZ'e,

Tez çalışmamın veri toplama aşamasında bana yardımcı olan 6 Nolu Armutlu Aile Sağlığı Merkezi çalışanlarına ve Ebe Zehra ÇAMLIBEL'e,

Çalışmaya katılarak bana destek olan Armutlu halkına,

Eğitimim süresince emeği geçen değerli arkadaşlarıma,

Hayatım boyunca her zaman yanımda olan sevgili aileme

SONSUZ TEŞEKKÜRLER

III. KISALTMALAR

ADA: American Diabetes Association

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

BAG: Bozulmuş Açlık Glikozu

BGT: Bozulmuş Glikoz Toleransı

BKİ: Beden Kitle İndeksi

BKO: Bel Kalça Oranı

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

HPV: Human Papilloma Virüsü

HRT: Hormon Replasman Tedavisi

KB: Kan Basıncı

KETEM: Kanser Erken Tanı, Tarama ve Eğitim Merkezi

OGTT: Oral Glikoz Tolerans Testi

Patent: Prevalance, Awareness, Treatment and Control of Hypertension in Turkey

RIA: Rahim İçi Araç

TURDEP: Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi

IV. İÇİNDEKİLER

I. BEYAN	i
II. TEŞEKKÜRLER	ii
III. KISALTMALAR	iii
IV. İÇİNDEKİLER	vi
V. TABLOLAR DİZİNİ	viii
1. ÖZET	1
2. ABSTRACT	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI	5
4. GENEL BİLGİLER	6
4.1. SERVİKS KANSERİ	6
4.1.1. Serviksin Anatomik Yapısı	6
4.1.2. Serviks Kanserinin Etyolojisi ve Risk Faktörleri	6
4.1.3. Serviks Kanseri Belirtileri	7
4.1.4. Serviks Kanseri Erken Tanı ve Tarama Programı	8
4.1.4.1. Servikal smear	8
4.1.4.2. HPV testi	9
4.1.4.3. Ülkemizde serviks kanseri taraması programı	9
4.1.5. HPV Aşısı	10
4.2. OBEZİTE	10
4.2.1. Sınıflandırılması	10
4.2.2. Epidemiyolojisi	12
4.2.3. Risk Faktörleri ve Komplikasyonları	12
4.2.4. Tanı ve Tedavisi	13
4.2.5. Obezite ve Serviks Kanseri İlişkisi	15
4.3. HİPERTANSİYON	16
4.3.1. Epidemiyolojisi	16

4.3.2. Sınıflandırılması ve Etyolojisi	17
4.3.3. Risk Faktörleri ve Komplasyonları	18
4.3.4. Belirtileri	18
4.3.5. Tanı ve Tedavisi	19
4.3.6. Hipertansiyon ve Serviks Kanseri İlişkisi	19
4.4. DİYABET	20
4.4.1. Tanı ve Sınıflandırılması	20
4.4.2. Epidemiyolojisi	21
4.4.3. Risk Faktörleri ve Tarama	22
4.4.4. Komplasyonları ve Belirtileri	23
4.4.5. Tedavisi	23
4.4.6. Diyabet ve Serviks Kanseri İlişkisi	24
5. GEREÇ VE YÖNTEM	26
5.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ	26
5.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI	26
5.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	26
5.4. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ	27
5.5. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI-BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ	27
5.6. ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	27
5.7. ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ	29
5.8. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ	29
5.9. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI VE YAŞANAN GÜÇLÜKLER	29
5.10. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ	30
5.11. ARAŞTIRMANIN PLANLANMASI	30
6. BULGULAR	31
6.1. KADINLARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ	31
6.2. KADINLARIN OBSTETRİK VE JİNEKOLOJİK ÖZELLİKLERİ	33
6.3. KADINLARIN OBEZİTE, HİPERTANSİYON VE DİYABET BULGULARININ DEĞERLENDİRMESİ	35

6.4. KADINLARIN SERVİKS KANSERİ TARAMA TESTİ SONUCU İLE SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI	36
6.5. KADINLARIN SERVİKS KANSERİ TARAMA SONUCU İLE OBSTETRİK VE JİNEKOLOJİK ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI	39
6.6. KADINLARIN SERVİKS KANSERİ TARAMA TESTİ SONUCU İLE OBEZİTE, HİPERTANSİYON VE DİYABET BULGULARININ KARŞILAŞTIRILMASI	41
7. TARTIŞMA	44
7.1. KADINLARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ İLE İLGİLİ TARTIŞMA BÖLÜMÜ	44
7.2. KADINLARIN OBSTETRİK VE JİNEKOLOJİK ÖZELLİKLERİ İLE İLGİLİ TARTIŞMA BÖLÜMÜ	45
7.3. KADINLARIN OBEZİTE, HİPERTANSİYON VE DİYABET İLE İLGİLİ TARTIŞMA BÖLÜMÜ	47
7.4. KADINLARIN SERVİKS KANSERİ TARAMA SONUCU İLE SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASIYLA İLGİLİ TARTIŞMA BÖLÜMÜ	49
7.5. KADINLARIN SERVİKS KANSERİ TARAMA SONUCU İLE OBSTETRİK VE JİNEKOLOJİK ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASIYLA İLGİLİ TARTIŞMA BÖLÜMÜ	51
7.6. KADINLARIN SERVİKS KANSERİ TARAMA SONUCU İLE OBEZİTE, HİPERTANSİYON VE DİYABET BULGULARININ KARŞILAŞTIRILMASIYLA İLGİLİ TARTIŞMA BÖLÜMÜ	53
8. SONUÇ VE ÖNERİLER	56
8.1. SONUÇLAR	56
8.2. ÖNERİLER	56
9. KAYNAKLAR	57
10. EKLER	80

Ek 1. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Konusu Onayı	80
Ek 2. Etik Kurul Onayı	81
Ek 3. Kurum İzin Yazısı	83
Ek 4. Serviks Kanseri Taraması Yaptıran Kadınların Anket Formu	85
Ek 5. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	88
Ek 6. Yüksek Lisans Tez Çalışması Orjinallik Raporu	91
11. ÖZGEÇMİŞ	92



V. TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1.	DSÖ'nün BKİ Değerine Göre Obezite Sınıflandırılması	11
Tablo 2.	DSÖ'nün Bel Çevresi Ölçümünün Sınıflandırılması	11
Tablo 3.	Yetişkinlerde KB Sınıflandırılması	17
Tablo 4.	DSÖ'nün Diyabet Tanı Kriterleri	21
Tablo 5.	Kadınların Sosyodemografik Özellikleri	31
Tablo 6.	Kadınların Sigara Kullanım Durumu	32
Tablo 7.	Kronik Hastalığı Olan Kadınların Durumu	32
Tablo 8.	Kadınların Obstetrik ve Jinekolojik Özellikleri	33
Tablo 9.	Kadınların Kullandığı Aile Planlaması Yöntemlerinin Dağılımı	34
Tablo 10.	Kadınların Obezite, Hipertansiyon ve Diyabet Bulgularının Dağılımları	35
Tablo 11.	Kadınların Serviks Kanseri Tarama Sonucu ile Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması	36
Tablo 12.	Kadınların Serviks Kanseri Tarama Sonucu ile Sigara Kullanım Durumlarının Karşılaştırılması	37
Tablo 13.	Kadınların Serviks Kanseri Tarama Sonucu ile Kronik Hastalık Durumlarının Karşılaştırılması	38
Tablo 14.	Kadınların Serviks Kanseri Tarama Sonucu ile Obstetrik ve Jinekolojik Özelliklerinin Karşılaştırılması	39
Tablo 15.	Kadınların Serviks Kanseri Tarama Sonucu ile Menapoz Yaşlarının Karşılaştırılması	40
Tablo 16.	Kadınların Serviks Kanseri Taraması Sonucu ile Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumlarının Karşılaştırılması	40
Tablo 17.	Kadınların Serviks Kanseri Taraması Sonucu ile Hormonal Olan ve Olmayan Aile Planlaması Yöntemlerinin Karşılaştırılması	41
Tablo 18.	Kadınların Serviks Kanseri Tarama Testi Sonucu ile Obezite, Hipertansiyon ve Diyabet Bulgularının Karşılaştırılması	41

Tablo 19. Kadınların Yaşı ile Obezite, Hipertansiyon ve Diyabet Bulgularının Korelasyonu

42



1. ÖZET

Tezin Başlığı: Serviks Kanseri Taraması Yaptıran Kadınların Obezite, Hipertansiyon ve Diyabet Açısından İncelenmesi

Öğrencinin Adı: Serap DİKMEN

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Nurgül GÜNGÖR TAVŞANLI

Anabilim Dalı: Ebelik Anabilim Dalı

Amaç: Araştırmada serviks kanseri taraması yaptıran kadınların obezite, hipertansiyon ve diyabet açısından incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: İzmir’de bir ASM’de serviks kanseri tarama testi için başvuran kadınların sosyodemografik özellikleri, obstetrik ve jinekolojik özellikleri ve obezite, hipertansiyon ve diyabet bulguları anket formuyla toplanmıştır. Veriler tanımlayıcı analizler, Fisher’in Kesin Testi ve değişkenler arasında korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Kadınların yaş ortalaması $44,06 \pm 9,67$ olup, %89,9’u evli, %20,9’u sigara kullanmakta ve %31,8’inde kronik hastalık bulunmaktadır. İlk adet yaşı, cinsel ilişki ve evlenme yaşı, ilk ve son gebelik yaş ortalaması sırasıyla $13 \pm 1,4$, $20,4 \pm 4,5$, $21,2 \pm 4,4$ ve $29,3 \pm 5,4$ ’tür. Kadınların %15,5’i düzensiz adet görmekte, %15,5’inin ilk cinsel yaşı 16 yaş ve altı ve %17,8’inin ilk gebeliği 17 yaş ve altıdır. Gebelik sayısının ortalaması $3,2 \pm 2,1$ ve 3 ve üzeri gebeliği olan %51,1 kadın bulunmaktadır. Kadınların %48,1’i aile planlaması yöntemi kullanmakta ve yöntemlerin %14,5’i hormonaldir. BKİ, bel çevresi, sistolik ve diastolik KB, AKŞ ve TKŞ ortalaması sırasıyla; $29,9 \pm 5,7$, $91,79 \pm 14,04$, $122,8 \pm 16,15$, $80,03 \pm 12,61$, $96,17 \pm 13,16$ ve $150,14 \pm 62,48$ ’dir. Kadınların %30’unun BKİ ≥ 30 , %58,1’inin bel çevresi ≥ 88 cm, %16,3’ünün sistolik KB ≥ 140 , %28,7’sinin diastolik KB ≥ 90 , %1,6’sının AKŞ değeri ≥ 126 ve %4,7’sinin TKŞ ≥ 200 ’dür.

Sonuçlar: Serviks kanseri taraması yaptıran kadınların test sonucu ile sosyodemografik, obstetrik ve jinekolojik ve obezite, hipertansiyon ve diyabet bulgularıyla arasında ilişki bulunmamıştır. Fakat yaş ile obezite, hipertansiyon ve diyabet bulguları arasında orta düzeyde, pozitif yönlü ve anlamlı ilişki saptanmıştır.

Anahtar Sözcükler: Serviks Kanseri Taraması, Obezite, Hipertansiyon, Diyabet

2. ABSTRACT

Title: Examination of women who had cervical cancer screening in terms of obesity, hypertension and diabetes

Student Name: Serap DİKMEN

Thesis Advisor: Lecturer, PhD Nurgül GÜNGÖR TAVŞANLI

Department: Midwifery

Aim: The aim of the research is to examine women who had cervical cancer screening in terms of obesity, hypertension and diabetes.

Materials and Methods: The sociodemographic characteristics, obstetric and gynecological characteristics and obesity, hypertension and diabetes findings on women who applied for cervical cancer screening test in an FHC in İzmir are collected by questionnaire form. The data is analyzed by descriptive analysis, Fisher's Exact Test and correlation analysis between variables.

Results: The age average of women is $44,06 \pm 9,67$, 89,9% are married, 20,9% are smokers, 31,8% have chronic disease. First menstrual age, sexual intercourse and marriage age, average age of first and last pregnancy are respectively $13 \pm 1,4$, $20,4 \pm 4,5$, $21,2 \pm 4,4$ and $29,3 \pm 5,4$. 15,5% women have irregular menstruation, 15,5% of the women's first sexual age is 16 or below and 17,8% of the women's first pregnancy is 17 or below. The average number of pregnancies is $3,2 \pm 2,1$ and 51,1% of women with a pregnancy of 3 or more. 48,1% of women use family planning method and 14,5% of the methods are hormone-containing. The average datas of BMI, waist circumference, systolic and diastolic BP, FBS and SBS are respectively $29,9 \pm 5,7$, $91,79 \pm 14,04$, $122,8 \pm 16,15$, $80,03 \pm 12,61$, $96,17 \pm 13,16$ and $150,14 \pm 62,48$. 30% of women have $BMI \geq 30$, 58,1% have waist circumference ≥ 88 cm, 16,3% have systolic BP $140 \geq$, 28,7% have diastolic BP ≥ 90 , 1,6% have FBS value of $126 \geq$ and 4,7% of SBS ≥ 200 .

Conclusion: There was no correlation between the test results of women who underwent cervical cancer screening and sociodeographic, obesteric and gynecological and obesity, hypertension and diabetes findings. However, a moderate positive correlation is found between age and obesity, hypertension and diabetes findings.

Key Words: Cervical Cancer Screening, Obesity, Hypertension, Diabetes.

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Kanser, bir organ ya da dokudaki hücrelerin kontrolsüz olarak çoğalması ve yayılmasıyla oluşan bir hastalıktır. Vücudun diğer bölgelerine de yayılabilir. Özellikle çevre dokulara metastaz yapabilir (Bayrak ve ark. 2010; World Health Organization 2019). Bu nedenle dünyada nedeni bilenen ölümlerin ikinci sebebi kalp hastalıklarından sonra kanserdir. Kanser, 2018’de tahmini olarak 9,6 milyon kişinin ölümüne neden olmuştur ve kanser sayısındaki artış bu şekilde devam ettiğinde 2040 yılında 16 milyon kişi kanser nedeniyle ölecektir. Buna bağlı olarak yaklaşık her altı ölümden birinin nedeni kanserdir (Globocan 2019; World Health Organization 2019).

Ülkemizin 2015 yılı verilerine göre kanser insidansı yüz binde 212,6’dır. Bu oran erkeklerde 247,6 ve kadınlarda ise 177,5’tir. Türkiye’de görülen kanser vakaların sıklığı Amerika ve Avrupa Birliği ülkeleri gibi gelişmiş ülkelere daha azdır. Kanser sıklığı %19,6 ile ikinci sırada olup, her beş ölümden birinin nedeni kanserdir. Son beş yılın verilerine göre erkeklerin kanser insidansında azalma görülürken kadınların insidansı stabildir (Türkiye İstatistik Kurumu 2018; Türkiye Kanser İstatistikleri 2018).

Kanseri %90 oranla çevresel ve %10 oranla genetik faktörler meydana getirmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’ne göre kanser ölümlerin %30-50’si önlenemez nedenlerle gerçekleşmektedir. Beden Kitle İndeksinin (BKİ)’nin fazla olması, meyve ve sebze alımının az olması, fiziksel inaktivite, tütün ve alkol kullanımı olmak üzere beş neden kanser ölümlerinin üçte birini oluşturmaktadır. Fakat tütün kullanımı, tek başına %22 oranında kanser nedeniyle ölümlerden mesuldür (Ulusal Kanser Kontrol Programı 2013-2018; Global Burden of Disease Study 2016; World Health Organization 2019).

Günümüzde hem dünyada hem de Türkiye’de jinekolojik kanserlerin kadınlar üzerinde birçok olumsuz etkileri vardır. Meme kanserinden sonra jinekolojik kanserler kadınlarda yüksek morbidite ve mortalite oranına sahiptir. Bu oranların azaltılabilmesi

için jinekolojik kanser risk faktörlerinin ve nedenlerinin araştırması, tedavi ve korunma yollarının geliştirilmesi büyük önem arz etmektedir. Bunun yanı sıra bu kanser türlerinin diğer bir olumsuz yönü ise, cinsel kimlik, beden imajı, üreme durumu ile ilgili kişi ve aile bireylerinin yaşam kalitesini olumsuz etkilenmesi ve bu durumun birey ve/veya toplum açısından önemli bir sorun haline gelmesidir. Dünyada jinekolojik kanserlerin birinci sırasında serviks kanseri gelmektedir (Reis ve ark. 2006; Pınar ve ark. 2008; Pınar ve ark. 2010; Globocan 2019).

Serviks kanseri, dünyada kadınlar arasında en sık görülen kanserler içerisinde dördüncü sırada (%6,6), kadın kanserlerinde meme kanserinden sonra ikinci sırada yer almaktadır. Kadınlarda kanser nedeniyle ölümlerin %7,5'ini oluşturmaktadır. Vakaların yaklaşık olarak %85'i az gelişmiş ülkelerde görülmekte ve az gelişmiş ülkelerin ölüm oranı gelişmiş ülkelere 18 kat daha yüksektir. Serviks kanserinin en yüksek insidans oranları Orta ve Güney Amerika, Karayipler, Sahra Altı Afrika ve Güney Asya'da görülmekte iken, Avusturya /Yeni Zelanda ve Kuzey Amerika'da ise insidansın en düşük olduğu bölgelerdir (Small ve ark. 2017; Bray ve ark. 2018; International Agency for Research on Cancer 2019; GLOBOCAN 2019).

Ülkemizde, serviks kanseri kadınlarda en sık görülen kanserler arasında dokuzuncu sıradadır. Kadınların 25-49 yaş grubunda sık görülen kanserler içerisinde ise dördüncü (%3,6) sıradadır. Serviks kanseri, kadın kanserlerinin mortalite sıralamasında 12. sıradadır. Türkiye'de serviks kanseri insidansı 2014 yılında 100.000 de 4 iken 2015 yılında bu oran 4,5'e yükselmiştir. Serviks kanserinin 65-69 yaş grubunda kadınlarda yaşa özel insidans hızı 15,7 olup, diğer yaş gruplarına göre görülme sıklığı en fazladır (Türkiye Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017; Türkiye Kanser İstatistikleri 2018; GLOBOCAN 2019).

Serviks kanseri 1970'li yıllara kadar gelişmiş ülkelerde birinci sıradayken, günümüzde geliştirilen etkili taramalarla ikinci-üçüncü sıralara düşmüştür. Serviks kanserinden korunma aşısı ve serviks kanseri taraması ile gerçekleştirilmektedir. Tarama sonucunda erken tanı ile tespit edilen hastaların tedavisi ve takibi yapılmaktadır. Serviks kanserinin sağkalım oranında dünyada eşitsizlik mevcuttur. Bu nedenle DSÖ 2018 yılının Mayıs ayında serviks kanserinin ortadan kaldırılması ile ilgili küresel olarak eylem çağrısında bulunmuştur (Pınar ve ark. 2010; World Health Organization 2019).

Ülkemizde serviks kanseri taraması kapsamında Human Papilloma Virüsü (HPV) ve smear testi uygulanmaktadır (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü 2019). Fakat smear gibi işlemler kadınlar tarafında tabu olarak algılanabildiğinden, yaşanan problem ciddi değilse yaptırılmamakta ya da ertelenmektedir. Diğer bir tabu ise cinsiyet faktörüdür; erkek doktorun muayenesini kabul etmeme veya kadın doktor bulma çabası tanı ve tedavinin negatif yönde etkilenmesine neden olmaktadır (Pehlivan ve ark. 2013).

Dünyada ve ülkemizde kanserin yanı sıra obezite, hipertansiyon ve diyabet insidansı giderek artmaktadır. Bu nedenle DSÖ tarafından Bulaşıcı Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolüne İlişkin Küresel Eylem Planı 2013-2020 hazırlanmıştır. Bu eylem planının gönüllü küresel hedefleri arasında kanser, kardiyovasküler hastalıklar ve diyabet nedeniyle gerçekleşen ölümlerde %25 azalma ve obezite ve diyabet artışının durdurulması yer almaktadır (Dünya Sağlık Örgütü 2013).

Serviks kanseri ile ilgili yapılan bazı çalışmalarda obezite, hipertansiyon ve diyabetin serviks kanseri ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Ancak bu konu ile ilgili daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır. (Lacey ve ark. 2003; Oberaigner ve ark. 2014; Jain ve ark. 2017). Ayrıca serviks kanseri taraması ile ilgili Constantinou ve arkadaşlarının 2016 yılında Fransa'da yaptıkları çalışmada obezitesi ve diyabeti olan kadınların serviks kanseri tarama programına katılımlarının az olduğu bildirilmiştir. Fakat hipertansiyonu olan hastaların katılımıyla ilgili yapılan çalışmalar değişiklik göstermektedir. Bazı çalışmalarda katılımları yüksek bulunurken bazı çalışmalarda ise düşük bulunmuştur. (Liu ve ark. 2014; Constantinou ve ark. 2016; Ng'ang'a ve ark. 2018).

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Araştırmanın amacı; Armutlu Aile Sağlığı Merkezi (ASM)'nde serviks kanseri taraması yaptıran kadınların obezite, hipertansiyon ve diyabet durumlarının incelenerek, serviks kanseri tarama sonucu ile ilişkilendirilecektir.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. SERVİKS KANSERİ

4.1.1. Serviksin Anatomik Yapısı

Serviks, uterusun en alt segmentidir. Uterus ve vajinayı birleştiren, yaklaşık olarak iki-üç cm çapında ve üç-dört cm uzunluğunda servikal kanal bulunur. Servikal kanal iki kısımdan oluşmaktadır. Uterusa açılan kısım internal os, vajinaya açılan kısım eksternal os olarak adlandırılmaktadır. Spekulum muayenesinde serviksin eksternal os kısmı görülmektedir (Taşkın 2007; World Health Organization 2014; Demirgöz Bal ve Dereli Yılmaz 2017).

Serviks, çok katlı yassı epitel ve kolumnar epitel dokudan oluşmuştur. Bu iki epitel yapının birleştiği yer skuamo kolumnar olarak adlandırılmakta ve genellikle bu bölgenin viral neoplastik dönüşme olasılığı açısından en riskli bölgedir (World Health Organization 2014; Gümüş Öncel 2016; Small ve ark. 2017).

4.1.2. Serviks Kanserinin Etyolojisi ve Risk Faktörleri

Serviks kanserinin oluşma süreci yavaş gerçekleşmektedir. Genellikle serviks kanserinde lezyonların invaziv şekle dönüşmesi 20-30 yıl sürmektedir (Türkol ve ark. 2009; Kokkun 2014). Serviks kanserinin etyolojisi tam olarak bilinmemektedir (Kanbur ve Çapık 2011). Ancak yapılan çalışmalarda HPV nin serviks kanseri için büyük etken olduğu bulunmuştur (Türkol ve ark. 2009). HPV'nin 100'den fazla tipi bulunmakta olup, HPV 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 ve 68 tipler kanser yapmada yüksek riskli olarak tanımlanmaktadır. Serviks kanseri hastalarının yaklaşık olarak %70'inde HPV'nin 16 ve 18 tipi tespit edildiğinden diğer yüksek riskli tiplere göre daha çok kanserle ilişkilendirilmektedir (Meijer ve ark. 2009; Kokkun 2014; World Health Organization 2014; İnan 2018; Aydoğdu ve Özsoy 2018).

Serviks kanserinin diğer risk faktörleri ise; üç ve üzeri term gebelik, birden fazla cinsel partnerin olması (kendisinin ya da eşinin), 16 yaş ve altında cinsel ilişkiye

başlamak, ilk gebeliğin ve doğumun 17 yaş ve altında olması, immünsüprese hastalık (human immunodeficiency virus) olma durumu, klamidy enfeksiyonu, 40-55 yaş aralığındaki kadınlar, sigara kullanımı, siyah ırklı ve meksika amerikalı kadınlar ve fetüsün dietilstilbestrolden etkilenmesidir (Juneja ve ark. 2003; Güner ve Taşkiran 2007; Taşkın 2007; Türköl ve ark. 2008; Kanbur ve Çapık 2011; Şahiner 2012; Thakur ve ark. 2015; Gümüş Öncel 2016; Cancer Prevention & Early Detection Fact & Figures 2017-2018; Berman ve Schiller 2017; Altınel 2018; American Cancer Society 2019).

Araştırması süren risk faktörleri ise; 5 yıldan uzun süreli oral kontraseptif kullanımı, menarş yaşının 15'ten önce olması, anne veya kız kardeşte serviks kanseri öyküsü olması, vitamin c, beta-karoten ve folat yönünden eksik beslenme, düzenli pap testi yaptırmama, aşırı kilolu olma, sosyoekonomik düzeyin düşük olması, genital hijyen bozukluğu, stres ve sağlık kontrolünün düzenli olmamasıdır (Güner ve Taşkiran 2007; Taşkın 2007; Kanbur ve Çapık 2011; World Health Organization 2014; Çakmak 2016; Hillemanns ve ark. 2016; American Cancer Society 2019).

Castellsagué ve arkadaşlarının 2011 yılında yaptıkları çalışmada Rahim İçi Araç (RİA) kullanan kadınlar ile serviks kanseri arasında ters ilişki bulunmuştur. RİA kullanan kadınların daha az rahim ağzı kanseri riski taşıdığı tespit edilmiştir. Ayrıca Cortessiis ve arkadaşlarının 2017 yılında yaptıkları sistematik derlemede de RİA kullanan kadınların daha az oranda serviks kanseri olduğu saptanmıştır (Castellsagué ve ark. 2011; Cortessis ve ark. 2017; American Cancer Society 2019).

4.1.3. Serviks Kanseri Belirtileri

Serviks kanserinin erken evrede klinik bulgusu bulunmamaktadır. Erken dönemde tanı konabilmesi için şüpheli pap smear sonrası kolposkopi ve ardından biyopsinin yapılması ile gerçekleşmektedir. Serviks kanseri belirtilerinin erken ve ileri olmak üzere iki evresi bulunmaktadır. Erken evre belirtileri; vajinal akıntı ve bazen kötü kokulu, üreme çağındaki kadınlarda düzensiz kanama, postkoital lekelenme veya kanama, menopoz sonrası lekelenme veya kanama, anormal premenopozal kanama, ağrı bulunmaz ve defekasyonda kanama olmasıdır. İleri evre belirtileri ise; acil ve sık idrara gitme, karın ağrısı, şiddetli sırt ağrısı, kilo kaybı, idrar çıkışında azalma (üreterlerin tıkanması veya böbrek yetmezliği), vajinadan fistül nedeniyle idrar veya dışkı sızıntısı olması, alt ekstremitelerde ödem, anemi, nadiren akciğer metastaz ve

efüzyonu nedeniyle nefes darlığı görülmektedir (Şahiner 2012; World Health Organization 2014; Kokkun 2014; Çakmak 2016; Aydoğdu ve Özsoy 2018).

4.1.4. Serviks Kanseri Erken Tanı ve Tarama Programı

Servikse dışarıdan kolay ulaşılabilmesi ve uzun süren preinvaziv evresi olması nedeniyle erken teşhis edilebilmektedir. Erken teşhis, %80 oranında kanseri önlediği için erken tanı çok önemlidir (Kanbur ve Çapık 2011; World Health Organization 2019). Bu sebepten serviks kanseri taramalarının yapılmasını DSÖ desteklemektedir. Tarama yöntemleri ve tarama aralıkları ülkeler arasında farklılık göstermektedir. Tarama sıklıkları 2, 5, 10 yıl veya kadının hayatında bir kez şeklinde ülkelerin şartlarına göre değişmekle birlikte taramanın 2 yıldan sık olması önerilmemektedir (Ulusal Kanser Kontrol Programı 2013-2018; Partridge ve ark. 2014; Esen Özdemir 2016; Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü 2019; World Health Organization 2019).

Günümüzde tarama yöntemi olarak en çok 3 yılda bir smear ve sitoloji/HPV cotesting (5 yılda bir) önerilmektedir. Fakat her ülkede standart olarak uygulanabilecek bir serviks kanseri tarama programı bulunmamaktadır (Ulusal Kanser Kontrol Programı 2013-2018; Esen Özdemir 2016).

4.1.4.1. Servikal smear

Servikal smear, servikal alandan toplanan hücrelerin lama yayılarak boyama yapılması ve mikroskop yardımıyla incelenmesidir. Bu yöntemle servikste kanser hücreleri olup olmadığı tespit edilir. Özellikle serviks kanseri klinik belirtileri çıkmadan önce %90-95 oranında doğru olarak belirler. Smear testinin cinsel olarak aktif olan ve 20-65 yaş arası kadınların iki yılda bir yaptırması önerilmektedir. Ayrıca tarama testi olarak kullanımı ile mortalitede %90 oranında düşme gözlenmiştir. Servikal smear testi tek başına serviks kanseri riskini sıfırlayamaz. Toplum tabanlı tarama olarak kullanılması için toplum katılımının fazla olması gerekir. Bunun için de smear test standartları yüksek kalitede değildir. Son zamanlarda HPV testinin geliştirilmesi ile serviks kanseri taramasında iki test beraber kullanılmaya başlanmıştır (Kanbur ve Çarpık 2011; Şahiner 2012; Esen Özdemir 2016; Ulusal Kanser Kontrol Programı 2013-2018; İnan 2018).

4.1.4.2. HPV testi

Serviks kanserinin en önemli risk faktörü HPV'nin varlığıdır. Bu test ile servikal hücrelerde HPV DNA analiz edilmektedir (İnan 2018). Ayrıca bu test ile yüksek riskli HPV tipleri belirlenmektedir. HPV testi 30 yaş ve üzeri kadınlarda servikal smear testine göre duyarlılığı daha yüksek olduğundan taramaya dahil edilmesi maliyeti etkin kılmıştır. HPV testinin prediktif değeri yüksek olmasıyla iki tarama arasında geçen sürede kadınların kanser olma ihtimali çok düşüktür. Taramalarda servikal smear testinin tek başına duyarlılığı %75-80 iken, HPV tiplerinin belirlendiği testin yapılması ile duyarlılık %96'ya çıkmaktadır (Kokkun 2014; Çakmak 2016; Esen Özdemir 2016; Ulusal Kanser Kontrol Programı 2013-2018; Berman ve Schiller 2017; İnan 2018).

4.1.4.3. Ülkemizde serviks kanseri taraması programı

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından Serviks Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları yayınlanmıştır. Bu standartlara göre taramalar ASM ve Toplum Sağlığı Merkezleri bünyesinde Kanser Erken Tanı, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM) tarafından yürütülmektedir. Serviks kanseri tarama programı kapsamında 30-65 yaş arasındaki kadınlara 5 yılda bir smear ve HPV DNA testi yapılmaktadır. Taramaya katılmayı kabul edilen kadınlara test öncesi Kanser Daire Başkanlığı tarafından hazırlanmış bilgilendirilmiş onam formları imzalatılarak tarama testi gerçekleştirilir. Yeterli bilgilendirme yapıldığı halde tarama yaptırmayı kabul etmeyen kadınlardan tarama yaptırmak istemeğine ilişkin imzası alınarak bir yıl sonra tarama programına tekrar davet edilir.

Serviks kanseri tarama sonucunun değerlendirilmesi:

HPV testinin negatif olması durumunda sonuç normal olarak değerlendirilir ve 5 yıl sonra test tekrarlanır. HPV testinin veya servikal smear sonucun pozitif olması durumunda (HSIL, LSIL, ASC-US, ASC-H, atipik glandüler hücreler gibi) sonuç anormal olarak değerlendirilir. Bu sonuçlar kişinin kanser olduğunu göstermez. Ancak ayrıntılı muayene için sevki yapılır.

Serviks kanseri taramasının kesildiği durumlar:

- Son iki HPV veya servikal smear sonucu negatif olan 65 yaşındaki kadınlarda
- Benign jinekolojik nedenlerle total histerektomi olan kadınlarda
- CIN II ve III nedeniyle histerektomi yapılan olgularda üç dökümente edilebilen (raporu olan), teknik olarak yeterli negatif servikal smear sonucu ve son 10

yılda pozitif/anormal sonuç yok ise tarama kesilmelidir (Kokkun 2014; Gökdemir 2016; Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü 2019).

4.1.5. HPV Aşısı

Tarama testlerinin yanı sıra HPV aşısı da kanser açısından koruyucudur. DSÖ HPV aşısını 9-13 yaş arasındaki kız çocuklarına önermektedir. Ayrıca HPV aşısının ilk cinsel aktiviteden önce yapılması önerilmektedir (Berman ve Schiller 2017; İnan 2018; World Health Organization 2019).

Günümüzde Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi onaylı bivalan (Cervarix) ve kuadriyalan (Gardasil) olmak üzere iki HPV aşısı bulunmakta olup, klinik açıdan HPV 16 ve 18 enfeksiyonunu önlediği ispatlanmıştır (Berman ve Schiller 2017; İnan 2018; World Health Organization 2019). Cervarix aşısı sadece HPV 16 ve 18 enfeksiyonunu önlemektedir. Gardasil aşısı ise HPV 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 ve 58 tiplerine karşı uygulanmakta olup, serviks kanserine neden olan HPV tiplerinin %90'ına karşı koruyucudur. İki aşıda toplamda altı aylık sürede üç doz şeklinde, intramüsküler olarak uygulanmaktadır. (Artuk ve ark. 2013; Berman ve Schiller 2017; İnan 2018; American Cancer Society 2019; World Health Organization 2019).

4.2. OBEZİTE

Obezite, insan sağlığını bozabilecek düzeyde vücutta aşırı yağ birikimiyle oluşan kompleks bir hastalıktır. Kullanılan enerjinin, alınan enerjiden daha az olması durumunda obezite oluşmaktadır (Kömürcüoğlu Yılmaz 2018; Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği 2018; World Health Organization 2019).

4.2.1. Sınıflandırılması

Obeziteyi saptamak ve sınıflandırılması için DSÖ tarafından BKİ geliştirilmiştir. Bu yöntem obezitenin sınıflandırılmasında en sık kullanılan ve yüksek güvenilirliği olan yöntemlerden biridir. BKİ, bireyin kilosunun kilogram cinsinden değerinin, bireyin boy değerinin metre cinsinden karesi alınarak bölünmesi ile elde edilir (kg/m^2). Elde edilen değer Tablo 1'e göre değerlendirilir (World Health Organization 2004; World Health Organization 2019)

Tablo 1. DSÖ'nün BKİ Değerine Göre Obezite Sınıflandırılması

Sınıfı	BKİ Değeri
Zayıf	<18,50
Normal	18,50-24,99
Kilolu	≥25,00
Preobez	25,00-29,99
Obezite Seviye 1	30,00-34,99
Obezite Seviye 2	35,00-39,99
Obezite Seviye 3	≥40,00

Kaynak: World Health Organization 2004

Obezitenin değerlendirilmesinde kullanılan diğer ölçütler ise Bel Kalça Oranı (BKO) ve bel çevresi ölçümüdür. Bel çevresi ölçümü android obeziteyi göstermekte olup, sınıflandırılması Tablo 2’de gösterilmiştir. Android obezite (elma tip, erkek tip) karın bölgesinde artmış yağ dokusunu ile karakterizedir. Genellikle hareketsizlik sonucu oluşmakta ve bu kişiler kalp-damar hastalığı yönünden risk altındadır. DSÖ’ne göre erkeklerde BKO $\geq 1,00$ ve kadınlarda BKO $\geq 0,85$ olması android obeziteyi gösterir. (World Health Organization 2004; Sağlık Bakanlığı 2010; Göger 2017; Büyükdöğrucan 2018; Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2017; Şahin 2018).

Tablo 2. DSÖ'nün Bel Çevresi Ölçümünün Sınıflandırılması

Risk	Bel Ölçüm Değeri	
	Kadın	Erkek
Uyarı Sınırı	80 ve üzeri	94 ve üzeri
Harekete Geçme Sınırı	88 ve üzeri	102 ve üzeri

Kaynak: World Health Organization 2004

4.2.2. Epidemiyolojisi

Obezite, günümüzde ortak küresel sağlık sorunlarında biridir. DSÖ verilerine göre, 1975 yılından günümüze obezite yaklaşık üç kat artmıştır. DSÖ'nün 2016 yılı verilerine göre 1,9 milyardan fazla yetişkin (18 yaş ve üzeri) preobez ve 650

milyondan fazla obez bulunmaktadır. Dünyadaki yetişkinlerin %13'ü obezdir. Bu oran erkeklerde %11, kadınlarda ise %15'tir (World Health Organization 2019).

Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi (TURDEP) I ve TURDEP-II, ülkemizde obezite sıklığının araştırıldığı çalışmalardır. 1997-1998 yıllarında yapılan TURDEP-I çalışmasında obezite oranı %22,3 bulunmuştur. 2010 yılında yapılan TURDEP-II çalışmasında ise bu oran %31,2'ye yükselmiştir. Buna göre 12 yılda obezite de %40 artış görülmüştür. Cinsiyet açısından karşılaştırıldığında TURDEP-I çalışmasında kadınlarda %29,9 iken TURDEP-II çalışmasında %44 olarak bulunmuştur. Erkeklerde obezite sıklığı sırasıyla %12,9 ve %27'dir. 12 yıl aradan sonra obezite prevalansı kadınlarda %34, erkeklerde %107 artış olmuştur (Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı 2012-2020 2015; Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği 2018).

4.2.3. Risk Faktörleri ve Komplikasyonları

Obezitenin altta yatan en önemli sebebi beslenme bozukluğu ve fiziksel inaktivitedir. Genetik, nörolojik, farmakolojik, hormonal, fizyolojik, çevresel, psikolojik, sosyokültürel gibi etmenler ise obeziteyi oluşturan diğer sebeplerdir. Bu etmenlerin dağılım oranları ise şu şekildedir; çevresel faktörler ve yaşam tarzı %50, kalıtım %35 ve modifikasyona neden olan genler %15'tir. Obezite risk faktörleri değiştirilebilir ve değiştirilemeyen risk faktörleri olarak iki gruba ayrılmaktadır. Değiştirilebilir riskler; fiziksel inaktivite, sık aralıkla ve aşırı beslenme, yanlış beslenme, düşük eğitim seviyesi, doğum sayısı ve sıklığı, evlilik, sigara kullanımının bırakılması, alkol kullanımı, sosyokültürel ve sosyoekonomik faktörler, bazı ilaçların kullanımı (antiepileptikler, antipsikotikler, antidiyabetikler, steroid hormonlar vb.) ve psikolojik problemlerdir. Değiştirilemeyen riskler ise; yaş, cinsiyet (kadınlarda daha fazla görülmekte) ve genetik faktörlerdir (Türkiye Halk sağlığı Kurumu 2017; Büyükdoğan 2018; Şahin 2018; World Health Organization 2019).

Obezite komplikasyonlarının başında kalp yemeziği, koroner arter hastalığı, periferik damar hastalığı gibi kardiyovasküler hastalıklar ve tip 2 diyabet, dislipidemi, hipertansiyon, gut hastalığı vb. metabolik hastalıklar gelmektedir. Sindirim sistemi hastalıkları (gastroözofageal reflü, kolelitiazis, hiatal herni, siroz, nonalkolik yağlı karaciğer hastalığı), genitoüriner sistem hastalıkları (cinsel işlev bozuklukları,

hipogonadizm, stres inkontinansı, obstetrik komplikasyonlar), nörolojik (inme, periferik ve tuzak nöropatiler, subaraknoid kanama), solunum sistemi hastalıkları (obstrüktif uyku apne ve hipoventilasyon sendromu), cilt sorunları (selülit, lenfödem, akantozis nigrikans, intertrigo ve mantar enfeksiyonları), cerrahi komplikasyonlar (enfeksiyonlar, anestezi, insizyonel herni, yara komplikasyonları), mekanik (düşme eğilimi, osteoartrit), psikososyal (depresyon, sosyal izolasyon, anksiyete, iş bulma zorluğu) ve kanser (meme, kolon, endometrium, over, prostat, böbrek, safra kesesi, karaciğer) obezitenin diğer komplikasyonlarıdır (World Health Organization 2004; İslamoğlu ve ark. 2008; Göger 2017; Türkiye Halk sağlığı Kurumu 2017).

4.2.4. Tanı ve Tedavisi

Obezite tanısı inspeksiyonla konulabilmektedir. Daha doğru tanı için hastanın anamnezi alınmalı, komplikasyonlar yönünden değerlendirilmeli, fiziki muayene ve ölçümleri yapılmalıdır. Obezite ölçümünde ucuz, basit ve güvenilir olması nedeniyle en çok BKİ, bel çevresi ölçümü ve BKO bakılmaktadır. Ayrıca vücuttaki yağ ölçümü ile ilgili antropometrik ölçüm ve laboratuvar tetkikleri kullanılabilir (Türkiye Halk sağlığı Kurumu 2017; Şahin 2018; Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği 2018).

Obez kişinin kararlılığı ve tedavide etkin rol alması tedavinin en önemli faktörleridir. Tedavide kişinin kilo vermesi ana hedef, kilo almanın önüne geçilmesi ve obezite komplikasyonlarının oluşmasını engellemek ise diğer önemli hedeflerdir. Tedavi genel olarak enerji alımının enerji tüketiminden az olmasını sağlamaktan ibarettir. Tıbbi beslenme, egzersiz, davranış değişikliği, ilaç ve cerrahi tedavi olmak üzere 5 alt başlıkta toplanmıştır (Altunkaynak ve Özbek 2006; Türkiye Halk sağlığı Kurumu 2017; Büyükdoğrucan 2018; Şahin 2018).

Tıbbi beslenme tedavisi cinsiyete, yaşa, fizyolojik duruma, fiziksel aktivite yapma durumuna ve yaşam tarzına göre düzenlenmektedir. Beslenmede kişinin bu özelliklerine uygun olarak tüm besinlerden yeterli ve dengeli olarak alması sağlanır. Tedavi sürecinde kişi doğru beslenme alışkanlığı öğrenmeli ve verilen vücut ağırlığını korumalıdır. Kilo hedefleri gerçekçi olmalıdır. 6 ayda vücut ağırlığının %5-10 azalması beklenmektedir (Türkiye Halk sağlığı Kurumu 2017; Büyükdoğrucan 2018; Şahin 2018; Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği 2018).

Obezite tedavisinde tıbbi beslenme ve egzersiz programının beraber uygulanması önerilmektedir. Egzersiz enerjinin harcanmasını sağlayarak yağ dokusunu azaltmakta ve aynı zamanda kas dokusunu korumaktadır. Haftada 150 dakika orta yoğunlukta ya da 75 dakika çok yoğun egzersiz programı önerilmektedir. Haftalık seans en az üç olmalı ve bir seansta yaklaşık olarak 200 kcal kullanılmalıdır (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2017; Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği 2018).

Kilo alımına neden olan ve egzersiz yapmayı engelleyen davranışların önüne geçilmesi ve yaşamında bulunan olumlu davranışların ise desteklenerek yaşam boyu devamının sağlanması davranış değişikliği tedavisi ile yapılmaktadır. Diyet ve egzersiz tedavisi ile birlikte uygulanması önerilmektedir. Bu tedavi ile özellikle tıknırcasına yemek yeme, yemek yemeyi durduramama gibi sorunların önüne geçilmektedir. Tedavi basamakları kendini izleme, uyarı kontrolü, alternatif davranış geliştirme, pekiştirme, ödüllendirme, bilişsel yapılandırma ve sosyal destektir (Türkiye Halk sağlığı Kurumu 2017; Şahin 2018; Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği 2018; Kömürcüoğlu Yılmaz 2018).

İlaç tedavisi tıbbi beslenme, egzersiz ve davranış değişikliği tedavisi ile istenilen sonucu alınamayan kişilerde kullanılabilir. Ülkemizde en sık kullanılan obezite ilacı Orlistat'dır. BKİ \geq 30 olan kişilerde kullanılmalıdır. İlaç etkinliği kullanımdan sonraki üç ayda değerlendirilmektedir. Verilen kilo diyabeti olmayanlarda %5'ten ve diyabeti olanlarda %3'ten fazla ise tedavinin devamı sağlanır (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2017; Şahin 2018; Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği 2018).

BKİ değeri 40 ve üzeri olan ve kontrendikasyonu olmayan kişilerde bariyatrik cerrahi tedavi uygulanabilmektedir. Bu tedavi daha çok diğer tedavilerde başarılı olamayan, mobidite ve mortalite riski olan kişilerde düşünülmektedir. Cerrahi işlemi obezite cerrahisi, endokrinolog, gastroenterolog, kardiyolog ve psikiyatristin ortak kararı ile yapılmaktadır (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2017; Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği 2018; Kömürcüoğlu Yılmaz 2018).

4.2.5. Obezite ve Serviks Kanseri İlişkisi

Obezite ve kanser ile ilgili yapılan çalışmalarda obezitenin kanser gelişimine neden olduğu tespit edilmiştir. (Sarı ve Aydoğan 2015). Obez olan kişilerde kanser sıklığı yaklaşık %33 olup, bu oran kadınlarda %37'dir (Koçak ve Erem 2013). Obez

kişilerin kolon ve rektum, özefagus, böbrek, postmenapozal meme ve endometrium kanserlerinde risk kanıtlanmıştır. Ayrıca 2015 yılı Türkiye Kanser İstatistikleri 'ne göre olarak 6.211 kişinin kanseri obeziteye bağlanmış ve daha çok kadınları etkilemiştir (Kulie ve ark. 2010; Arnold ve ark. 2016; Lauby-Secretan ve ark. 2016; Türkiye Kanser İstatistikleri 2018; International Agency for Research on Cancer 2019).

Obezite ve serviks kanseri arasındaki ilişki kanıt düzeyine ulaşmamıştır. Yapılan bazı çalışmalarda BKİ ile serviks kanseri arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (Akkaya ve ark. 2007; Yumuk ve ark. 2008; Lee ve ark. 2013; López-Hernández 2013). Fakat bazı çalışmalarda ise riskin zayıf olduğu belirtilmiştir (Poorolajal ve Jenabi 2016). Karadag Arli ve arkadaşlarının 2018 yılında yaptıkları çalışmada obezite, meme ve serviks kanserinde risk faktörü olarak tanımlanmıştır (Karadag Arli ve ark. 2018). Artan obezite ile kadınların serviksinde adenokarsinom gelişme riski olduğu saptanmıştır (Lacey ve ark. 2003; Webb 2013; American Cancer Society 2019).

Choi ve arkadaşlarının 2017 yılında Kore'de yaptıkları çalışmada aşırı kilolu veya obez olan serviks kanseri hastalarının, normal kilolu veya zayıf olan hastalara göre sağkalım süresi daha az olduğu tespit edilmiştir (Choi ve ark. 2017). Clarke ve arkadaşlarının 2018 yılında Kaliforniya'da yaptıkları retrospektif kohort çalışmasında BKİ değeri arttıkça servikal prekanser riski düşük olduğu saptanmıştır. Ancak serviks kanseri riski ise yüksek bulunmuştur (Clarke ve ark. 2018).

Obez olan serviks kanserli kadınların, normal kiloda olanlara göre mortalite oranı yüksek bulunmuştur. Mortalite oranı özellikle menopoz sonrası dönemde daha fazla olduğu saptanmıştır (Calle ve ark. 2003; Gu ve ark. 2013; Frumovitz ve ark. 2014).

Birçok çalışmada aşırı kilolu ve/veya obez olan kadınların serviks kanseri taramasına katılımı düşük bulunmuştur. Bu nedenle obez kadınlarda serviks kanseri taraması yetersiz kalmaktadır (Cohen ve ark. 2008; Park ve ark. 2012; Bussière ve ark. 2014; Yanikkerem 2017). Obez kadınların serviks kanseri taramasına katılımının az olmasının nedeni klinik ortamda utanç ve algılanan kiloluluk damgası, uygun boyutta muayene ekipmanının olmaması ve hasta-sağlık çalışanı iletişiminin zayıf olmasıdır (Maruthur ve ark. 2008; Aldrich ve Hackley 2010). Ayrıca sağlık hizmeti sunan sağlık personeli, obez hastaların pap smear testinde uygun örneklem alımında teknik zorluklar yaşayabilmektedir (Maruthur ve ark. 2008; Choi ve ark. 2017).

4.3. HİPERTANSİYON

Hipertansiyon, kan damarlarındaki basıncın sürekli artması ile yüksek veya yükseltilmiş Kan Basıncı (KB) olarak tanımlanmaktadır (World Health Organization 2019). Kontrol altına alınmayan hipertansiyon olgularında kalp hastalıkları, felç, böbrek yetmezliği, inme, erken ölüm ve sakatlık yükü artmaktadır (World Health Organization 2013; Türk Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği 2018).

4.3.1. Epidemiyolojisi

Hipertansiyon tüm ölümlerin ortalama %12,8'ine neden olmaktadır. 1980 yıllarında 25 yaş üstü kişilerde hipertansif hasta sayısı 600 milyon iken 2008 yılında bu sayı 1 milyara ulaşmıştır. Gelir düzeyi yüksek olan ülkelerin prevalans değeri düşükken, gelir düzeyi düşük olan ülkelerin ise yüksektir. Sarki ve arkadaşlarının 2015 yılında yaptıkları çalışmada düşük ve orta gelirli ülkelerin hipertansiyon sıklığı %32,3 olarak bulunmuştur. Orta gelirli ülkelerde her üç yetişkinden birinin hipertansiyon hastası olduğu saptanmıştır (Sarki ve ark. 2015; Kara Söylemez 2018; World Health Organization 2019).

Ülkemizde 2003 yılında yapılan Türk Hipertansiyon Prevelans çalışması Prevelance, Awareness, Treatment and Control of Hypertension in Turkey (Patent) yapılmış, ülkemizin ortalama prevalansı %34,4 olarak bulunmuştur. 2012 yılında çalışmanın devamı niteliğinde Patent 2 araştırması yapılmış ve ülke prevalansı %27,6 bulunmuştur. 2003-2012 yılları arasında %19,6 azalma olmuştur. Kadınlarda hipertansiyon prevalansı %38,3'ten %29,7'ye gerilemiştir. Erkekler de ise %29,3'ten %25,6 düzeyine gelmiştir. Kadınlarda %22,6, erkeklerde %12,4 oranında düşüş olmuştur. İki çalışmada da kadınların hipertansiyon sıklığı erkeklerden daha fazladır (Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği 2012; Kılıçkap ve ark. 2018).

4.3.2. Sınıflandırılması ve Etyolojisi

Hipertansiyonun sınıflandırılması KB ölçümüyle yapılmakta ve tedavide buna göre planlanmaktadır. Türk Kardiyoloji Derneği'ne göre; 18 yaş üstü kişilerde belli aralıklarla ölçülen sistolik KB değerinin 140 mmHg ve üzeri olması ve/veya diyastolik KB değerinin 90 mmHg ve üzeri olması durumu hipertansiyon olarak

adlandırılmaktadır. KB sınıflandırması Tablo 3'te özetlenmiştir (Myers 1997; Dağ 2017; American Heart Association 2018; Türk Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği 2018; Türk Kardiyoloji Derneği 2019).

Tablo 3. Yetişkinlerde KB Sınıflandırılması

KB Kategorisi	Sistolik KB		Diastolik KB
Optimal	<120 mmHg	Ve	<80 mmHg
Normal	<130 mmHg	Ve	<85 mmHg
Yüksek KB	130-139 mmHg	Veya	85-89 mmHg
Evre 1 Hipertansiyon	140-159 mmHg	Veya	90-99mmHg
Evre 2 Hipertansiyon	160-179 mmHg	Veya	100-109 mmHg
Evre 3 Hipertansiyon	≥180 mmHg	Veya	≥110 mmHg

Kaynak: Türk Kardiyoloji Derneği 2019

Hipertansiyonun etyolojisi halen tam olarak belirlenememiş olup, primer ve sekonder olarak iki gruba ayrılmıştır. Primer (esansiyel) hipertansiyon birçok faktöre bağlı oluşmakla beraber tam olarak nedeni bilinmemektedir. Genetik yatkınlık, yaş, aşırı tuz tüketimi, alkol kullanımı, sigara, stres, obez olma gibi nedenler bu grupta sayılmaktadır. Hipertansiyon %90-95 oranında primer nedenlerde bağlı olarak gelişmektedir. Sekonder hipertansiyon ise nedeni belli olan faktörlerden oluşmuş ve tüm hipertansiyon tanısı alanların %5-10'unu oluşturmaktadır. Genellikle 20 yaş ve altı-50 yaş ve üzeri kişilerde görülmektedir. Sekonder hipertansiyon renal, nörolojik ve endokrin hastalıklar, aort koarktasyonu, ilaca ve gebeliğe bağlı olarak, intravasküler hacim artışı gibi durumlar neden olmaktadır (Myers 1997; Dağ 2017; American Heart Association 2018; Türk Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği 2018).

4.3.3. Risk Faktörleri ve Komplikasyonları

Hipertansiyonun risk faktörleri iki gruba ayrılmaktadır; değiştirilebilir ve değiştirilemeyen risk faktörleri. Değiştirilebilir riskler arasında sigara kullanımı, LDL kolesterol >160mg/dl ya da total kolesterol >240mg/dl olması, stres, oral kontraseptif kullanımı diyabet hastalığının olması, böbrek yetmezliği ve şişmanlık yer almaktadır. Değiştirilemeyen risk faktörleri ise, kadınların 65 yaş ve üstü olması, erkeklerin 55 yaş

ve üzeri olması, cinsiyet (kadınlarda erkeklere göre daha fazla görülmektedir), ırk (siyah ırkta beyaz ırka göre daha fazla görülmektedir) ve aile öyküsünün olmasıdır. Hipertansiyon tedavisinde en önemli faktörlerinden biri risklerin en aza indirilmesidir (Myers 1997; Akın 2017; Durmaz ve Arslan 2017; Kara Söylemez 2018; Türk Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği 2018; World Health Organization 2019).

Hipertansiyon komplikasyonları özellikle tedavinin yapılmadığı durumlarda miyokard enfarktüsü, kalp yetmezliği, anevrizma, sol ventriküler hipertrofi, inme gibi kardiyolojik hastalıklar görülebilmektedir. Dünyada kalp hastalığının ve felcin en önemli önlenilebilir nedenidir. Hipertansiyon böbrek yetmezliği, demans ve retinopatiye sebep olması nedeniyle ciddi sağlık problemidir (Kara Söylemez 2018; American Heart Association 2019; World Health Organization 2019).

4.3.4. Belirtileri

Hipertansiyon birçok kişide belirti vermeden oluşmaktadır. İleri seviyede organ hasarı oluşuncaya kadar belirti ve bulgu olmayabilir. Fakat bazı kişilerde baş ağrısı, baş dönmesi, nefes darlığı, burun kanaması, kalp çarpıntısı ve göğüs ağrısı gibi bulgular olabilmektedir. Bulgular genellikle KB çok yükseldiğinde ortaya çıkabilmektedir (Akın 2017; World Health Organization 2019).

4.3.5. Tanı ve Tedavisi

Hipertansiyon tanısının en önemli faktörü KB ölçümüdür. Ölçüm yapılmadan önce hasta beş dakika sessizce oturarak dinlenmelidir. İki veya üç ölçüm yapılmalı ve bu ölçümlerin ortalaması alınarak değerlendirilmelidir. Ayrıca hastanın risk faktörleri açısından sorgulanmalı, fiziki muayene yapılmalı ve laboratuvar bulguları değerlendirilmelidir (Dağ 2017; American Heart Association 2018).

Hipertansiyon tedavisinde temel hedef KB normal değerlerde tutmak ve risk faktörlerini azaltmaktır. Tedavi yaşam tarzında değişiklik ve farmakolojik tedaviden oluşmaktadır. Yaşam değişikliği tüm hastalarda uygulanmalıdır. Farmakolojik tedavide beş farklı ilaç kullanılmaktadır; diüretikler, kalsiyum kanal blokerleri, beta blokerler, anjiyotensin reseptör blokerleri ve anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleridir (Dağ 2017; Türk Kardiyoloji Derneği 2018). İlaç tedavisi tek başına yeterli değildir. Bu nedenle yaşam tarzı ve beslenmede değişikliklere gidilmelidir. Bunun için DSÖ yaşam tarzı değişikliğinde beş adım belirlemiştir. Bu adımlar;

- 1- Sağlık diyeti (sağlıklı yaşam tarzı benimsenmeli, günlük tuz alımı beş gramdan az olmalı, günde beş porsiyon meyve-sebze yenmeli ve doymuş yağ alımı azaltılmalı),
- 2- Fazla alkol tüketiminden kaçınmak,
- 3- Fiziksel aktivite (günde en az 30 dakika düzenli fiziksel aktivite yapmak ve normal kilo aralığında olmak),
- 4- Tütün ürünleri kullanımını bırakmak ve bu ürünlerin etkilerine maruz kalmamak,
- 5- Stres yönetiminin sağlanmasıdır (Uyarel 2014; Durmaz ve Arslan 2017; American Heart Association 2018; World Health Organization 2019).

4.3.6. Hipertansiyon ve Serviks Kanseri İlişkisi

Kanser ve hipertansiyon yüksek prevalansa sahiptir. Bunun nedeninin sedanter yaşam tarzı, alkol kullanımı, sağlıksız beslenme, obezite, sigara içme gibi benzer risk faktörlerini paylaşmalarıdır (Souza ve ark. 2015). Kanserle birlikte en sık görülen hastalık hipertansiyondur. Epidemiyolojik çalışmalarda hipertansiyonun tüm kanser hastalarının prognozunu etkileyebildiği saptanmıştır (Yeh ve Bickford 2009).

Radišauskas ve arkadaşlarının 2016 yılında yaptıkları çalışmada hipertansiyonu olan kişilerde böbrek kanseri riski iki-dört kat yüksek bulunmuş olup, hipertansiyon ile kolorektal ve prostat kanseri riski ilişkilendirilmiştir (Radišauskas ve ark. 2016).

Modern kemoterapinin artması ile hastaların sağ kalım süreleri artmış, ancak hipertansiyonun gelişmesine neden olmuştur. Kemoterapi ajanlarından Bevacizumab'da hipertansiyon insidansı %4-35, Sorafenib'de %17-4 ve Sunitinib'de %5-47 arasında görülmektedir. Bu nedenle kemoterapi alan hastalarda KB seviyesi düzenli olarak kontrol edilmelidir. KB değerlendirilmesi kemoterapi öncesinde, sırasında ve sonrasında yapılması önerilmektedir (Yeh ve Bickford 2009; Milan ve ark. 2014; Souza ve ark. 2015).

Jain ve arkadaşlarının 2017 yılında Hindistan'da yaptıkları çalışmada serviks kanseri hastalarının sosyodemografik ve klinik özellikleri incelenmiştir. Araştırmada serviks kanseri hastalarının %26'sında kansere eşlik eden hastalık görülmüş ve en fazla eşlik eden hastalık %13,98 ile hipertansiyon olmuştur (Jain ve ark. 2017).

Ng'ang'a ve arkadaşlarının 2018 yılında Kenya'da yaptıkları çalışmada diyabeti ve hipertansiyonu olan kadınların olmayanlara göre daha fazla katılım sağlamıştır.

Fakat Liu ve arkadaşlarının 2014 yılında Amerika’da yaptıkları çalışmada hipertansiyonu olan kadınların serviks kanseri taramasına daha az katılımının olduğu görülmüştür (Liu ve ark. 2014; Ng’ang’a ve ark. 2018).

4.4. DİYABET

Diyabet, insülin salınımı ve/veya insülin etki mekanizmasını etkileyen faktörlerinin bozulması ile hipergliseminin meydana geldiği kronik ve metabolik bir hastalıktır (Türk Diyabet Vakfı 2018; World Health Organization 2019). Bu hastalar, karbonhidrat, yağ ve proteinlerden yeteri kadar yararlanamamakta, sürekli olarak tıbbi bakıma ihtiyaç duymaktadırlar (Türk Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği 2018).

4.4.1. Tanı ve Sınıflandırılması

DSÖ’ne göre Tablo 4’te yer alan tanı kriterlerinden en az bir tanesinin bulunması diyabet tanısı için yeterlidir. Günümüzde daha çok Oral Glikoz Tolerans Testi (OGTT) ve HbA1c ölçümleri kullanılmaktadır (World Health Organization 2016).

Tablo 4. DSÖ’nün Diyabet Tanı Kriterleri

Açlık Plazma Glikozu (≥ 8 saat açlık)	≥ 126 mg/dl
OGTT 2. Saat Plazma Glikoz Değeri (75 g glikoz)	≥ 200 mg/dl
Rastgele Plazma Glikoz Düzeyi	≥ 200 mg/dl
HbA1c	$\geq 6,5$

Kaynak: World Health Organization 2016

American Diabetes Association (ADA) tarafından 2003 yılında tanı konulamayan hiperglisemi durumlarının Bozulmuş Açlık Glikozu (BAG) ve Bozulmuş Glikoz Toleransı (BGT) olarak tanımlanmış ve DSÖ de güncel yayınlarında bu tanımları kabul etmiştir. Sekiz saatlik açlık sonrası kan glikozunun 100-125 mg/dl arasında olması, OGTT’nin ikinci saatteki plazma glikoz değerinin 140-199 mg/dl olması ve HbA1c değerinin %5,7-6,4 arasında olması kişinin prediyabetik olduğunu göstermektedir (Erkoç 2015; World Health Organization 2016; American Diabetes Association 2017; Türk Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği 2018).

Diyabet, etyolojisine ve diyabetin klinik evrelerine göre sınıflandırılmaktadır. ADA’ya göre tip 1 diyabet, tip 2 diyabet, gestasyonel diyabet ve diğer spesifik diyabet

tipleri olarak dört klinik gruba ayrılmıştır. ADA bu tipleri birincil ve ikincil formda toplamıştır. Buna göre birincil formda otoimmün B- hücre yıkımı ile mutlak insülin eksikliğine yol açan tip 1 diyabet, insülin direnciyle oluşan ve giderek ilerleyen insülin salgı defekti ile karakterize tip 2 diyabet ve gebelikte ortaya çıkan ve genellikle gebelikten sonra ortadan kaybolan karbonhidrat intoleransı ile meydana gelen gestasyonel diyabet bulunmaktadır. İkincil formda ise başka hastalık veya neden ile oluşan diğer spesifik diyabet tipleri yer almaktadır. Bu tipler sekiz alt başlıkta toplanmıştır. Bunlar; gen kusuruna, ilaç ve kimyasal maddeye, enfeksiyonlara, endokrin hastalıklara, genetik sendromlara bağlı olarak gelişebilmektedir (Erkoç 2015; American Diabetes Association 2017; Turan 2018; Türkiye Diyabet Vakfı 2018).

4.4.2. Epidemiyolojisi

Dünya’da diyabet önemli bir sağlık sorunu olup, sıklığı giderek artmaktadır. Uluslararası Diyabet Federasyonu 2015 Diyabet Atlas’ına göre; 415 milyon diyabet hastası bulunmakta ve bu sayının 2040 yılında 642 milyon olacağı tahmin edilmektedir. Buna göre 2015 yılında 11 kişiden biri diyabet hastası iken 2040 yılında 10 kişiden biri diyabet hastası olacaktır. DSÖ verilerine göre 1980 yılında 18 yaş üstü yetişkinlerde görülme sıklığı %4,7 iken bu oran 2014 yılında %8,5 olmuştur. Bu hastalık orta ve düşük gelirli ülkelerde daha hızlı artış göstermektedir. Diyabet nedeniyle 2015 yılında beş milyon kişi ölmüştür. Diyabetli erkek sayısı (215,2 milyon) diyabetli kadın sayısından (199,5 milyon) daha fazla olduğu görülmektedir (International Diabetes Federation 2015; World Health Organization 2019).

Ülkemizde ise 20-75 yaş arası kişilerde diyabet prevalansı %12,5’tir. Ayrıca Avrupa bölgesinde bulunan diyabetli hasta sayısı açısından Rusya ve Almanya’dan sonra üçüncü sırada Türkiye bulunmaktadır. Fakat yaşa göre karşılaştırmalı en yüksek prevalansa (%12,8) sahiptir (International Diabetes Federation 2015; Turan 2018).

Diyabetin kadınlarda görülme oranı % 14,2, erkeklerin ise % 12,2 olup, kadın diyabet hastası daha fazladır. Diyabet nedeni ile ölüm oranı %2 olup, nedeni bilenen ölümler arasında dördüncü sıradadır (World Health Organization 2019).

4.4.3. Risk Faktörleri ve Tarama

Diyabet hiperglisemi ile karakterize bir hastalıktır. İnsülin direnci genellikle genetik nedenlere bağlıdır. Fakat BKİ \geq 25 olanlar, fiziksel inaktivite ve sedanter yaşamı olanlar, birinci ve ikinci derece yakınlarında diyabet hastası olanlar, diyabet prevelansının yüksek olduğu etnik grupta yer alanlar (latin ırk vb.), dört kilo ve üzeri bebek doğuranlar, geçirilmiş gestasyonel diyabeti olanlar, doğum kilosu düşük olanlar, hipertansiyonu (KB \geq 140/90 mmhg) olanlar, HDL-kolesterolün $<$ 35 mg/dl ve/veya trigliserid $>$ 250 mg/dl olanlar, polikistik over sendromu olanlar, insülin direnciyle ilgili klinik bulguları olanlar, kardiyovasküler hastalığı olanlar, doymuş yağdan fazla ve posalı yiyeceklerden az miktarda tüketenler, şizofreni gibi psikolojik hastalığı olan ve antipsikotik kullananlar, organ transplantasyonu yapılanlar, kortikosteroid'i uzun süre kullananlar veya antiretroviral kullananlar ve daha önceden yapılan testlerde BAG ve BGT tespit edilmiş olanlar diyabet hastalığı açısından risk altındır (Kahraman ve ark. 2016; Türkiye Diyabet Vakfı 2018; Türk Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği 2018; World Health Organization 2019).

Ülkemizde diyabet sıklığının fazla olması, yaşam kalitesini olumsuz anlamda etkilemesi, morbidite ve mortalite değerlerinin yüksek olması diyabeti önemli bir halk sağlığı sorunu haline getirmektedir. Bu nedenle diyabetin önlenmesine yönelik tarama çalışmalarına önem verilmesi ve artırılması gerekmektedir. Türk Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği'ne göre risk bulunmayan kişilerde 40 yaşından itibaren üç yılda bir açlık plazma glikozu ile diyabet açısından taranmalıdır. Risk faktörü bulunan kişiler de ise erken yaştan itibaren her yıl diyabet yönünden araştırılması gerekmektedir (Kahraman ve ark. 2016; Türkiye Diyabet Vakfı 2018; Türk Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği 2018; World Health Organization 2019).

4.4.4. Komplikasyonları ve Belirtileri

Hiperglisemi durumu kontrol altına alınmazsa diyabete bağlı diyabetik ketoasidoz, hiperosmolar hiperglisemi, hipoglisemi gibi akut komplikasyonlar ortaya çıkmaktadır. Ayrıca diyabet hastalığına bağlı olarak uzun dönemde nefropati, nöropati, retinopati, diyabetik ayak gibi mikrovasküler ve koroner arter hastalığı, serebrovasküler hastalıklar, periferik vasküler hastalıklar gibi makrovasküler kronik komplikasyonlar ortaya çıkabilmektedir. Bu nedenle hastalığın akut ve kronik

komplikasyon riskini azaltmaya yönelik sağlık çalışanları ve hastalar sürekli olarak eğitilmelidir (Türk Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği 2018; Turan 2018).

Poliüri, polidipsi, polifaji, halsizlik, çabuk yorulma, ağız kuruluğu ve noktüri diyabetin klasik semptomlarıdır. Bulanık görme, ayaklarda uyuşma, yanma ve karıncalanma, açıklanamayan kilo kaybı, inat enfeksiyonlar, tekrarlayan mantar enfeksiyonları ve kaşıntı daha az rastlanan diyabet semptomlarıdır (Myers 1997; Türk Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği 2018; Türkiye Diyabet Vakfı 2018; World Health Organization 2019).

4.4.5. Tedavisi

Diyabet tedavisi diyabet tipine göre yapılmaktadır. Fakat temelinde hasta eğitimi bulunmaktadır. Hastalara ilaç kullanımından önce kilo kontrolünün sağlanarak diyetinin düzenlenmesi ve sedanter yaşam tarzını bırakarak günlük fiziksel aktivite yapması hastalığı kontrol altına alacaktır (Türkiye Diyabet Vakfı 2018; Turan 2018).

Tip 1 diyabeti ve gestasyonel gebeliği olanların evde keton ve plazma glikoz izleminin nasıl yapılacağı anlatılmalıdır. Tüm diyabet tiplerinin içerisinde %90 oranında tip 2 diyabet görülmektedir. Tip 2 diyabetin uzun bir prediyabet evresi ve bu evrenin beş ile on yıl arasında asemptomatiktir. Bu nedenle diyabet açısından riskli olan hastaların erken dönemde saptanması büyük önem taşımaktadır. Tip 2 hastalarının tedavisinin temelinde yaşam tarzındaki fiziksel aktivite ve beslenme alışkanlığının düzenlenmesi yer almaktadır. Bu alışkanlıkların düzenlenmesi hastalık üzerinde olumlu etki yaratarak kontrol altına alınmaktadır. Yapılan araştırmalarda BGT olan kişilerde diyet ve egzersiz programının uygulanması ile Tip 2 diyabette %58 oranında azalma görülmüştür. Kontrolün sağlanamadığı durumlarda oral antidiyabetik başlanmalıdır. Fakat gene de kontrol altına alınamazsa insülin başlanması gerekmektedir. Bu nedenle tip 2 hastalarının da plazma glikoz düzeylerinin nasıl bakılacağı anlatılmalı ve düzenli olarak kontrol etmesini istenmelidir (Güngör Tavşanlı ve zmen 2016; Türkiye Diyabet Vakfı 2018; Turan 2018; Türk Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği 2018).

4.4.6. Diyabet ve Serviks Kanseri İlişkisi

Diyabet ve kanser ilişki ilk kez 1934 yılında ortaya atılmıştır. Buna göre diyabeti olan hastalarının pankreas kanseri sayısının diyabeti olmayanlara kıyasla daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Daha sonra yapılan çalışmalarda diyabeti olan kişilerde çeşitli solid ve hematolojik malignite riskinin arttığı bulunmuştur (Yılmaz Kavcar 2016). Diyabet ve kanser ilişkisi ile ilgili yapılan çalışmalarda diyabetli hastalarda kanser olma oranının diyabeti olmayan kişilere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kanseri ve diyabet ilişkisinin mekanizması açık değildir. Fakat çalışmalarda yüksek insülin seviyesinin tümörün gelişmesine olanak sağlaması nedeniyle, diyabetin çeşitli kanser türlerinin gelişimine neden olabileceği tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalarda meme, kolorektal, endometrium, hepatik, pankreas ve böbrek kanseri diyabet ile ilişkilendirilmiştir. Ölüm riski açısından karşılaştırıldığında diyabeti bilinen kişilerde, diyabeti olmayanlara göre yaklaşık %40 oranında daha fazla olduğu görülmektedir (Coughlin ve ark. 2004; Jiamset ve Hanprasertpong 2016; Anastasi ve ark. 2018; Türk Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği 2018).

Tip 2 diyabetin kanser üzerine olumsuz etkisi olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca yüksek serum glikoz düzeyinin veya diyabeti olan kadınlarda serviks kanseri riskinin arttığı bulunmuştur. Fakat serviks kanseri ve tip 2 diyabet insidansı arasında anlamlı bir ilişki olmasına karşın tip 2 diyabet prognozunun serviks kanseri üzerine etkisi hala belirlenememiştir (Jiamset ve Hanprasertpong 2016; Anastasi ve ark. 2018).

Itigappa ve Rao'nun 2004 yılında Hindistan'ın güney Kamataka bölgesinde görülen kanserler içerisinde ağız, meme ve serviks kanseri insidansları en yüksektir. Servikal tümörü olan kadınların %4,1'inde diyabet bulunmakta ve bu oran da diğer kanser türlerine göre daha fazla diyabet hastasını içermektedir. Ayrıca Oberaigner ve arkadaşlarının 2014 yılında Avusturya'da yaptıkları çalışmada tip 2 diyabetli kadınlarda serviks ve corpus uteri kanseri riskinin arttığını bulmuşlardır (Itigappa ve Rao 2004; Oberaigner ve ark. 2014).

Kuo ve arkadaşlarının 2015 yılında Asya bölgesinde yaptıkları çalışmada servikal kanseri olan diyabetli hastaların, diyabeti olmayanlara göre daha kısa sağ kalım süresi gösterdiğini saptamışlardır. Jiamset ve Hanprasertpong'un 2016 yılında Taylan'da yaptıkları çalışmada serviks kanseri hastalarının diyabet olan ve olmayanlar arasında beş yıllık sağ kalım oranında anlamlı fark bulmuşlardır. Fakat Chen ve arkadaşlarının

2017 yılında Asya bölgesinde yaptıkları çalışmada diyabeti olan serviks kanseri hastalarının diyabeti olmayanlara göre ölüm riski açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığını bulmuşlardır (Kuo ve ark. 2015; Jiamset ve Hanprasertpong 2016; Chen ve ark. 2017).

Diyabet gibi bazı kronik hastalıklar belirli kanserler için bağımsız risk faktörleri olup, taramanın yapılmasına engel teşkil edebilmektedir. Jiménez-Garcia ve arkadaşlarının 2009 yılında İspanya’da, Liu ve arkadaşlarının 2014 yılında Amerika’da ve Chuck ve arkadaşlarının 2017 yılında Kore’de yaptıkları çalışmada diyabeti olan kadınların diyabeti olmayan kadınlara oranla serviks kanser taraması yaptırma oranı düşük bulunmuştur (Jiménez-Garcia ve ark. 2009; Liu ve ark. 2014; Chuck ve ark. 2017).

5. GEREÇ ve YÖNTEM

5.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırma, kesitsel bir çalışmadır.

5.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma, İzmir Kemalpaşa İlçe Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı 6 Nolu Armutlu Aile Sağlığı Merkezi'nde 18 Ocak-8 Nisan 2019 tarihleri arasında yapılmıştır.

5.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini İzmir Kemalpaşa İlçe Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı 6 Nolu ASM'de serviks kanseri taraması yaptıran kadınlar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise 18 Ocak-8 Nisan 2019 tarihleri arasında serviks kanseri taraması yaptıran, araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan, araştırmaya katılmayı kabul eden ve Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu doldurulan 129 kişinin katılımı ile gerçekleştirilmiştir (Ek-5). Araştırma evreninin tamamı alınmıştır. Ancak araştırma sırasında okur-yazar olmayan ve sözel iletişim kurulamayan 14 kişi araştırmaya dahil edilmemiştir.

Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri:

- Çalışmaya katılmayı gönüllü kabul eden,
- Sözel iletişim kurulabilen,
- En az okur-yazar düzeyde veya ilkokul düzeyinde eğitim alan,
- Serviks kanseri taraması yaptırmış olan,
- İzmir Kemalpaşa ASM nüfusuna kayıtlı olan,
- 30-65 yaş arasında olan kadınlar dahil edilmiştir.

Araştırmadan Dışlama Kriterleri:

- Daha öncesinde serviks kanseri tanısı bulunan,
- Tanı almış psikiyatrik bozukluğu olan hastalar dahil edilmemiştir.

5.4. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

H0: Serviks kanseri tarama testi yaptıran kadınların obezite, hipertansiyon ve diyabet bulguları açısından anlamlı fark yoktur.

H1: Serviks kanseri tarama testi yaptıran kadınların obezite, hipertansiyon ve diyabet bulguları açısından anlamlı fark vardır.

5.5. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI-BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ

Bağımsız Değişkenler:

Araştırmaya katılan katılımcıların sosyodemografik özellerine göre bağımsız değişkenleri yaşı, eğitimi, medeni ve çalışma durumu, sağlık güvencesi, aylık geliri, sigara kullanımı ve kronik hastalığa sahip olma durumudur.

Araştırmaya katılan katılımcıların obstetrik ve jinekolojik özelliklerine göre bağımsız değişkenleri serviks kanseri tarama sonucu, ilk menarş ve cinsel ilişki yaşı, ilk ve son gebelik yaşı, gebelik, canlı doğum, ölü doğum, kendiliğinden düşük ve isteğe bağlı küretaj sayısı, menstürasyon durumu, herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanma durumu, hormon replasman tedavisi alma durumu, ailede jinekolojik kanser öyküsü ve jinekolojik ameliyat olma durumu yer almaktadır.

Bağımlı Değişkenler:

Araştırmaya dahil olan katılımcıların bağımlı değişkenleri ise boy, kilo, bel ve kalça ölçüsü, tansiyon ve glikoz değerlerini içermektedir.

5.6. ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırma verilerinin toplanmasında kullanılan veriler literatür doğrultusunda ve çalışmanın amaçları dikkate alınarak hazırlanan Serviks Kanseri Taraması Yaptıran Kadınların Anket Formu kullanılmıştır (Ek 4). Anket formu, sosyodemografik

özellikler, obstetrik ve jinekolojik özellikler ve obezite, hipertansiyon ve diyabet bulguları olmak üzere üç bölümden ve 38 sorudan oluşmaktadır. Ayrıca araştırmaya dahil edilen kadınların tansiyon, kan şekeri, boy, kilo, bel çevresi ve kalça çevresi ölçümleri yapılmıştır.

Sosyodemografik Özellikler Bölümü: Toplam 10 soru bulunmaktadır ve kadınların yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, sağlık güvencesi, çalışma durumu, aile gelir durumu, sigara kullanma durumu ve kronik hastalık bilgileri yer almaktadır.

Obstetrik ve Jinekolojik Özellikler Bölümü: Toplam 22 sorudan oluşmaktadır ve kadınların serviks kanseri test sonucu, menarş ve cinsel ilişki yaşı, ilk ve son gebelik yaşı, gebelik, canlı doğum, ölü doğum, kendiliğinden düşük ve isteğe bağlı küretaj sayısı, menstürasyon durumu, jinekolojik ameliyatlar, aile planlaması yöntemi kullanma durumu, Hormon Replasman Tedavisi (HRT) görme durumu, ailede jinekolojik kanser öyküsü vb. bilgiler yer almaktadır.

Obezite, Hipertansiyon ve Diyabet Bulguları Bölümü: Boy, kilo, bel ve kalça çevresi, glikoz ve tansiyon değerlerini içermektedir. Ölçümlerde düzenli olarak kalibrasyonu yapılan glukometre, tansiyon aleti, baskül ve mezura kullanılarak işlemler gerçekleştirilmiştir.

Kadınların obezite durumları boy ve kilo değerleri hesaplanarak elde edilen BKİ değeri ve bel çevresi ölçümüyle belirlenmiştir. Boy ölçümünde duvara monte edilmiş bir boy ölçer kullanılmıştır. Bel çevresi, kadınların son kaburgasının orta alt kısmından iliyak kanatları içine alan hat şerit metre ile ölçülmüştür. BKİ ve bel çevresi ölçümlerinin değerlendirilmesinde Tablo 1 ve Tablo 2’de yer alan DSÖ’nün kriterleri baz alınmıştır.

Kadınların tansiyon ölçümü sessiz bir odada, en az beş dakika dinlendikten sonra, sırt sandalyeye yaslanmış ve kolu çıplak bir şekilde, ölçüm sırasında kadının konuşmamış ve bacak bacak üstüne atmamıştır. Tansiyon ölçümü sırasında manşon kalp düzeyinde ve dirsekten 2,5-3 cm üstte olacak şekilde kola sarılmıştır. Ölçülen tansiyon değeri Tablo 4’te Türk Kardiyoloji Derneği’nin kriterlerine göre sınıflandırılmıştır.

Glikoz ölçümü sırasında kadınların açlık ve tokluk durumu sorgulanarak glukometre ile ölçüm yapılmıştır. Yapılan ölçümler Tablo 5'te yer alan DSÖ'nün kriterlerine göre değerlendirilmiştir.

5.7. ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

Araştırmanın verileri İzmir Kemalpaşa İlçe Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı 6 Nolu ASM'de serviks kanseri taraması yaptıran kadınlar ile 18.01.2019-08.04.2019 tarihleri arasında, kendilerini rahat hissedecekleri bir ortamda, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile anket formu doldurulmuştur. Anket sonunda katılımcıların boy, kilo, bel ve kalça çevresi, glikoz ve tansiyon değerleri ölçülmüştür.

5.8. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmada kullanılan anket formlarının verileri Statistical Package for Social Science 15.00 for Windows programına aktarılarak analizi yapılmıştır. Araştırmada serviks kanseri tarama testi sonucu pozitif ve negatif çıkan kadınların sosyodemografik özellikleri, obstetrik ve jinekolojik özellikleri ve obezite, hipertansiyon ve diyabet bulguları arasında benzerlik veya farklılıklar Fisher'in Kesin Testi ile değerlendirilmiştir. Ayrıca değişkenler arasındaki korelasyon analizi yapılmıştır.

5.9. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI VE YAŞANAN GÜÇLÜKLER

Araştırma sadece bir ASM'nde serviks kanseri taraması yaptıran kadınlarda yapılmıştır. Bu nedenle elde edilen sonuçlar Kemalpaşa ve İzmir için genellenemez.

Çalışmanın verileri serviks kanseri taraması yaptıran kadınların anket formu ile toplandığından bazı verilerde hatırlama etkeni yer almış olabilir. Ancak bu durum rastgele hata olup, taraf tutma olarak değerlendirilemez.

5.10. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından tez konusu olarak 11.12.2018 tarihinde oy birliği ile kabul edilmiştir (Ek-1).

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Sağlık Bilimleri Etik Kurulu'nun 09.12.2018 tarih ve E.107655 sayılı yazısı ile araştırmaya uygunluk kararı verilmiştir (Ek-2).

T.C. Sağlık Bakanlığı İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kronik Durumlar Birimi/Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Birimi'nin 18.01.2019 tarih ve 77597247-604.02-E.46 sayılı yazısında araştırma izni verilmiştir (Ek-3).

Araştırmaya katılan kadınlara araştırma ve amaçları anlatılarak, Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu ile onamları alınmıştır (Ek-5).

5.11. ARAŞTIRMANIN PLANLANMASI

Araştırma Eylül 2018-Temmuz 2019 tarihleri arasında 11 aylık süre içerisinde yapılmıştır.

1. Araştırma konusunun literatür araştırılarak belirlenmesi: Eylül 2018
2. Araştırma yönteminin belirlenmesi ve tez önerisinin hazırlaması: Ekim 2018
3. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tarafından Akademik Kurul izninin alınması: Kasım 2018
4. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Sağlık Bilimleri Etik Kurulu izninin alınması: Aralık 2018
5. İzmir İl Sağlık Müdürlüğü'nden Kurum izninin alınması ve malzeme temininin yapılması: Ocak 2019
6. Araştırma verilerinin toplanması: Ocak-Nisan 2019
7. Araştırma verilerinin analizinin yapılması: Nisan-Mayıs 2019
8. Tezin yazılması: Haziran-Temmuz 2019

6. BULGULAR

Bulgular bölümünde serviks kanseri taraması yaptıran kadınların sosyodemografik özellikleri, obstetrik ve jinekolojik özellikleri, obezite, hipertansiyon ve diyabet bulgularının değerlendirilmesi ve bu değerlendirmelerin serviks kanseri tarama testi sonucu ile karşılaştırılması tablolar şeklinde sunulmuştur.

6.1. KADINLARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Tablo 5. Kadınların Sosyodemografik Özellikleri

Kadınların Sosyodemografik Özellikleri	N	%
Yaş Grupları		
30-39	53	41,1
40-49	37	24,8
50-59	32	28,7
60 yaş ve üzeri	7	5,4
Medeni Durum		
Evli	116	89,9
Bekar	13	10,1
Eğitim Durumu		
Okur-Yazar	19	14,7
İlkokul	86	66,7
Lise	21	16,3
Üniversite ve Üzeri	3	2,3
Sağlık Güvence Durumu		
Var	124	96,1
Yok	5	3,9
Çalışma Durumu		
Çalışmıyor	82	63,6
Çalışıyor	37	28,7
Emekli	10	7,8
Aylık Gelir Durumu		
Gelir Giderden Az	49	38
Gelir Gidere Denk	76	58,9
Gelir Giderden Fazla	4	3,1
Toplam	129	100,0

Kadınların yaş ortalaması $44,06 \pm 9,67$ (min=30, max=65) olup, %41,1'i 30-39 yaş grubundadır. Araştırmadaki kadınların %89,9'u evli, %66,7'si ilkokul mezunu ve %96,1'inin sağlık güvencesi mevcuttur. Kadınların %58,9'u aylık gelir durumunun "Gelir Gidere Denk" olduğunu ve %63,6'sı herhangi bir işte çalışmadığını belirtmiştir.

Tablo 6. Kadınların Sigara Kullanım Durumu

Sigara Kullanma Durumu	N	%
Evet		
1-9	14	10,8
10-19	5	3,9
20 ve üzeri	8	6,2
Hayır	87	67,4
Bıraktım	15	11,6
Toplam	129	100

Araştırmaya katılan kadınların %67,4'ü sigara kullanmamaktadır. Sigara kullanan kadınların oranı %20,9 olup, günlük ortalama sigara içme oranı $10,6 \pm 6,8$ (min=2, max=20) olarak bulunmuştur. Günlük 1-9 arasında %51,9 kadın sigara içmektedir.

Tablo 7. Kronik Hastalığı Olan Kadınların Durumu

Kronik Hastalık	N	%
Evet (n=41)*		
Hipertansiyon	22	15,2
Diyabet	19	13,1
Astım-Bronşit	5	3,5
Tiroid Fonksiyon Bozukluğu	7	4,8
Nörolojik Hastalık	2	1,4
Kalp Yetmezliği	1	0,7
Romatizmal Hastalık	1	0,7
Hayır	88	60,6
Toplam*	145	100

*Bir kişide birden fazla kronik hastalık bulunmaktadır.

Kadınların %31,8'inde en az bir kronik hastalık bulunmaktadır. Kronik hastalıklar içerisinde hipertansiyon %15,2 ile en fazla oranda yer almakta, diyabet

%13,1 ile ikinci ve tiroid fonksiyon bozukluğu ise %4,8 ile üçüncü sırada yer almaktadır.

6.2. KADINLARIN OBSTETRİK VE JİNEKOLOJİK ÖZELLİKLERİ

Tablo 8. Kadınların Obstetrik ve Jinekolojik Özellikleri

Özellikler	n	%
Menarş Yaşı		
14 yaş ve altı	106	82,2
15 yaş ve üzeri	23	17,8
İlk Cinsel Yaş/İlk Evlilik Yaşı		
16 yaş ve altı	20	15,5
17 yaş ve üzeri	109	84,5
Menstrüasyon Durumu		
Düzenli	61	47,3
Düzensiz	20	15,5
Menapoz	48	37,2
İlk Gebelik Yaş (n=123)*		
17 yaş ve altı	23	18,7
18 yaş ve üzeri	100	81,3
Son Gebelik Yaş (n=123)*		
34 yaş ve altı	98	79,7
35 yaş ve üzeri	25	20,3
Gebelik Sayısı		
Nulligravida	6	4,7
1-2	57	44,2
3 ve üzeri	66	51,1
Ölü Doğum Yapma Durumu (n=123)*		
Evet	1	0,8
Hayır	122	99,2
Düşük Yapma Durumu (n=123)*		
Evet	28	22,8
Hayır	95	77,2
İsteğe Bağlı Küretaj Olma Durumu (n=123)*		
Evet	20	16,3
Hayır	103	83,7
Kadınların HRT Alma Durumu		
Evet	19	14,7
Hayır	110	85,3
Ailede Jinekolojik Kanser Öyküsü		
Evet	7	5,4
Hayır	122	94,6
Kadın Hastalıkları İle İlgili Ameliyat Olma Durumu		
Evet	58	45
Hayır	71	55
Toplam	129	100

* Araştırmadaki kadınlardan 6 kişi nulligravidadır (n=123).

Araştırmaya katılan kadınların ilk adet yaş ortalaması $13 \pm 1,4$ (min=8, max=16) olup, %82,2'sinin menarş yaşı 14 ve altıdır. Araştırmaya katılan tüm kadınların ilk cinsel yaşı ile evlenme yaşı aynıdır. İlk cinsel ilişki yaşı 17 yaş ve üzeri olma oranı %84,5 ve ortalaması ise $20,4 \pm 4,5$ (min=13, max=42)'tir. Kadınların %47,3'ü düzenli adet görmekte iken, %15,5'i düzensiz adet görmekte ve %37,2'si menopozdadır. İlk gebelik yaş ortalaması $21,2 \pm 4,4$ (min=14, max=35) ve son gebelik yaş ortalaması ise $29,3 \pm 5,4$ (min=18, max=43)'tür. Kadınların ilk gebelik yaşı 18 ve üzeri olma oranı %81,3 olup, son gebelik yaşı 34 ve altı olma oranı %79,7'dir. Araştırmada %4,7 oranında nulligravida olan kadın mevcuttur. Kadınların gebelik sayılarının ortalaması $3,2 \pm 2,1$ (min=1, max=12) ve üç ve üzeri gebelik sayısı olan kadın oranı %51,1'dir. Kadınların %99,2'si ölü doğum, %77,2'si düşük ve %83,7'si ise isteğe bağlı küretaj yapmamıştır. HRT almayanların oranı %85,3'tür. Aile öyküsünde jinekolojik kanseri olan %5,4 olup, bu jinekolojik kanser türü hepsinde rahim kanseridir. Kadınların %45'i kadın hastalıkları ile ilgili ameliyat olmuştur.

Tablo 9. Kadınların Kullandığı Aile Planlaması Yöntemlerinin Dağılımı

Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumu	n	%
Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumu		
Evet	62	48,1
Hayır	67	51,9
Kullanılan Aile Planlaması Yönteminin Hormonal Olma Durumu		
Hormonal Aile Planlaması Yöntemi Kullanan	9	7
Hormonal Olmayan Aile Planlaması Yöntemi Kullanan	53	41,1
Kullanılan Aile Planlaması Yöntemi		
RİA/Spiral Hormonsuz	16	12,4
Hormonlu RİA	1	0,8
Oral Kontaseptif	4	3,1
Aylık Enjeksiyon	1	0,8
Geri Çekme	14	10,9
Kondom	14	10,9
Tüpligasyon	10	7,8
Laktasyonel Amenore	2	1,6

Kadınların %48,1'i aile planlaması yöntemi kullanmakta ve araştırma grubundaki kadınların %7'i hormonal aile planlaması yöntemi kullanmaktadır. Aile planlaması yöntemleri içerisinde en sık kullanılan %12,4 oran ile RİA olup, %10,9 ile kondom ve

geri çekme yöntemi takip etmiştir. Araştırmadaki kadınlar aile planlaması yöntemi olarak mini hap, üç aylık enjeksiyon ve implant kullanmamaktadır.

6.3. KADINLARIN OBEZİTE, HİPERTANSİYON VE DİYABET BULGULARININ DEĞERLENDİRMESİ

Tablo 10. Kadınların Obezite, Hipertansiyon ve Diyabet Bulgularının Dağılımları

Obezite, Hipertansiyon ve Diyabet Bulguları	N	%
BKİ		
18,5 ve altı	1	0,8
18,5-24,99	19	14,7
25-29,99	52	40,3
30 ve üzeri	57	44,2
Bel Çevresi		
79 cm ve altı	20	15,5
80-87 cm	34	26,4
88 cm ve üzeri	75	58,1
Sistolik KB		
119 mmHg ve altı	52	40,3
120-129 mmHg	33	25,6
130-139 mmHg	23	17,8
140 mmHg ve üzeri	21	16,3
Diastolik KB		
79 mmHg ve altı	58	45,0
80-84 mmHg	24	18,6
85-89 mmHg	10	7,8
90 mmHg ve üzeri	37	28,7
AKŞ (n=79)*		
99 ve altı	53	41,1
100-125	24	18,6
126 ve üzeri	2	1,5
TKŞ (n=50)**		
139 ve altı	35	27,1
140-199	9	7,0
200 ve üzeri	6	4,7
Toplam	129	100

*Araştırmaya katılan 79 kadında AKŞ değerlendirilmiştir

**Araştırmaya katılan 50 kadında TKŞ değerlendirilmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların BKİ ortalaması $29,9 \pm 5,7$ (min=17,63, max=48,83) olup, BKİ değeri 25-29,99 arasında olan %40,3 ve 30 ve üzeri olan %44,2'dir. Bel

çevresi ortalaması ise 91,79±14,04 (min=60, max=130) olup, %58,1 kadının bel çevresi 88 cm ve üzeridir. Kadınların ortalama sistolik KB 122,8±16,15 olup, %40,3'ünün sistolik KB 119 mmHg ve altında, %25,6'sının 120-129 mmHg arasında, %17,8'inin 130-139 mmHg arasında ve %16,3'ünün ise 140 mmHg ve üzerindedir. Diyastolik KB ortalaması 80,03±12,61 olup, 79 mmHg ve altında olan %45, 80-84 mmHg arasında olan %18,6, 85-89 mmHg arasında %7,8 ve 90 mmHg ve üzeri olan %28,7 kadın bulunmaktadır. AKŞ toplam 79 kişide değerlendirilmiş ve araştırma grubunun %61,2'sini oluşturmuştur. Ortalama AKŞ değeri 96,17±13,16'dır ve AKŞ değeri 99 ve altı olan kadınların oranı %41,1, 100-125 arasında olanların oranı %18,6 ve 126 ve üzeri olanların oranı ise %1,5'dir. TKŞ toplam 50 kişide değerlendirilmiş ve araştırma grubunun %38,8'ini meydana getirmiştir. Ortalama TKŞ değeri 150,14±62,48'dir ve kadınların %27,1'inin TKŞ değeri 139 ve altı, %7'sinin 140-199 arasında ve %4,7'sinin 200 ve üzerindedir.

6.4. KADINLARIN SERVİKS KANSERİ TARAMA TESTİ SONUCU İLE SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 11. Kadınların Serviks Kanseri Tarama Sonucu ile Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Kadınların Sosyodemografik Özellikleri	Test Sonucu Pozitif (n=10)		Test Sonucu Negatif (n=119)		Toplam (n=129)		Fisher'in Kesin Testi
	n	%	n	%	n	%	
Yaş							
39 yaş ve altı	2	3,8	51	96,2	53	100	0,196
40 yaş ve üzeri	8	10,5	68	89,5	76	100	
Medeni Durum							
Evli	9	7,8	107	92,2	116	100	1,000
Bekar	1	7,7	12	92,3	13	100	
Eğitim Durumu							
Okur-Yazar/İlkokul	8	7,6	97	92,4	105	100	1,000
Lise ve Üzeri	2	8,3	22	91,7	24	100	
Sağlık Güvence Durumu							
Var	10	8,1	114	91,9	124	100	1,000
Yok	0	0	5	100	5	100	

Tablo 11. Kadınların Serviks Kanseri Tarama Sonucu ile Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması (Devam)

Çalışma Durumu	7	7,7	85	92,3	92	100	1,000
Çalışmıyor	3	8,1	34	91,9	37	100	
Çalışıyor							
Aylık Gelir Durumu							
Gelir Giderden Az	5	10,2	44	89,8	49	100	0,503
Gelir gidere Denk/Üzeri	5	6,2	75	93,8	80	100	
Sigara Kullanma Durumu							
Evet	4	14,8	23	85,2	27	100	0,216
Hayır/ Bıraktım	6	5,9	96	94,1	102	100	
Kronik Hastalık Durumu							
Evet	3	7,3	38	92,7	41	100	1,000
Hayır	7	8	81	92	88	100	

Kadınların serviks kanseri tarama testi sonucu ile sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması Tablo 11’de sunulmuştur. Kadınların yaş grubu, medeni durumu, eğitimi, sağlık güvence durumu, çalışma durumu, aylık geliri, sigara kullanımı ve kronik hastalık durumları ile serviks kanser tarama testi sonucu arasında anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 12. Kadınların Serviks Kanseri Tarama Sonucu ile Sigara Kullanım Durumlarının Karşılaştırılması

Kadınların Günlük Sigara Kullanım Miktarı	Test Sonucu Pozitif (n=4)		Test Sonucu Negatif (n=23)		Toplam (n=27)		Fisher’in Kesin Testi
	n	%	n	%	n	%	
1-9	2	14,3	12	85,7	14	100	
10 ve üzeri	2	15,4	11	84,6	13	100	1,000
Toplam	4	14,8	23	85,2	27	100	

Kadınların serviks kanseri tarama sonucu ile sigara kullanım durumlarının karşılaştırılması Tablo 12’de gösterilmiştir. Kadınların sigara kullanım miktarı ile serviks kanseri tarama testi sonucu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Tablo 13. Kadınların Serviks Kanseri Tarama Sonucu ile Kronik Hastalık Durumlarının Karşılaştırılması

Kronik Hastalık	Test Sonucu Pozitif (n=3)		Test Sonucu negatif (n=38)		Toplam (n=41)*		Fisher'in Kesin Testi
	n	%	n	%	n	%	
Hipertansiyon							
Evet	1	5	21	95	22	100	0,588
Hayır	2	10,5	17	89,5	19	100	
Diyabet							
Evet	1	5,3	18	94,7	19	100	1,000
Hayır	2	9,1	20	90,9	22	100	
Astım-Bronşit							
Evet	0	0	5	100	5	100	1,000
Hayır	3	8,3	33	91,7	36	100	
Tiroid Fonksiyon Bozukluğu							
Evet	0	0	7	100	7	100	1,000
Hayır	3	8,8	31	91,2	34	100	
Nörolojik Hastalık							
Evet	1	50	1	50	2	100	0,143
Hayır	2	5,1	37	94,9	39	100	
Kalp Yetmezliği							
Evet	0	0	1	100	1	100	1,000
Hayır	3	7,5	37	92,5	40	100	
Romatizmal Hastalık							
Evet	0	0	1	100	1	100	1,000
Hayır	3	7,5	37	92,5	40	100	

*Bir kişide birden fazla kronik hastalık bulunmaktadır.

Kadınların serviks kanseri tarama sonucu ile kronik hastalık durumlarının karşılaştırılması Tablo 13'te özetlenmiştir. Araştırmaya katılan kadınların serviks kanseri tarama testi sonucu ile hipertansiyon, diyabet, astım-bronşit, tiroid fonksiyon bozukluğu, nörolojik hastalık, kalp yetmezliği ve romatizmal hastalık olma durumu arasında anlamlı farka rastlanmamıştır ($p>0,05$).

6.5. KADINLARIN SERVİKS KANSERİ TARAMA SONUCU İLE OBSTETRİK VE JİNEKOLOJİK ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 14. Kadınların Serviks Kanseri Tarama Sonucu ile Obstetrik ve Jinekolojik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Obstetrik ve Jinekolojik Özellikler	Test Sonucu Pozitif (n=10)		Test Sonucu Negatif (n=119)		Toplam (n=129)		Fisher'in Kesin Testi
	n	%	n	%	n	%	
Menarş Yaşı							
14 Yaş ve altı	9	8,5	97	91,5	106	100	0,690
15 Yaş ve Üzeri	1	4,3	22	95,7	23	100	
İlk Cinsel Yaş/İlk Evlilik Yaşı							
16 Yaş ve altı	2	10	18	90	20	100	0,653
17 Yaş ve Üzeri	8	7,3	101	92,7	109	100	
Menstrüasyon Olma Durumu							
Evet	7	8,6	74	91,4	81	100	0,743
Hayır	3	6,2	45	93,8	48	100	
İlk Gebelik Yaşı*							
17 yaş ve altı	3	13	20	87	23	100	0,395
18 yaş ve Üzeri	7	7	93	93	100	100	
Son Gebelik Yaşı*							
34 yaş ve altı	8	8,2	90	91,8	98	100	1,000
35 Yaş ve Üzeri	2	8	23	92	25	100	
Gebelik Sayısı*							
2 ve altı	4	7	53	93	57	100	0,751
3 ve üzeri	6	9,1	60	90,9	66	100	
Ölü Doğum Yapma Durumu*							
Evet	0	0	1	100	1	100	1,000
Hayır	10	8,2	112	91,8	122	100	
Düşük Yapma Durumu*							
Evet	1	3,6	27	96,4	28	100	0,452
Hayır	9	9,5	86	90,5	95	100	
İsteğe Bağlı Küretaj Olma Durumu*							
Evet	1	5	19	95	20	100	1,000
Hayır	9	8,7	94	91,3	103	100	
Ailede Jinekolojik Kansere Öyküsü Olma Durumu							
Evet	1	14,3	6	85,7	7	100	0,440
Hayır	9	7,4	113	92,6	122	100	
Kadın Hastalıkları ile İlgili Ameliyat Olma Durumu							
Evet	5	8,6	53	91,4	58	100	0,753
Hayır	5	7	66	93	71	100	
HRT Alma Durumu							
Evet	2	10,5	17	89,5	19	100	0,641
Hayır	8	7,3	102	92,7	110	100	

*Araştırmadaki kadınlardan 6 kişi nulligravidadır (n=123).

Kadınların serviks kanseri tarama sonucu ile obstetrik ve jinekolojik özelliklerinin karşılaştırılması Tablo 14’te gösterilmiştir. Araştırmada yer alan kadınların serviks kanseri tarama testi sonucu ile menarş yaşı, ilk cinsel yaş/ilk evlilik yaşı, menstrüasyon durumu, ilk ve son gebelik yaşı, gebelik sayısı, ölü doğum, düşük ve isteğe bağlı küretaj olma durumu, ailede jinekolojik kanser öyküsü, kadın hastalıkları ile ilgili ameliyat olma durumu ve HRT alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 15. Kadınların Serviks Kanseri Tarama Sonucu ile Menapoz Yaşlarının Karşılaştırılması

Menapoz Yaşı	Test Sonucu Pozitif (n=3)		Test Sonucu Negatif (n=45)		Toplam (n=48)		Fisher’in Kesin Testi
	n	%	n	%	n	%	
44 yaş ve altı	1	7,7	12	92,3	13	100	1,000
45 yaş ve üzeri	2	5,7	33	94,3	35	100	
Toplam	3	6,2	45	93,8	48	100	

Araştırmaya katılan ve menopoz döneminde olan %93,8 kadının serviks kanseri tarama testinin sonucu negatif iken %6,2 kadının ise pozitifdir. Kadınların menopoz yaşı ile serviks kanseri tarama testinin sonucu arasında anlamlı fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 16. Kadınların Serviks Kanseri Taraması Sonucu ile Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumlarının Karşılaştırılması

Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumu	Test Sonucu Pozitif (n=10)		Test Sonucu Negatif (n=119)		Toplam (n=129)		Fisher’in Kesin Testi
	n	%	n	%	n	%	
Evet	6	9,7	56	90,3	62	100	0,519
Hayır	4	6	63	94	67	100	

Kadınların serviks kanseri taraması sonucu ile aile planlaması yöntemi kullanma durumlarının karşılaştırılması Tablo 16’da yer almaktadır. Aile planlaması yöntemi kullanan kadınların %9,7’si ve yöntem kullanmayan kadınların %6’sının test sonucu pozitifdir. Kadınların aile planlaması yöntemi kullanma durumu ile test sonucu arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,05$).

Tablo 17. Kadınların Serviks Kanseri Taraması Sonucu ile Hormonal Olan ve Olmayan Aile Planlaması Yöntemlerinin Karşılaştırılması

Aile Planlaması Yöntemi	Test Sonucu Pozitif (n=6)		Test Sonucu Negatif (n=56)		Toplam (n=62)		Fisher'in Kesin Testi
	n	%	n	%	n	%	
Hormonal Aile Planlaması Yöntemi Kullanan	2	33,3	4	66,7	6	100	0,099
Hormonal Olmayan Aile Planlaması Yöntemi Kullanan	4	7,1	52	92,9	56	100	

Hormonal aile planlaması yöntemi kullanan kadınların %33,3'ünün test sonucu pozitif iken %66,7'sinin sonucu negatiftir. Hormonal olmayan aile planlaması yöntemi kullanan kadınların %7,1'inin test sonucu pozitif olup, %92,9'unun sonucu negatiftir. Hormonal olan ve olmayan aile planlaması yöntemi kullanma durumu ile test sonucu arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

6.6. KADINLARIN SERVİKS KANSERİ TARAMA TESTİ SONUCU İLE OBEZİTE, HİPERTANSİYON VE DİYABET BULGULARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 18. Kadınların Serviks Kanseri Tarama Testi Sonucu ile Obezite, Hipertansiyon ve Diyabet Bulgularının Karşılaştırılması

Obezite, Hipertansiyon ve Diyabet Bulguları	Test Sonucu Pozitif (n=10)		Test Sonucu Negatif (n=119)		Toplam (n=129)		Fisher'in Kesin Testi
	N	%	N	%	N	%	
BKİ							
29,99 ve altı	6	8,3	66	91,7	72	100	1,000
30 ve üzeri	4	7	53	93	57	100	
Bel Çevresi							
87 cm ve altı	4	7,4	50	92,6	54	100	1,000
88 cm ve üzeri	6	8	69	92	75	100	
Sistolik KB							
139 mmHg ve altı	9	8,3	99	91,7	108	100	1,000
140 mmHg ve üzeri	1	4,8	20	95,2	21	100	

Tablo 18. Kadınların Serviks Kanseri Tarama Testi Sonucu ile Obezite, Hipertansiyon ve Diyabet Bulgularının Karşılaştırılması (Devam)

Diyastolik KB							
89 mmHg ve altı	7	7,6	85	92,4	92	100	1,000
90 mmHg ve üzeri	3	8,1	34	91,9	37	100	
AKŞ (n=79)*							
125 ve altı	4	5,2	73	94,8	77	100	1,000
126 ve üzeri	0	0	2	100	2	100	
TKŞ (n=50)**							
199 ve altı	6	13,6	38	86,4	44	100	1,000
200 ve üzeri	0	0	6	100	6	100	

*Araştırmaya katılan 79 kadında AKŞ değerlendirilmiştir

**Araştırmaya katılan 50 kadında TKŞ değerlendirilmiştir

Kadınların serviks kanseri tarama testi sonucu ile obezite, hipertansiyon ve diyabet bulgularının karşılaştırılması Tablo 18’de karşılaştırılmıştır. Araştırmadaki kadınların BKİ, bel çevresi, sistolik KB, diyastolik KB, AKŞ ve TKŞ ile serviks kanseri tarama test sonucu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 19. Kadınların Yaşı ile Obezite, Hipertansiyon ve Diyabet Bulgularının Korelasyonu

Bulgular	Yaş
BKİ	
R	0,39
P	0,00
N	129
Bel Çevresi	
R	0,39
P	0,00
N	129
Sistolik KB	
R	0,53
P	0,00
N	129
Diyastolik KB	
R	0,31
P	0,00
N	129
AKŞ	
R	0,45
P	0,00
N	79

Tablo 19. Kadınların Yaşı ile Obezite, Hipertansiyon ve Diyabet Bulgularının Korelasyonu (Devam)

TKŞ	
R	0,29
P	0,04
N	50

Tablo 19’da kadınların yaş, obezite, hipertansiyon ve diyabet bulguları arasındaki korelasyon dağılımı yapılmıştır. Kadınların yaşı ile BKİ ve bel çevresi, sistolik KB, diyastolik KB, AKŞ ve TKŞ değerleriyle orta düzeyde, pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p= 0,000, 0,000, 0,000, 0,041, 0,000, 0,000$).

7. TARTIŞMA

Serviks kanseri taraması yaptıran kadınların obezite, hipertansiyon ve diyabet açısından incelenen bu çalışmada saptanan bulgular literatür altında bu bölümde tartışması yapılmıştır.

7.1. KADINLARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELİKLERİ İLE İLGİLİ TARTIŞMA BÖLÜMÜ

Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması $44,06 \pm 9,67$ olup, %41,1'i 30-39 yaş grubundadır. Kadınların %89,9'u evli, %66,7'si ilkokul mezunu ve %96,1'inin sağlık güvencesi bulunmaktadır. Aylık gelir durumuna kadınların %58,6'sı "Gelir Gidere Denk" olduğunu ifade etmiş ve %63,6'sı herhangi bir işte çalışmamaktadır. Açıkgöz ve arkadaşlarının 2011 yılında İzmir'de yaptıkları bir çalışmada araştırmaya katılan kadınların %32,9'u 50-59 yaş grubunda, %68,4'ü evli, %37,5'i ilkokul mezunu, %62,8'inin sağlık güvencesi mevcut ve %62,5'i herhangi bir işte çalışmamaktadır (Açıkgöz ve ark. 2011). Pınar ve arkadaşlarının 2010 yılında Ankara'da bir üniversite hastanesinin kadın doğum polikliniğine başvuran kadınların serviks kanseri bilgi düzeylerinin incelendiği çalışmada, araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması $36,78 \pm 10,41$, %60,9'u çalışmamakta, %77,9'u lise ve üzeri eğitim durumuna sahip, %65,2'si ekonomik durumu ortadır (Pınar ve ark. 2010). Sönmez ve arkadaşlarının 2011 yılında Isparta'da bir sağlık ocağı bölgesinde yaşayan kadınların serviks kanserinin erken tanısına yönelik davranışlarının incelendiği çalışmada yaş ortalaması $46,3 \pm 17,2$, %26,6'sı 60 yaş ve üzeri, %60,5'i ilkokul mezunu, %74,4'ü evli ve %88'i ise ev hanımıdır (Sönmez ve ark. 2011). Cooper ve arkadaşlarının 2015 yılında Amerikalı kadınların serviks kanseri tarama sıklığını inceledikleri çalışmada kadınların %20,2'si 35-44 yaşında, %31,7'sinin lise mezunu ve %81,6'sının sağlık sigortası bulunmaktadır (Cooper ve ark. 2012). Pandey ve Karmacharya'nın 2017 yılında

Nepal’de kadınların serviks kanseri tarama davranışının incelendiği çalışmada yaş ortalaması $42,64 \pm 9,21$ ve %74,4’ü okuryazardır (Pandey ve Karmacharya 2017).

Araştırmada kadınların %67,4’ü sigara kullanmamakta, %11,6’sı sigarayı bırakmış ve %20,9’u ise sigara kullanmaktadır. Sigara içen kadınların ortalama günlük sigara içme oranı $10,6 \pm 6,8$ (min=2, max=20) olup, bu kadınların %51,9’u 1-9 arasında sigara içmektedir. Açıkğöz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kadınların %64,5’i sigara kullanmadığı, %21,7’sinin ise sigara kullandığını belirtmiştir. Sigara içen kadınların günlük kullanımı 2-30 arasında değişmektedir (Açıkğöz ve ark. 2011). Nazlıcan ve arkadaşlarının 2010 yılında Hatay’da yaptıkları çalışmada kadınların %8,6’sı sigara kullanmaktadır (Nazlıcan ve ark. 2010). Chang ve arkadaşlarının 2017 yılında Kore’de yaptıkları retropektif çalışmada kadınların %83,6’sı sigara kullanmamakta, %7,6’sı sigara kullanımını bırakmış ve %8,8’i ise sigara kullanmaktadır (Chang ve ark. 2017).

Araştırmaya katılan kadınların %31,8’inde en az bir kronik hastalık mevcut olup, bu kronik hastalıklar içerisinde en sık görülen hastalıklar sırası ile %15,2 hipertansiyon, %13,1 diyabet ve %4,8 tiroid fonksiyon bozukluğu yer almaktadır. Gökdemir’in 2016 yılında Rize’de yaptığı çalışmada kadınların %43,3’ünde kronik hastalık bulunmakta ve bu kadınların %9,5’i tiroid hastalığına sahiptir (Gökdemir 2016). Açıkğöz ve arkadaşlarının 2011 yılında İzmir’de yaptıkları çalışmada kadınların %53,9’unun kronik hastalığı mevcuttur ve bu hastalıklar içerisinde %43,9’unda hipertansiyon ve %18,3’ünde ise diyabet görülmektedir (Açıkğöz ve ark. 2011). Constantinou ve arkadaşlarının 2016 yılında Fransa’da yaptıkları kronik hastalıkları olan kadınların serviks kanseri tarama sonuçlarının incelendiği çalışmada en sık görülen kronik hastalıklar içerisinde hipertansiyon %8,1 ve tiroid hastalığı %7,6 ile yer almaktadır (Constantinou ve ark. 2016).

7.2. KADINLARIN OBSTETRİK VE JİNEKOLOJİK ÖZELLİKLERİ İLE İLGİLİ TARTIŞMA BÖLÜMÜ

Araştırmaya katılan kadınların ilk adet yaş ortalaması $13 \pm 1,4$ ve %82,2’sinin menarş yaşı 14 ve altıdır. İlk cinsel ilişki yaşı ve ilk evlilik yaş ortalaması $20,4 \pm 4,5$ ve

17 yaş ve üzeri olma oranı %84,5'tir. Özkan ve arkadaşlarının İstanbul'da bir hastanenin kadın doğum polikliniğine başvuran kadınların smear sonuçlarını inceledikleri çalışmada kadınların %12,9'unun ilk cinsel ilişki yaşı 16 yaş ve altıdır (Özkan ve ark. 2015). Nazlıcan ve arkadaşlarının 2010 yılında Hatay'da yaptıkları çalışmada serviks kanseri taraması yapılan kadınların ilk adet yaş ortalaması $13,40 \pm 0,97$ ve evlenme yaş ortalaması $19,53 \pm 3,85$ 'tir (Nazlıcan ve ark. 2010). Pınar ve arkadaşlarının 2010 yılında Ankara'da kadın doğum polikliniğine başvuran kadınlar ile yaptıkları çalışmada kadınların %47,1'i 18 yaş altında cinsel ilişkiye başlamıştır (Pınar ve ark. 2010).

Kadınların %47,3'ü düzenli adet görmekte iken, %15,5'i düzensiz adet görmekte ve %37,2'si menopozdadır. İlk gebelik yaşı 18 ve üzeri olma oranı %81,3 ve ilk gebelik yaş ortalaması $21,2 \pm 4,4$ 'tür. Son gebelik yaş ortalaması ise $29,3 \pm 5,4$ olup, son gebelik yaşının 34 ve altı olma durumu %79,7'dir. Araştırmada %4,7 oranında nulligravida olan kadın mevcuttur. Kadınların gebelik sayılarının ortalaması $3,2 \pm 2,1$ ve üç ve üzeri gebelik sayısına sahip kadın oranı %51,1'dir. Kadınların %0,8'i ölü doğum, %22,8'i düşük ve %16,3'ü isteğe bağlı küretaj olmuştur. HRT alanların oranı %14,7, aile öyküsünde rahim kanseri olanların oranı %5,4 ve kadın hastalıkları ile ilgili ameliyat olma oranı ise %45'tir. Mehmetoglu ve arkadaşlarının 2010 yılında birinci basmakta pap smear uygulamasıyla ilgili yaptıkları çalışmada kadınların 2/3'ünün normal adet düzeninin olduğu, %19'u düzensiz adet ve %14,8'inin menopozda olduğunu belirtmişlerdir. Kadınların %4,5'nin nullipar ve ortalama gebelik sayısı $3,4 \pm 2,0$ 'dır (Mehmetoglu ve ark. 2010). Pınar ve arkadaşlarının 2010 yılında Ankara'da bir hastanenin kadın doğum polikliniğine başvuran kadınların serviks kanseri bilgi düzeylerinin incelendiği çalışmada kadınların %49,3'ünün 1-2, %17,6'sının 3-4 arasında çocuğu bulunmaktadır (Pınar ve ark. 2010). Büyükkayacı Duman ve arkadaşlarının 2015 yılında Çorum'da yaptıkları 40 yaş üstü kadınların serviks kanseri taramasına yönelik bilgi ve uygulamalarının incelendiği çalışmada kadınların %9,8'inin ailesinde rahim kanseri öyküsü ve %5,8'inde HRT alma durumu mevcut olduğu bildirilmiştir (Büyükkayacı Duman ve ark 2015). Bodur ve arkadaşlarının 2011 yılında Konya KETEM'e başvuran kadınların retrospektif olarak inceledikleri çalışmada kadınların %8,1'inin ailesinde jinekolojik kanser bulunmaktadır (Bodur ve ark. 2011). Pınar ve arkadaşlarının 2008 yılında Ankara'da jinekolojik kanserli

bireyler ile yaptıkları çalışmada kadınların %51,1'inin ilk gebelik yaşının 18 yaş altı, %4,4'ünün 35 yaş ve üzeri doğum yaptığı ve %86,7'sinin üç ve üzeri gebeliği olduğu bildirilmiştir (Pınar ve ark. 2008). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013 verilerine göre yaşam boyu ölü doğum ortalaması 0,04, isteğe bağlı düşük ortalaması 0,20 ve kendiliğinden düşük ortalaması 0,33'tür. 17 yaş ve altı doğum oranı %1,27 olup, 35 yaş ve üzeri ise 15,1'dir (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013).

Araştırmadaki kadınların %51,9'u herhangi bir aile planlama yöntemi kullanmamaktadır. Aile planlaması yöntemi kullanan kadınların en çok kullandığı yöntemler sırasıyla %12,4 oran ile RİA ve %10,9 ile kondom ve geri çekme yöntemidir. Şen ve Başar'ın 2018 yılında Kütahya bölgesinde yaşayan kadınların pap-smear testi farkındalıklarını araştırdığı çalışmada kadınların %32'si kondom, %14'ü RİA, %12'si kombine oral kontraseptif ve %9'u geri çekme yöntemini kullanmaktadır (Şen ve Başar 2018). Pandey ve Karmacharya'nın 2017 yılında Nepal'de yaptıkları çalışmada kadınların %60'ı aile planlaması yöntemi kullanmakta olup, bu yöntemlerden en sık kullanılanları sırasıyla tubektomi (%34,3), depo-provera (%28,7) ve vazektomi (%18,5)'dir (Pandey ve Karmacharya ark. 2017). Leno ve arkadaşlarının 2018 yılında Gine'de serviks kanseri taraması yapılan kadınlara aile planlaması hizmeti sunulduğu çalışmada kadınlar aile planlaması yöntemi olarak en çok RİA ve implantı tercih etmiştir (Leno ve ark. 2018).

7.3. KADINLARIN OBEZİTE, HİPERTANSİYON VE DİYABET İLE İLGİLİ TARTIŞMA BÖLÜMÜ

Araştırmaya katılan kadınların BKİ ortalaması $29,9 \pm 5,7$ 'dir ve BKİ değeri 25-29,99 arasında olan %40,3, 30 ve üzeri %44,2'dir. Bodur ve arkadaşlarının 2011 yılında Konya'da yaptıkları çalışmada kadınları %49,8'inin BKİ değeri 25-29,9 olup, %33,9'unun ise 30 ve üzeri olduğu belirtilmiştir (Bodur ve ark. 2011). Schoofs ve arkadaşlarının 2015 yılında Brüksel'de serviks kanseri taraması katılımına ilişkin yaptıkları çalışmada BKİ değeri 25-29,9 arasında olan %66,9 ve BKİ değeri 30 ve üzeri olan %54,1 kadın bulunmaktadır (Schoofs ve ark. 2015). Lertcharernrit ve arkadaşlarının 2016 yılında Tayland'da doğum öncesi kliniğine başvuran 12-36 hafta arasında gebeliği olanların serviks kanseri taramasını ve risk faktörlerini inceledikleri

çalışmada kadınların %22,5'i fazla kilolu ve obezdir (Lertcharernrit ve ark. 2016). Hirth ve arkadaşlarının 2016 yılında Amerika'da kanser tarama kılavuzunu etkileyen ırk-etnik faktörlerinin araştırıldığı çalışmada BKİ değeri 25-29,9 olan ve 30 ve üzeri olanların yüzdesi sırasıyla beyaz kadınlarda 26,7 ve 30,4, siyah kadınlarda 29,6 ve 50,9 ve İspanyol kadınlarda ise 33,8 ve 33,8'dir (Hirth ve ark. 2016).

Araştırmadaki kadınların bel çevresi ölçüm değerinin ortalaması $91,79 \pm 14,04$ olup, kadınların %58,1'inin bel çevresi 88 cm ve üzerinde, %26,4'ünün 80-87 cm arasında ve %15,5'inin ise 79 cm ve altındadır. Heo ve arkadaşlarının 2015 yılında Amerika'da postmenapozal kadınların obezite ve kanser riskinin incelendiği çalışmada kadınların BKİ değerlerine göre bel çevresi oranları sırasıyla 25-29,99 arasında olanların $85,7 \pm 7,6$, 30-34,99 arasında olanların $96,2 \pm 8,3$ ve 35 ve üzeri olanların ise $108,8 \pm 11,5$ olarak belirtilmiştir (Heo ve ark. 2015). Wu ve arkadaşlarının 2014 yılında Tayvan'da toplum tabanlı kanser taramasına katılan kadınların jinekolojik kanser riskinde obezite incelenmiş olup, kadınların %36,6'sının bel çevresinin 80 cm ve üzeri olduğu tespit edilmiştir (Wu ve ark. 2014).

Araştırmaya katılan kadınların ortalama sistolik KB $122,8 \pm 16,15$ olup, %17,8'inin 130-139 mmHg arasında ve %16,3'ünün ise 140 mmHg ve üzerindedir. Diyastolik KB ortalaması $80,03 \pm 12,61$ olup, 85-89 mmHg arasında olan %7,8 ve 90 mmHg ve üzeri olan %28,7 kadın bulunmaktadır. Schoofs ve arkadaşlarının 2015 yılında Brüksel'de serviks kanseri taramasına katılımına ilişkin yapılan çalışmada son ölçülen sistolik KB ortalaması $122,3 \pm 13,5$ ve diyastolik KB ortalaması ise $77,6 \pm 8,6$ olarak bulunmuştur (Schoofs ve ark. 2015). Byers ve arkadaşlarının 1999 yılında Kuzey Carolina'da meme ve servikal kanser taramasına katılan kadınların kardiyovasküler hastalıkların önlemeyle ilgili yaptıkları çalışmada tarama yaptıran kadınların %63'ünde hipertansiyon tespit edilmiştir (Breys ve ark. 1999).

Araştırmanın ortalama AKŞ değeri $96,17 \pm 13$ ve ortalama TKŞ değeri $150,14 \pm 62$ olarak bulunmuştur. Schoofs ve arkadaşlarının 2015 yılında Brüksel'de serviks kanseri taramasına katılımına ilişkin yaptıkları çalışmada son ölçülen kan şekeri ortalaması $85,8 \pm 11,1$ olarak saptanmıştır (Schoofs ve ark. 2015).

7.4. KADINLARIN SERVİKS KANSERİ TARAMA SONUCU İLE SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASIYLA İLGİLİ TARTIŞMA BÖLÜMÜ

Araştırmaya katılan kadınların yaş grubu ile serviks kanseri taraması testi sonucu arasında ilişki bulunmamıştır. Kurban ve arkadaşlarının 2017 yılında Ankara’da bir hastanede yaptıkları çalışmada HPV testi pozitif olan ve olmayan kadınlar arasında yaş ortalamasıyla anlamlı fark bulunmamıştır (Kurban ve ark. 2017). Aynı şekilde Karabulut ve arkadaşlarının Denizli’de 2010 yılında yaptıkları çalışmada kadınların yaşı ile anormal smear sonucu olan ve olmayan kadınlar arasında benzer olduğu bildirilmiştir (Karabulut ve ark. 2010). Van Leeuwen ve arkadaşlarının 2005 yılında Hollanda’da yaptıkları çalışmada genç yaş grubun yaşlı gruba göre anormal pap smear sonucu daha fazladır ve 30-34 yaş arası kadınların displatik lezyonları 60-64 yaş arası kadınlara göre 6,4 kat daha fazla görülmektedir (Van Leeuwen ve ark. 2005). Rijkaart ve arkadaşlarının 2012 yılında Hollanda’da yaptıkları çalışmada 29-33 yaş arası kadınların HPV pozitif prevalansı (%10,5) ile 34-61 yaş arası kadınların HPV prevalansı (%0,4) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Rijkaart ve ark. 2012). Wright ve arkadaşlarının 2011, 2012 ve 2015 yılında yaptıkları çalışmada yaş arttıkça HPV pozitiflik oranının azaldığını belirtmişlerdir. (Wright ve ark. 2011; Wright ve ark. 2012; Wright ve ark. 2015). Bruni ve arkadaşlarının 2010 yılında yaptığı meta analiz çalışmasında dünyada HPV prevalansı 25 yaş altı kadınlarda %21,8 olup, diğer yaş gruplarına göre daha yüksek değere sahiptir. Türkiye’nin de içinde bulunduğu batı Asya bölgesinde HPV prevalansı ise %2,2’dir (Bruni ve ark. 2010).

Bu araştırmadaki kadınların medeni durumu, eğitimi, sağlık güvence durumu, çalışma durumu ve aylık geliri ile serviks kanseri tarama testinin sonucu arasında anlamlılık bulunmamıştır. Masalu ve arkadaşlarının 2017 yılında Tanzanya’da yaptıkları çalışmada anormal smear sonucu ile medeni durum ve meslek arasında anlamlı bir ilişki olmadığını saptamışlardır (Masalu ve ark. 2017). Fakat Coughlin ve arkadaşlarının 2002 yılında Amerika’da yaptıkları çalışmada medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu ve sağlık sigortasının olma durumu ile anlamlı fark bulunmuştur (Coughlin ve ark. 2002). Han ve arkadaşlarının 2012 yılında Güney Kore’de yaptıkları çalışmada servikal karsinoması olan kadınların sağlık sigortası

olma durumu ve gelir durumuyla arasında ilişki bulunmuştur (Han ve ark. 2012). Van Der ve arkadaşlarının 2008 yılında Hollanda'da yaptıkları çalışmada serviks kanseri insidansının sosyoekonomik düzeyi düşük olan kişilerde daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir (Van Der ve ark. 2008). Yapılan birçok çalışmada işsizlik, yoksulluk ve düşük eğitim seviyesi gibi etmenler sürekli olarak kanser taramasına engel teşkil ettiği bildirilmiştir (Hsia ve ark. 2000; Coughlin ve ark. 2004).

Araştırmadaki kadınların sigara kullanım durumu ile serviks kanseri tarama testinin sonucu arasında istatistiksel bir ilişki bulunmamıştır. Aynı şekilde Şengül ve arkadaşlarının 2014 yılında Giresun'da yaptıkları çalışmada sigara kullanımı ile kadınların normal ve anormal sitoloji sonucu arasında ilişki tespit edilmemiştir (Şengül ve ark. 2014). Buna benzer olarak Karabulut ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da anlamlı ilişki olmadığını belirtmişlerdir (Karabulut ve ark. 2010). Ancak sigara kullanımı kanser ve intraepitelyal alanların oluşması açısından risk taşımaktadır (Cancer Prevention & Early Detection Fact & Figures 2017-2018). Sarian ve arkadaşlarının Latin Amerikalı kadınlar ile 2009 yılında yaptığı çalışmada sigara içen ve içmeyen kadınların HPV test sonucu arasında anlamlı fark bulunmuştur. Sigara kullanımı kadınların serviks kanseri riskini arttırmaktadır (Sarian ve ark. 2009). MacLaughlan ve arkadaşlarının 2011 yılında yaptıkları çalışmada sigara içen kadınların serviks kanserine yakalanma riskinin olduğunu bildirmişlerdir (MacLaughlan ve ark. 2011).

Bu çalışmadaki kadınların kronik hastalık durumuyla serviks kanseri tarama test sonucu arasında anlamlı olmayan fark bulunmuştur. Ayrıca serviks kanseri tarama testi sonucu ile hipertansiyon, diyabet, astım-bronşit, tiroid fonksiyon bozukluğu, nörolojik hastalık, kalp yetmezliği ve romatizmal hastalık olma arasında ilişki bulunmamıştır. Kıyak Çağlayan ve arkadaşlarının 2015 yılında Yozgat'ta bir kadın doğum polikliniğine başvuran kadınlar ile yaptıkları çalışmada kronik hastalığı (diyabet, hiperkolesterolemi, guart, astım, hipertansiyon, konjesif kalp yetmezliği) olan kadınların normal veya anormal smear sonucu arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Kıyak Çağlayan ve ark. 2015). Tekpınar ve arkadaşlarının Antalya'da 2018 yılında yaptıkları çalışmada katılımcıların %29,7'sinin en az bir kronik hastalığı bulunmakta

ve en sık görülen kronik hastalıklar hiperlipidemi, hipertansiyon, malignite, diyabet ve kronik kalp hastalığıdır (Tekpınar ve ark. 2018).

7.5. KADINLARIN SERVİKS KANSERİ TARAMA SONUCU İLE OBSTETRİK VE JİNEKOLOJİK ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASIYLA İLGİLİ TARTIŞMA BÖLÜMÜ

Araştırmada yer alan kadınların serviks kanseri tarama testi sonucu ile menarş yaşı arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Benzer şekilde Chang ve arkadaşlarının 2017 yılında Kore’de yaptıkları çalışmada menarş ile istatistiksel bir ilişki bulunmamıştır (Chang ve ark. 2017).

Bu araştırmada serviks kanseri test sonucu ile ilk cinsel yaşı/ilk evlilik yaşı, ilk ve son gebelik yaşı ve gebelik sayısı arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Aynı şekilde Eroğlu ve arkadaşlarının 2011 yılında Konya’da yaptıkları çalışmada HPV negatif ve pozitif olan kadınların ilk cinsel ilişki yaşı, ilk doğum yaşı, doğum sayısının 3 ve üzeri olması durumu arasında ilişki saptanmamıştır (Eroğlu ve ark. 2011). Karabulut ve arkadaşlarının 2010 yılında Denizli’de yaptıkları çalışmada kadınların %0,54’ünde smeara displazi saptanmıştır. Bu çalışmada evlilik yaşı, gebelik ve doğum sayısı ile smeara displazisi olan ve olmayan arasındaki ilişkiyi benzer olarak bulmuşlardır (Karabulut ve ark. 2010). Fakat Castellsagué ve arkadaşlarının 2006 yılında üç kıtada (Cezayir, Fas, Brezilya, Paraguay, Peru, Hindistan, Tayland ve Filipinler) yapılan vaka kontrol çalışmasından elde edilen verilerin değerlendirildiği çalışmada HPV pozitif ve negatif olanlar ile ilk cinsel ilişki yaşı ve gebelik sayısı ilişkili bulunmuştur (Castellsagué ve ark. 2006). De González ve Green 2004 yılında yaptıkları çalışmada ilk cinsel ilişkide erken yaş, yüksek parite, ilk doğumun genç yaşta olması servikal karsinom açısından yüksek riskli olarak bulunmuştur (De González ve Green 2004). Shields ve arkadaşlarının 2004 yılında Amerika’da yaptıkları çalışmada ve Somé ve arkadaşlarının 2016 yılında Sengal’de yaptıkları çalışmada da ilk cinsel ilişki yaşı, genç yaşta doğum yapma ve multigravida ile serviks kanseri ilişkilendirilmiştir (Shield ve ark. 2004; Somé ve ark. 2016). Amerika’da yapılan çalışmada kadınların son gebelik yaşının 35 yaş ve üzeri olması durumuyla skuamöz hücre karsinoması,

adenokarsinoma ve normal servikovajinal sonuçlara göre benzer bulunmuştur (Lacey ve ark. 2003).

Araştırmadaki kadınların serviks kanseri tarama testi sonucu ile düşük ve isteğe bağlı küretaj olma durumu, ailede jinekolojik kanser öyküsü ve HRT alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Ateşer ve arkadaşlarının 2013 yılında İstanbul'da yaptıkları çalışmada HPV pozitif ve negatif olan kadınların düşük sayısı ile anlamlı fark bulunmamıştır (Ateşer ve ark. 2013). Taskin ve arkadaşlarının 2015 yılında Balıkesir'de yaptıkları çalışmada HPV pozitif ve negatif olan kadınların isteğe bağlı küretaj arasında anlamlılık tespit edilmiştir (Taşkın ve ark. 2015). Yapılan çalışmalarda ailede serviks kanseri öyküsü olan kadınların olmayanlara göre serviks kanseri taramasına katılımı yüksek bulunmuştur (Matsubara ve ark. 2013; Günaydın ve Gençtürk 2015). Lacey ve arkadaşlarının 2000 yılında yaptıkları çalışmada adenokarsinom ile hormon tedavisi pozitif olarak ilişkilendirilmiştir (Lacey ve ark. 2000). Yapılan araştırmalarda HRT kullanımı HPV pozitiflik riskini arttırmaktadır (Smith ve ark. 2002).

Bu araştırmadaki kadınların serviks kanseri ile menstrüasyon durumu ve menopoz yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Özkan ve arkadaşlarının 2015 yılında İstanbul'da yaptıkları çalışmada smear sonucu normal olan ve olmayan kadınların menopoz olma ile arasında anlamlılık vardır (Özkan ve ark. 2015). Şengül ve arkadaşlarının 2014 yılında yaptıkları çalışmada kadınların %1,83'ünde anormal servikal sitoloji tespit edilmiş olup, premenapozal dönemde olan kadınlarda istatistiksel farklılık tespit edilmiştir (Şengül ve ark. 2014). Ojiyi ve arkadaşlarının 2013 yılında Nijerya'da yaptıkları çalışmada HPV testi pozitif olan ve olmayan kadınların düzensiz menstrüasyon arasında anlamlılık saptanmıştır (Ojiyi ve ark. 2013). Ayrıca ülkemizde postmenopozal kanaması olan kadınlar ile yapılan bir çalışmada %8,8 kadının smear sonucu anormal olduğu ve %2,9'unun serviks kanseri olduğu gösterilmiştir (Erdem ve ark. 2016).

Kadınların aile planlaması yöntemi kullanma durumu ve kullanılan aile planlaması yöntemi ile serviks kanseri tarama test sonucu arasında anlamlı bir ilişki yoktur. İstanbul'da yapılan bir çalışmada smear sonuç anormal olan kadınların modern bir aile planlaması yöntemi kullanmadığı bildirilmiştir (Özkan ve ark. 2015).

Ateşer ve arkadaşlarının 2013 yılında İstanbul’da yaptıkları çalışmada HPV pozitif olan ve olmayan kadınların kullandıkları kontraseptif açısından anlamlı fark bulunmamıştır (Ateşer ve ark. 2013). Aynı şekilde Balıkesir’de yapılan çalışmada da hormonal olan ve olmayan aile planlaması yöntemi arasında ilişki bulunmamıştır (Taşkın ve ark. 2015). Castellsagué ve arkadaşlarının 2006 yılında yaptıkları çalışmada HPV pozitif ve negatif olan kadınlar arasında hormonal kontraseptif kullanım süresiyle arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Castellsagué ve ark. 2006). Fakat Castle ve arkadaşlarının 2005 yılında yaptıkları çalışmada uzun süre hormonal yöntem kullanan kadınların HPV onkojenik türleri açısından daha fazla risk altında olduğunu bildirmişlerdir (Castle ve ark. 2005). Benzer olarak De González ve Green’in 2004 yılında yaptıkları çalışmada uzun süre kombine oral kontraseptif kullanımı tüm serviks karsinom türünde risk olarak tespit edilmiştir (De González ve Green 2004).

7.6. KADINLARIN SERVİKS KANSERİ TARAMA SONUCU İLE OBEZİTE, HİPERTANSİYON VE DİYABET BULGULARININ KARŞILAŞTIRILMASIYLA İLGİLİ TARTIŞMA BÖLÜMÜ

Araştırmaya katılan kadınların serviks kanseri tarama test sonucu ile BKİ ve bel çevresi arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır. Rajkumar ve arkadaşlarının 2003 yılında Hindistan’da yaptıkları çalışmada HPV pozitif olan ve olmayan kadınlar arasında BKİ ile anlamlılık bulunmamıştır (Rajkumar ve ark. 2003). Açmaz ve arkadaşlarının 2014 yılında Kayseri’de yaptıkları çalışmada servikal sitolojide endometrial prekanseröz lezyonları olan ve olmayan kadınların BKİ ile anlamlı fark bulunmuş (Açmaz ve ark. 2014). Eroğlu ve arkadaşlarının 2011 yılında yaptıkları çalışmada kadınların HPV pozitiflik durumu ile normal ve obez olması açısından fark bulunmuştur (Eroğlu ve ark. 2011). Lacey ve arkadaşlarının 2003 yılında Amerika’da yaptıkları çalışmada adenokasinomu olan kadınların BKİ ile pozitif ilişkili olduğu saptanmıştır (Lacey ve ark. 2003). Ayrıca bazı çalışmalarda obez kadınların serviks kanseri açısından daha fazla risk altında olduğunu bildirmiştir (Kulie ve ark. 2011; Lee ve ark. 2013). Fakat Wang ve arkadaşlarının Çin ‘de yaptıkları çalışmada serviks kanseri ile BKİ ve bel çevresi arasında ilişki bulunmamıştır (Wang ve ark. 2019).

Yapılan birçok serviks kanseri taramasına katılım ile ilgili çalışmalarda obez kadınların taramalara az katılım gösterdiği ve bu nedenle yüksek serviks kanseri mortalite oranı görüldüğü bildirilmiştir (Marthur ve ark. 2009; López-de-Andrés ve ark. 2010; Park ve ark. 2012; Constantinou ve ark. 2016; Chang ve ark. 2017). Fakat obez kadınların taramalara katılımının daha fazla olduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (Tekpınar ve ark. 2018).

Kadınların serviks kanseri tarama test sonucu ile sistolik KB ve diyastolik KB arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Penaranda ve arkadaşlarının 2013 yılında Amerika'da metabolik sendrom ve serviks kanseri ilişkisini inceledikleri çalışmada serviks kanseri öyküsü olan kadınların hipertansiyon açısından anlamlılık bulunmamıştır (Penaranda ve ark. 2013). Stocks ve arkadaşlarının metabolik sendrom ve kanserin yedi kohort araştırmasının incelenerek yapılan çalışmada kadınların kanser insidans ve mortalitesi ile sistolik ve diyastolik KB arasında istatistiksel olarak fark bulunmuştur (Stocks ve ark. 2015). Ulmer ve arkadaşlarının 2012 yılında metabolik sendrom ile serviks kanserini incelemiş olup, çalışmada serviks kanseri riskinin %25'i hipertansiyon ile ilişkilendirilmiştir (Ulmer ve ark. 2012). Birçok çalışmada serviks kanseri taramasına hipertansiyonu olan kadınların katılımının az olduğu saptanmıştır (Liu ve ark. 2014; Schoofs ve ark. 2015; Constantinou ve ark. 2016; Cofie ve ark. 2018).

Kadınların serviks kanseri tarama test sonucu ile AKŞ ve TKŞ arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır. Penaranda ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada serviks kanseri öyküsü olan kadınların hiperglisemi açısından anlamlı olmayan bir fark bulunmuştur (Penaranda ve ark. 2013). Stocks ve arkadaşlarının metabolik sendrom ve kanserin yedi kohort araştırmasının incelenerek yapılan çalışmada kadınların kanser insidans ve mortalitesi ile glikoz ölçümü arasında istatistiksel olarak fark bulunmuştur (Stocks ve ark. 2015). Stocks ve arkadaşlarının 2009 yılında kanser ve kan glikozu ile ilgili altı prospektif kohort çalışmalarının incelenerek yapıldığı çalışmada anormal glikoz seviyesinin serviks uteri kanseri için anlamlı bulunmuştur (Stocks ve ark. 2009). Ahn ve arkadaşlarının 2015 yılında yaptıkları çalışmada erken dönem serviks kanseri ile hiperglisemi ve BAG ilişkili bulunmuştur (Ahn ve ark. 2015). Hiperglisemi nedeniyle oluşan hiperinsülinemi

karsinogeneze sevk ettiği ve bozulmuş glikoz düzeyi ve hiperglisemi kanser hücrelerinin büyümesini hızlandırdığı çalışmalarda gösterilmiştir (Shen ve ark. 2006; Zhang ve ark. 2007; Penaranda ve ark. 2013). Serviks kanseri taramasına katılım ile ilgili yapılan birçok araştırmalarda diyabeti olan kadınların olmayanlara göre taramaya katılımının az olduğu gösterilmiştir (Liu ve ark. 2014; Jensen ve ark. 2015; Constantinou ve ark. 2016; Chuck ve ark. 2017).

Kadınların yaşı ile BKİ, bel çevresi, sistolik KB, diyastolik KB, AKŞ ve TKŞ değerleriyle yapılan korelasyon orta düzeyde, pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlılık tespit edilmiştir. Kitiş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kadınların yaşı ile bel çevresi, diyastolik KB ve AKŞ pozitif yönlü ve anlamlı bulunmuştur (Kitiş ve ark. 2010). Rositch ve arkadaşlarının 2013 yılında yaptığı çalışmada yaş ile HPV ve servikal sitoloji korelasyonu pozitif yönde ve anlamlı bulunmuştur (Rositch ve ark. 2013). Bushara ve arkadaşlarının 2015 yılında Sudan'da yaptığı çalışmada hipertansiyon ile obezite, yaş ve diyabet arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (Bushara ve ark. 2015).

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

8.1. SONUÇLAR

Bu araştırmada kadınların serviks kanseri tarama testi sonucu ile sosyodemografik, obstetrik ve jinekolojik özellikleri arasında anlamlılık bulunmamıştır.

Araştırma sonucunda kadınların serviks kanseri tarama testi sonucu ile metabolik sonuçları arasında ilişki saptanmamıştır. Ancak yaş değişkeninin serviks kanseri ve metabolik göstergeler üzerinde etkisinin olduğu bulunmuştur.

Sonuç olarak **H0**: “Serviks kanseri tarama testi yaptıran kadınların obezite, hipertansiyon ve diyabet bulguları açısından anlamlı fark yoktur.” hipotezi doğrulanmıştır.

8.2. ÖNERİLER

- Araştırmanın daha büyük gruplarda ve Türkiye genelinde yapılması,
- Serviks kanseri ülkemizde giderek artmakta olduğundan bu kanser taramasının daha çok kesime ulaştırılması,
- Kanser riski yüksek bireylerin kanser taramalarına davet edilmesi,
- Obez kadınların sağlık hizmetine ulaşımını engelleyen etmenlerin göz önüne alınması ve sağlık profesyonellerine bu konuda eğitim verilmesi,
- Kanser taramalarına katılan obez bireylere daha ılımlı bir yaklaşımın sağlanması, önerilmektedir.

9. KAYNAKLAR

Açıkgöz A, Çehreli R, Ellidokuz H. Kadınların kanser konusunda bilgi ve tutumları ile erken tanı yöntemlerine yönelik davranışları. DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi. 2011; 3: 145-154.

Açmaz G, Özyurt S, Albayrak E, Başar M, Aksoy H, Aksoy Ü, Medendağ Y, Müderris İ. The evaluation of risk factors in premenopausal patients with endometrial hyperplasia. İKSST Dergisi. 2014; 6(2): 83-89.

Ahn H. K, Shin J. W, Ahn H. Y, Park C. Y, Lee N. W, Lee J. K, Hwang I. C. Metabolic components and recurrence in early-stage cervical cancer. Tumor Biology. 2015; 36(3): 2201-2207.

Akın Z. Hipertansiyonlu Hastalarda Tedaviye Uyum ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Prof. Dr. N. Olgun). Gaziantep, 2017.

Akkaya P, Dursun P, Ayhan A. Obezite ve jinekolojik kanserler. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi. 2007; 10(2): 29-40.

Aldrich T, Hackley B. The impact of obesity on gynecologic cancer screening: an integrative literature review. The Journal of Midwifery & Women's Health. 2010; 55(4): 344-356.

Altınel B. Serviks Kanseri Yönünden Riskli Kadınlara Yönelik Çoklu Girişimlerin Sağlık Sorumluluğu, Serviks Kanserine İlişkin İnanç ve Tarama Yaptırmasına Etkisi: Randomize Kontrollü Deney. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi (Danışman: Prof. Dr. B. Akın). Konya, 2018.

Altunkaynak B. Z, Özbek E. Obezite: nedenleri ve tedavi seçenekleri. Van Tıp Dergisi. 2006; 13(4): 138-142.

American Cancer Society. Cancer Prevention & Early Detection.Facts & Figures 2017-2018. Atlanta, 2017.

American Cancer Society. Cancer A-Z. <https://www.cancer.org/cancer/cervical-cancer/causes-risks-prevention/risk-factors.html>, Erişim: 20.06.2019

American Diabetes Association. 2. Classification and diagnosis of diabetes. Diabetes Care. 2017; 40(Supplement 1): S11-S24.

American Hearth Association. Health Threats From High Blood Pressure. <https://www.heart.org/en/health-topics/high-blood-pressure/health-threats-from-high-blood-pressure>, Erişim: 17.06.2019

Anastasi E, Filardi T, Tartaglione S, Lenzi A, Angeloni A, Morano S. Linking type 2 dabetes and gynecological cancer: an introductory overview. Clinical Chemistry and Laboratory Medicine (CCLM). 2018; 56(9): 1 413-1425.

Arnold M, Jiang L, Stefanick M. L, Johnson K. C, Lane D. S, LeBlanc E. S, Prentice R, Rohan T. E, Snively B. M, Vitolins M, Zaslavsky O, Soerjomataram I, Anton-Culver H. Duration of adulthood overweight, obesity, and cancer risk in the women's health initiative: a longitudinal study from the United States. PLoS Medicine. 2016; 13(8): 1-16, e1002081.

Artuk C, Gül H. C, Coskun Ö. Human papilloma virüs (HPV) aşılamasına güncel bakış. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2013; 12(3): 327-334.

Aydoğdu S. G. M, Özsoy Ü. Serviks kanseri ve HPV. Androloji Bülteni. 2018; 20: 25-29.

Ateşer G, Aydın D. S, Günver F, Purisa S. Kronik vajinal akıntılı hastalarda HPV-DNA pozitiflik oranı ve sitopatolojik sonuçların değerlendirilmesi. Medical Bulletin of Haseki/Haseki Tip Bulteni. 2014; 52(2): 93-97.

Bayrak U, Gram E, Mengeş E, Okumuş Z. G, Sayar H. C, Skrijelj E, Açıkgöz A, Çehreli R, Ellidokuz H. Üniversite öğrencilerinin sağlıkla ilgili alışkanlıklar ve kanser

konusundaki bilgi ve tutumları. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2010; 24(3): 95-104.

Berman T. A, Schiller J. T. Human papillomavirus in cervical cancer and oropharyngeal cancer: one cause, two diseases. Cancer. 2017; 123(12): 2219-2229.

Bodur S, Eryılmaz M. A, Cıvık S, Durduran Y. Kanserlerin toplumdaki dağılımının belirlenmesi ve insidansın tahmininde KETEM kayıtlarının katkısı: Konya örneği. Genel Tıp Dergisi. 2011; 21(4): 114-151.

Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel R. L, Torre L. A, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: A Cancer Journal For Clinicians. 2018; 68(6): 394-424.

Bruni L, Diaz M, Castellsagué M, Ferrer E, Bosch F. X, De Sanjosé S. Cervical human papillomavirus prevalence in 5 continents: meta-analysis of 1 million women with normal cytological findings. Journal of Infectious Diseases. 2010; 202(12): 1789-1799.

Bushara S. O, Noor S. K, Elmadhoun W. M, Sulaiman A. A, Ahmed M. H. Undiagnosed hypertension in a rural community in Sudan and association with some features of the metabolic syndrome: how serious is the situation?. Renal Failure. 2015; 37(6): 1022-1026.

Bussière C, Sicsic J, Pelletier-Fleury N. The effects of obesity and mobility disability in access to breast and cervical cancer screening in France: results from the national health and disability survey. PloS One. 2014; 9(8): e104901.

Büyükdoğan A. Kayseri İli Talas İlçe Merkezindeki 15-49 Yaş Kadınlarda Obezite Durumu ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Prof. Dr. A. Öztürk). Kayseri, 2018.

Büyükkayacı Duman N, Koçak D. Y, Albayrak S. A, Topuz Ş, Yılmazel G. 40 Yaş Üstü Kadınların Meme ve Serviks Kanseri Taramalarına Yönelik Bilgi ve Uygulamaları. JAREN/Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi. 2015; 1(1): 30-38.

Byers T, Bales V, Ford E, Massoudi B, Mokdad A, Myers G, Pruden J, Smith S, J, Will J, Bolduc B, Doctor L. J, Economos C, Garces C, Katz D, Lowney K, Madison M, Palombo R, Stoddard A, Coe K, Fleming K. Cardiovascular disease prevention for women attending breast and cervical cancer screening programs: The Wisewoman projects. *Preventive Medicine*. 1999; 28(5): 496-502.

Castellsagué X, Díaz M, Vaccarella S, De Sanjosé S, Muñoz N, Herrero R, Franceschi S, Meijer C. J, Bosch F. X. Intrauterine device use, cervical infection with human papillomavirus, and risk of cervical cancer: a pooled analysis of 26 epidemiological studies. *The Lancet Oncology*. 2011; 12(11): 1023-1031.

Castellsagué X, Díaz M, Vaccarella S, De Sanjosé S, Muñoz N, Herrero R, Franceschi S, Meijer C. J, Bosch F. X. Worldwide human papillomavirus etiology of cervical adenocarcinoma and its cofactors: implications for screening and prevention. *Journal of the National Cancer Institute*. 2006; 98(5): 303-315.

Castle P. E, Walker J. L, Schiffman M, Wheeler C. M. Hormonal contraceptive use, pregnancy and parity, and the risk of cervical intraepithelial neoplasia 3 among oncogenic HPV DNA-positive women with equivocal or mildly abnormal cytology. *International Journal of Cancer*. 2005; 117(6): 1007-1012.

Chang H. K, Myong J. P, Byun S. W, Lee S. J, Lee Y. S, Lee H. N, Lee K. H, Park D. C, Kim C. J, Hur S. Y, Park, J. S, Park T. C. Factors associated with participation in cervical cancer screening among young Koreans: a nationwide cross-sectional study. *BMJ Open*. 2017; 7(4): e013868.

Chen Y, Wu F, Saito E, Lin Y, Song M, Luu H. N, Gupta P. C, Sawada N, Tamakoshi A, Shu X. O, Koh W. P, Xiang Y. B, Tomata Y, Sugiyama K, Park S. K, Matsua K, Nagata C, Sugawara Y, Qiao Y. L, You S. L, Wang R, Shin M. H, Pan W. H, Pednekar M. S, Tsugane S, Cai H, Yuan J. M, Gao Y. T, Tsuji I, Kanemura S, Ito H, Wada K, Ahn Y. O, Yoo K. Y, Ahsan H, Chai K. S, Boffetta P, Zheng W, Inoue M, Kang D, Potter J. D. Association between type 2 diabetes and risk of cancer mortality: a pooled analysis of over 771,000 individuals in the asia cohort consortium. *Diabetologia*. 2017; 60(6): 022-1032.

Chuck K. W, Hwang M, Choi K. S, Suh M, Jun J. K, Park B. Cancer screening rate in people with diabetes in the Korean population: results from the Korea National Health and Nutrition Examination Survey 2007-2009. *Epidemiology and Health*. 2017;39: 1-8.

Cofie L. E, Hirth J. M, Wong R. Chronic comorbidities and cervical cancer screening and adherence among US-born and foreign-born women. *Cancer Causes & Control*. 2018; 29(11): 1105-1113.

Constantinou P, Dray-Spira R, Menvielle G. Cervical and breast cancer screening participation for women with chronic conditions in France: results from a national health survey. *BMC Cancer*. 2016; 16(1): 255.

Cooper C. P, Saraiya M, Sawaya G. F. Acceptable and preferred cervical cancer screening intervals among US women. *American Journal of Preventive Medicine*. 2015; 49(6): e99-e107.

Cortessis V. K, Barrett M, Wade N. B, Enebish T, Perrigo J. L, Tobin J, Zhong C, Zink J, Isiaka V, Murderspach L. I, Natavio M, McKean-Cowdin R. Intrauterine device use and cervical cancer risk: a systematic review and meta-analysis. *Obstetrics & Gynecology*. 2017; 130(6): 1226-1236.

Coughlin S. S, Calle E. E, Teras L. R, Petrelli J, Thun M. J. Diabetes mellitus as a predictor of cancer mortality in a large cohort of US adults. *American Journal of Epidemiology*. 2004; 159(12): 1160-1167.

Coughlin S. S, Thompson T. D, Hall H. I, Logan P, Uhler R. J. Breast and cervical carcinoma screening practices among women in rural and nonrural areas of the United States, 1998–1999. *Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society*. 2002; 94(11): 2801-2812.

Coughlin S. S, Uhler R. J, Hall H. I, Briss P. A. Peer Reviewed: Nonadherence to Breast and Cervical Cancer Screening: What Are the Linkages to Chronic Disease Risk?. *Preventing Chronic Disease*. 2004; 1(1): 1-15.

Çakmak R. Sağlık Çalışanlarında Kanser Tarama Davranışları. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Yrd. Doç. Dr. G. Güler). Muğla, 2016.

Dağ İ. Şanlıurfa İlinde Hipertansiyon Tanısı Almış Hastaların Profilinin İncelenmesi. Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Yrd. Doç. Dr. S. Kahraman). Şanlıurfa, 2017.

De González A. B, Sweetland S, Green J. Comparison of risk factors for squamous cell and adenocarcinomas of the cervix: a meta-analysis. British Journal of Cancer. 2004; 90(9): 1787.

Demirgöz Bal M, Dereli Yılmaz S, Ebelere Yönelik Kapsamlı Doğum, Akademisyen Kitabevi, Özyurt Matbaacılık, İstanbul, 2017; 22-23.

Durmaz C, Arslan P. Toplumda hipertansiyon ve kan basıncını etkileyen etmenler. Journal of Nutrition and Dietetics. 2017; 45(3): 278-286.

Dünya Sağlık Örgütü. Bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesine ve kontrolüne ilişkin küresel eylem planı 2013-2020. Cenevre, İsviçre: DSÖ Doküman Üretim Servisi. 2013

Erdem B, Şık B. A, Tekin B, Özdemir Y, Salman S. Uterin kaynaklı postmenopozal kanama nedenlerinin analizi. Journal of Academic Research in Medicine. 2016; 6(2): 78-83.

Erkoç A. Tip 2 Diyabet Hastalarında Diyabet Eğitiminin Bilişsel-Sosyal Faktörlere Etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi (Danışman: Prof. Dr. M. Tan). Erzurum, 2015.

Eroğlu C, Keşli R, Eryılmaz M. A, Ünlü Y, Gönenç O, Çelik Ç. Serviks kanseri için riski olan kadınlarda HPV tiplendirmesi ve HPV sıklığının risk faktörleri ve servikal smearle ilişkisi. Nobel Medicus. 2011; 3(7): 66-71.

Esen Özdemir M. Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniklerine Başvuran 20 Yaş ve Üzeri Bireylerin Kanser Tarama Testleri

Hakkında Bilgi Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi (Danışman: Yrd. Doç. Dr. A. Keskin). Ankara, 2016.

Frumovitz M, Jhingran A, Soliman P. T, Klopp A. H, Schmeler K, Eifel P. J. Morbid obesity as an independent risk factor for disease-specific mortality in women with cervical cancer. *Obstetrics and Gynecology*. 2014; 124(6): 1098-1104.

GLOBOCAN. Cancer Today. <https://gco.iarc.fr/today/home>, Erişim: 05.06.2019

Global Burden of Disease Study 2015 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*. 2016; 388(10053):1659-1724. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31679-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31679-8), Erişim: 04.05.2019

Göger S. 18-49 Yaş Dönemi Kadınlarda Obezitenin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi: Karşılaştırmalı Bir Çalışma. Türkiye Cumhuriyeti Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Dilek Cingil). Konya, 2017.

Gökdemir Ö. Rize Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi'ne 2005-2011 Yıllarında Başvuran Kadınların Meme ve Serviks Kanseri Açısından Değerlendirilmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi (Danışman: Doç. Dr. M. Kartal). İzmir, 2016.

Günaydın C, Gençtürk N. Early diagnosis behavior in Turkish women with and without a family history of cervical cancer. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2015; 16(2): 401-406.

Gümüş Öncel E. Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran 21 Yaş ve Üstü Kadınların Serviks Kanseri Taraması Konusundaki Bilgi ve Tutumlarının Araştırılması. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi (Danışman: Doç Dr. M. Akdeniz). Antalya, 2016.

Güner H, Taşkıran Ç. Epidemiology of cervical cancer and the role of human papilloma virus. J Turkish Obstetric Gynecol Soc. 2007; 4(1): 11-9.

Güngör Tavşanlı N, Özmen D. Diyabetik hastaların sağlık inançlarının metabolik kontrol üzerine etkisinin incelenmesi an investigation of the effects of the health beliefs of diabetics on metabolic control. General Information About Sstb Journal. 2016; 20: 44-64.

Han M. A, Choi K. S, Lee H. Y, Jun J. K, Jung K. W, Kang S, Park E. C. Performance of papanicolaou testing and detection of cervical carcinoma in situ in participants of organized cervical cancer screening in South Korea. PLoS One. 2012; 7(4): e35469.

Heo M, Kabat G. C, Strickler H. D, Lin J, Hou L, Stefanick M. L, Anderson G. L, Rohan T. E. Optimal cutoffs of obesity measures in relation to cancer risk in postmenopausal women in the Women's Health Initiative Study. Journal of Women's Health. 2015; 24(3): 218-227.

Hillemanns P, Soergel P, Hertel H, Jentschke M. Epidemiology and early detection of cervical cancer. Oncology Research and Treatment. 2016; 39(9): 501-506.

Hirth J. M, Laz T. H, Rahman M, Berenson A. B. Racial/ethnic differences affecting adherence to cancer screening guidelines among women. Journal of Women's Health. 2016; 25(4): 371-380.

Hsia J, Kemper E, Kiefe C, Zapka J, Sofaer S, Pettinger M, Bowen D, Limacher M, Lillington L, Women's Health Initiative Investigators. The importance of health insurance as a determinant of cancer screening: evidence from the Women's Health Initiative. Preventive Medicine. 2000; 31(3): 261-270.

IDF Diabetes Atlas Seventh Edition 2015. International Diabetes Federation. ISBN: 978-2-930229-81-2.

International Agency for Research on Cancer. IARC Handbooks of Cancer Prevention Volume 16: Body Fatness. https://www.iarc.fr/wp-content/uploads/2018/07/transcript_interview_Handbook16.pdf, Erişim: 29.01.2019

Itagappa M, Rao S. B. Cancer in South Karnataka and Its Paradoxical Relation to Diabetes Mellitus. *Indian Journal of Clinical Biochemistry*. 2004; 19(1): 6-9.

İnan E. Diyarbakır İli Kayapınar İlçesi 9 Nolu Aile Sağlık Merkezi Bölgesinde 30-69 Yaş Arası Kadınların Meme ve Serviks Kanseri Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı (Danışman: Prof. Dr. A. Ceylan)*. Diyarbakır, 2018.

İslamoğlu Y, Koplay M, Sunay S, Açıklık M. Obezite ve metabolik sendrom. *Tıp Araştırmaları Dergisi*. 2008; 6(3): 168-174.

Jain A, Ganesh B, Bobdey S. C, Sathwara J. A, Saoba S. Sociodemographic and clinical profile of cervical cancer patients visiting in a tertiary care hospital in India. *Official Journal of Indian Society of Medical & Paediatric Oncology*. 2017; 38(3): 291.

Jensen L. F, Pedersen A. F, Andersen B, Vestergaard M, Vedsted P. Non-participation in breast cancer screening for women with chronic diseases and multimorbidity: a population-based cohort study. *BMC Cancer*. 2015;15(1): 798.

Jiamset I, Hanprasertpong J. Impact of diabetes mellitus on oncological outcomes after radical hysterectomy for early stage cervical cancer. *Journal of Gynecologic Oncology*. 2016; 27(3): 1-13.

Jiménez-García R, Hernández-Barrera V, Carrasco-Garrido P, Gil A. Prevalence and predictors of breast and cervical cancer screening among Spanish women with diabetes. *Diabetes Care*. 2009; 32(8): 1470-1472.

Juneja A, Sehgal A, Mitra A. B, Pandey A. A survey on risk factors associated with cervical cancer. *Indian Journal Of Cancer*. 2003; 40(1): 15-22.

Kahraman G, Güngör Tavşanlı N, Baydur H, Özmen D, Özmen E. Validity and reliability of the Diabetes Obstacles Questionnaire in type-2 diabetic patients/Tip-2 diyabet hastalarında Diyabette Engeller Ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2016; 17(S1): 33-45.

Kanbur A, Çapık C. Servikal kanserden korunma, erken tanı-tarama yöntemleri ve ebe/hemşirenin rolü. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2011; 18(1): 61-72.

Karadağ Arlı S, Bakan A. B, Aslan G. Distribution of cervical and breast cancer risk factors in women and their screening behaviours. European Journal of Cancer Care. 2018; <https://doi.org/10.1111/ecc.12960>, Erişim Tarihi: 20.06.2019

Karabulut A, Alan T, Ali Ekiz M, İritaş A, Kesen Z, Yahşi S. Evaluation of cervical screening results in a population at normal risk. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2010; 110(1): 40-42.

Kara Söylemez G. Hipertansiyon Tanısı Alan Bireylerin Hipertansiyon Bakımını Değerlendirmeleri ile Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyumluluğu Arasındaki İlişki. Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Prof. Dr. R. Hacıhasanoğlu Aşıl). Erzincan, 2018.

Kılıçkap M, Barçın C, Göksülük H, Karaaslan D, Özer N, Kayıkcıoğlu M, Ural D, Yılmaz M. B, Abacı A, Arıcı M, Altun B, Tokgözoğlu L, Şahin M. Türkiye’de hipertansiyon sıklığı ve kan basıncı verileri: Kardiyovasküler risk faktörlerine yönelik epidemiyolojik çalışmaların sistematik derleme, meta-analiz ve meta-regresyonu. Turk Kardiyol Dern Ars. 2018; 46(7): 525-545.

Kıyak Çağlayan E, Seçkin L, Sarı N, Şimşek Tanın Ö, Kara M, Altındal Susem E, Seçkin S, Engin Üstün Y. Rahim içi araç ve kronik hastalıkların servikal sitolojiye etkisi. Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi. 2015; 12(3): 110-113.

Kitiş Y, Bilgili N, Hisar F, Ayaz S. Yirmi yaş ve üzeri kadınlarda metabolik sendrom sıklığı ve bunu etkileyen faktörler. Anatolian Journal of Cardiology/Anadolu Kardiyoloji Dergisi. 2010; 10(2): 111-119.

Koçak M, Erem C. Obezite ve Kansere. Türkiye Klinikleri Journal of Endocrinology Special Topics. 2013; 6(1): 40-44.

Kokkun M. Malatya İl Merkezinde Bulunan Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Sağlık Personelinin Ulusal Kansere Tarama Programlarındaki Taramalar Konusunda

Bilgi Tutum ve Davranışların İncelenmesi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Doç. Dr. A. Özer). Malatya, 2014.

Kömürcüoğlu Yılmaz M. Obezitenin Solunum Fonksiyonu Parametreleri Üzerine Olan Etkisinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kartal Dr. Lütfi Kırdar Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi E. E. Şimşek, Doç. Dr. S. Şener Cömert). İstanbul, 2018.

Kulie T, Slattengren A, Redmer J, Counts H, Eglash A, Schragger S. Obesity and women's health: an evidence-based review. *The Journal of the American Board of Family Medicine*. 2011; 24(1): 75-85.

Kuo H. Y, Lin Z. Z, Kuo R, Shau W. Y, Lai C. L, Yang Y. Y, Shao Y. Y, Hsu C, Cheng W. F, Cheng A. L, Yang J. C. H, Lai M. S. The prognostic impact of type 2 diabetes mellitus on early cervical cancer in Asia. *The Oncologist*. 2015; 20(9): 1051-1057.

Kurban Y, Uyar İ, Günakan E, Albayrak M, , Karakurt Hasçelik N. Relationship between human papillomavirus status and cervical cytological abnormalities in a low risk turkish population. *Obstetrics & Gynecology International Journal*. 2017; 8(3): 1-6.

Lacey J. J. V, Brinton L. A, Barnes W. A, Gravitt P. E, Greenberg M. D, Hadjimichael O. C, Gowan L. M, Mortel R, Schwartz P. E, Kuman R. J, Hildesheim, A. Use of hormone replacement therapy and adenocarcinomas and squamous cell carcinomas of the uterine cervix. *Gynecologic Oncology*. 2000; 77(1): 149-154.

Lacey J. J. V, Swanson C. A, Brinton L. A, Altekruse S. F, Barnes W. A, Gravitt P. E, Greenberg M. D, Hadjimichael O. C, McGowan L, Mortel R, Schwartz P. E, Kurman R. J, Hildesheim A. Obesity as a potential risk factor for adenocarcinomas and squamous cell carcinomas of the uterine cervix. *Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society*. 2003; 98(4): 814-821.

Lauby-Secretan B, Scoccianti C, Loomis D, Grosse Y, Bianchini F, Straif K. Body Fatness and Cancer — Viewpoint of the IARC Working Group. *The New England Journal of Medicine*. 2016; 375(8): 794-798.

Lee J. K, So K. A, Piyathilake C. J, Kim M. K. Mild obesity, physical activity, calorie intake, and the risks of cervical intraepithelial neoplasia and cervical cancer. *Plos One*. 2013; 8(6): e66555.

Leno D. W. A, Diallo F. D, Delamou A, Komano F. D, Magassouba M, Niamey D, Tolno J, Keita N. Integration of family planning counselling to mass screening campaign for cervical cancer: experience from guinea. *Obstetrics and Gynecology International*. 2018; 3712948. doi: 10.1155 / 2018/3712948.

Lertcharernrit J, Sananpanichkul P, Suknikhom W, Bhamarapratana K, Suwannarurk K, Leungsomnapa Y. Prevalence and risk assessment of cervical cancer screening by Papanicolaou smear and visual inspection with acetic acid for pregnant women at a Thai provincial hospital. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2016; 17(8): 4163-4167.

Liu B Y, O'malley J, Mori M, Fagnan L. J, Lieberman D, Morris C. D, Buckley D. I, Heintzman J. D, Carney P. A. The association of type and number of chronic diseases with breast, cervical, and colorectal cancer screening. *The Journal of the American Board of Family Medicine*. 2014; 27(5): 669-681.

López-de-Andrés A, Martín-Lopez R, Hernández-Barrera V, Carrasco-Garrido P, Gil-de-Miguel Á, Esteban Y, Peña M. M, Jiménez-García R. Predictors of breast and cervical cancer screening in a Spanish metropolitan area. *Journal of Women's Health*. 2010; 19(9): 1675-1681.

López-Hernández D. Epidemiological association between body fat percentage and cervical cancer: a cross-sectional population-based survey from Mexico. *Archives of Medical Research*. 2013; 44(6): 454-458.

MacLaughlan S. D, Lachance J. A, Gjelsvik A. Correlation between smoking status and cervical cancer screening: a cross-sectional study. *Journal of Lower Genital Tract Disease*. 2011; 15(2): 114-119.

Maruthur N. M, Bolen S. D, Brancati F. L, Clark J. M. The association of obesity and cervical cancer screening: a systematic review and meta-analysis. *Obesity*. 2009; 17(2): 375-381.

Masalu N, Serra P, Amadori D, Kahima J, Majinge C, Rwehabura J, Nanni O, Bravaccini S, Puccetti M, Tumino R, Bucchi L. Setting up a community-based cervical screening service in a low-income country: a pilot study from north-western Tanzania. *International Journal of Public Health*. 2017; 62(7): 755-762.

Matsubara H, Hayashi K, Sobue T, Mizunuma H, Suzuki S. Association between cancer screening behavior and family history among Japanese women. *Preventive Medicine*. 2013; 56(5): 293-298.

Mehmetoglu H. C, Sadıkoğlu G, Özçakir A, Bilgel N. Pap smear screening in the primary health care setting: A study from Turkey. *North American Journal of Medical Sciences*. 2010; 2(10): 467-472.

Meijer C. J, Berkhof J, Castle P. E, Hesselink A. T, Franco E. L, Ronco G, Arbyn M, Bosch F. X, Cuzick J, Dillner J, Heideman D. A, Snijders P. J. Guidelines for human papillomavirus DNA test requirements for primary cervical cancer screening in women 30 years and older. *International Journal of Cancer*. 2009; 124(3): 516-520.

Milan A, Puglisi E, Ferrari L, Bruno G, Losano I, Veglio F. Arterial hypertension and cancer. *International Journal of Cancer*. 2014; 134(10): 2269-2277.

Myers A. R. The National Medical Series for Independent Study İç Hastalıkları. Çeviren: Yılmaz C, Başçı C, Bayındır B, Bilgiç A, Bilgin S, Bilkay B. Ç, Büyükkeçeci F, Doğanavşargil E, İlter T, Kabakçı T, Kabalak T, Nalbantgil İ, Önder R, Sebik F, Tüzün M, Tekeşin O, Tombuloğlu M, Terzioğlu E, Hamulu F, Keser G, Koçanoğulları H. 3. Basım, Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti.: İstanbul; 1998, s:346-353, 478.

Nazlıcan E, Akbaba M, Koyuncu H, Savaş N, Karaca B. Hatay ili Kisecek bölgesinde 35–40 yaş arası kadınlarda serviks kanseri taraması. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2010; 9(5), 471-474.

Ng'ang'a A, Nyangasi M, Nkonge N. G, Gathitu E, Kibachio J, Gichangi P, Wamai R. G, Kyobutungi C. Predictors of cervical cancer screening among Kenyan women: results of a nested case-control study in a nationally representative survey. *BMC Public Health*. 2018; 18(3): 31-40.

Ojiyi E. C, Dike I. E, Okeudo C, Ejikem C, Nzewuihe A. C, Agbata A. Local risk factors in genital human papilloma virus infection in cervical smears. *Annals of Medical and Health Sciences Research*. 2013; 3(3): 529-535.

Oberaigner W, Ebenbichler C, Oberaigner K, Juchum M, Schönherr H. R, Lechleitner M. Increased cancer incidence risk in type 2 diabetes mellitus: results from a cohort study in Tyrol/Austria. *BMC Public Health*. 2014; 4(1): 1058.

Özkan N, Toprak D, Genç Can S, Mihmanlı V. Kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran hastaların smear sonuçları ve sosyodemografik özellikleri. *Smyrna Tıp dergisi*. 2015; 19-27.

Pandey R. A, Karmacharya E. Cervical cancer screening behavior and associated factors among women of Ugrachandi Nala, Kavre, Nepal. *European Journal of Medical Research*. 2017; 22(1): 32.

Park J. K, Park H. A, Park J. J, Cho Y. G. Obesity and screening compliance for breast and cervical cancer in Korean women. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2012; 13(7): 3271-3274.

Partridge E. E, Abu-Rustum N, Giuliano A, Massad S, McClure J, Dwyer M, Hughes M. Cervical cancer screening. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*. 2014; 12(3): 333-341.

Pehlivan S, Yıldırım Y, Fadiloğlu Ç. Kanser, kültür ve hemşirelik. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2013; 4(4): 168-174.

Penaranda E. K, Shokar N, Ortiz M. Relationship between metabolic syndrome and history of cervical cancer among a US national population. *ISRN Oncology*. 2013; 840964. [doi:10.1155/2013/840964](https://doi.org/10.1155/2013/840964).

Pınar G, Algıer L, Doğan N, Kaya N. Jinekolojik kanserli bireylerde risk faktörlerinin belirlenmesi. *Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi*. 2008; 18(4): 208-216.

Pınar G, Topuz Ş, An Ş, Doğan N, Kaya N, Algıer L. Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran kadınların HPV aşısı ve serviks kanseri ile ilgili bilgi düzeyleri. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*. 2010; 13(1): 11-18.

Radišauskas R, Kuzmickienė I, Milinavičienė E, Everatt R. Hypertension, serum lipids and cancer risk: A review of epidemiological evidence. *Medicina*. 2016; 52(2): 89-98.

Rajkumar T, Franceschi S, Vaccarella S, Gajalakshmi V, Sharmila A. Role of paan chewing and dietary habits in cervical carcinoma in Chennai. India. *Br J Cancer*. 2003; 88: 1388–1393.

Rijkaart D. C, Berkhof J, Van Kemenade F. J, Coupe V. M. H, Rozendaal L, Heideman D. A. M, Verheijen R. H. M, Bulk W, Verweij W, Snijders P. J. F, Meijer C. J. L. M. HPV DNA testing in population-based cervical screening (VUSA-Screen study): results and implications. *British Journal of Cancer*. 2012; 106(5): 975.

Reis N, Coşkun A, Beji N. K. Jinekolojik kanserlerde yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2006; 9(2): 25-35.

Rositch A. F, Silver M. I, Burke A, Viscidi R, Chang K, Duke C. M, Shen W, Gravitt, P. E. The correlation between HPV positivity and abnormal cervical cytology differs by age among perimenopausal women. *Journal of Lower Genital Tract Disease*. 2013; 17(1): 38.

Sarı O, Aydoğan Ü. Obezite ve kanserler. *Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği Özel Dergisi*, 2015; 6(3): 90-95.

Sarki A. M, Nduka C. U, Stranges S, Kandala N. B, Uthman O. A. Prevalence of hypertension in low-and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Medicine*. 2015; 94(50): 1-16.

Sarian L. O, Hammes L. S, Longatto-Filho A, Guarisi R, Derchain S. F, Roteli-Martins C, Naud P, Erzven M, Branca M, Tatti S, De Matos J. C, Gontijo R, Maeda M. Y. S, Lima T, Costa S, Syrjnen S, Syrjnen K. Increased risk of oncogenic human papillomavirus infections and incident high-grade cervical intraepithelial neoplasia among smokers experience from the latin american screening study. *American Sexually Transmitted Diseases*. 2009; 36 (4): 241-248.

Schoofs J, Krijger K, Vandevoorde J, Rossem I. V, Devroey D. Health-related factors associated with the participation in cervical cancer screening. *Journal of Research in Health Sciences*. 2015; 15(1): 11-16.

Şengül D, Altınay S, Öksüz H, Demirtürk H, Korkmazer E. Population-based cervical screening outcomes in Turkey over a period of approximately nine and a half years with emphasis on results for women aged 30-34. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2014; 15(5): 2069-74.

Shen M. R, Hsu Y. M, Hsu K. F, Chen Y. F, Tang M. J, Chou C. Y. Insulin-like growth factor 1 is a potent stimulator of cervical cancer cell invasiveness and proliferation that is modulated by $\alpha v \beta 3$ integrin signaling. *Carcinogenesis*. 2006; 27(5): 962-971.

Shields T. S, Brinton L. A, Burk R. D, Wang S. S, Weinstein S. J, Ziegler R. G, Yevgeniy I, Studentsov Y, McAdams M, Schiffman M. A case-control study of risk factors for invasive cervical cancer among US women exposed to oncogenic types of human papillomavirus. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*. 2004; 13(10): 1574-1582.

Small W. J, Bacon M. A, Bajaj A, Chuang L. T, Fisher B. J, Harkenrider M. M, Jhingran A, Kitchener H. C, Mileskin L. R, Viswanathan A. N, Gaffney D. K. Cervical cancer: a global health crisis. *Cancer*. 2017; 123(13): 2404-2412.

Smith E. M, Levy B. T, Ritchie J. M, Jia J, Wang D, Haugen T. H, Turek L. P. Is use of hormone replacement therapy associated with increased detection of human papillomavirus and potential risk of HPV-related genital cancers?. *European Journal of Cancer Prevention*. 2002; 11(3): 295-305.

Somé O. R, Zongo N, Ka S, Wardini R, Dem A. Dépistage de masse par frottis cervicovaginal: résultats d'une expérience africaine. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 2016; 44(6): 336-340.

Souza V. B. D, Silva E. N, Ribeiro M. L, Martins W. D. A. Hypertension in patients with cancer. *Arquivos Brasileiros De Cardiologia*. 2015; 104(3): 246-252.

Sönmez Y, Nayir T, Köse S, Gökçe B, Kişioğlu A. Bir sağlık ocağı bölgesinde 20 yaş ve üzeri kadınların meme ve serviks kanseri erken tanısına ilişkin davranışları. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. 2012; 19(4): 124-130.

Stocks T, Bjørge T, Ulmer H, Manjer J, Häggström C, Nagel G, Engeland A, Johansen D, Hallmans G, Selmer R, Concin H, Tretli S, Konsson H, Stattin P. Metabolic risk score and cancer risk: pooled analysis of seven cohorts. *International Journal of Epidemiology*. 2015; 44(4): 1353-1363.

Stocks T, Rapp K, Bjørge T, Manjer J, Ulmer H, Selmer R, Lukanova A, Johansen D, Concin H, Tretli S, Hallmans G, Stattin P. Blood glucose and risk of incident and fatal cancer in the metabolic syndrome and cancer project (me-can): analysis of six prospective cohorts. *PLoS Medicine*. 2009; 6(12): e1000201.

Şahin T. Adıyaman İl Merkezinde 15-49 Yaş Kadınlarda Obezite Sıklığı, Fiziksel Aktivite Düzeyi ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi (Danışman: Yrd. Doç. Dr. A. Borlu). Kayseri, 2018.

Şahiner G. Servikal Kanser Taramasına Başvuruyu Arttırıcı Yöntemlerin Etkinliğinin Değerlendirilmesi. Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi (danışman: Doç. Dr. Sağ. Alb. A. Akyüz) Ankara, 2012.

Şen S, Başar F. Kütahya bölgesinde yaşayan kadınların pap smear testi konusundaki farkındalıkları. *STED*. 2018; 1(28): 28-36.

Taşkın M. I, Adali E, Yavuz T, Cuce C, Unlu M. Balıkesirde HPV Prevelansı ve Tipleri/HR-HPV Prevelance and Types in Balıkesir. *Journal of Clinical and Analytical Medicine*. 2015.

Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, VIII Baskı, Ankara-2007; 40.

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Birinci Basamak Sağlık Kurumları için Obezite ve Diyabet Klinik Rehberi. Ankara, 2017

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari/listesi/483-serviks-kanseri-tarama-program%C4%B1-ulusal-standartlar%C4%B1.html>, Erişim: 06.05.2019

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Türkiye Kanser İstatistikleri 2015. Ankara, 2018

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu. Ulusal Kanser Kontrol Planı 2013-2018. Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016. Ankara, 2017.

T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Türkiye Obezite (Şişmanlık) ile Mücadele ve Kontrol Programı (2010-2014). Ankara, 2010.

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı (2015-2020). Ankara, 2015.

Tekpınar H, Özen M, Aşık Z. Aile Hekimliği polikliniğine başvuran hastaların kanser taramalarına ilişkin yaklaşımlarının değerlendirilmesi. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2018; 22(1): 28-36.

Thakur A, Gupta B, Gupta A, Chauhan R. Risk factors for cancer cervix among rural women of a hilly state: a case-control study. Indian Journal of Public Health. 2015; 59(1): 45-48.

The International Agency for Research on Cancer (IARC). World Cancer Day 2017. <https://www.iarc.fr/featured-news/media-centre-iarc-news-wcd2017/>, Erişim: 26.05.2019

Turan N. Tip 2 Diyabeti Olan Hastalarda Yönetim Planlarına Uyum. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi (Danışman: Prof. Dr. O. Başak). Aydın, 2018.

Türk Diyabet Vakfı. Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi 2018. İstanbul, 2018.

Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu-2018. Ankara, 2018.

Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu. Ankara, 2018.

Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu. Ankara, 2018.

Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği. Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması – 2. http://www.turkhipertansiyon.org/prevelans_calismasi_2.php, Erişim: 15.05.2019

Türkiye İstatistik Kurumu. Ölüm Nedeni İstatistikleri 2017. 2018 Sayı:27620, file:///C:/Users/Asus/Downloads/%C3%961%C3%BCm_Nedeni_%C4%B0statistikleri_26.05.2018.pdf, Erişim: 14 02 2019

Türkiye Kardiyoloji Derneği, https://www.tkd.org.tr/kilavuz/k03/3_2d304.htm?wbnum=1104, Erişim Tarihi: 17.06.2019

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. 2013. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf Erişim Tarihi: 16.06.2019

Türkol E, Güneş G, Özen G, Omaç M. Kadınların serviks kanseri, pap smear ve HPV aşısı hakkında bilgi, tutum ve davranışları. Medical Sciences. 2009; 4(3): 67-74.

Ulmer H, Bjørge T, Concin H, Lukanova A, Manjer J, Hallmans G, Borena W, Häggström C, Engeland A, Jonsson H, Selmer R, Stattin P, Tretli S, Kleiner A, Stocks

T, Nagel G. Metabolic risk factors and cervical cancer in the metabolic syndrome and cancer project (Me-Can). *Gynecologic oncology*. 2012; 125(2): 330-335.

Uyarel H. Tedavide yaşam tarzı değişiklikleri. *Türk Kardiyoloji Derneği Hipertansiyon Çalışma Grubu*. 2014; 1: 6-7.

Van Der A. M. A, Siesling S, Louwman M. W, Visser O, Pukkala E, Coebergh J. W. W. Hollanda'da sosyodemografik faktörler ile rahim ağzı kanseri insidansı arasındaki coğrafi ilişkiler 1989-2003. *Avrupa Kanser Önleme Dergisi*. 2008; 17 (5): 453-459.

Van Leeuwen A. W, De Nooijer P, Hop W. C. Screening for cervical carcinoma: participation and results for ethnic groups and socioeconomic status. *Cancer Cytopathology*. 2005; 105(5): 270-276.

Wang L, Jin G, Yu C, Lv J, Guo Y, Bian Z, Yang L, Chen Y, Hu Z, Chen F, Chen Z, Li L, Shen H. (2019). Cancer incidence in relation to body fatness among 0.5 million men and women: findings from the China Kadoorie Biobank. *International Journal Of Cancer*. 2019; doi:10.1002/ijc.32394

Webb P. M. Obesity and gynecologic cancer etiology and survival. In *American Society of Clinical Oncology educational book*. American Society of Clinical Oncology. Meeting. 2013; e222-e228.

Whelton P. K, Carey R. M, Aronow W. S, Casey D. E, Collins K. J, Himmelfarb C. D, DePalma S. M, Gidding S, Jamerson K. A, Jones D. W, MacLaughlin E. J, Muntner P, Ovbigele B, Smith S. C, Spencer C. C, Stafford R. S, Taler S. J, Thomas R. J, Williams K. A, Williams J. D, Wright J. T. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Journal of the American College of Cardiology*. 2018; 71(19): e127-e248.

World Health Organization. A global brief on hypertension: silent killer, global public health crisis: World Health Day 2013. Switzerland, 2013.

World Health Organization. Cancer. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cancer>, Erişim: 12.05.2019

World Health Organization. Cervical Cancer. <https://www.who.int/cancer/cervical-cancer>, Erişim: 16.05.2019

World Health Organization. Comprehensive Cervical Cancer Control A Guide to essential practice second edition. Geneva, 2014.

World Health Organization. Diabetes. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>, Erişim: 12.05.2019

World Health Organization. Global Health Observatory (GHO) Data, Raised Blood Pressure. https://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/blood_pressure_prevalence_text/en/, Erişim: 15.03.2019

World Health Organization (2019) Human papillomavirus (HPV) and cervical cancer. [https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-\(hpv\)-and-cervical-cancer](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer), Erişim: 04.05.2019

World Health Organization. Q&As on Hypertension. <https://www.who.int/features/qa/82/en/>, Erişim: 17.05.2019

World Health Organization. Obesity. <https://www.who.int/topics/obesity/en/>, Erişim: 20.05.2019

World Health Organization. Obesity: Preventing and Managing The Global Epidemic. Geneva, 2004.

World Health Organization. Global Report on Diabetes. Geneva, 2016.

World Health Organization. Obesity and overweight. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>, Erişim: 20.05.2019

World Health Organization. Turkey. https://www.who.int/diabetes/country-profiles/tur_en.pdf?ua=1, Erişim: 12.05.2019

Wright J. T. C, Stoler M. H, Sharma A, Zhang G, Behrens C, Wright T. L. Evaluation of HPV-16 and HPV-18 genotyping for the triage of women with high-risk HPV+ cytology-negative results. *American Journal of Clinical Pathology*. 2011; 136(4): 578-586.

Wright J. T. C, Stoler M. H, Behrens C. M, Sharma A, Zhang G, Wright T. L. Primary cervical cancer screening with human papillomavirus: end of study results from the ATHENA study using HPV as the first-line screening test. *Gynecologic Oncology*. 2015; 136(2): 189-197.

Wright J. T. C, Stoler M. H, Behrens C. M, Apple R, Derion T, Wright T. L. The ATHENA human papillomavirus study: design, methods, and baseline results. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2012; 206(1): 46-e1.

Wu M. M, Chen H. C, Chen C. L, You S. L, Cheng W. F, Chen C. A, Lee T. C, Chen C. J. A prospective study of gynecological cancer risk in relation to adiposity factors: cumulative incidence and association with plasma adipokine levels. *PLOS One*. 2014; 9(8): e104630.

Yanikkerem E. Obezitenin kadın sağlığına etkileri. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2017; 3(1): 37-43.

Yeh E. T, Bickford C. L. Cardiovascular complications of cancer therapy: incidence, pathogenesis, diagnosis, and management. *Journal of the American College of Cardiology*. 2009; 53(24): 2231-2247.

Yılmaz Kavcar R. S. İleriye Yönelik Bir Araştırma Tasarımında Diyabet Kanseri İlişkisinin İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi (Danışman: Prof. Dr. B. Ünal). İzmir, 2016.

Yumuk P. F, Dane F, Yumuk V. D, Yazici D, Ege B, Bekiroğlu N, Toprak A, İyikesici S, Başaran G, Turhal N. S. Impact of body mass index on cancer

development. Journal of BU ON.: official journal of the Balkan Union of Oncology. 2008; 13(1): 55-59.

Zhang H, Pelzer A. M, Kiang D. T, Yee, D. Down-regulation of type I insulin-like growth factor receptor increases sensitivity of breast cancer cells to insulin. Cancer Research. 2007; 67(1): 391-397.



10. EKLER:

Ek 1. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Konusu Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 11/12/2018-E.105157



T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : 28233352-302.14.01-
Konu : Serap Dikmen'in tez konusu değişikliği.

SBE EBELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Enstitümüzün 30.11.2018 tarih ve 43/20 sayılı Yönetim Kurulu Toplantısında, Ebelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı 161336007 numaralı öğrencisi Serap DİKMEN'in 22.06.2018 tarih ve 23/11 sayılı yönetim kurulunda belirlenen "**Kanser Tarama Testleri Pozitif Çıkan Kadınların Obezite, Hipertansiyon ve Diyabet Açısından İncelenmesi**" başlıklı tez konusunun etik kurul onayı alınması kaydı ile "**Serviks Kanseri Tarama Testi Yaptıran Kadınların Obezite, Hipertansiyon ve Diyabet Açısından İncelenmesi**" olarak değiştirilmesine **OY BİRLİĞİ** ile karar verildi.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-İmzalıdır
Prof. Dr. Bilal-i Habeş GÜMÜŞ
Enstitü Müdürü V.



Ek 2. Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 19/12/2018-E.107655



T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Sağlık Bilimleri Etik Kurulu

Sayı : 20478486-050.04.04-
Konu : Etik Kurul Kararı - Nurgül GÜngör
Tavşanlı -Serviks Kanseri Tarama -
dilekçe

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Nurgül GÜNGÖR TAVŞANLI

14 / 12 / 2018 / Tarih ve 58228 sayılı; araştırma adı ve yöntem değişikliği konulu dilekçe görüşülmüş olup, Etik Kurul Karar Formu ektedir.
Bilgilerinizi rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Zeki ARI
Kurul Başkanı

Ek: Nurgül GÜngör Tavşanlı -Serviks Kanseri Tarama - dilekçe 19.12.2018 karar tutanağı (1 sayfa)

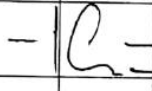



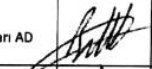



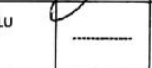


Adres:Manisa Celal Bayar Üniversitesi Uncubozköy Kampüsü Manisa
Telefon:(0 236) 2338586 Faks(0 236) 2331466
E-Posta:tip@cbu.edu.tr Elektronik Ağ:http://tip.cbu.edu.tr

Bilgi İçin:İsa Köse
Unvanı: Veri Hazırlama ve Kontrol İşletmeni



Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır

T.C.
Manisa Celal Bayar Üniversitesi
Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu
Karar Formu

KARAR TARİH / NO	19 / 12 / 2018 / 20.478.486 -						
ARAŞTIRMANIN ADI	Serviks Kanseri Tarama Testi Yaptıran Kadınların Obezite, Hipertansiyon ve Diyabet Açısından İncelenmesi						
SORUMLU ARAŞTIRMACI	Dr. Öğr. Üyesi Nurgül Güngör TAVŞANLI - MCBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü						
ARAŞTIRMA EKİBİ	Yüksek Lisans Öğrencisi, Serap DİKMEN						
ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/>		YÜKSEK LİSANS--DOKTORA-TEZİ <input checked="" type="checkbox"/>			AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	14 / 12 / 2018 / Tarih ve 58228 sayılı; araştırma adı ve yöntem değişikliği konulu dilekçe						
KARAR BİLGİLERİ	Dilekçe incelenmiş, bilimsel ve etik açıdan UYGUN olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.						
Unvanı/Adı/Soyadı		Araştırma ile İlgili Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye	Unvanı /Adı /Soyadı		Araştırma ile İlgili Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye
Prof. Dr. Zeki ARI Tıbbi Biyokimya AD		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doç. Dr. Serdar TOK Spor Bilimleri Fakültesi		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Murat DEMET Psikiyatri AD		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dr. Öğr. Üyesi Selim ALTAN Tıp Tarihi ve Etik AD		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Betül ERSOY Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dr. Öğr. Üyesi Nurgül Güngör TAVŞANLI Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Doç. Dr. Beyhan Cengiz ÖZYURT Halk Sağlığı AD		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mukadder YILMAZER Avukat		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Tuğba ÇAVUŞOĞLU Farmakoloji AD		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Sivil Üye Hüseyin TUNÇAY		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Etik Kurulumuzun kararı yukarıda belirtilmiştir. <u>Araştırmanız Her Hangi Bir Aşamada Etik Kurulumuzun "İzleme - Denetleme" Görevi Gereği Lüzumu Halinde Haberli / Habersiz Olarak Denetlenebilir.</u> Araştırma Başvuru Formunun Taahhütname - Bölüm E kısmında belirtilmiş olan hususların dikkate alınarak istenilen bilgilerin Etik Kurulumuza zamanında iletilmesi konusunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.</p> <p style="text-align: right;"> Prof. Dr. Zeki ARI Başkan</p>							

Ek 3. Kurum İzin Yazısı



T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

İZMİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İZMİR İLİ BULAŞICI
OLMAYAN HASTALIKLAR VE KRONİK DURUMLAR
BİRİMİ/SAĞLIKLI BESLENME VE HAREKETLİ HAYAT
BİRİMİ
18/01/2019 14:30 - 77597247 - 604.02 - E.46



Sayı : 77597247-604.02
Konu : Öğretim Üyesi Dr. Nurgül
GÜNGÖR TAVŞANLI'nın
Araştırma İzni

İZMİR KEMALPAŞA İLÇE SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

İlgi : 25/12/2018 tarihli ve 42117368-604.02-3253 sayılı yazı.

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü Öğretim Üyesi Dr. Nurgül GÜNGÖR TAVŞANLI sorumluluğunda ve Ebe Serap DİKMEN tarafından yapılmak istenen **"Serviks Kanseri Taraması Yaptıran Kadınlarda Obezite, Hipertansiyon ve Diyabet Açısından İncelenmesi"** konulu araştırma ile ilgili başvuru evrakları Müdürlüğümüz Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı bünyesinde oluşturulan Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılmak İstenen Çalışmaları Değerlendirme Komisyonu tarafından incelenmiş olup komisyon tarafından yapılan değerlendirmede;

"Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması gerekmektedir. Ayrıca, 25/01/2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmi Gazete' de yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin 31 inci maddesi, 5 inci fıkrasında belirtilen "Aile hekimleri, bakmakla yükümlü olduğu vatandaşlara ait, bilgi sisteminde tuttuğu tüm verilerin ilgili mevzuatı çerçevesinde gizliliğini, bütünlüğünü, güvenliğini ve mahremiyetini sağlamakla yükümlüdür." hükmü ile 01/08/1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmi Gazete' de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "Bilgilerin Gizli Tutulması" başlıklı 23 üncü maddesi 1 inci fıkrasında belirtilen "Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında hiçbir şekilde açıklanamaz" hükmüne istinaden, aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili veriler şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılabilir" öte yandan 07.04.2016 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanmış olan 6698 sayılı "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu" hükümleri doğrultusunda ilgili veriler şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılacaktır."

İzmir İl Sağlık Müdürlüğü 123/11 sokak Poligon Mahallesi Karabağlar
Telefon: 0(232) 248 33 10 Faks No:
e-Posta: duygu.ugurlu@saglik.gov.tr İnternet Adresi: <http://www.ism.gov.tr> (0 232)
248 3310 - 1244 -bulasici.olmayan@saglik.gov.tr
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 93e325d6-7851-483e-afec-329ccfb44673 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Duygu UĞURLU
TIBBİ SEKRETER
Telefon No: 0232 2483310

"Bu değerlendirmeler doğrultusunda yukarıda yer alan ilkelere bağlı kalmak ve **alışmanın yapılacağı kişilere kan şekeri ölçümü yapılırken, kullanılacak malzeme maliyetlerinin araştırımcı tarafından karşılanması koşulu** ile çalışmanın yapılması uygun bulunmuştur" denilmektedir. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Kurumumuza gönderilmesi gerekmektedir. Talep sahibine durumun bildirilmesi hususunda,

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır.
Dr. Hakan BAYRAKCI
Başkan

İzmir İl Sağlık Müdürlüğü 123/11 sokak.Poligon Mahallesi Karabağlar

Telefon: 0(232) 248 33 10 Faks No:

e-Posta: duygu.ugurlu@saglik.gov.tr İnternet Adresi: <http://www.ism.gov.tr> (0 232)

248 3310 - 1244 -bulasici.olmayan@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 93e325d6-7851-483e-afec-329ccfb44673 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Duygu UğURLU

TIBBİ SEKRETER

Telefon No: 0232 2483310

Ek 4. Serviks Kanseri Taraması Yaptıran Kadınların Anket Formu

SERVİKS KANSERİ TARAMASI YAPTIRAN KADINLARIN ANKET FORMU

1. BÖLÜM SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

- 1) Yaşınız:.....
- 2) Medeni durumunuz
 1. Hiç evlenmemiş
 2. Evli
 3. Bekar
- 3) Eğitim durumunuz
 1. Okur-yazar
 - 2- İlkokul-ortaokul
 3. Lise
 5. Üniversite ve üzeri
- 4) Sosyal güvenceniz
 1. SGK
 2. Yeşil kart
 3. Özel sigorta
 4. Yok
- 5) Çalışma durumunuz
 1. Çalışmıyor
 2. Çalışıyor
 3. Emekli
- 6) Ailenizin aylık gelir durumu
 1. Gelir giderden az
 2. Gelir gidere denk
 3. Gelir giderden fazla
- 7) Sigara kullanım durumunuz
 1. Evet
 2. Hayır
 3. Bıraktım

(Yanıtınız evet ise 8. soruyu cevaplayınız, hayır veya bıraktım ise 9. soruya geçiniz)
- 8) Sigara kullanıyor iseniz;.....adet/günde
- 9) Kronik bir hastalığınız var mı?
 1. Evet
 2. Hayır

(Yanıtınız evet ise 10. soruyu yanıtlayınız, hayır ise 11. soruya geçiniz.)
- 10) Kronik hastalığınız

2. BÖLÜM OBSTETRİK VE JİNEKOLOJİK ÖZELLİKLER

- 11) Rahim ağzı kanseri tarama testi sonucunuz
 1. Pozitif
 - 2- Negatif
- 12) İlk adet yaşınız:.....
- 13) İlk cinsel ilişki yaşınız:.....
- 14) İlk evlenme yaşınız:.....
- 15) İlk gebelik yaşınız:.....
- 16) Son gebelik yaşınız:.....
- 17) Gebelik sayınız:.....

- 18) Canlı doğum sayısı:.....
- 19) Ölü doğum sayımız:.....
- 20) Kendiliğinden düşük sayımız:.....
- 21) İsteğe bağlı küretaj sayımız:.....
- 22) Adet görme durumunuz
1. Düzenli 2. Düzensiz 3. Menapoz
- (Yanıtınız menapoz ise 23. soruyu cevaplayınız, düzenli veya düzensiz ise 24. soruya geçiniz.)**
- 23) Menapoz yaşıınız :.....
- 24) Herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanıyor musunuz?
1. Evet 2. Hayır
- (Yanıtınız evet ise 25. soruya geçiniz, hayır ise 26. soruya geçiniz.)**
- 25) Hangi aile planlaması yöntemini kullanıyorsunuz?
1. Ria/Spiral (hormonsuz)
2. Hormonlu ria/spiral: ay / yıl.
3. Oral kontraseptif/Hap: ay / yıl.
4. Mini haplar: ay / yıl.
5. Aylık enjeksiyon:..... ay / yıl.
6. 3 aylık enjeksiyon: ay / yıl.
7. Deri altı implant:..... ay / yıl.
8. Geleneksel yöntem (geri çekme)
9. Kondom
10. Tüpligasyon
11. Diğer.....
- 26) Hormon replasman tedavisi aldınız mı?
1. Evet 2. Hayır
- (Yanıtınız evet ise 27. soruya geçiniz, hayır ise 28. soruya geçiniz.)**
- 27) Tedavi süreniz:.....
- 28) Ailenizde kadın hastalıkları ile ilgili (jinekolojik) kanser öyküsü var mı?
1. Evet 2. Hayır
- (Yanıtınız evet ise 29. ve 30. soruyu cevaplayınız, hayır ise 31. soruya geçiniz.)**
- 29) Kanser türü.....
- 30) Kimde kanser öyküsü var.....

31) Kadın hastalıkları ile ilgili geçirilmiş ameliyatınız var mı?

1. Evet 2. Hayır

(Yanıtınız evet ise 32. soruyu cevaplayınız, hayır ise 33. soruya geçiniz.)

32) Ameliyat türü:.....

3. BÖLÜM OBEZİTE, HİPERTANSİYON VE DİYABET BULGULARI

33) Boy:.....

34) Kilo:.....

35) Bel Çevresi:.....

36) Kalça Çevresi:.....

37) Tansiyon:.....

38) Glikoz:.....

Ek 5. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
SAĞLIK BİLİMLERİ ETİK KURUL
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU



CALISMANIN ADI (Araştırma başvuru formunda bölüm A.2'de yer alan araştırma adı kullanılmalıdır.):

Rahim Ağzı Kanseri Tarama Testi Yaptıran Kadınların Aşırı Şişmanlık, Yüksek Tansiyon ve Şeker Hastalığı Açısından İncelenmesi

Bir araştırma çalışmasına katılmamanız istenmemektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağına çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirsiniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Eğer isterseniz, bu çalışmaya katılmamızla ilgili olarak hekiminiz / aile doktorunuz bilgilendirilecektir. Çalışma amacıyla yapılan normal muayeneler sırasında istenilen tetkikleriniz dışındaki tüm laboratuvar testleri çalışma destekleyicisi tarafından karşılanacak; size veya bağlı bulunduğumuz özel sigorta veya resmi sosyal güvenlik kurumuna ödetilmeyecektir.

CALISMANIN KONUSU VE AMACI:

Rahim ağzı kanseri, dünyada kadınlarda görülen kanserler içerisinde 4. sırada olup, kadın kanserlerinde meme kanserinden sonra ikinci sırada yer almaktadır. Ülkemizde ise kadınlarda görülen en sık kanserlerin içerisinde 9. sırada, 25-49 yaş grubundaki kadınlarda ise 4. sırada görülmektedir.

Rahim ağzı kanseri, sebebi bilinen ve önlenmesi mümkün olan nadir kanserlerdendir. Rahim ağzı kanserinin en önemli risk faktörü Human Papilloma Virüsü (HPV) dir. Bu nedenle ülkemizde toplum tabanlı rahim ağzı kanseri tarama programları yürütülmekte olup, tarama programı kapsamında 30-65 yaş arası kadınlara beş yılda bir smear-HPV DNA testi yapılmaktadır. Rahim ağzı kanserinin diğer risk faktörleri ise, ilk cinsel ilişkinin 16 yaşından önce olması, cinsel eşin çok olması, sigara, beslenme bozukluğu, ırk, gebelik sayısının fazla olması, 5 yıldan fazla doğum kontrol hapı kullanma ve düşük sosyo ekonomik düzeyidir.

Aşırı şişmanlık, yüksek tansiyon ve şeker hastalığı kanserin çevresel faktörleri arasında yer almakta olup, bu faktörlerin önlenmesi ile kanser %30-50 oranında önlenebilmektedir. Fakat dünyada ve ülkemizde rahim ağzı kanseri ve bu kanser ile birlikte aşırı şişmanlık, yüksek tansiyon ve şeker hastalığı giderek artmaktadır. Bu nedenle rahim ağzı kanserinin erken teşhisin önemi bir faktördür. Araştırmamızda rahim ağzı kanseri tarama testleri yaptıran kadınların aşırı şişmanlık, yüksek tansiyon ve şeker hastalığı bulgularını inceleyerek rahim ağzı kanseri ile aralarında ilişki araştırılacaktır.

CALISMA İŞLEMLERİ:

(Gönüllüden kan alınacak ise kan miktar 2 ml (bir çay kaşığı) / 5 ml (bir tatlı kaşığı) şeklinde belirtilmelidir Çalışma işlemlerinin hasta açısından yan etkileri, riskleri ve rahatsızlıkları açıklanmalıdır.)

Araştırmaya katılmayı kabul eden kadınların kendilerini rahat hissedeceği bir ortamda, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile literatür doğrultusunda ve çalışmanın amaçları dikkate alınarak hazırlanan anket formu doldurulacaktır. Ayrıca araştırmaya katılan kadınların tansiyon, şeker, boy, kilo, bel ve kalça çevresinin ölçümü yapılacaktır.

Tansiyon Ölçümü: Manşon (tansiyon aletinin kola sarılan kısmı) kola sarılarak şişirilmeye başlanır. Manşon yeri kadar şiştikten sonra tansiyon aletinin musluk kısmı yavaş yavaş açılarak stetoskoptan (vücut içinde oluşan sesleri dinlemek için kullanılan tıbbi bir cihaz) kan akışının sesi duyulması ile değerlendirilmektedir.

Şeker Ölçümü: Şeker ölçümü şeker ölçüm cihazı ile gerçekleştirilecektir. Şeker ölçümü, parmaktan küçük kesici alet (lanset) yardımıyla alınan kan şeker ölçüm cihazının test çubuğuna damlatılır ve birkaç saniye beklendikten sonra şeker değeri şeker ölçüm cihazının ekranında görüntülenmesiye ölçüm tamamlanır.

Boy, Kilo, Bel ve Kalça Ölçümü: Bu ölçümler mezura yardımı ile gerçekleştirilecektir.

CALISMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Aşırı şişman, yüksek tansiyon ve şeker hastalığı olan kadınların rahim ağzı kanserine karşı farkındalıklarının artmasını, kanser tarama testlerine düzenli katılım göstermelerini sağlanacaktır.

GÖNÜLLÜYE UYGULANACAK İŞLEMLERİN OLASI ZARARLARI NELERDİR?

Araştırmamızın olası zararları bulunmamaktadır.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Araştırmamızda Resmi Gazetede 24/03/2016 tarihinde yayınlanan 6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'na uyulacak olup, bu kanun kapsamında araştırmaya dahil edilen kadınların adı, soyadı, TC numarası, doğum tarihi gibi kişisel bilgiler yer almayacaktır. Bilgi formunda bulunan yer alan soruların sadece istatistiksel analizleri yapılacaktır.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER:

1. Dr. Öğr. Üyesi Nurgül GÜNGÖR 05064228323
2. Yüksek Lisans Öğrencisi Serap DİKMEN 05549319192

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri doktorumla ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Doktorum saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

<i>Gönüllü Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Veli / Vasinin Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Tamk¹ Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Araştırmacı² Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

1: Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tanıklık eden kişi

2: Gönüllüyü araştırma hakkında bilgilendiren kişi

Ek 6. Yüksek Lisans Tez Çalışması Orjinallik Raporu

T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU
EBELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA

Tez Adı: Serviks Kanseri Taraması Yaptıran Kadınların Obezite, Hipertansiyon ve Diyabet Açısından İncelenmesi

Tezime ilişkin 28/06/2019 tarihinde yapılan Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezin benzerlik oranı % 13'tür.

Belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Adı Soyadı : Serap DİKMEN
Öğrenci No : 161336007
Anabilim Dalı : Ebelik Anabilim Dalı
Programı : Ebelik Programı

Tarih ve İmza

24.07.2019

DANIŞMAN ONAYI

UYGUNDUR.

(Unvan, Ad Soyad, İmza)

Dr. Öğr. Üyesi Nurgül GÜNGÖR TAVŞANLI

Açıklamalar

- 1-Tez Çalışması Orjinallik Raporu (TÇÖR), TURNITIN İntihal Tespit Programı kullanımı için kişisel hesap alma hakkı bulunan tez danışmanları, Enstitülerde görevlendirilen personeller, Kütüphane ve Dokümantasyon Daire Başkanlığı'nda görevlendirilen kütüphaneciler tarafından alınır.
- 2-Sayfa sayısı 400'den az olan tezler için tez savunmasından önce ve başarılı olması durumunda düzeltmelerden sonra olmak üzere 2 kez TÇÖR alınır.(400 sayfadan fazla olan tezler 400 ve katları şeklinde bölünerek Turnitin veri tabanına yüklenmesi gerekmektedir. Bu gibi durumlarda benzerlik oranının hesaplanmasına ilişkin detaylı forma, kütüphane web sayfasında bulunan Turnitin kullanım kılavuzlarının altından erişilebilir.)
- 3-TÇÖR, tezin yalnızca Kapak Sayfası, Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç bölümlerinden oluşan kısmının tek bir dosya olarak intihal tespit programına yüklenmesi ile alınır.
Programa yükleme yapılırken Dosya Başlığı (document title) olarak tez başlığının tamamı, Yazar Adı (author's first name) olarak öğrencinin adı, Yazar Soyadı (author's last name) olarak öğrencinin soyadı bilgisi yazılır.
- 4- TURNITIN İntihal tespit programına yüklenen dosyanın süreçlenmesinde, ilgili programdaki filtreleme seçenekleri aşağıdaki şekilde ayarlanır: - Kaynakça hariç, - Alıntılar hariç, - 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç (Limit match size to 5 words)
- 5-İsteğe bağlı ayarlar kısmından; "Ödevleri şuraya gönder?" seçeneği mutlaka DEPO YOK şeklinde işaretlenmesi gerekmektedir; aksi durumda aynı tezin ikinci kez yüklenmesi durumunda benzerlik %100 çıkacaktır ve depodan tezi silmek çok uzun süre gerektirecektir.
- 6- Raporlama işlemi tamamlandıktan sonra, kaydedilmiş olan ekranın görüntüsünü sağ üst köşesinde yüzdelik sayı olarak belirtilen "benzerlik oranı," raporlamaya tabi tutulmuş olan dosyanın "toplam sayfa sayısı" ve raporlama işleminin yapıldığı "tarih" bilgisi, "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orjinallik Raporu" formuna işlenir.
- 7- Benzerlik oranında tüm sorumluluk öğrenciye aittir.
- 8-Tez savunma sınavı sonrasında başarılı bulunan öğrenci, tez savunma sınavı tarihi sonrasında tezde yapılmış muhtemel değişiklikleri içeren dosya kullanılarak alınmış ikinci bir intihal raporundaki bilgiler kullanılarak hazırlanmış ve tez danışmanı tarafından onaylanarak imzalanmış ikinci bir "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orjinallik Raporu"nu Enstitüye teslim etmekle yükümlüdür.
- 9-Turnitin Hakkında Bilgiler: <http://kutuphane.cbu.edu.tr/turnitin.9370.tr.html>

ÖZGEÇMİŞ

Adı	SERAP	Soyadı	DİKMEN
Doğum Yeri	TURGUTLU	Doğum Tarihi	17.08.1991
Uyruğu	T.C.	Tel	554 931 91 92
E-mail	serap.45.1991@gmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık	-	
Yüksek Lisans	-	
Lisans	Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksek Okulu	2013
Lise	Turgutlu Lisesi	2009

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
Ebe	Şifa Üniversitesi	2013—2014
Aile Sağlığı Elemanı	Malatya İl Sağlık Müdürlüğü- Bahçebaşı Aile Sağlığı Merkezi	2014-2015
Ebe	İzmir Kemalpaşa İlçe Sağlık Müdürlüğü	2015-.....

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	İyi	Orta	Orta

Yabancı Dil Sınav Notu □								
YDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı			
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Office	İyi

* Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendiriniz.