

**T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**LEZBİYEN VEYA BİSEKSÜEL KADINLARDA
KADIN KANSERLERİNE YÖNELİK EĞİTİMİN
JİNEKOLOJİK KANSER FARKINDALIĞINA VE
SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARINA
ETKİSİ**

MELİH BAŞOĞLU

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İZMİR-2020

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc -2017970038

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**LEZBİYEN VEYA BİSEKSÜEL KADINLARDA
KADIN KANSERLERİNE YÖNELİK EĞİTİMİN
JİNEKOLOJİK KANSER FARKINDALIĞINA
VESAĞLIKLİ YAŞAM BİÇİMİ
DAVRANIŞLARINA ETKİSİ**

**DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

MELİH BAŞOĞLU

DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ:
DOÇ. DR. DİLEK BİLGİÇ

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc -2017970038

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

İÇİNDEKİLER.....	i
TABLO DİZİNİ.....	v
ŞEKİL DİZİNİ.....	vi
KISALTMALAR.....	vii
ÖZET.....	1
ABSTRACT.....	3
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	5
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	5
1.2. Araştırmanın Amacı.....	10
1.3. Araştırma Soruları.....	10
2. GENEL BİLGİLER.....	11
2.1. Cinsel Yönelim ve Cinsel Kimlik Kavramlarının Tanımı.....	11
2.1.1. Lezbiyenlik ve Biseksüellik Kavramları.....	12
2.2. Kadın Üreme Organı Kanserlerinin Epidemiyolojisi, Belirtileri ve Risk Faktörleri.....	14
2.2.1. Endometriyum Kanseri.....	15
2.2.2. Serviks Kanseri.....	17
2.2.3. Over Kanseri.....	20
2.2.4. Vajina Kanseri.....	21
2.2.5. Vulva Kanseri.....	24
2.2.6. Jinekolojik Kanserleri Önlemede Hemşirelerin Rolü.....	26
2.3. Lezbiyen ve Biseksüel Kadınların Kadın Üreme Organı Kanserleri ile Olan İlişkisi ve Etkileyen Faktörler.....	28
2.4. Farkındalık, Kanser Farkındalığı ve Farkındalık Eğitimi Kavramlarının Tanımı....	35
2.4.1 Farkındalık Kavramı.....	35
2.4.2. Kanser Farkındalığı Kavramı.....	36
2.4.3. Farkındalık Eğitimi Kavramı.....	37
2.5. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Tanımı.....	38

3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	45
3.1. Araştırmanın Tipi.....	45
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	45
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	45
3.4. Çalışma Materyalleri.....	46
3.5. Araştırmanın Değişkenleri.....	46
3.6. Veri Toplama Araçları ve Özellikleri.....	46
3.7. Araştırmanın Planı ve Takvimi.....	49
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	51
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	52
3.10. Etik Kurul Onayı.....	52
4. BULGULAR.....	53
4.1. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Sosyo-demografik Özelliklerine, Cinsel Sağlık Davranışlarına, Sağlık Arama ve Bazı Sağlıklı Yaşam Davranış Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	54
4.2. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Eğitim Öncesi ve Sonrası Jinekolojik Kansere Yönelik Farkındalık Düzeylerine İlişkin Bulgular.....	58
4.3. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Eğitim Öncesi ve Sonrası Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Puanlarına İlişkin Bulgular.....	60
4.4. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Jinekolojik Kansere Farkındalık Düzeyleri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular.....	63
4.5. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Eğitim Öncesi ve Sonrası Cinsel Sağlık, Sağlık Arama ve Bazı Sağlıklı Yaşam Davranışlarına İlişkin Bulgular.....	71
4.6. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Sosyo-demografik Özellikleri İle Eğitim Öncesi ve Sonrası Jinekolojik Kansere Farkındalık Düzeylerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	75
4.7. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Sosyo-demografik Özellikleri İle Eğitim Öncesi ve Sonrası Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	77
4.8. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Cinsel Sağlık Davranış Özellikleri ile Eğitim Öncesi ve Sonrası Jinekolojik Kansere Farkındalık Düzeylerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	79

4.9. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Cinsel Sağlık Davranış Özellikleri ile Eğitim Öncesi ve Sonrası Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	80
4.10. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Sağlık Arama Davranış Özellikleri ile Eğitim Öncesi ve Sonrası Jinekolojik Kanseler Farkındalık Düzeylerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	81
4.11. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Sağlık Arama Davranış Özellikleri ile Eğitim Öncesi ve Sonrası Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	82
5. TARTIŞMA.....	83
5.1. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Eğitim Öncesi ve Sonrası Jinekolojik Kansellere İlişkin Farkındalık Düzeyleri.....	84
5.2. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Eğitim Öncesi ve Sonrası Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları.....	87
5.3. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Eğitim Öncesi ve Sonrası Jinekolojik Kansellere Farkındalık Düzeyleri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki.....	97
5.4. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Sosyodemografik Özelliklerinin Eğitim Öncesi ve Sonrası Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına ve Jinekolojik Kansellere Yönelik Farkındalık Düzeylerine Göre Karşılaştırılması.....	98
5.5. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Cinsel Sağlık Davranışlarının Eğitim Öncesi ve Sonrası Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına ve Jinekolojik Kansellere Yönelik Farkındalık Düzeylerine Göre Karşılaştırılması.....	99
5.6. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Sağlık Arama Davranışlarının Eğitim Öncesi ve Sonrası Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına ve Jinekolojik Kansellere Yönelik Farkındalık Düzeylerine Göre Karşılaştırılması.....	103
5.7. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Bazı Sağlıklı Yaşam Davranışlarının Eğitim Öncesi ve Sonrası Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına ve Jinekolojik Kansellere Yönelik Farkındalık Düzeylerine Göre Karşılaştırılması.....	108

6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	109
6.1. Sonuçlar.....	109
6.2. Öneriler.....	111
7.KAYNAKLAR.....	113
8. EKLER.....	135
8.1. Tanımlayıcı Bilgi Formu.....	135
8.2. Öntest Formu.....	136
8.3. Jinekolojik Kanserler Farkındalık Ölçeği	138
8.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II.....	141
8.5. Sontest Formu.....	143
8.6. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	145
8.7. Eğitim Sunumu.....	147
8.8. Eğitim Kitapçığı.....	149
8.7. Kurum İzni.....	150
8.8. Etik Kurul Kararı.....	151
8.9. Araştırmacı Özgeçmiş Formu.....	153

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Sosyo-demografik Özellikleri.....	54
Tablo 2. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Eğitim Öncesi ve Sonrası Cinsel Sağlık Davranışları.....	55
Tablo 3. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Eğitim Öncesi ve Sonrası Sağlık Arama Davranışları.....	56
Tablo 4. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Bazı Sağlıklı Yaşam Davranışları.....	57
Tablo 5. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Eğitim Öncesi ve Sonrası JİKFÖ Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamaları.....	58
Tablo 6. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Eğitim Öncesi ve Sonrası SYBDÖ Puan Ortalamaları.....	60
Tablo 7. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Eğitim Öncesi ve Sonrası Jinekolojik Kanseler Farkındalık Düzeyleri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki.....	65
Tablo 8. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Eğitim Öncesi ve Sonrası Cinsel Sağlık Davranışları.....	71
Tablo 9. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Eğitim Öncesi ve Sonrası Sağlık Arama Davranışları.....	73
Tablo 10. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Eğitim Öncesi ve Sonrası Bazı Sağlıklı Yaşam Davranışları.....	74
Tablo 11. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Eğitim Öncesi ve Sonrası JİKFÖ Toplam Puan Ortalamaları.....	75
Tablo 12. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Eğitim Öncesi ve Sonrası SYBDÖ Puan Ortalamaları.....	77
Tablo 13. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Cinsel Sağlık Davranış Özellikleri ile Eğitim Öncesi ve Sonrası JİKFÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	79
Tablo 14. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Cinsel Sağlık Davranış Özellikleri ile Eğitim Öncesi ve Sonrası SYBDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	80
Tablo 15. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Sağlık Arama Davranış Özellikleri ile Eğitim Öncesi ve Sonrası JİKFÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	81
Tablo 16. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Sağlık Arama Davranış Özellikleri ile Eğitim Öncesi ve Sonrası SYBDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	82

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Farkındalık Kavramı Üzerine Yapılan Açıklamalar.....	35
Şekil 2. Araştırmanın Akış Şeması.....	51
Şekil 3. Lezbiyen/biseksüel kadınların JİKFÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları.....	59
Şekil 4. Lezbiyen/biseksüel kadınların SYBDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları.....	62



KISALTMALAR

AIDS: Acquired Immune Deficiency Syndrome (Edinilmiş Bağıışıklık Yetmezliğı Sendromu)

BKİ: Beden Kitle İndeksi

CIN: Servikal Intraepitel Neoplazi

CYBE: Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

HIV: Human Immunodeficiency Virus (İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü)

HPV: Human Papilloma Virüs

HSV: Herpes Simplex Virüs

JİKFÖ: Jinekolojik Kanserler Farkındalık Ölçeğı

KKVM: Kendi Kendine Vulva Muayenesi

KOK: Kombine Oral Kontraseptifi

LB: Lezbiyen/Biseksüel

LGBTİ+: Lezbiyen, Gey, Biseksüel, Transseksüel, İnterseks vd.

SYBDÖ: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğı

TDK: Türk Dil Kurumu

VAIN: Vajinal Intraepitalial Neoplazi

VIN: Vulvar Intraepitalial Neoplazi

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyuncaengin bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, tez çalışma konumun oluşturulması, planlanması ve yürütülmesi aşamalarında desteklerini esirgemeyen, bana zaman ayıran, tüm öneri ve desteği ile tezime ışık tutan, zenginleştiren ve beni asla yalnız bırakmayan değerli danışmanım Doç. Dr. Dilek BİLGİÇ’e,

Tezimin değerlendirilmesi sürecinde öneri ve katkıları ile yol gösteren, akademik gelişimime görüşleri ile katkı sağlayan kıymetli jüri üyelerim Doç. Dr. Merlinda ALUŞ TOKAT’a ve Prof. Dr. Gül ERTEM’e,

Araştırma sürecinde desteklerini asla esirgemeyen ve her sürece destek olan Genç LGBTİ+ Derneği’ndeki tüm çalışan ekibine,

Araştırmama katılmayı kabul eden ve süreci içtenlikle destekleyen bütün kadınlara,

Yüksek lisans eğitimimin her aşamasında bana destek olan değerli okul arkadaşlarıma,

Hayatım boyunca her süreçte yanımda olan, varlıklarıyla ve katkılarıyla her zaman bana güç veren, geçmişten bugüne her anımda bana destek olan çok kıymetli arkadaşlarım Şükrü İÇEN, Yaren ÜSKÜPLÜ ve Aslıhan ÇETİNKAYA’ya,

Ayrıca bu günlere gelmemde en büyük paya sahip olan, beni yetiştiren ve yaşamım boyunca desteğini, anlayışını ve sevgisini esirgemeyen biricik annem Gülay BAŞOĞLU, babam Nazım BAŞOĞLU ve canım kardeşim Mert BAŞOĞLU’na sonsuz saygı, sevgi ve teşekkürlerimi sunarım. İyi ki varsınız...

MELİH BAŞOĞLU

**LEZBİYEN VEYA BİSEKSÜEL KADINLARDA KADIN KANSERLERİNE
YÖNELİK EĞİTİMİN JİNEKOLOJİK KANSER FARKINDALIĞINA VE SAĞLIKLI
YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARINA ETKİSİ**

Melih BAŞOĞLU

T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

melihbaso@gmail.com

ÖZET

Amaç: Lezbiyen/biseksüel kadınlara verilen kadın kanserlerine yönelik eğitimin, jinekolojik kanser farkındalığına, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisini incelemektir.

Yöntem: Araştırma yarı deneysel türde, tek gruplu ön test–son test desende yapılmıştır. Araştırmanın evrenini İzmir’de yaşayan lezbiyen/biseksüel kadınlar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini İzmir’deki Genç LGBTİ+ Derneği’nin sosyal medya hesaplarında eğitimin yapılacağına ilişkin paylaşılan duyuru afişi ve kartopu yöntemiyle eğitimin yapılacağından haberdar edilen, araştırmaya katılmaya gönüllü 32 lezbiyen/biseksüel kadın oluşturmuştur. Kadınlara eğitim öncesinde “Tanıtıcı Bilgi Formu”, “Öntest Formu”, “Jinekolojik Kanserler Farkındalık Ölçeği”, “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II” uygulanmıştır. Ardından kadınlara gruplar halinde dernek bünyesinde kadın kanserlerine yönelik eğitim yüz yüze olarak verilmiştir. Eğitim sonrası birinci ve üçüncü aylarda kadınlara “Sontest Formu”, “Jinekolojik Kanserler Farkındalık Ölçeği”, “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II” tekrar uygulanmıştır. Ölçek ve anket yöntemiyle toplanan veriler yüzdelik hesaplamalar, ortalamalar, Cochran Q, ANOVA, t ve Mann Whitney U testleri ve Pearson korelasyon ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Kadınların yaş ortalaması $25,75 \pm 5,31$ ’dir. Kadınların jinekolojik kanser farkındalık düzeyleri eğitim öncesinde $143,25 \pm 16,40$; eğitim sonrası birinci ayda $177,03 \pm 17,40$; üçüncü ayda $180,84 \pm 19,35$ olarak saptanmıştır. Kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları düzeyleri eğitim öncesinde $125,84 \pm 16,62$; eğitim sonrası birinci ayda $141,75 \pm 22,97$; üçüncü ayda $139,44 \pm 22,14$ olarak saptanmıştır. Kadınların jinekolojik kanserler farkındalık ölçeği tüm alt boyutları ve sağlıklı yaşam biçimi alt boyutlarından kişilerarası ilişkiler alt boyutu hariç tüm alt boyut puan ortalamalarında anlamlı artış olmuştur. Kadınların, verilen eğitim ile farkındalık düzeyleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde artmıştır.

Sonuç: Lezbiyen/biseksüel kadınların almış oldukları kadın kanserlerine yönelik eğitim, kadınların jinekolojik kanser farkındalıklarını ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını olumlu yönde etkilemiştir.

Anahtar Sözcükler: Lezbiyen, Biseksüel, Jinekolojik Kanserler, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Hemşirelik



**THE EFFECT OF EDUCATION FOR GYNECOLOGICAL CANCER ON THE
AWARENESS OF GYNECOLOGICAL CANCER AND THE HEALTHY LIFE
STYLE BEHAVIOR IN LESBIAN OR BISEXUAL WOMEN**

Melih BAŞOĞLU

T.C. Dokuz Eylul University, The Institute of Health Sciences

melihbaso@gmail.com

ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to investigate the effect of training on gynecological cancers given to lesbian or bisexual women on gynecological cancer awareness and healthy lifestyle behaviors.

Method: The study was conducted in a quasi-experimental design with pre-test and post-test with one group. The population of the study is lesbian and bisexual women living in İzmir. The sample of the study consists of 32 lesbian or bisexual women volunteers who were informed about the training through social media accounts of Genç LGBTI+ organisation in İzmir and was reached via snowball method. Pre-training, women were administered “Introductory Information Form”, “Pretest Form”, “Gynecological Cancer Awareness Scale” and “Healthy Lifestyle Behaviors Scale-II”. Then, participants were given a training in person on gynecological cancer prevention within the organisation in groups. Following training, in the first and the third months, “Posttest Form”, “Gynecological Cancer Awareness Scale” and “Healthy Lifestyle Behaviors Scale-II” were re-administered. Data collected via scale and questionnaire method were evaluated by average percentage calculations, Cochran Q test, ANOVA, t test and Mann Whitney U test, F and Pearson correlation.

Findings: Average age of participating women is 25.75 ± 5.31 . While the pre-training gynecological cancer awareness levels of women were 143.25 ± 16.40 , it was determined to be 177.03 ± 17.40 in the first month and 180.84 ± 19.35 in the third month respectively. Healthy lifestyle behaviors level of the women pre-test was assessed to be 125.84 ± 16.62 whereas post-training it was determined to be 141.75 ± 22.97 and 139.44 ± 22.14 in the first and the third month respectively. Women’s awareness and healthy lifestyle behaviors has shown a statistically significant increase with female reproductive organ cancer prevention training.

Results: The female productive organ cancer prevention training, received by lesbian and bisexual women positively affected women's gynecological cancer awareness and healthy lifestyle behaviors. Studies should be conducted to improve the health of lesbian / bisexual women.

Keywords: Lesbian, Bisexual, Gynecological Cancers, Healthy Life Style Behaviors, Nursing



1. GİRİŞ VE AMAC

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Cinsel yönelimler arasında homoseksüellik (eşcinsellik) kavramı bireyin kendi cinsiyetine, biseksüellik kavramı ise bireyin her iki cinsiyete karşı cinsel, duygusal veya ruhsal anlamda ilgi duymasını tanımlamaktadır. Günümüzde homoseksüel kavramı yerine erkek eşcinsel bireyler için "gey", kadın eşcinsel bireyler için ise "lezbiyen" terimleri kullanılmaktadır (Smalley, Warren, Barefoot, 2018; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2009). Geçmişte “cinsel tercih” olarak tanımlanan bu seksüel yönelimler aslen bir tercih doğrultusunda değil, çevresel ve fizyolojik birtakım faktörler ile birlikte geliştiği düşünülmektedir. Cinsel yönelimin aslında nasıl oluştuğu henüz tam olarak bilinmemektedir. Bireylerin heteroseksüel, homoseksüel veya biseksüel olarak doğup doğmadıklarına ilişkin kesin bir yorum bulunmamaktadır. Fakat birçok kuramcının ve uzmanın görüşü, bu bireylerin cinsel yönelimler arasında bir tercih yapamadıkları yönündedir. (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2009; Richters, 1998). Lezbiyen ya da biseksüel tanımının nasıl yapıldığına bağlı olarak, toplumda lezbiyen ve biseksüel prevalansı değişebilmektedir ve herhangi bir toplum için gerçek prevalansı vermek oldukça güçtür (Hutchinson, Thompson, Cederbaum, 2006). American National Gay and Lesbian Task Force Policy Institute'a göre, genel nüfusun %5 ila %10'unu LGBT bireylerden oluştuğu düşünülmektedir (Grant, 2016). American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); prevalans istatistiklerinde farklılıklar olsa da Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan Ulusal Aile Büyümesi Anketi'nden elde edilen veriler doğrultusunda kadınların %1,1'inin lezbiyen ve %3,5'inin ise biseksüel olduğunu belirtmektedir (The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2016). Türkiye'de lezbiyen, gey, biseksüel, transseksüel (LGBT) bireylerin toplumda baskı görmeleri nedeniyle cinsel yönelimlerini açıkça dile getirememektedir. Bu sebeple Türkiye'deki LGBT popülasyonu temsil eden bir araştırma yapmak da oldukça güçtür. Dolayısıyla ülkemiz için lezbiyen ve biseksüel kadınların gerçek oranını vermek mümkün değildir (Yılmaz, Göçmen, 2015).

Son yıllarda toplumdaki farkındalığın artışı ile birlikte LGBT gruplar üzerine yapılan çalışma sayısında bir artış olmuştur. Yapılan bu çalışmalar LGBT bireylerin yaşamakta olduğu bir dizi sağlık problemlerini ve riskli sağlık davranışlarını da ortaya koymuştur. Alkol ve sigara tüketiminin yaygınlığı, riskli cinsel davranışlarda bulunmaları, kendine zarar verme

eğilimlerine sahip olmaları ve kötü beslenme alışkanlıkları edinme yatkınlıkları bu grubun müdahale gerektiren bir grup olduğunu göstermektedir. Bireylerin maruz kaldığı homofobik tutum ve davranışlar, ayrımcılığa maruz kalmaları, toplum tarafından mağdur edilen bir grup olmaları ve istismara maruziyetlerinin yüksek olması; bu grubun riskli sağlık davranışlarının nedenlerini açıklamakta ve grubun incinebilir bir grup olduğunu göstermektedir (Smalley, Warren, Barefoot, 2018). Jackson ve ark (2016) eşcinsellerle yaptığı çalışmada sağlık sonuçları bakımından lezbiyenlerin heteroseksüellere oranla %20 daha fazla obez olduklarını, %17 daha fazla fonksiyonel sınırlılıkları olduğunu ve daha fazla paralizi yaşadıklarını saptamıştır. Ayrıca bir başka çalışmada cinsel azınlık grupların heteroseksüel bireylere oranla daha fazla anksiyete, depresyon, panik atak, psikolojik distres ve intihar düşüncesi yaşadıkları saptanmıştır (Fogel, 2016). Yılmaz ve Göçmen'in (2015) ülkemizde yaşayan cinsel azınlık gruplarla yaptığı çalışmasında da LGBT bireylerin %50,3'ü (1447 kişi) cinsel sağlık hizmetlerine nereden ve nasıl ulaşabileceğini bilmediğini, %43,2'si (1218 kişi) hayatında en az bir kez intiharı düşündüğünü belirtmiştir. Yapılan çalışmalarda heteroseksüellerle karşılaştırıldığında lezbiyenlerin sağlık bakım hizmetlerinden daha az yararlandıkları, sağlık kontrollerini daha az yaptırdığı ve aile hekimlerine daha az başvurdukları saptanmıştır (Urwin, Whittaker, 2016; Strutz, Herring, Halpern, 2015; Buchmueller, Carpenter, 2010).

Literatürde farklı ülkelerde veya ülkemizde LGBT topluluğundaki kanser yükü üzerine bir araştırma bulunmamaktadır. Çünkü büyük çapta yapılan kanser insidansı araştırmalarının hiçbirisi, cinsel yönelim hakkında veri toplayarak LGBT bireylerin kanser yükünü ortaya koymamaktadır. Kanser insidans çalışmaları ile toplanan veriler; gruplar için sağlık eşitsizliklerini önleme, tedavi programları geliştirme ve risk grupları için erken tanılama imkânı sunmaktadır. Bu durum LGBT bireyleri, diğer gruplara sağlanan geniş bilgi zenginliği dışında bırakmaktadır. Aynı zamanda LGBT bireylerin yaşadıkları sağlık eşitsizlikleri ve riskli sağlık davranışları nedeniyle orantısız bir kanser yükü taşıdığı düşünülmektedir. LGBT bireyler ile heteroseksüeller arasında biyolojik veya fizyolojik bir fark yoktur. Aksine, gruplar arası farklılığın; LGBT bireylerin maruz kaldığı toplumsal cinsiyet azınlığı olarak yaşamının stresinden, sosyoekonomik eşitsizliklerden ve bir dizi yaşam biçimi davranışlarından kaynaklandığı düşünülmektedir (Tracy, 2015). National LGBT Cancer Network, nüfusun yaklaşık %4'ünün LGBT bireylerden oluştuğunu düşünerek bugün Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'de yaklaşık bir milyon LGBT bireyin kanserden kurtulduğunu tahmin etmektedir (National LGBT Cancer Network, 2020). 2015 Türkiye Kanser İstatistikleri'ne

göre ülkemizde yaklaşık 69.633 kadının kansere yakalandığı tahmin edilmektedir. Kadınlarda en sık görülen kanserlerden sırasıyla meme, uterus korpusu, over ve serviks kanserlerinin öne çıktığı görülmektedir (Kara, İlter, Keskinlik, 2018). Jinekolojik kanserlerden olan serviks, uterus korpusu ve over kanserleri tüm kadınlarda yaygındır ancak bazı faktörler nedeniyle lezbiyen ve biseksüel kadınları daha fazla riske sokmaktadır.

Lezbiyen ve biseksüel kadınlar kaliteli ve profesyonel sağlık bakımı almakta güçlük çekmekte ve bu yolda birçok engelle karşılaşmaktadır. Bu engellerden biri, birçok sağlık sigorta poliçesinin, evli olmayan partnerleri kapsamadığı şeklinde örneklendirilebilir. Bu durum birçok lezbiyen ve biseksüel kadının kaliteli sağlık hizmeti almasını zorlaştırabilmektedir. Başka bir engel ise birçok lezbiyen kadının damgalanma, ayrımcılığa maruz kalma ve kaliteli hizmet alamayacağı düşüncesiyle sağlık profesyonellerine cinsel yönelimlerini ifade edememesi ve böylece bireysel anlamda kaliteli bir bakım hizmeti alamamasıdır (Buchmueller, Carpenter, 2010; American Cancer Society, 2019). Lezbiyen ve biseksüel kadınların yaşam tarzları ve sağlık davranışları düşünülerek hazırlanmış olan bir kanser tarama program rehberinin bulunmaması da bu kadınların kansere yakalanma oranlarının daha fazla olmasına bir neden olarak gösterilebilmektedir (Ceres ve ark, 2018). Ayrıca lezbiyen ve biseksüel kadınlar kanser riskini artıran nulliparite, sigara içme, alkol kullanma, sağlıklı bir cinsel yaşam sürdürme, strese maruz kalma, sağlıklı beslenme, kilolu olma, egzersiz yapmama gibi sedanter ve sağlıklı bir yaşam tarzına yatkındırlar (American Cancer Society, 2019; The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2016; Waterman, Voss, 2015).

Birçok lezbiyen, sağlık bakımına erişimi geçiştirebilmekte ya da geciktirebilmektedir (Fallin-Bennett ve ark, 2016). ABD’de 7.000 lezbiyenle yapılan bir çalışmada, lezbiyenlerde anormal pap smear sonuç oranlarının (%17), heteroseksüel popülasyondan (%0,5-3,1) daha yüksek olduğu saptanmıştır (Diamant, Schuster, Lever, 2000). Lezbiyen (%16,5) ve biseksüel kadınlarda (%41,2) serviks kanseri prevalansının heteroseksüel kadınlara (%14) göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu gösterilmiştir (Boehmer, Miao, Ozonoff, 2011). Ancak lezbiyen ve biseksüel kadınlarda serviks kanseri insidansı ve mortalitesi hakkında yayınlanmış bir veri bulunmamaktadır (Quinn ve ark, 2015). Lezbiyen ve biseksüel kadınlar arasında endometriyum kanseri yükünü değerlendiren çok az sayıda çalışma vardır. Lezbiyen kadınlar ve onların heteroseksüel kız kardeşlerinin jinekolojik kanser risk faktörleri açısından

değerlendirildiği bir çalışmada lezbiyen kadınlarda nulliparite prevalansı ve obezite nedeniyle kız kardeşlerinden daha fazla endometriyum kanseri riski taşıdıkları öne sürülmüştür (Zaritsky, Dibble, 2010). Lezbiyen ve biseksüel kadınlarda endometriyum kanseri hakkında literatür yetersizdir ve daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır (Quinn ve ark, 2015).

Birçok sağlık profesyoneli, lezbiyen kadınların servikal kanser risk grubunda olmadığı düşüncesiyle servikal kanser taramasına ihtiyaçları olmadığını düşünmektedir. Bu varsayım kadının daha önce hiçbir erkekle birlikte olmadığını veya penetratif cinsel ilişki yaşamadığını kabul etmektedir fakat bu doğru bir yaklaşım değildir. Bununla birlikte servikal displazi önceden erkeklerle birlikte olmamış kadınlarda da görülebilmektedir (American Cancer Society, 2019). Aile planlaması, Human Papilloma Virüs (HPV) dahil cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE) ve Human Immunodeficiency Virus (HIV) izlemine içeren jinekolojik bakım, lezbiyenler için de gereklidir. Çünkü lezbiyenlerin birçoğunun hayatlarının bir noktasında erkeklerle aktif olarak cinsel birliktelik yaşayabildiği düşünülmektedir (McRee ve ark, 2014). Ayrıca bazı CYBE'ler lezbiyen cinsel aktivitelerde daha yaygın olarak bulaşmaktadır. Ayrıca lezbiyen ve heteroseksüel kadınlara kıyasla biseksüel kadınlarda HIV seropozitivitenin daha yüksek oranlara sahip olduğu bilinmektedir. Bu sebeple kansere yakalanma oranları incelendiğinde biseksüel kadınların kansere daha sık yakalandığı düşünülmektedir. Hastalık bulaşının nasıl gerçekleştiğinin ve riskli davranışların neler olduğunun bilinmemesi, lezbiyen ve biseksüel kadınlar arasında kayda değer bir seviyededir (Marrazzo, Coffey, Bingham, 2005). Ayrıca biseksüel kadınların heteroseksüel ve lezbiyen kadınlara göre kansere yakalanma oranlarının daha fazla olduğu, 65 yaş ve üstü olan biseksüel kadınların aynı yaştaki kadınlara oranla daha sık kansere yakalandığı görülmektedir (Gonzales, Zinone, 2018).

Kanser, obezite, kardiyovasküler hastalıklar ve CYBE'den korunmayı ve önlemeyi içeren bütüncül bakım, lezbiyen ve biseksüel kadınlar için de önerilmektedir. Bir lezbiyen olmak bireyin sağlık durumunu direkt olarak etkileyen bir durum değildir. Lezbiyenler ve heteroseksüel kadınlar arasında bilinen bir fizyolojik bir fark yoktur. Fakat lezbiyenler ve biseksüel kadınlar arasında riskli ve sağlıksız davranışların daha yaygın olduğu düşünülmektedir (The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2016; Kerr, Ding, Thompson, 2013). Son on yıl içerisinde kanseri önleme, tespit etme, teşhis ve kanser tedavisinde olumlu gelişmeler olmuştur. Kanserinin ortadan kaldırılmasına yönelik önemli

gelişmeler olmasına rağmen, LGBT popülasyonundaki kanser yükünün azaltılması için gerekli ilerlemeler yeterince hız kazanmamıştır. Hastalık veritabanları ve kayıtları cinsel azınlık durumu hakkında veri toplamamaktadır, bu nedenle LB kadınları etkileme potansiyeli olan bir dizi koşulda göreceli bir veri eksikliği bulunmaktadır. Özellikle yüksek alkol alımı, sigara içme davranışı, obezite ve nulliparite oranları da dahil olmak üzere LB kadınlarda meme ve jinekolojik kanserler için risk faktörlerinin yüksek bir prevalansa sahip olması nedeniyle, literatürdeki bu eksikliğin karşılanması gerekmektedir (Margolies, Brown, 2018 Boehmer ve ark, 2012; Diamant ve ark, 2000). LGBT toplumuna yönelik projelerin %75'inin HIV/Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS)'e odaklandığı, sadece %1,8'inin kansere odaklandığı görülmektedir (National Institutes of Health Sexual and Gender Minority Research Coordinating Committee, 2015).

Lezbiyen/biseksüel kadınların sağlık bakım hizmetlerinde ayrımcılığa maruz kalmaları, üreme sağlığı, jinekolojik kanserlerden korunma gibi özel alanlarda rutin sağlık hizmetlerinden ve sağlık tarama hizmetlerinden yararlanma olasılıklarını azaltmakta ya da engellemektedir. Kanser tanısı almak herkes için şüphesiz yıkıcıdır. Lezbiyen ya da biseksüel kadınların potansiyel olarak daha yüksek bir kanser insidansı olması ve beraberinde bu popülasyonda bir kanser tanısı almak ve ek olarak cinsel yönelimlerinin yarattığı stres hastalık sürecini çok daha da zor hale getirebilecektir (Margolies, Brown, 2018; Quinn, Sanchez, Sutton, 2015). Bu nedenle lezbiyen ve biseksüel kadınlarda jinekolojik kanserlerden korunma, önleme, erken tanılama ve sağlıklı yaşam tarzı geliştirmeye yönelik farkındalık sağlamak, bu konuda bilinçlendirmek ve sağlık arama davranışlarını teşvik etmek daha fazla önem kazanmaktadır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, lezbiyen veya biseksüel kadınlara verilen kadın (jinekolojik) kanserleri eğitiminin, jinekolojik kanser farkındalığına ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırma Soruları

1. Lezbiyen/biseksüel kadınlara verilen kadın kanserlerine yönelik eğitimin, kadınların jinekolojik kanserler farkındalık düzeylerine etkisi var mıdır?
2. Lezbiyen/biseksüel kadınlara verilen kadın kanserlerine yönelik eğitimin, kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisi var mıdır?
3. Lezbiyen/biseksüel kadınların eğitim öncesinde ve eğitim sonrasında jinekolojik kanser farkındalık düzeyleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki nasıldır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Cinsel Yönelim ve Cinsel Kimlik Kavramlarının Tanımı

Cinsel davranışlar ve cinsel kimlik kavramları, cinsel yönelimle ilişkili kavramlar olsa da bu kavramların tümü birbirinden belirli noktalarda ayrılmaktadır. Cinsel yönelim kişinin karşı cinsine, hemcinsine veya her iki cinsiyete hissettiği ya da iki cinsiyete de hissetmediği duygusal veya cinsel çekimi ifade etmektedir. Cinsel kimlik ise kişinin kendisini cinsel açıdan algılayışını ifade eden bir kavramdır (Reiter, 1989). Cinsel yönelim kavramı içerisinde birçok elementi barındıran bir kavramdır. Kişinin ilgi duyduğu ve cinsel çekim hissettiği alana yönelik duygu ve düşüncelerinin, kendiliğinden ve sürekli olarak meydana gelmesini kapsar. Diğer bir ifade ile cinsel yönelim; benliğin ve karakterin bütünleşmiş, değişimi mümkün olmayan bir parçasıdır. Heteroseksüellik, eşcinsellik (homoseksüellik) ve biseksüellik kavramları tanımlanmış cinsel yönelim tiplerinden bazılarıdır (Köylü, 2016).

Cinsel kimlik, kişinin doğumuyla birlikte kazandığı biyolojik cinsiyet karakterine uygunluğuna bakılmaksızın, kişinin hissettiği cinsiyetine göre dış görünüşünü, kozmetik algılarını, düşüncelerini, tavır ve davranışları yoluyla ifade ettiği kimliğidir. Yani cinsel kimlik, bireyin cinsiyetine yönelik içtenlikle hissettiği düşüncesi ve deneyimini kapsamaktadır; fakat bu durum biyolojik cinsiyetle örtüşmeyebilir. Cinsel kimlik, bireyin vücuduna yönelik kişisel algısını kapsadığından, kişiler beden görünümünde ve işlevlerinde tıbbi ve cerrahi müdahalelerde bulunabilmekte veya bu tarz müdahalelerde bulunmadan yaşam tarzlarında ve imajlarında değişikliğe gidebilmektedir (Köylü, Eti, 2014).

Cinsel yönelim ve cinsel kimlik kavramlarının ortaya atılması ile birlikte, toplumda görünür olmaya başlayan LGBT+ bireylerin sayısı da belirginleşmeye başlamıştır. Herhangi bir yerde ve herhangi bir zamanda toplumda bulunan LGBT+ birey sayısının tam olarak verilebilmesi mümkün değildir. Bu durum bireylerin, LGBT+ birey olduklarını keşfetme zamanları veya LGBT+ birey olsalar bile toplum baskısı veya farklı diğer koşullar nedeniyle bu durumu açıkça beyan edememeleri ile açıklanmaktadır. University of California – Los Angeles (UCLA) Williams Institute, School of Law’un LGBT Data & Demographics 2019 verileri incelendiğinde ABD’de kadınların yaklaşık %5,1’inin kendini LGBT+ birey olarak tanımladığı görülmektedir. Yaş aralıkları incelendiğinde ise kendini LGBT+ birey olarak tanımlayan kişilerin yoğunlukla (%35) 18-24 yaş aralığındaki bireylerin olduğu görülmekte

iken 65 yaş ve üstü bireylerde bu oran (%5) oldukça azalmaktadır (The Williams Institute, 2019). LGBT+ birey olmanın yaş ile ilişkilendirildiği herhangi bir kanıt bulunmamasına karşın, bu durum ileri yaştaki bireylerin geçmiş dünya koşullarında kendilerini açıkça ifade edememiş olmaları, toplum tarafından dikte edilen dönüştürme programlarına maruz kalmaları, heteroseksüel bir birey gibi yaşamak zorunda bırakılmaları ve günümüzde de bu sebeplerden dolayı kendilerini açıkça ifade edememeleri ile ilişkilendirilmektedir. Aynı zamanda 18-24 yaş aralığındaki bireylerin geç adolesan dönemde olması ile birlikte henüz toplumda bir kimlik arayışı içerisinde olmaları da göz ardı edilmemelidir. Bugün kendini LGBT+ birey olarak tanımlayan bir kişi, zamanla yaşadığı tecrübeler doğrultusunda bu tanımlamanın dışına çıkabilmektedir (Smalley, Warren, Barefoot, 2018). Türkiye için henüz LGBT+ bireylere yönelik yapılan bir nüfus araştırması bulunmamaktadır.

2.1.1. Lezbiyenlik ve Biseksüellik Kavramları

Lezbiyenlik kelimesi Türk Dil Kurumu (TDK) tarafından “sevicilik” olarak tanımlanmaktadır (TDK, 2020). Lezbiyenlik kavramı hemcinsine ilgi duyan kadınları tanımlamak için kullanılan bir kavram olup “eşcinsellik” kavram çatısında ele alınan bir tanımdır. Eşcinsellik ise bireylerin hemcinslerine karşı cinsel, duygusal veya ruhsal anlamda ilgi duymasını tanımlamaktadır. Eşcinsellik uzun yıllar boyunca bilim insanları da dahil olmak üzere birçok alanda “kimlik bozukluğu”, “hastalık” veya “sapkınlık” gibi kavramlar ile tanımlanmış olmasına karşın 1973 yılında Amerikan Psikiyatri Birliği ve 1992 yılında da Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından ruhsal bir bozukluk olarak tanımlanmaktan çıkarılmıştır (Köylü, 2016).

Biseksüel kelimesi TDK tarafından “hem kendi cinsine hem de karşı cinse ilgi duyan” olarak tanımlanmaktadır (TDK, 2020). Biseksüellik esasında duygusal veya cinsel yönelimi hem kendi hem de karşı cinsiyete yönelik olan kişileri tanımlayan bir kavramdır. Bir bireyin biseksüel olarak tanımlanması için, kişinin aynı anda hem bir erkeğe hem de bir kadına karşı cinsel çekime sahip olması veya her iki cinsiyetle de cinsel ilişkiye girmiş olması gerekmemektedir; hayatı boyunca hiç cinsel ilişkiye girmemiş bir birey de kendisini biseksüel olarak tanımlayabilmektedir. Kendini biseksüel olarak tanımlayan bir birey aynı zamanda her iki cinsiyete karşı da eşit oranda cinsel çekim hissetmeyebilmektedir (Köylü, 2016).

Tüm bunların yanı sıra toplumdaki yanlış algılardan birisi de bu kavramlar arasında keskin çizgiler olduğu anlayışıdır. Örneğin toplumun birçok kesimi tarafından kendini lezbiyen olarak tanımlayan bir kadının hayatı boyunca hiçbir erkekle birlikte olmadığı kabul edilebilmektedir veya kendini biseksüel olarak tanımlayan bir kadının her iki cinsiyetle de cinsel ilişkide bulunmuş olması gibi düşünceler oluşabilmektedir. Bir kişi lezbiyenliğini veya biseksüelliğini hayatının farklı evrelerinde keşfedebilmekte veya kabullenebilmektedir. Bunların yanı sıra daha önce hiçbir erkekle birlikte olmamış, kendini lezbiyen olarak tanımlayan bir kadın hayatının herhangi bir döneminde kendisi için uygun ortam veya koşullarda bir erkekle birlikte olabilmektedir. Bu durum, kişinin kendini lezbiyen olarak tanımlamasına engel olabilecek bir durum değildir (Köylü, 2016; Köylü, Eti, 2014).

Yapılan araştırmalar ile birlikte büyümekte olan literatür, lezbiyen ve biseksüel (LB, buradan itibaren LB olarak kısaltılacaktır) kadınların heteroseksüel kadınlara kıyasla sağlık durumlarında önemli farklılıklar olduğunu göstermektedir. Çalışmaların büyük bir kısmı yalnızca cinsel azınlıktaki kadınlar ile norm olarak görülen heteroseksüel kadınlar arasındaki sağlık eşitsizliklerini ölçmeye odaklanmış olsa da LB kadınların sahip olduğu yaşam davranışlarını tanımlamak ve bu eşitsizliklerin altında yatan karmaşık nedenleri anlamak için çalışmalar yapılmaya devam edilmektedir (Imborek, Heide, Phillips, 2017). Center for Disease Control Prevention (CDC)'nin Healthy People serisi ilk olarak 2010 yılında cinsel azınlık kadınlarını sağlık açısından ayrı bir nüfus olarak kategorilemiş ve Healthy People 2020'de LGBT sağlığı için ayrı bir konu başlığı oluşturmuştur (CDC, 2010). Ancak bu alanın ele alınmasında henüz önemli ilerlemeler kaydedilememiştir. Genel olarak, cinsel azınlıktaki kadınların heteroseksüel kadınlardan daha düşük yaşam kalitesine sahip olduğu görülmektedir. Bununla birlikte, biseksüel kadınlar lezbiyenlerden daha düşük bir yaşam kalitesine ve daha yüksek oranda önemli ruhsal problemlere sahiptir. Literatürde, cinsel azınlıktaki kadınların çalışmalarındaki küçük örneklem büyüklükleri, pek çok çalışmanın LB kadınları tek bir grupta birleştirmesine yol açmıştır. Bu nedenle bazı alanlarda veriler eksik veya tutarsız olabilmektedir. Bu durum, LGBT bireylerin çalışmalara katılarak kimliklerinin açığa çıkma endişesi duyması ile ilişkilendirilmektedir. LB kadınlar arasındaki farkları, özellikle deneyimledikleri sağlık eşitsizliklerini ve riskli sağlık davranışlarını açıklamak için ek araştırmalara ihtiyaç vardır. Bu sayede LB popülasyondaki mevcut olan tüm fiziksel ve ruhsal sağlık eşitsizlikleri ayrıntılı bir şekilde ele alınabilmektedir. Bununla birlikte, önemli olarak, çalışmalar cinsel azınlık kadınlarındaki fiziksel sağlık eşitsizliklerinin psikolojik

sıkıntılarının doğrudan bir sonucu olduğunu göstermektedir. Bu kadınların yaşamakta olduğu sorunların birçoğunun temelinde toplumsal ayrıştırılma, ötekileştirilme ve damgalanma olduğu görülmektedir. Ayrıca, cinsel azınlıktaki kadınlar arasında sağlık sonuçlarındaki eşitsizliklere yol açan risk faktörlerinin çoğunun değiştirilebilir faktörler olduğu ön plana çıkmaktadır (Imborek, Heide, Phillips, 2017; Tracy, 2015). C DC, LB kadınlarda kanser gelişimi için risk faktörlerini cinsel risk faktörleri ve cinsel olmayan risk faktörleri olmak üzere iki alt başlıkta incelemektedir. Cinsel risk faktörleri arasında enfekte olmuş bir partnerle korunmasız cinsel aktivitede bulunabilme, yaşam boyu seks partneri sayısının fazla olması ve bu partnerlerin cinsel geçmişi, CYBE maruziyetinin fazla olması, cinsel yaşamın erken yaşlarda başlaması ve tutarsız prezervatif kullanımı, cinsel olmayan risk faktörleri arasında ise sigara, alkol ve madde kullanımının yaygınlığı, düşük gebelik sayısı, obezite ve diğer genetik faktörler olmak üzere sınıflandırmıştır (CDC, 2020).

Gruplar arası karşılaştırmalar, cinsel azınlıktaki kadınlar ile heteroseksüel kadınlar arasındaki bir dizi farklı parametrede önemli fiziksel sağlık eşitsizlikleri tanımlamıştır. Bu eşitsizliklerin çoğu değiştirilebilir olmasına karşın LB kadınlara yapılacak müdahalelerde direnç faktörlerinin de dahil edilmesini gerektirmektedir. LB kadınların toplumdan dışlanma, damgalanma ve red beklentilerinin heteroseksüel kadınlara nazaran daha yüksek olması, bu kadınlarda toplumdan gelecek girişimlere karşı direnç oluşturabilmektedir (Imborek, Heide, Phillips, 2017). Bu direncin başlıca nedeni toplumsal cinsiyet azınlığı stresi, diğer adı ile homofobik yaklaşıma maruz kalma düşüncesi ile açıklanabilmektedir. Homofobi, LGBT bireylere karşı duyulan nefret, korku ya da hoşnutsuzluk olarak tanımlanmaktadır. Diğer anlamıyla farklı cinsel yönelimlere karşı güdülen ayrımcı yaklaşımların tümünü kapsayan bir kavramdır (Merriam-Webster Dictionary, 2020; Oxford Dictionary of English, 2003). Bugün dünyada yaklaşık Türkiye'nin de dahil olduğu 70 ülkede eşcinsellere yönelik şiddet uygulanmakta olduğu ve bu ülkelerin bazılarında rızaya dayalı eşcinsel ilişkinin idam ile cezalandırıldığı bilinmektedir (Uluslararası Af Örgütü, 2019).

2.2. Kadın Üreme Organı Kanserlerinin Epidemiyolojisi, Belirtileri ve Risk Faktörleri

Kanser, hücrelerin kontrolsüz ve anormal olarak büyümesi ve yayılması ile karakterize bir grup hastalıktır ve bu yayılım kontrol edilmezse, ölümle sonuçlanabilmektedir. Kanser dünyada da ülkemizde de mortalite nedenleri arasında ikinci sırada yerini korumaktadır. Kanserinin nedenleri tam olarak anlaşılmassa da değiştirilebilen (örneğin; tütün kullanımı ve

yüksek beden kitle indeksi) ve değiştirilemeyen (örn. kalıtsal genetik mutasyonlar) faktörler de dahil olmak üzere, hastalığın oluşumuna zemin hazırlayan ve oluşumu hızlandıran birçok faktörün olduğu bilinmektedir (Dündar ve ark, 2019). 2015 Türkiye Kanser İstatistikleri verilerinde Türkiye’de kadınlarda en sık görülen iki kanser tipi sırasıyla meme ve sindirim sistemi kanserleridir. Yine 2015 verilerinde 100.000 kadın arasından 22,6’sının kadın genital organı kanserine yakalandığı görülmektedir. Türkiye’de kadınların yakalandığı kanser tipleri arasında kadın genital organı kanserleri üçüncü sırada yer almakta olup kadınların yaşam kalitesini büyük ölçüde etkilemektedir. Kadın üreme organı kanserleri veya jinekolojik kanserler, kadınlarda tüm yaş grupları arasında en sık görülen ilk 10 kanser arasında uterus korpusu, over ve uterus serviksi olarak yerini korumaktadır. (Kara, İlter, Keskinlik, 2018).

2.2.1. Endometriyum Kanseri

Uterus kaslardan oluşan bir organ olup mesaneye ve rektuma komşuluğu olan, hareketli bir organdır. Dıştan içe doğru perimetrium, myometriyum ve endometriyum olmak üzere üç tabakadan oluşmaktadır. Perimetrium, uterusun dış kısmındaki zardır. Myometriyum, uterusun kas tabakasından meydana gelmektedir ve içerisinde damarları ve sinirleri barındırır. Endometriyum ise siliyal hareket kabiliyeti olan epitel hücrelerden meydana gelir ve uterusun en iç kısmında bulunmaktadır. Epitel dokunun içerisinde tübüler glandlar bulunmakta olup endometriyum kanserinin daha çok bu tübüler glandlarda olduğu bilinmektedir. Uterus yukarıdan aşağı olmak üzere; fundus, korpus, isthmus ve serviks olmak üzere dört bölümden oluşmaktadır (Aslan, 2019; Valea, 2017).

Endometriyum Kanseri Epidemiyolojisi

Uterusta sıklıkla karşılaşılan prekanseröz lezyonlar endometrium hiperplazileridir. Bu lezyonların birçoğu erken dönemde anormal uterin kanama ile karakterizedir. En yaygın olarak karşılaşılan endometriyum kanserleri ise endometrial karsinomlar ve endometrial sarkomlardır. (Aslan, 2019; Tuzlalı, Güllüoğlu, Çevikbaş, 2014) . Endometriyum kanseri oldukça yaygın bir kanser olup dünyada tüm yaş gruplarındaki kadınların yakalandığı ilk 10 kanser arasında altıncı sırada (WHO, 2018), Türkiye’de ise dördüncü sıradadır (Kara, İlter, Keskinlik, 2018). Global Cancer Observatory (GLOBOCAN) 2018 verileri incelendiğinde tüm dünyada tüm yaş gruplarındaki kadınlar arasında uterus korpusu kanseri insidansı 382.069, mortalite ise 89.929 olarak tahmin edilmektedir (WHO, 2018). Türkiye’de 2015

Kanser İstatistikleri alındığında ise 100.000'kişiden 10'unun uterus korpusu kanseri tanısı aldığı görülmektedir (Kara, İlter, Keskinlik, 2018).

Endometriyum Kanseri Belirtileri

Endometriyum kanseri yaygın olarak düzensiz vajinal kanama ile kendisini gösterebilmektedir. Premenopozal kadınların anormal vajina kanama, ani başlayan ve yoğun devam eden menstrual kanama ve postmenopozal dönemdeki kadınların anormal kanama belirtileri, endometriyum kanserinin belirti ve bulguları arasında yer almaktadır. Bu kanamaya ek olarak vajinal enfeksiyon görülme oranı da beraberinde artmaktadır. Kişide vajinal kanama olmaksızın, akıntı da bir bulgu olarak kabul edilebilmektedir. Hastalığın ilerleyen evrelerinde ise kadınlarda batında distansiyon ve pelvik ağrılar oluşabilmektedir (American Cancer Society, 2019; Landrum, Zuna, Walker, 2018).

Endometriyum Kanseri Risk Faktörleri

Endometriyum kanserinin risk faktörleri incelendiğinde; birçok faktör endometrial karsinoma veya endometrial hiperplazi oluşumunda rol oynamaktadır. Endometriyum kanseri iki sınıfa incelenmektedir. Tip 1 endometriyum kanseri hiperöstrojenizm ile karakterize olup, tip 2 endometriyum kanseri ise atrofi gelişimi sonucunda ortaya çıkmaktadır. Endometriyum, özellikle üreme çağındaki kadınlar için oldukça dinamik bir dokudur. Bu dinami endometriyumun; sürekli olarak hormonal yanıtlar ile değişim göstermesi, stromal ve vasküler olarak gelişmesi ve kendini gebeliğe hazırlaması ile açıklanabilir. Östrojen salınımı, endometriyumun proliferatif fazı ile doğrudan ilişkilidir ve endometriyum hiperplazisine neden olmaktadır. Endometriyumun bu sürekli değişimi, hormonal etkiler ile gerçekleşmektedir. Bu sebeple bir dizi hormonal bozukluklar da endometriyum kanseri için risk oluşturmaktadır.

Obezite endometriyum kanseri oluşumunda güçlü bir risk faktörü olup, beden kitle indeksi (BKİ) 30'un üzerinde olan kadınların diğer kadınlara nazaran iki ila üç kat arasında daha fazla risk taşıdığı ve bu riskin artan kilo ile daha da arttığı bilinmektedir. BKİ'deki artışın kanser riskini arttırması; yağ dokusunda androstenedionun estrona dönüşümü, azalan cinsiyet hormonu bağlayıcı globülin ve insülin direnci gibi diğer faktörler ile dolaşımda artan östrojen seviyesinden kaynaklandığı düşünülmektedir (Landrum, Zuna, Walker, 2018; Soliman, Lu, 2017).

Karşılanmamış östrojen, endometriyum kanseri ile güçlü bir ilişkiye sahiptir. Menopozal dönemde hormon replasman tedavisi için sadece östrojen kullanan bir kadın için kansere yakalanma riski dört ila sekiz kat kadar artmaktadır. Daha yüksek dozlarda östrojenin (> 0.625 mg konjuge östrojenler) ve daha uzun süreli kullanımla risk artmaktadır ancak progestin ile kombine kullanımı, riski belirkin şekilde azaltmaktadır. Benzer şekilde kombine oral kontraseptif (KOK) kullanımının kanser riskini azalttığı düşünülmektedir. Polikistik over sendromu gibi endometriyumun uzun süreli östrojen stimülasyonuna yol açan durumlar da artmış endometrial karsinomlar için risk oluşturmaktadır. Uzun östrojen maruziyetine menopoz yaşının 52'den fazla olması da bir örnek olarak verilebilir ve bu durum kadınlarda 2,4 oranında riski arttırmaktadır. Menarş yaşının 12'den daha küçük olması da endometriyum kanseri için bir risk faktörü olabilmektedir. Tamoksifen gibi bazı kemoterapi ajanlarının da endometriyum kanseri riskini arttırmaktadır. Nulliparitenin de kişinin yaşam boyu progesteron maruziyetini azaltması sebebiyle 2 ila 3 kata yakın riski arttırdığı belirtilmektedir. Diyabet ve insülin direnci gibi bazı kronik hastalıklar ve genetik yatkınlık (ailede benzer kanser öyküsü) da riski arttırmaktadır. Aynı zamanda endometriyum kanserinin ileri yaştaki kadınlarda (55-64) daha sık görüldüğü bilinmektedir (American Cancer Society, 2019; Aslan, 2019; Soliman, Lu, 2017).

2.2.2. Serviks Kanser

Serviks uterusun vajinaya açıldığı, kas yapısından oluşan ve içerisinde sinir hücresi bulundurmeyen bir bölge olup 2-3 cm uzunluğundadır ve uterus ile vajina arasında kanal görevi görmektedir. Uterin kaviteyi ve gebelik sürecinde uterus içerisinde olan fetüsü dış etkenlerden koruyup, gebeliğin devamlılığını sağlayan bir yapıdır (Şahin, Şahin, 2019; Valea, 2017). Serviks kanseri serviksin yüzeyindeki hücrelerin değişip, kontrolsüz bir şekilde büyümeye başladığı bir süreç ile başlamaktadır. Başlangıçta hücrelerde oluşan bu gibi değişiklikler prekanseröz hücreler olarak değerlendirilir. Eğer bu noktada erken tanılama yapıp bir girişimde bulunulmaz ise ilerleyen süreçte prekanseröz hücreler gerçek kanser hücrelerine dönüşürler ve serviksin daha derin dokularına veya anjiyogenez ile başka doku ve organlara yayılırlar. Serviks kanserinin skuamoz hücreli karsinom ve adenokarsinom olmak üzere iki çeşidi bulunmaktadır. (Taşkın, 2020; American Cancer Society, 2019; Türk Jinekolojik Onkoloji Derneği).

Serviks Kanseri Epidemiyolojisi

Serviks kanseri yaygın bir kanser tipi olup dünyada tüm yaş gruplarındaki kadınlarda ilk 10 kanser arasında dördüncü sırada (WHO, 2018), Türkiye’de ise dokuzuncu sıradadır (Kara, İlter, Keskinlik, 2018). GLOBOCAN 2018 verileri incelendiğinde tüm dünyada tüm yaş gruplarındaki kadınlar arasında serviks kanseri insidansı 569.847, mortalite ise 311.365 olarak tahmin edilmektedir (WHO, 2018). Türkiye’de 2015 Kanser İstatistikleri ele alındığında ise 100.000’kişiden 4,5’inin serviks kanseri tanısı aldığı görülmektedir (Kara, İlter, Keskinlik, 2018). Bu veriler ele alındığında Türkiye’nin serviks kanserinin erken tanılanmasında dünya ortalamasından daha başarılı bir noktada olduğu yorumu yapılabilmektedir.

Serviks Kanseri Belirtileri

Serviks kanseri gelişimi sırasında oluşan prekanseröz yapılar servikal intraepitelial neoplaziler (CIN: Cervical Intraepithelial Neoplasia) olarak adlandırılmaktadır. Servikte bulunan epitel dokunun üçte birlik bölümünü oluşturan lezyonlar CIN 1, üçte ikilik bölümünü oluşturan lezyonlar CIN 2 ve tamamına yakın bölümünü oluşturan lezyonlar ise CIN 3 olarak değerlendirilmektedir. Eğer lezyon, serviks epitelinin tamamını kaplamış bir durumda ise bu vakalar in situ olarak değerlendirilmektedir. Bu neoplazilerin kansere dönüşüm süresi ise 10-15 yıl kadar sürebilmekte olup CIN seviyesi yükseldikçe kansere dönüşüm riski de artmaktadır. Servikal kanserin erken dönemlerinde veya prekanseröz dönemde kadınlarda herhangi bir belirti görülemeyebilmektedir. Semptomlar genellikle kanser büyüyüp, yakınlarındaki dokulara invaze olana kadar başlamayabilmektedir (Şahin, Şahin, 2019).

Bu durum gerçekleştiğinde ise kadınlarda; vajinal akıntı/kanama, postmenopozal kanama, menstrual sikluslar arasında menstruasyon dışı ara kanamalar veya anormal menstruasyon kanamaları, koitusta ağrı, pelvik ağrılar, bacaklarda ödem, üriner alışkanlıklarda ve barsak alışkanlıklarında bozulmalar ve hematüri gibi birçok farklı belirti ile kendini gösterebilmektedir. Bu belirtilerin tümü geç dönem belirtileri olduğundan serviks kanserini erken dönemde tespit etmek oldukça önemlidir. Serviks kanserinin erken teşhisinde kullanılan en etkin yöntem Pap testi ve HPV testidir (Jhungran ve ark, 2020; Eifel ve ark, 2019; National Cancer Institute, 2019; National Comprehensive Cancer Network, 2019).

Ülkemizde pap testi ve HPV testi için uygulanan tarama programı 21 – 29 yaş aralığında üç yılda bir pap testi, 30 – 65 yaş aralığında ise HPV testi ile kombine pap test

şeklindedir. 21 – 29 yaş aralığında anormal pap test sonucu çıkan kadınlar için de HPV testi yapılmaktadır. 65 yaşın üstündeki kadınlarda son iki testi negatif çıkan kadınların tarama programından çıkarılması Sağlık Bakanlığı tarafından önerilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı). ACOG, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology (ASCCP) ve Society of Gynecologic Oncology (SGO)’nin 21-29 yaş aralığındaki kadınlar için önerileri üç yılda bir pap testi uygulanmasıdır. 30-65 yaş aralığındaki kadınlar için ise üç yılda bir pap test, beş yılda bir ise HPV testi ile tarama önerilmektedir (Hollier, Huh, Brown, 2018).

Serviks Kanseri Risk Faktörleri

Serviks kanseri risk faktörleri incelendiğinde HPV ve diğer CYBE’lere maruziyet, beslenme alışkanlığı, ileri yaş, ilk gebelik ve doğum yaşının 20’nin altında olması, ilk cinsel ilişkinin 16 yaşından önce olması, çok eşli cinsel yaşam, In Utero Diethylstilbestrol (DES) maruziyeti, uzun süre KOK kullanımı ve immünosupresan tedaviler ön plana çıkmaktadır. HPV enfeksiyonunun majör risk faktörü olduğu görülmektedir. HPV genotipleri serviks kanseri açısından düşük riskli ve yüksek riskli olmak üzere iki kategoride incelenmektedir. Düşük riskli olarak HPV 6 ve 11 değerlendirilirken yüksek riskli olarak; 16, 18, 31 ve 45 en yüksek riski, 33, 35, 39, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68 ve 73 toplam 15 tip kategorize edilmiştir. Özellikle HPV 16, 18, 31, 33 ve 51’in tüm invaziv servikal kanserlerin neredeyse tümüne verdiği düşünülmektedir. HPV’nin yanı sıra diğer CYBE (HPV 16-18, Herpes Simplex Virüs (HSV) – Tip II, HIV)’lere maruziyet de servikal kanser gelişim riskini arttırmaktadır. Bu sebeple pap test taraması yaptırmamak da bir risk faktörü olarak kabul görmektedir. HPV bulaşına önlem olarak HPV aşısı yaptırmak önerilmektedir (Şahin, Şahin, 2019; Jhingran, Meyer, 2017).

Beslenme alışkanlığı da enfeksiyon maruziyeti ve bağışıklık sistemi ile ilişkili olduğundan serviks kanseri için bir risk faktörü olarak belirlenmiştir. Sebze ve meyveden fakir (düşük folat ve vitamin C), özellikle β -Karoten (antioksidan)’in bulunmadığı bir diyetin servikal kanser gelişiminde rol oynayabileceği düşünülmektedir.

İlk cinsel ilişkinin 16 yaşından önce olması da düzenli hormonal aktivitenin kazanılamaması ve bu sebeple de vajenin enfeksiyona yatkınlığının bulunmasından dolayı bir risk faktörü oluşturduğu düşünülmektedir. Çok eşli cinsel yaşamın da bir risk faktörü olduğu görülmektedir (Jhingran, Meyer, 2017; Salcendo, Baker, Schmeler, 2017).

2.2.3. Over Kanseri

Overler uterusun her iki tarafında fallop tüplerinin hemen bitiminde bulunan yapılardır ve yaklaşık 4x2x1 cm boyutlarındadır. İçerisinde medulla, dışında ise korteks adı verilen tabakalardan oluşmakta olup; medullada yoğun bağ doku, kan ve lenf damarları, sinir ve düz kas demetleri, kortekste ise folikülleri barındırmaktadır. Ovulasyon ve hormon stimülasyonu overlerin ana görevleridir. Bu sebeple overler menstrual siklusa çok önemli bir role sahiptir. (Taşkın, 2020; Douglas, Lobo, 2017; Valea, 2017).

Menstrual siklusun ortalama süresi 28 ± 7 gündür. Foliküler fazın uzunluğu daha değişkendir, ancak korpus luteumun ömrü yaklaşık 14 gündür. 40 yaşın üzerindeki kadınlarda foliküler fazın uzunluğu genellikle yaklaşık 14 günden yaklaşık 10 güne düşmektedir. Menarşın ortalama yaşı ortalama 12 yaş civarında görülürken, menopoz genellikle 45 ila 55 yaşları arasında görülmektedir (Taşkın, 2020; Douglas, Lobo, 2017; Valea, 2017).

Over Kanseri Epidemiyolojisi

Over kanseri de oldukça yaygın bir kanser tipi olup dünyada tüm yaş gruplarındaki kadınların yakalandığı ilk 10 kanser arasında sekizinci sırada (WHO, 2018), Türkiye’de ise altıncı sıradadır (Kara, İlter, Keskinlik, 2018). GLOBOCAN 2018 verileri incelendiğinde tüm dünyada tüm yaş gruplarındaki kadınlar arasında over kanseri insidansı 295.414, mortalite ise 184.799 olarak tahmin edilmektedir (WHO, 2018). Türkiye’de 2015 Kanser İstatistikleri ele alındığında ise 100.000’kişiden 6,4’ünün over kanseri tanısı aldığı görülmektedir (Kara, İlter, Keskinlik, 2018).

Over Kanseri Belirtileri

Over kanserleri yavaş geliştiğinden ve çok geç belirti verdiğinden dolayı tüm jinekolojik kanserler arasında en riskli olarak değerlendirilmektedir. Literatürde pek çok alanda “sessiz katil” olarak atfedilmektedir. Over kanseri çeşitli semptomlarla kendini gösterebilmektedir. Hastalığın ilerleyen evrelerinde semptomlar daha yaygın ve şiddetli iken erken evrelerde ise seyrek veya günlük yaşamı etkilemeyecek düzeyde kendini gösterebilmektedir. En yaygın semptomlar arasında şişkinlik/hazımsızlık, pelvik veya abdominal ağrı, iştahsızlık ya da çabuk doyma hissi, urge inkontinans veya pollaküri öne çıkmaktadır. Bu semptomlar aynı zamanda benign hastalıklarda veya diğer organların

kanserlerinde de sıklıkla görülebilmektedir. Ancak semptomlar over kanserinden kaynaklandıklarında kalıcı olma eğiliminde olup daha sık ve şiddetli bir etki gösterirler (Beji, Bilgiç, 2019; Cannistra, Gershenson, Recht, 2015).

Over kanserinin erken belirtileri arasında yorgunluk, mide bulantısı, sırt ağrısı, koitusta ağrı, konstipasyon, diyare, düzensiz menstrual kanamalar, menoraji, ani kilo kaybı ya da kilo artışı veya batında distansiyon görülebilmektedir. Hastalığın geç belirtileri ise anoreksi, abdominal asit, batında defans ve hassasiyet, bulantı ve kusma, ele gelen abdominal veya pelvik kitle, sırt ağrısı ve plevral effüzyon şeklindedir (Beji, Bilgiç, 2019; Cannistra, Gershenson, Recht, 2015; Morgan ve ark, 2014).

Over Kanseri Risk Faktörleri

Over kanseri risk faktörleri arasında çevresel ve genetik faktörler, stres, obezite, sigara kullanımı, menstrual kanama bozuklukları, ileri yaş, nulligravida, nulliparite, infertilite, erken menarş, geç menopoza, hormon replasman tedavisi veya in-vitro fertilizasyon tedavisi almak ve yanlış genital hijyen alışkanlıkları bulunmaktadır. İleri yaş over kanserinin gelişim sürecinde önemli bir role sahiptir. Yaşla birlikte over kanserinin de gelişim riskinin arttığı ve genellikle 50-70 yaş aralığında geliştiği düşünülmektedir. Hormon replasman tedavisi veya in-vitro fertilizasyon tedavisi alan, östrojene ve androjene maruziyeti olan kadınlarda da over kanserinin sıklıkla geliştiği bilinmektedir. Aile içerisinde özellikle birinci derece yakınlarında mesane, kolon, over veya meme kanseri öyküsü olan kişiler over kanseri açısından daha fazla risk taşımaktadır. Aynı zamanda vajinal hijyen alışkanlıklarında hatalı dezenfektan veya talk pudrası kullanımı da risk faktörü olarak görülmektedir (Callahan, Caughey, 2018; Nomura ve ark, 2017; Eckman ve ark, 2012; Martin, 2011).

2.2.4. Vajina Kanseri

Vajina, vulva ve uterus arasında bir kanal görevi gören ve yaklaşık 8-9 cm uzunlukta olan, fibromüsküler dokusu ile elastik yapıdaki bir organdır. İç yüzeyindeki epitel dokular vajinal hazneye çok katlı bir yapılaşma sağlamaktadır. Vajina ön duvarının üst bölümünde trigonum vesica ve alt kısımda üretra ile komşuluğa sahiptir. Arka duvarının üst kısmında arka forniks ve douglas boşluğu ile komşuluğu vardır. Rektum ile arasında bulunan rektovajinal septum ile rektumdan ayrılmaktadır (Vurgeç, Sürücü 2019; Valea, 2017).

Vajinal intraepitelial neoplaziler (VAIN) mutlifokal eğilimde olup yaygın olarak vajinanın üst üçte birlik kısmında yerleşim göstermektedirler. Vajinadaki premalign değişiklikler serviks ve vulvadaki benzer lezyonlardan daha nadir görülmektedir. Bununla birlikte VAIN histolojik olarak CIN ile benzer yapılaşmalara sahiptir. Bu değişiklikler benzer şekilde displazi (hafif, orta, şiddetli) ve in situ karsinom olarak da adlandırılmaktadır. VAIN terimi bu histolojik değişiklikleri tanımlamak için kullanılmaktadır ve CIN'e paralel olarak VAIN-1 hafif displazi, VAIN-2 orta şiddetteki displazi ve VIN-3 şiddetli displazi veya in situ karsinom olarak derecelendirilmektedir. VAIN-1 düşük dereceli skuamöz intraepitelyal lezyon olarak sınıflandırılırken, VAIN-2 ve VAIN-3 yüksek dereceli skuamöz intraepitelyal lezyonlar olarak gruplandırılmaktadır. VAIN sıklıkla, daha önce CIN için tedavi gören hastalarda görülmektedir. Bu hastalarda vajinal premalignite sıklığı yaklaşık %1-3 olarak seyretmektedir. Benzer şekilde, daha önce vulvadaki skuamöz hücre neoplazisi için tedavi gören hastalarda da VAIN riski artmaktadır. Çoğu in situ ve invazin vajinal neoplaziler tıpkı CIN'de olduğu gibi HPV ile ilişkilendirilmektedir. Vajinanın primer kanseri nadir görülmekte olup jinekolojik malignitelerin %2'sinden azını oluşturmaktadır. Ve yine çoğu vajinal malignitenin öncelikli olarak serviks veya endometriyum kanseri metastazı olarak geliştiği görülmektedir. Daha az yaygın olarak, over ve rektosigmoid karsinomların yanı sıra koriokarsinomlar da vajinaya metastaz yapabilmektedir. En yaygın histolojik primer vajinal kanser türü genellikle 60 yaşından büyük kadınlarda görülen skuamöz hücreli karsinomdur. Endometriozezin malign transformasyonu vajina ve rektovajinal septumda sıklıkla saptanmaktadır. Primer vajinal sarkomlar daha nadir gözükmete olup genellikle pediatrik gruplarda veya adölesanlarda ortaya çıkmaktadır (Vurgeç, Sürücü, 2019; Bodurka, Frumovitz, 2017).

Vajina Kanseri Epidemiyolojisi

Vajina kanserleri diğer kanserlerden farklı olarak daha nadir görülen kanserler arasındadır. GLOBOCAN 2018 verileri incelendiğinde vajina kanserinin tüm yaş gruplarındaki kadınlar arasında görülme insidansı 100.000 kişide 0,37 olup, mortalite oranı 100.000 kişide 0,16'dır (WHO, 2018). Türkiye'de 2015 Kanser İstatistikleri ele alındığında ise 100.000 kadından 0,1'inin vajina kanseri tanısı aldığı görülmektedir (Kara, İlter, Keskinlik, 2018). Bu veriler ele alındığında vajinal kanserlerin Türkiye'de yaygın olmadığı düşünülebilmektedir. Ancak vajinal kanserlerin benign kadın hastalıkları, servikal kanserler

ve endometriyum kanseri ile olan ilişkisi göz ardı edilmemelidir. Bu sebeple diğer hastalıklar için takip edilen kadınlar vajinal kanser gelişim riski açısından da incelenmeli ve takip edilmelidir.

Vajina Kanseri Belirtileri

VAIN'ler genel olarak asemptomatiktir ancak vakaların birçoğunda postkoital ağrı ve kanama, dispareni, anormal vajinal akıntı veya kanama, vajinada palpe edilebilen kitle, dizüri, hematüri, konstipasyon ve pelvik ağrı ortak olarak görülen şikayetler arasındadır. Yaygın olarak 60 yaş üstünde görüldüğünden hastalar genellikle menopozal dönemde olup kanama şikâyeti ile kliniklere başvurmaktadır. Kanama ile beraber akıntı ve pelvik ağrı da sıklıkla görülebilmektedir. Vajinal kansere ek mesane tutulumu olan hastalarda dizüri de görülebilmektedir. Mesane dışında yakın dokulara veya lenf nodlarına yayılım olduğunda ise dizüriye ek olarak konstipasyon, pelviste veya alt abdomende ağrı, sırt ağrısı ve bacaklarda ödem gelişebilmektedir (Vurgeç, Sürücü, 2019; American Society of Clinical Oncology, 2017; National Cancer Institute, 2017; Society of Gynecologic Oncology).

Vajina Kanseri Risk Faktörleri

Vajina kanseri risk faktörleri incelendiğinde %50'den fazlasının HPV ile özellikle HPV 16 ve 18 ile ilişkili olduğu görülmektedir. Vajina kanseri gelişen hastaların %60 kadarının, VAIN gelişen hastaların ise %80 kadarının HPV ile doğrudan ilişkili olduğu düşünülmektedir. Aynı zamanda servikal kanser gelişen bir hasta için vajina kanserinin beş yıllık süre içerisinde görülme oranı yaklaşık olarak %30 olarak görülmektedir. Kadın genital kanserleri sebebiyle radyoterapi tedavisi alan kadınların risk grubunda olduğu düşünülmektedir. Riskli cinsel davranışlar içeren cinsel ilişkiler, yanlış tampon veya ovül kullanımı ile gelişen vajinal travmalar veya kronik irritasyonlar da kanser gelişimi için risk oluşturmaktadır. Alkol veya sigara kullanımı, çok eşli cinsel yaşam, ilk koitusun 16 yaşından önce olması, HSV/HPV, düşük sosyoekonomik seviye ve ileri yaş (60 ve üstü) riskli gruplar olarak tanımlanmaktadır. Yapılan son çalışmalarda da ortalama 40 yaşlarında karşılaşılan meme kanserinin de vajinal kanser ile ilişkili olarak görülmektedir (Vurgeç, Sürücü, 2019).

2.2.5. Vulva Kanseri

Vulva dış genital organını kapsayan, önden bakıldığında mons pubis ve anüs ile sınırlanan, perineal bölgenin ön üçgeninden oluşan bir bölümdür. Vulva içerisinde yukarıdan aşağıya klitoris, labia majör ve minörler, skene bezi, bartolin glandları ve vestibüler bezleri kapsamaktadır. Mons pubis gevşek bağ doku ve yağ dokusundan oluşmaktadır. Labia majörler ise mons pubisten aşağıya uzanan büyük bağ ve yağ dokularından meydana gelmektedir. Labia minörler ise sinir ve damarsal yapı yönünden zenginleşmiş yapılardır. Klitoris, labia minörlerin üstte birleşim noktasında bulunan, silindir şeklindeki yapıdır ve erektile özelliğe sahiptir. Klitoris de labia minörler gibi sinir ve damar açısından zengindir. Labia minörlerin içindeki üçgen biçimindeki bölge vestibüldür. Üretral ve vajinal açıklık bu bölgede yer almaktadır. Vajinal açıklığı örten mukozal elastik membran hymen olarak isimlendirilmektedir. Vajinal açıklığın her iki yanında bulunan glandlar bartolin glandları da vestibül içerisinde yer almakta olup vulvadaki en büyük glandlardır. Kadın cinsel olarak uyarıldığında bartolin glandları harekete geçerek lubrikasyonu sağlamak üzere mukus benzeri bir mayi salgılamaktadır. Skene bezleri vajenin ön duvarında iki küçük gland olarak üretranın alt ucunda bulunmaktadır ve işlevsel olarak bartolin bezlerine benzer yapılardır (Vurgeç, Sürücü, 2019; Valea, 2017).

Vulva kanseri, kadın genital sistemi malignitelerinin yaklaşık %5'ini oluşturmakta olup nadir görülen kanser tiplerinden biridir. Klitoral veya vestibüler bezlerden oluşan malignitelerin oldukça nadir olduğu, vulvar malignitelerin çoğunlukla labialar ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Vulvar karsinom gelişiminde genel olarak vulvadaki multifokal noktalarda premalign ve malign değişiklikler ortaya çıkmaktadır. Vulva karsinomlu hastaların yaklaşık %70'inde HPV bulunduğu düşünülmektedir. Bununla birlikte, vulvadaki bazı skuamöz hücreli karsinom vakaları, HPV veya vulvar epitelinde premalign değişiklikler olmadan da gelişebilmektedir. Vulva kanserlerinin daha çok postmenopozal ve ileri yaştaki kadınlarda görüldüğü bilinmektedir. Bu vakalar HPV ile ilişkisiz olup, kötü bir prognoza sahiptir. Genç kadınlarda görülen tip ise diferansiye olmayan vulvar intraepitelial neoplazi (VIN) olarak yorumlanmaktadır ve prognozu ileri yaştaki kadınlara göre daha iyidir. Bu vakalar ise genellikle HPV ile ilişkilendirilmektedir ve invaziv karsinomların, servikal skuamöz hücreli karsinomdaki mekanizmaya benzer şekilde yerinde karsinom alanlarından oluştuğu belirtilmektedir. Vulva kanseri yavaş büyür, yavaş yayılım gösterir ve geç metastaz

yapmaktadır. Karsinoma in situ evresi yıllarca sürebilmektedir. Vulva kanserleri teşhis edildiğinde vakaların %90'a yakınının evre I veya evre II'de olduğu görülmektedir (Vurgeç, Sürücü, 2019; Frumovitz, Bodurka, 2017).

Vulva Kanseri Epidemiyolojisi

Vulva kanserleri de vajina kanserlerinde olduğu gibi daha nadir görülen kanserler arasındadır. GLOBOCAN 2018 verileri incelendiğinde vulva kanserinin tüm yaş gruplarındaki kadınlar arasında görülme insidansı 100.000 kişide 0,88 olup, mortalite oranı 100.000 kişide 0,27'dir (WHO, 2018). Türkiye'de 2015 Kanser İstatistikleri ele alındığında ise 100.000 kadından 0,4'ünün vulva kanseri tanısı aldığı görülmektedir (Kara, İlter, Kesinkılıç, 2018). Bu veriler ele alındığında vulva kanserlerin Türkiye'de yaygın olmadığı düşünülebilmektedir. Ancak vulva kanseri klinik tanı açısından geç teşhis edilmekte olan bir kanser tipi olarak ön plana çıkmaktadır. Vakaların erken teşhisi için kadınların kendi kendine vulva muayenesi yapma alışkanlığı geliştirmesi gerekmektedir.

Vulva Kanseri Belirtileri

VIN olan kadınların çoğu asemptomatiktir veya çok genel semptomlar gösterebilmektedir. Kadınların genellikle kaşıntı, tahriş hissi veya görünümü ya da ele gelen ufak bir kitle ile ilgili semptomlar gösterdiği, ancak bu semptomların kadınlar tarafından ciddi hastalık belirtisi olarak değerlendirilmediği düşünülmektedir. VIN bölgesi normal vulvar deriden farklı bir görünüme sahip olabilmektedir. Genellikle çevresindeki normal deriden daha kalın bir dokuya sahiptir. Bununla birlikte, bir VIN alanı, çevredeki deriden daha kırmızı veya daha koyu renkte olabilmektedir. Bu değişikliklere genellikle prekanseröz olmayan diğer durumlar neden olduğu için, bazı kadınlar ciddi bir durumları olabileceğinin farkında değildir (American Cancer Society, 2019; Alkatout ve ark, 2015).

Vulvada invaziv skuamöz hücre kanseri olan kadınlarda yaygınlıkla; vulvada normalden farklı görülen bir alan, kırmızı veya beyaz renkte olabilen siğil benzeri veya düz ya da pürüzlü bir yüzeye sahip olan kitle, vulva derisinde kalınlaşma, kaşıntı, ağrı, yanma, menstruasyon dışı kanama, ülserasyon, dizüri, dispareni, akıntı ve açık yara görünümü gibi belirtiler oluşmaktadır. İnvaziv skuamöz hücreli vulvar kanserinin bir alt türü olan verrüköz karsinom, genital siğillere benzer karnabahar benzeri görünümlere neden olabilmektedir (American Cancer Society, 2019; Alkatout ve ark, 2015).

Vulva Kanseri Risk Faktörleri

Vulva kanseri öncelikli olarak serviks kanseri tanısı alan kadınlarda daha sık görülmekle beraber bazen tanı eş zamanlı olarak bile koyulabilmektedir. Vulva kanserli kadınların %15-20'ye yakın oranda eş zamanlı olarak ya da daha öncelere dayanan servikal bölgede, vajende veya anogenital alanda ikincil bir kanser oluşumu görülebilmektedir. Bu durum öncelikli olarak HPV ile ilişkilendirilmekte olup, daha çok VIN ile ilişkilendirilmektedir. Erken yaşta görülen VIN'lerin %80'e yakınının HPV tip 16 ile enfekte olduğu görülmüştür. Vulva kanserleri HPV alt tip maruziyetlerine göre gelişimde farklılıklar göstermektedir. VIN 1'de HPV 6, 11, 16; VIN 2,3 ve vulvar karsinomda HPV 16 ve 18'in daha sık görüldüğü bilinmektedir. Bu veriler doğrultusunda HPV vulva kanseri gelişiminde bir risk faktörü olarak belirlenmiştir. Bununla beraber p53 geninde meydana gelen mutasyon, delesyon veya farklı diğer nedenler ile inaktivasyon oluşumunun da skuamoz hücreli vulva kanseri etiyojisinde yer aldığı görülmektedir. HIV, HSV tip 2, CYBE, kronik vulva distrofisi, kronik purititis, diyabetes vulvitis, kronik vajinal akıntı, immunosupresif etki gösteren sistemik hastalıklar ve ilaçlar, sigara kullanımı, ileri yaş ve çok eşli cinsel yaşam alışkanlığının vulva kanseri gelişiminde risk faktörü olarak tanımlanmaktadır (Taşkın, 2020; Blomberg ve ark, 2012; Dittmer ve ark, 2011).

2.2.6. Jinekolojik Kanseri Önlemede Hemşirenin Rolü

Kanser türü ve tipi ayırt edilmeksizin herkes için yıkıcı bir hastalıktır. Kanser hastalığı süreci sadece hasta için değil, hasta yakınları için de zor bir sürece sahiptir. Bu sebeple koruyucu yöntemlerin yaygınlaştırılması ve toplumun tarama yöntemlerine katılımının desteklenmesi oldukça önemlidir. Kansere ilişkin son veriler, ülkemizde jinekolojik kanserlerin kadınlar için ciddi bir hastalık yükü oluşturduğu ve önemli bir kadın sağlığı sorunu olduğunu işaret etmektedir (Kara, İlter, Keskin, 2018). Sağlık profesyonelleri arasında hemşireler, hastanın bakımının ve tedavisinin sağlanmasının yanı sıra önleme programlarının geliştirilmesi ve koruyucu yöntemlerin yaygınlaştırılmasında da sorumluluğa sahiptir. Eroğlu ve Koç jinekolojik kanser kontrolünde hemşirenin rollerini “kanseri önleme, tarama ve tanılamada danışmanlık yapma, bakım verme, sağlık eğitimi yapma, kanser vakalarını yönetme, araştırma yapma ve kanseri önleme uygulamalarında savunuculuk yapma” şeklinde açıklamıştır (Eroğlu, Koç, 2014).

Kanserden korunma birincil, ikincil ve üçüncül olmak üzere üç basamakta gerçekleşmektedir (Giray, Ünal, 2007);

- Birincil korunma kapsamında bireylerde kanser gelişimini önlemek için hastalıkla ilişkili olduğu bilinen kötü alışkanlıklardan uzak durulması amaçlanmaktadır. İlk olarak bireylerde kanser farkındalığı oluşturulmalı, kanserin nasıl bir hastalık olduğu açıklanmalıdır. Ardından karsinogen olduğu bilinen (alkol/sigara/madde kullanımı, kötü beslenme alışkanlığı, sedanter yaşam vb.) davranışlardan kaçınılması sağlanmalıdır. Aşılama ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesi de birincil basamak korunma içerisindedir.

- Kanserden ikincil korunma ise erken tanının sağlanması adımdır. Bu evrede amaç prekanseröz lezyonların kanserleşmeden tedavi edilmesini kapsar. Bu adım için tarama programlarının tanıtımı ve özendirilmesi çok önemlidir. Özellikle riskli grupların belirlenmesi ve bu bireylere kendi kendilerine yapabilecekleri muayeneleri de kapsayan tarama programlarının aktarılması gereklidir.

- Kanserden üçüncül korunma ise tanı alan bireylerin doğru ve nitelikli tedavi yöntemlerine ulaşarak kişilerin en az zararı görmesini ve rehabilitasyonunu kapsamaktadır. Palyatif bakımın verilmesi, izlemlerin ve değerlendirilmelerin yapılması da bu basamak korunmaya dahildir.

Bu doğrultuda kadınların jinekolojik kanserlerden korunması için; HPV aşısı yaptırmaya teşvik edilmesi, riskli davranışlardan uzaklaşmaları, sağlıklı bir yaşam biçimini benimsemeleri, CYBE'lerden uzak durmak için bariyer yöntemler kullanmaları, düzenli aralıklarla pap smear testi ve HPV-DNA testi yaptırmaları, yıllık jinekolojik muayene yaptırmaları, doktor kontrolünde hormon replasman tedavisi veya infertilite tedavisi almaları, genetik yatkınlığa sahiplerse bu durumu mutlaka hekime iletmeleri ve gerekli ise riski düşürmek için doktor kontrolünde oral kontraseptif kullanmaları önerilebilmektedir.

2.3. Lezbiyen ve Biseksüel Kadınların Kadın Üreme Organı Kanseri ile Olan İlişkisi ve Etkileyen Faktörler

Genel Ruh Sağlığı Durumu ve Madde Kullanımı

Alandaki çalışmalar incelendiğinde ilk olarak ve çoğunlukla cinsel azınlıktaki kadınlar arasında ruh sağlığı sonuçlarına odaklanıldığı, özellikle ayrımcılık, mağduriyet, damgalanma ve red beklentileri üzerine çalışmaların yapıldığı izlenmiştir. Bu çalışmalar ile heteroseksüel kadınlarla karşılaştırıldığında LB kadınların özellikle genel anksiyete bozukluğu, madde kullanımı, depresyon ve öz kıyım düşüncesi/girişimi açısından daha fazla risk taşıdığı sonuçlarına ulaşılmıştır. Bu duruma ek olarak LB kadınlar arasında yapılan çalışmalar incelendiğinde ise, biseksüel kadınların mental sağlık sorunları ve genel sağlık durumunda düşüklük açısından daha da risk taşıdığı görülmektedir. Bu sonuçlar LB kadınların heteroseksüel kadınlara oranla daha fazla strese maruz kaldığını açıklamaktadır (Imborek, Heide, Phillips, 2017).

Maladaptif madde kullanımı (uyuşturucu, alkol ve tütün mamulleri), LB kadınlar arasında heteroseksüel kadınlara kıyasla daha yüksek oranda gözlenmesi bakımından özel bir endişe kaynağı oluşturmaktadır (Tracy, 2015; Fredriksen-Goldsen ve ark, 2010). Madde kullanımı arasından özellikle tütün kullanımı ön plana çıkmakta olup; 2004 yılında 44.606 kişinin katıldığı bir çalışma sonucunda lezbiyen kadınlar arasında sigara içme oranının %25,3 olduğu ve heteroseksüel kadınlardan %70 daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Aynı çalışma sonuçlarında lezbiyen ve biseksüel kadınların heteroseksüel kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazla sigara içtiği raporlanmıştır (Tang ve ark, 2004). 2009 yılında yapılan bir başka çalışma ile gey, lezbiyen, biseksüel ve heteroseksüel gruplar arasında tütün ve marihuana (esrar) kullanımı araştırılmış; çalışma sonuçlarında biseksüel kadınların heteroseksüel kadınlara kıyasla sigara içme oranlarının yüksek olduğu, tüm gruplardaki kadınların marihuana kullandığı ancak aynı cinsiyetten partneri olan kadınların heteroseksüel kadınlara nazaran daha yüksek bir kullanım oranına sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Trocki, Drabble ve Midanik, 2009).

Alkol kullanımı, alkolle ilişkili sosyal sonuçları, bağımlılığı ve alkol sorunlarına yardım arama olasılığı daha fazla olan LB kadınlar için bir başka endişe konusudur. 2014 yılında yayınlanan ve LB kadınların alkol kullanımı ile ilişkili yapılan proje kapsamında biseksüel

kadınlar arasında alkol kullanımının diğer kadınlara nazaran daha yüksek olduğu ve lezbiyen kadınların alkol bağımlılığı geliştirme riskinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. LB kadınların heteroseksüel kadınlara göre sahip olduğu alkol kullanımına ilişkin fark 50 yaşın üzerinde kaybolursa da 26-35 yaş aralığındaki LB kadınların ileri yaşlara geldiklerinde uzun süreli alkol kullanımının sekelleri, genç yetişkin ve yaşlı LB kadınlar için önemli bir endişe kaynağı olmaya devam etmektedir (Diamant ve ark, 2000). Bu sonuçların nedenleri araştırıldığında ise ankete katılan kadınların %56,2'sinin yüksek depresyon düzeyine, %46'sının ise genel anksiyete bozukluğuna sahip olduğu görülmüştür. Ayrıca ankete katılan kadınların %58,6'sının intihar düşüncesinin olduğu, %50,3'ünün kendine zarar verme davranışında bulunduğu ve %24,7'sinin de intihar girişiminde bulunduğu raporlanmıştır. Bazı katılımcılar geçmişte çocukluk döneminde istismar edildiğini veya yaşamında en az bir kez partner şiddetine maruz kaldığını belirtmiştir (McNair, 2014). Bu alanda yapılan çalışmalar LB kadınlarda sigara, alkol ve madde kullanım riskinin fazla olduğunu sunmakta olup, bu durumu kadınların yaşadıkları içselleştirilmiş homofobi, toplumsal baskı ve yaşadıkları stres ile ilişkilendirmektedir. Bu durum LB kadınların kansere yakalanma oranında artışa neden olabilecek bir faktör olarak ön plana çıkmaktadır.

Obezite

LB kadınların sağlık durumu ile ilgili bir başka önemli fark BKİ'lerinde görülmektedir. Cinsel azınlıktaki kadınların genel popülasyondan daha yüksek obezite oranlarına sahip olduğu belirtilmektedir. Cinsel azınlıklar arasında gözlenen diğer sağlık problemleri gibi, obezitenin de alkol bağımlılığı ve depresif davranışların artmasından kaynaklanan multifaktöriyel bir etiyoloji tablosuna sahip olduğu düşünülmektedir (Imborek, Heide, Phillips, 2017). Dibble ve arkadaşları 586 heteroseksüel ve 433 lezbiyen kadınla yapmış oldukları çalışma sonuçlarında lezbiyen ve heteroseksüel kadınlar arasında BKİ ve kilo açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğunu, lezbiyen kadınların daha yüksek BKİ'ye ve kiloya sahip olduğunu belirtmişlerdir (Dibble ve ark, 2002). Struble ve arkadaşlarının 18-25 yaş aralığındaki lezbiyen, biseksüel ve heteroseksüel olan 31.500 kadınla yapmış olduğu çalışma sonuçları ise LB kadınların fazla kilolu veya obez olma durumlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğunu göstermektedir (Struble ve ark, 2010). Ancak literatürde LB kadınlar arasında daha fazla fiziksel aktivitede bulunma davranışı olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur. Bu durum bireylerin farklı kültür ve yaşam tarzlarında

olmaları ile ilişkilendirilebilmektedir. LB kadınların obezite oranlarındaki bu yükseklik, bu kadınların kansere yakalanma oranlarını da etkileyebilecek niteliktedir.

Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar

LB kadınlar bazı cinsel davranışları konusunda risk taşımakta olup CYBE maruziyeti yüksek olan bir grup olarak düşünülmektedir. ABD’de yapılan Surveillance Epidemiology and End Results (SEER) programı sonuçlarında kadınlar arasında enfeksiyon kaynaklı kanserler arasında ilk beş kanser sırasıyla; servikal, orofaringeal, karaciğer, vulvar ve anal kanserler şeklinde sıralanmıştır (SEER, 2014). Yapılan çalışmalar ile kadınların hemcinsleriyle cinsel ilişki yaşamaları ile HSV-1 ve HSV-2, HPV, HIV, sifiliz, trikomonas, hepatit A ve bakteriyel vaginosis gibi enfeksiyonların geçişinin olabileceği sonucuna ulaşılmıştır (Tracy, 2015; Bailey ve ark, 2003). Literatürde biseksüel kadınların, lezbiyen kadınlara nazaran CYBE maruziyetinin daha yüksek olduğuna ilişkin sonuçlar bulunsa da güncel çalışmalar, lezbiyenlerin hayat boyu en az bir kez karşı cinsle birlikte olma olasılıklarının yüksek bulunmasından dolayı lezbiyen ve biseksüel kadınlar arasında anlamlı bir fark bulunmayacağını göstermektedir (Marrazzo ve Gorgos, 2012). Yine literatürde kadın kadına yaşanan cinsel ilişkinin CYBE geçişi için uygun olmadığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Bu düşünce aynı zamanda lezbiyen kadınların yaşam boyu hymen sahibi olmasını kabul eden bir düşünce olup, gerçeği yansıtmamaktadır.

Marrazzo ve ark LB kadınlar üzerinde yapmış olduğu çalışmalarda tüm katılımcıların genital sistem örneklerinin %30’unda ve daha önce bir erkek partnerle cinsel ilişki öyküsü bildirmeyen katılımcıların %19’unda HPV DNA saptamıştır (Marrazzo, Stine ve Koutsky, 2000; Marrazzo ve ark, 1998). HPV 6/11 veya HPV 16/18 için serolojik antikorların varlığına odaklanan çalışmalar, HPV seropozitifliğinin erkek partnerle seks öyküsü olan kadınlar ile olmayan kadınlara göre farklı olmadığını doğrulamaktadır. Bunlara karşın bu durumun cinsel davranışlara bağlı olarak gerçekleşebileceğini savunan çalışmalar da mevcuttur. Bu cinsel davranışlar; seks oyuncacı kullanımında bariyer yöntem kullanmama, kullanılan seks oyuncacığının farklı vücut açıklıkları aralığında veya farklı partnerler arasında temizlenmemesi veya yanlış temizlenmesi, seks oyuncaklarının başka kişilerle paylaşılması, cinsel aktivite öncesinde ve sonrasında kişisel hijyene önem verilmemesi (tırnakların uzun olması, el ve ağız hijyeninin sağlanmaması vb), cinsel ilişki sırasında el (dijital – vajinal) ve ağızın (oral – vajinal) vajina ile sık teması ve karşılıklı sürtünme (vajina – vajina) ile temas sağlama ve sık

cinsel partner değiştirme ya da birden fazla cinsel partnere sahip olma şeklinde açıklanmaktadır (Tracy, 2015; Tao, 2008; Marrazzo, Coffey ve Bingham, 2005; Bailey ve ark, 2004). Tüm bu faktörler servikovajinal içeriğin kişiler arası geğişini kolaylaştırması ve bulaşa sebebiyet vermesi ile LB kadınlar için CYBE'lere yakalanma riskini arttırmakta ve kadınların kansere yakalanma oranlarını da yükseltmektedir.

Sağlık Hizmetlerine Erişim

LB kadınlarda daha az sağlık hizmetlerine erişim ve düzenli tıbbi bakım ve acil servislerin bakım ve kullanımının daha sık geciktirildiğini bildirilmektedir (Boehmer ve ark, 2012; Diamant ve ark, 2000). Özellikle lezbiyen kadınlar, sağlık çalışanlarına cinsel yönelimlerini açıklama konusunda eşcinsel erkeklerden daha az istekli olduklarını göstermiş ve sağlık hizmeti sağlayıcıları ile iletişimde daha fazla güçlük çekmişlerdir (Klitzman ve Greenberg, 2002). Cinsel yönelimi ifşa etme konusundaki bu tereddüt, serviks kanserinin erken teşhisinde özel bir öneme sahip olabilmektedir; çünkü sağlık uzmanlarına giden lezbiyenler cinsel yönelimlerini açıkladıklarında tarama programına uygunluğuna göre yaygınlıkla pap smear testine yönlendirilmektedir (Imborek, Heide, Phillips, 2017).

Sağlık alışanları, cinsel azınlıktaki kadınlarda serviks kanseri taraması için önerilerin farkında olmalı, tespit ve tedavideki eşitsizliklerden kaçınmak için kadınların cinsel yönelimlerini ifade edebilecekleri bir ortam oluşturmalıdır (Imborek, Heide, Phillips, 2017). Lezbiyenlerin pap testi tarama muayenelerine genel kadın popölasyonunda gözlemlenenden daha düşük oranlarda katılım gösterdiği, aynı zamanda lezbiyenlerin sağlık çalışanlarına cinsel yönelimi açıklama olasılığının düşük olduğu ve pap smear testlerinin yararları konusunda, önerilen sıklıkta tarama yaptıranlara göre daha az bilgi sahibi oldukları düşünölmektedir (Tracy, Schluterman ve Greenberg, 2013).

Sosyoekonomik Faktörler

The Williams Institute 2019 verileri arasında bireylerin sosyoekonomik durumuna yönelik indikatörlere de yer verilmiştir. Bu verilerde işsizlik, sigorta/güvence sahibi olma, açlık sınırının altında olma, yıllık gelir miktarı ve eğitim düzeyi üzerinde durulmuştur. İşsizlik kavramı tam zamanlı ya da yarı zamanlı istihdam dahil istihdam edilmiş ya da işsiz olarak iki kategoride incelenmiş, LGBT+ olan ve olmayan kişiler ayrı olarak taranmıştır;

- İşsizlik ile ilgili veriler incelendiğinde LGBT+ kadınların %10'unun işsiz, LGBT+ olmayan kadınların ise %6'sının işsiz olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu durum LGBT+ kadınların işsizlik ile daha fazla yüzleştiği şeklinde yorumlanabilmektedir. Sigorta/güvence sahibi olma durumu da işsizlik gibi sigortası olan ve olmayan olmak üzere iki kategoride incelenmiş, LGBT+ olan ve olmayan kişiler ayrı olarak taranmıştır (The Williams Institute, 2019).

- Sigorta/güvence sahibi olma verileri incelendiğinde LGBT+ kadınların %14'ünün, LGBT+ olmayan kadınların ise %10'unun bir sigorta sahibi olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu veriler ile LGBT+ kadınların bir sigorta/güvence sahibi olma durumlarının diğer kadınlara nazaran daha düşük olduğu sonucuna ulaşılabilmektedir (The Williams Institute, 2019).

- Açlık sınırının altında olma durumu son 12 ay içerisinde bireyin kendisinin veya ailesinin ihtiyaç duyduğu yiyecekleri almak için yeterli paraya sahip olmama şeklinde tanımlanmaktadır. LGBT+ kadınların %31'i, diğer kadınların ise %17'si kendilerini açlık sınırının altında olarak değerlendirmektedir (The Williams Institute, 2019).

- Yıllık gelir miktarı için 2017 yılında ABD içerisindeki yoksulluk sınırı (dört kişilik bir aile için 25,086\$) baz alınmıştır. LGBT+ kadınların %27'sinin, diğer kadınların ise %21'inin yıllık gelir miktarının 24,000\$ altında olduğu görülmektedir (The Williams Institute, 2019).

- Eğitim düzeyine ilişkin veriler lise, ön lisans, lisans ve yükseköğrenim olmak üzere dört kategoride incelenmektedir. LGBT+ olan kadınlar ve diğer kadınlar ardışık olacak şekilde; lise mezuniyeti için oran %41'e %39, ön lisans mezuniyeti için oran %32'ye %31, lisans mezuniyeti için oran %16'ya %18 ve yükseköğrenim için oran %12'ye %15 olmak üzere sıralanmaktadır. Lise ve önlisans mezuniyeti açısından LGBT+ kadınların, diğer kadınlara nazaran daha yüksek oranda olduğu görülürken; lisans ve yükseköğrenim mezuniyeti açısından LGBT+ kadınların diğer kadınlara kıyasla daha düşük bir orana sahip olduğu görülmektedir (The Williams Institute, 2019).

Tüm bu veriler doğrultusunda ABD için LGBT+ kadınların, diğer kadınlara nazaran sosyoekonomik indikatörlerinin daha düşük bir seviyede olduğu yorumuna ulaşılmaktadır. Bu durum LGBT+ kadınların sağlık düzeylerini etkilemekte, kansere yakalanma oranlarında artışa neden olmaktadır.

Benzer şekilde Yılmaz ve Gökçen'in Türkiye'nin farklı illerindeki 2875 LGBT+ birey üzerinde yapmış olduğu araştırma ile katılımcıların; %7,6'sının ayrımcılığa uğrama korkusu olduğundan bir sağlık kuruluşunda tedavi olmayı tercih etmediği veya tedavi olmayı geciktirdiği, %7,2'sinin sağlık çalışanı tarafından LGBT+ kimliğinin tedavi edilmesi gereken bir durum olduğunu düşünüldüğüne maruz kaldığı, %50,3'ünün cinsel sağlık anlamında sağlık bakım hizmetlerine nasıl ve nereden ulaşacağını bilmediği, %43,2'sinin yaşamı boyunca en azından bir kez öz kısıymı düşündüğü ve %14,1'inin herhangi bir sigorta/güvence kapsamına sahip olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Yılmaz ve Gökçen, 2015).

Bu durum Türkiye'de yaşayan LGBT+ bireylerin de tıpkı ABD'de olduğu gibi sağlık arama davranışlarının düşük olduğunu ve çeşitli sebepler ile nitelikli sağlık bakım hizmetlerinden yararlanamadıklarını göstermektedir. Bu doğrultuda LB kadınların cinsel sağlık hizmetlerinden yararlanamaması sebebiyle menstrual hijyeni sağlamakta güçlük yaşadığı, doğru genital hijyen koşullarını sağlayamayabilecekleri yorumu yapılabilmektedir. Yine aynı şekilde bu durum Türkiye'deki LGBT+ bireylerin de kansere yakalanma oranlarında bir artışa sebep olacağını işaret etmektedir.

Kadın Sağlığına İlişkin Faktörler

Daha düşük parite oranları ve oral kontraseptiflerin daha az kullanımı (Valanis ve ark., 2000), heteroseksüel kadınlardan daha yüksek obezite ve endometriozis oranlarıyla birleştiğinde, lezbiyen popülasyonda daha yüksek oranda over karsinomunu ortaya çıkabilir niteliktedir (O'Hanlan, 1995). Over kanserinin önlenmesi fırsatı; dismenore/endometriyozis hakkında sorgulamayı, dismenorenin veya anormal/disfonksiyonel uterin kanamaların önlenmesi için oral kontraseptiflerin değerlendirilmesini ve adetlerin düzenlenmesini, BKİ'nin düşürülmesi hakkında tavsiyeleri ve ailesel kanser yatkınlığının değerlendirilmesini içeren rutin jinekolojik muayene ile mümkün kılınabilir. LB kadınların ilişkin bir araştırmada, yıllık rutin muayeneler önceki yıllarda yapılan çalışmalardan daha yüksek bir oranda olarak görülmüştür, ancak oranlar hala heteroseksüel kadınlardan daha düşük seviyede olarak değerlendirilmektedir (Roberts ve ark, 2004).

Endometriyum kanseri için LB kadınlara ait risk faktörleri obezitenin varlığı, yüksek kalori içeren bir diyet ve düşük parite davranışını içermektedir. Endometriyum kanseri yaygınlıkla tedavi edilebilen bir jinekolojik malignite olmaya devam etmektedir, çünkü

kadınlar belirtileri erken tanımakta ve bir sağlık kuruluşuna başvurmaktadır; bu da erken tanı ve tedavi ile sonuçlanmaktadır. Histerektomi oranları Women's Health Initiative (WHI)'de (Valanis ve ark., 2000) lezbiyenler ve heteroseksüel kadınlar arasında benzer oranlara sahip olsa da lezyonlar rutin kontrol gerektirdiğinden, LB kadınlar jinekoloğa başvuramazlarsa daha ileri hastalık ve daha düşük tedavi olasılığı riski altındadır (O'Hanlan, 1995).

Birçok hekim, lezbiyen hastaların rutin pap smear gerektirmediği şeklinde yanlış bir düşünceye sahiptir. Bu düşünce lezbiyenlerin erkeklerle seks yapmadığını ve HPV'yi cinsel aktiviteleriyle iletmediğini varsayan bir düşüncedir. Bununla birlikte, çoğu lezbiyenin hayat boyu en azından bir kez karşı cins ile seks yaptığını ortaya koyan (Saewyc ve ark. 1999) ve HPV'nin kadın kadına cinsel temasla bulaşabilir olduğunu gösteren birçok kanıt mevcuttur (O'Hanlan ve Crum, 1996). ACOG ve CDC'de heteroseksüel kadınlarda olduğu gibi LB kadınlar için de rutin pap smear taraması yapılmasını önermektedir (CDC, 2020; ACOG, 2016). Literatürde LB kadınlarda servikal displazi için bir başka risk faktörü olan sigara kötüye kullanım oranlarının daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Case ve ark. 2004; Valanis ve ark 2000). WHI'daki biseksüel kadınların, lezbiyen veya heteroseksüel kadınlara kıyasla pap smear tarama programlarına katılma davranışlarının anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptanmıştır (Valanis ve ark, 2000).

Tüm bu faktörler ele alındığında LB kadınlardaki; maladaptif madde kullanımının fazla olması, cinsel sağlık hizmeti alamama nedeniyle genel genital hijyeni ve menstrual hijyeni sağlamakta güçlüklerin olması, cinsel ilişki sırasında ağız ve elin vajina ile sık temasta bulunarak genital enfeksiyonlara maruziyetin fazla olması, cinsel birlikteliklerde seks oyuncuğu kullanım oranının fazla olması ve bu oyuncakların uygun bir biçimde temizlenmemesi veya başkalarıyla paylaşılması, bariyer yöntem kullanma alışkanlığının düşük olması, LB kadınların sık partner değişimi veya birden fazla cinsel partnere sahip olma davranışlarının bulunması, bu durum ile birlikte LB kadınlarda CYBE'lere maruziyetin artması, toplumsal olarak dışlanmaları ve ötekileştirilmeleri nedeniyle kimliklerini açık bir şekilde beyan edememelerinden kaynaklı olarak fazla strese maruz kalmaları, toplumdan dışlanmaları ve strese maruz kalmaları ile yaşadıkları ruhsal bozuklukların bir sonucu olarak obezite problemlerinin daha sık görülmesi, yine toplumsal damgalamalar sebebi ile sağlık hizmetlerinden yararlanmakta güçlük çekmeleri, kanser tarama programlarına katılma davranışlarının düşük düzeyde olması ve cinsel kimliklerinin bir getirisi olarak hayatları

boyunca hiç doğum yapmamaları ve emzirmemeleri gibi sebepler ile bu kadınların toplumda jinekolojik kanserlere yakalanma açısından daha yüksek bir risk taşıdığı sonucuna ulaşılabilmektedir.

2.4. Farkındalık, Kanser Farkındalığı ve Farkındalık Eğitimi Kavramlarının Tanımı

2.4.1 Farkındalık Kavramı

Farkındalık kavramı "fark etmek" eyleminden doğan çok yönlü bir kavramdır. Kişinin seçimler yapabilmesi, duygu ve düşüncelerini şekillendirebilmesi ve çevresindeki olayları anlamlandırabilmesi için farkındalığa sahip olması gerekmektedir. Farkındalık kavramı aynı zamanda "mindfulness" kavramı altında işlenen bir kavramdır. Mindfulness bir kişinin bir olay ya da duruma ilişkin bilinç sahibi olması ve bilinçli bir şekilde aksiyon alması ile açıklanabilir. Mindfulness; "farkındalık", "dikkat" ve "hatırlama" olmak üzere üç temel bileşenden oluşmaktadır. Farkındalık, her anın farkında olmak; dikkat, farkında olduğumuz tüm anlara dikkat göstermek, hatırlamak ise hem farkındalığı hem de dikkati anımsamak anlamına gelmektedir (Bishop ve ark, 2004). Son yıllarda, batının etkisi ile eski Budizm ve Hinduizm üzerine dayalı olan "farkındalık" kavramı yeniden ele alınarak, bilişsel davranışçı psikoterapi dalgası kapsamında terapötik bir teknik olarak kullanılmaya başlanmıştır. Bu akımın öncüsü olan Kabat-Zinn, farkındalığı ilk olarak "bir durum ya da olaya şimdiki anda, maksatlı olarak, yargısızca dikkat sağlamak" şeklinde tanımlamıştır. Ardından bilinçli farkındalık kavramı farklı kişiler tarafından yorumlanarak günümüze kadar gelmiştir (Şekil 1) (Kabat-Zinn, 2003).

Yazar	Farkındalığın Tanımı Nedir?	Nasıl Farkındalık Oluşur?
Kabat-Zinn	Dikkat etmek	Şimdiki anda, bir amaç güderek, yargılamadan
Marlatt & Kristeller	Şimdiki anın deneyimine tüm dikkati vermek	Kabullenerek ve şefkat göstererek
Bishop ve ark.	Mevcut anın deneyimine dikkat odağını yöneltmek	Kabullenmeye hazır, açık bir merak göstererek
Germer ve ark.	Mevcut anın tecrübesinin farkında olmak	Dostça, yargılamadan, kabullenerek ve nezaketle
Linehan	Zihni 'şuan' a odaklamak	Anın akışını dikkatle, yargılamadan takip ederek

Şekil 1: Farkındalık kavramı üzerine yapılan açıklamalar

Bilişsel farkındalık, farkındalığın bir türüdür. Bilişsel farkındalık kişinin zekaya dayalı gelişimine eşlik eden, bütüncül ve tecrübelerini de içine alan bir farkındalık çeşididir. Bilişsel farkındalık bireyin otonomi kazanması için bir adımdır. Otonomi; plan yapma, denetleme ve harekete geçmeye yönelik adımları kapsar. Bu doğrultuda bireylerin bilişsel farkındalık kazanması ile karar verme mekanizması harekete geçer ve farkındalık davranışları etkilemeye başlar (O'neil, Abedi, 1996; Flavell, 1979). Farkındalığın alt boyutlarından biri de davranış değişikliğidir. Lally ve ark. (2016) davranış değiştirme ve alışkanlık oluşturma ile ilgili yaptıkları çalışma sonucunda bir bireyin bir davranışı alışkanlık haline getirebilmesinin 18 ila 254 gün (8 ay) arasında sürebildiği sonucuna ulaşmışlardır. Bu aradaki gün farkı bireyin kişisel özelliklerine, yaşadığı çevreye ve davranış değişikliğine yönelik sahip olduğu farkındalık düzeyine göre değişiklik gösterebilmesine bağlıdır. Farkındalık düzeyini üst seviyelerde tutmak ve davranış değişim sürecini hızlandırmak için eğitimi tekrarlamak/eğitim kitapçığı vb. hatırlatıcı vermek ve sürekli değerlendirmek gerekmektedir (Senemoğlu, 2015).

2.4.2. Kanser Farkındalığı Kavramı

Farkındalık kavramını temel alan eğitim, kamu spotları vb. müdahaleler ile halkın ruhsal sağlığı, bilinç düzeyi ve yaşam kalitesi gibi bir dizi faktörler üzerine etkiler yaratılabilmektedir (Yastıbaş ve Dirik, 2018). Kanser farkındalığı anlamında yapılan girişimler ile halkın; kanser tipleri, kanserlere ait risk faktörleri, kanserden korunmak üzere yapılabilecek bireysel girişimler (kendi kendine meme muayenesi, kendi kendine vulva muayenesi vb.), kanser tarama programları, kanserin tedavisi ve bu tedavilerde yaşanan güncel yaklaşımları konularında farkındalık kazanması amaçlanmaktadır. T.C. Sağlık Bakanlığı Kanser Daire Başkanlığı Kanser Farkındalık Eğitimi kapsamında, farkındalık etkinlikleri ile toplumun kansere ilişkin bilgi ve farkındalık düzeyinin artırılması, bu doğrultuda toplumda davranış değişikliği oluşturulmasının amaçlandığı belirtilmektedir. Bu farkındalığın kazandırılması için daha önceden belirlenen kanserlere özel gün, hafta ya da aylarda bilgi içeriğinin paylaşıldığı mesajların halka iletilmesi ve tüm Türkiye çapında aile sağlığı merkezleri, toplum sağlığı merkezleri, kanser erken teşhis tarama ve eğitim merkezlerinin de katılımı sağlanarak bilinçlendirme etkinliklerinin yapılması hedeflenmiştir. Aynı etkinlik kapsamında önceliğin korunma programlarının olduğu; bireysel olarak kişilerin sağlıklı ve dengeli beslenmelerini sağlamak, düzenli egzersiz alışkanlığı kazandırmak, stresle etkili baş etme yöntemlerini aktarmak, sigara alkol vb. zararlı alışkanlıkları bıraktırmak,

tarama programlarına uygun bir şekilde katılımı sağlamak ve bu sayede de erken teşhisin hayat kurtardığını kişilere aktarmak, şeklinde açıklanmıştır (Kanser Daire Başkanlığı, 2018).

Yine T.C. Sağlık Bakanlığı Kanser Daire Başkanlığı tarafından düzenlenen Kanser Farkındalık Eğitimi kapsamında farkındalık çalışmaları yapılarak toplumun bilinçlenmesinin yanı sıra sağlık çalışanları için; toplumun ekonomik, kültürel ve sosyal yönlerinin iyi tanımlanması, topluma sağlık okuryazarlığı alanında iyileştirme çalışmalarının yapılması, toplum için davranış geliştirme modeli belirlenmesi, toplumun müdahale uygulamalarından yararlanma alışkanlığının saptanması, toplumun programlara katılımını artırmayı hedefleyen multidisipliner çalışmalar geliştirilmeli ve birinci, ikinci ve üçüncü basamaktaki sağlık hizmetlerinde entegrasyonun sağlanması şeklinde bir dizi önerilerde bulunulmuştur (Kanser Daire Başkanlığı, 2019).

2.4.3. Farkındalık Eğitimi Kavramı

Eğitim aslen bilime dayanmaktadır ancak aynı zamanda davranış ve eylemle de ilgilidir. Birçok eğitim kuramcısı eğitimin tanımı üzerine yorumlarda bulunmuştur. Bu kuramcılar arasından Kimble eğitim ve davranış arasındaki ilişkiyi “desteklenmiş bir uygulama sonucunda ortaya çıkan ve davranışsal potansiyelde kalıcı veya geçici bir değişiklik yaratan bir uygulama” şeklinde tanımlamıştır. Eğitim yalnızca davranış değişimi üzerine çalışan bir kavram olmamakla beraber, eğitimin temel amaçlarından birisi de kişiler üzerinde kalıcı davranış değişikliği yaratmaktır. Eğitim aynı zamanda davranış değişikliği ile birlikte bireylerde koşullanma sürecini başlatan bir olaydır. Koşullanma, bireylerde bir davranış oluşturma sürecidir. Fakat verilen eğitimin ve bireysel farklılıkların etkisi ile bireylerde zamanla, göstermesi beklenen davranışların gözlenemediği durumlar oluşabilmektedir. Bu durumlar "sönme" olarak tanımlanmaktadır. Eğitim sonrasında yaşanabilecek sönme durumuna karşın davranışın geri getirilebilmesi ve tekrar ortaya çıkması için eğitimin tekrarlanması gerekebilmektedir. Davranışın geri kazanımı için gerçekleştirilen olayların tümü "pekiştireç" olarak tanımlanmaktadır. Birçok eğitim kuramcısına göre öğrenilmiş davranışların zaman içerisinde kalıcı hale gelebilmesi, bir diğer deyişle "öğrenme" olabilmesi için pekiştireç ile desteklenmesi gerekmektedir. Bu nedenle bireylerin kalıcı ve ölçülebilir bir davranış değişikliği gösterebilmesi için eğitimin zaman periyotları içerisinde tekrar edilmesi ya da eğitim kitapçığı vb. pekiştireçlerin sağlanmasının uygun olacağı belirtilmektedir (Senemoğlu, 2015).

Farkındalık odaklı eğitimler ve uygulamalar bir dizi faktörün hedeflenmesi ile oluşturulmaktadır. Bu faktörler; kişilerin bir olay ya da duruma özel olarak bilinç kazanmasını sağlamayı, olayların/durumların etkilerini anlamalarını ve ele almalarını kolaylaştırmayı, sürdürülebilir bir yaşam tarzı benimsemeleri konusunda kişileri hazırlamayı ve yaşam tarzlarını destekleyici farklı beceriler geliştirmelerine zemin hazırlamaları için gereken tutum ve davranışlardaki değişikliklere teşvik etmeyi hedeflemektedir (Alexander, 2008). Sağlık alanında yapılan farkındalık odaklı eğitimler ve uygulamaların asıl amacı ise kişilerde oluşan bilinç ile davranış değişikliği sağlayarak kişisel iyilik haline katkı sağlamaktır. Bu eğitimler bireylerin kişisel iyilik halinde iyileştirme sağlamanın yanı sıra kişilerin profesyonel gelişimine de etki etmekte ve katkı sağlamaktadır (Gülüm, 2017).

2.5. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Tanımı

Sağlık davranışı; sağlığın korunmasında, geliştirilmesinde, sürdürülmesinde ve hastalıklardan korunmada kısacası sağlıklı bir yaşamın devamı için bireylerin inandığı ve sürdürdüğü davranışların tümüdür (Pender, Murdaugh, Parsons, 2002). Pozitif yönde gösterilen sağlık davranışları, sağlığın gelişmesine katkı sağlarken (alkol ve sigara kullanımı vb. davranışlar), olumsuz davranışların sergilenmesi çeşitli hastalıkların ve sağlık problemlerinin görülmesine neden olmaktadır (Zaybak ve Fadiloğlu, 2004). Çalışmalar sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının en sık bireylerin sağlık algısı, yaş, cinsiyet, ekonomik durum, medeni durum ve çocuk sahibi olma gibi faktörlerden etkilendiğini göstermektedir (Bostan ve Beşer, 2017; Esin ve Aktaş 2012).

DSÖ “Sağlık 21” başlığıyla 21. yüzyıl sağlık hedeflerinde sağlığı geliştirme kavramı üzerine vurgu yaparak, yaşam boyunca sağlığın korunması, geliştirilmesi ve sürdürülmesinin temel amaçlardan biri olarak ele almıştır ve sağlıklı yaşam biçiminin önemine vurgu yapılmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2007). Bireylerin sağlığı geliştirme yönünde olumlu sağlık davranışı kazanmaları önemlidir. Olumlu yönde sağlık davranışı geliştirmede bireyler kendi sorumluluklarının farkında olarak, bilinçli şekilde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını günlük yaşamda alışkanlık haline getirmeleri gerekmektedir (Bostan ve Beşer, 2017; Cihangiroğlu ve Deveci, 2011). Bu nedenle sağlığın korunması, geliştirilmesi, sürdürülmesinde ve hastalıklardan korunmada yaşam tarzı değişikliklerine yönelik davranışlar geliştirmek ve uygulamak önem kazanmaktadır. Bireyler sağlığını geliştirme yönünde kendi sağlık sorumluluğunu alarak, farkında olarak sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını tutum haline

dönüştürerek günlük yaşantılarında uygulamaya başladıklarında sağlığın korunması, geliştirilmesi ve sürdürülmesi mümkün olabilecektir (Bahar ve ark, 2008). Sağlıklı yaşam tarzı davranışlarının benimsenmesi ve yaşam boyu uygulanması, hastalıklardan korunmaya, hastalıkların erken tanınmasına, yaşam süresinin artmasına, kanserden korunmaya, yaşam kalitesinin artmasına kısacası bireylerin daha sağlıklı olma halinin sürdürülebilirliği ve sağlık durumunun da daha iyi seviyelere gelebilirliği artabilecektir (Elahi, Ghannad, Haghighizadeh, 2018; Güngör ve Şahin, 2006; Adams ve ark, 2000).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları genel olarak sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi olmak üzere altı başlıkta ele alınmaktadır (Pender, Murdaugh, Parsons, 2006).

Sağlık Sorumluluğu

Sağlık sorumluluğu, bireyin sağlıklı olması için, kendi sağlık sorumluluğunu üstlenmesi sağlığıyla ilgili konularda bilgi sahibi olmaya çalışması, araştırması ve gerektiğinde sağlık alanında ilgili profesyonellerden yardım arama davranışı göstermesidir. Sağlığıyla ilgili olarak bireyin üzerine düşen sorumluluğu yerine getirmesidir (Bahar ve ark, 2008; Buyx 2008).

Sağlık sorumluluğu ayrıca kişinin sağlıkla ilgili yaşam kalitesine etki ederek sağlığına katkı seviyesini de gösterebilir. Bireyin sağlığıyla ilgili olarak alabileceği sorumluluklar arasında; bireyin vücudunu, kendini tanıması, sağlıktan sapmaları, değişiklikleri fark edebilmesi ve gerektiğinde sağlık kuruluşuna başvurması, düzenli olarak sağlık kontrollerini, taramalarını yaptırması, sağlıkla ilgili konularda gelişmelere açık olması, bilgisini artırması ve sağlığını sürdürmesi, koruması için gerekli önlemleri alabilmesi sayılabilir (Bozhüyük ve ark, 2012; Bottorf ve Johnson, 1996).

Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivite, enerji kullanarak vücut hareketlerini anlatmak için kullanılan uluslararası bir terimdir ve bireylerin en temel vücut fonksiyonlarından birisidir. Fiziksel aktivite, günlük yaşamda kas ve eklemlerin kullanılmasıyla oluşan, enerji tüketimi ile gerçekleşen, solunum ve kalp hızında artışa neden olan, yorgunluğa yol açabilen aktivitelerdir. Fiziksel aktiviteye yürüme, koşma, yüzme, bisiklete binme, kol bacak, baş

gövde hareketleri gibi temel vücut hareketleri örnek verilebilir. Ayrıca bazı çeşitli spor dalları, dans, egzersiz, oyun, gibi aktivitelerde fiziksel aktivite olarak kabul edilebilir. Egzersiz ve fiziksel aktivite terimleri birbirinin yerine kullanılsalar da anlam olarak farklılıklar içermektedir. Fiziksel aktivite, oturup kalkma, yürüme gibi günlük aktiviteleri içeren tüm kas hareketinden oluşurken, egzersiz düzenli olarak yapılan tekrarlı vücut hareketlerini içermektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı).

Fiziksel aktivitenin bireylere ekonomik olarak yük getirmemekle birlikte hem bireysel hem de toplumsal düzeyde genel sağlık düzeyine olumlu etkisi bulunmaktadır. Düzenli olarak yapılan fiziksel aktivitenin kronik hastalıklardan korunmayı, kanser riskini azalttığı, kan şekeri seviyesinin ayarlanmasına, tip 2 diyabet semptomlarının kontrolüne, osteoporozla karşı korunmada etkili olduğu, bireyin ruh halini ve özgüvenini olumlu yönde geliştirdiği bilinmektedir (Merol, 2015). Dolayısıyla düzenli yapılan fiziksel aktivite yaşam boyunca bireyin yaşam kalitesinin yükselmesine de katkı sağlayabilecektir.

Yapılan fiziksel aktiviteler yoğunluğuna göre düşük, orta ve yüksek düzey aktiviteler olmak üzere üç şekilde değerlendirilmektedir. Fiziksel uygunluğu geliştirme özelliği bakımından fiziksel aktiviteleri; dayanıklılık (aerobik) egzersizleri, denge egzersizleri, esneklik egzersizleri ve kuvvet egzersizleri olarak dört başlıkta toplanabilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2016; T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu, 2014). Sağlık Bakanlığı ve Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi ortaklığında 2017 yılında gerçekleştirilen Türkiye Hane Halkı Sağlık Araştırması sonuçlarına göre 15 yaş ve üstü bireylerin %49,4'ünün düşük, %26'sının orta ve %24,6'sının yüksek düzey fiziksel aktivite yaptıkları belirlenmiştir (DSÖ, 2018).

Beslenme

Beslenme, vücudun çalışması için gerekli olan besin öğelerinin, besinlerle vücuda alınması, sindirimi, emilimi ve metabolize edilmesi basamaklarını içeren bir süreçtir. Bu sürecin sağlıklı şekilde işlemesi ve sürdürülmesi için hangi besinlerin, nasıl, ne kadar, günde kaç öğünde ve nasıl hazırlanıp pişirileceği gibi hususların bilinmesi önemlidir. Sağlığın korunması, yaşamın kaliteli olarak sürdürülebilmesi, hastalıkların önlenmesi, gelişen hastalıkların tedavisinin istenen düzeyde ve kısa sürede başarılabilmesi için, yaşamın temel

unsuru olan beslenme sağlıklı, yeterli ve dengeli bir şekilde gerçekleştirilmelidir (Merol, 2015).

Yeterli beslenme, bedenin gereksinimi olan enerji, besin ögeleri ve diğer biyoaktif maddelerin yeteri kadar alınması, *dengeli beslenme*, besin ögelerinin birbirlerine göre ve öğünlerde dengeli olarak tüketilmesi, sağlıklı *beslenme ise* besinlerin üretim, saklama, hazırlama ve pişirme aşamalarında sağlık için zararlı hale gelebileceği bilinciyle besinleri uygun seçme ve uygun yöntem kullanarak tüketilmesi şeklinde ifade edilebilir. Yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanması için enerji gereksinimi, alınması gereken besin ögeleri (protein, karbonhidrat, yağ, vitamin, mineraller ve su), bunların fonksiyonları, bu besin ögelerinin karşılanması için gereken besin grupları (süt ve süt ürünleri, tahıl ve tahıl ürünleri, et, kuru baklagiller ve yumurta, meyve ve sebzeler), özellikleri, bu gruplardan ortalama olarak tüketilmesi önerilen miktarların bireye özel yaş, cinsiyet, fiziksel aktivite, biyokimyasal değerleri, ve mevcut hastalık durumunun olup olmaması gibi özelliklere göre planlamasını gerektirir (Merol, 2015; Duffy, 2006).

Besinlere üretim, saklama, hazırlama ve pişirme aşamalarında uygun işlemlerin uygulanıp uygulanmaması da besin değerlerinin kaybına, sağlığa zararlı pek çok ögenin oluşumuna yol açabilmektedir. Ayrıca besinlerin yetiştirilmeleri ve hazır olarak tüketime sunulan formlarında işleme, paketlenme, raflarda bekleme gibi aşamalarda da zararlı maddelerle bulaşması ya da içinde zararlı mikroorganizmaların üremesi söz konusu olabilir. Bu nedenle bireyler yeterli, dengeli ve sağlıklı beslenmek için tüm bu hususlara dikkat etmesi ve besin seçiminde bilinçli hareket etmesi gereklidir. Sağlığın sürdürülebilmesi ve geliştirilebilmesi için yeterli, dengeli ve sağlıklı beslenme davranışı kazanmak önemlidir. Beden gereksiniminden az ya da çok, yetersiz, dengesiz ve sağlıklı bir beslenme davranışı sonucunda bireylerde obezite ya da malnütrüsyon, kaşeksi gibi beslenme sorunları ve beraberinde birçok sağlık sorunları gelişebilecektir (Pekcan, Şanlıer, Baş, 2016; Merol, 2015).

Manevi Gelişim

Oldnall (1996), maneviyatı (spiritualite), “her kişinin içerisinde hissettiği ruh şeklinde tanımlamış ve insanın hayatına anlam kazandıran ve bireyin hayatını etkileyen değer ve inançlar düzenini oluşturmasında bireye yardımcı olan itici bir güç olarak” tanımlamaktadır. Bireyin, yaşamın amacını ve anlamını yakaladığı yer onun manevi gelişim alanını

oluşturmaktadır. Bireylerin hastalık ve sağlık davranışlarını sorgulamalarında, sorunlarla baş edebilme becerisi geliştirmelerinde, değişimlere uyum sağlamalarında, yeniden iyileşme gücü ve umudu bulmalarında maneviyatın olumlu etkisi olduğu bilinmektedir (Bozhüyük ve ark, 2012).

Yapılan çalışmalarda da bireyin manevi gereksinimleri arasında; güven, umut, sevgi, doğruluk, bağışlayıcılık, yaratıcılık, tecrübeye ulaşılmasını sağlayabilmenin yanı sıra ritüeller, dua etme ve ibadetler gibi geleneksel dini uygulamalar yer almaktadır (Sülü ve Zümrüt, 2013; Narayanasamy, 1999; Oldnall, 1996). Bireyin manevi değerleri, bireyin yaşamını pozitif şekilde destekleyerek bireyin güçlü, mutlu ve barış içinde yaşam sürmesine katkı sağlar. Bunun sonucunda manevi değerler anksiyetenin azaltılmasına, stresin düşürülmesine ve daha birçok olumlu katkı sağlayarak sağlığın korunmasına ve geliştirilmesine olumlu etki yapar (Yılmaz ve Okyay, 2009).

Kişilerarası İlişkiler

Kişilerarası ilişkiler ve iletişim yaşamın tüm alanlarında vardır. Evde, okulda, işyerinde, çarşıda, pazarda. İnsan ilişkilerinde başarılı, başkalarıyla etkili bir biçimde iletişim kuran bireylerin yaşamda daha başarılı ve mutlu olacaklarına ilişkin haklı bir kanı vardır. Kişilerarası iletişimin en temel niteliklerinden birisi karşılıklı olmasıdır. Karşılıklı olması bireylerin birbirlerinden haberdar olmalarını, mesajlarını bilinçli olarak göndermelerini ve mesajı alan kişinin mesajı aldığından emin olmasını gerektirir (Kaya, 2013). Pender kişiler arası ilişki sistemini; bireyin kendisine yakın olan arkadaşları için zaman ayırması, insanlarla tatmin edici olan anlamlı ilişkiler kurması, başkalarının başarılarını övmesi, kendisini yakın hissettiği (aile, arkadaş, eş vb.) kişilerle terapötik iletişim kurması, başkaları ile fikir alışverişinde bulunması, tartışma ve uzlaşma yollarını kullanarak sorunlarını çözebilmesi olarak yorumlamıştır (Pender ve ark, 2014).

Kişilerarası ilişkilerin doğru şekilde kurulabilmesi, sürdürülebilmesi ve doyum alınabilmesi için kişilerin birbirleri ile duygu, düşünce ve isteklerini paylaşabilmeleri beklenir (Tümkiye, Çelik, Aybek, 2013). Kişilerarası ilişkilerin yetersiz düzeyde olması bireylerde yalnızlık, aile bireyleri arasında sorunlar, mesleki yetersizlik, doyumsuzluk hissi, stres, fiziksel hastalıklar gibi birçok yaşamsal alanda olumsuz etkilere neden olmaktadır (Batıgün, Hasta, 2010).

Stres Yönetimi

Stres insanın yapısında ve günlük yaşantısında olan bir şeydir. Stresin bireye ihtiyacı olan kuvvet ve zindeliği verdiği zamanlarda iyi, iyi yönetilemediği ve birey için zararlı ve hastalıklara sebep olduğu anlarda ise kötüdür. Genel olarak halk arasındaki stres kavramının karşılığı kötüdür (Balcıoğlu, 2005). Stres yaratan olaylar eğer olumlu ise (evlenmek, terfi etmek gibi) birey olumlu stres yaşamaktadır ve bu tür stres bireyi güdüleyip teşvik ederken, stres yaratan olay eğer olumsuz ise (işsizlik, ölüm gibi) meydana gelen stres olumsuz stresdir ve bireyde bedensel ve ruhsal yönden zarar verici sonuçlara sebep olabilmektedir (İştar, 2012). Stres yönetimi bireyi baskı altında tutan etkenle karşı karşıya kaldığında doğru ve etkili baş etme yöntemi kullanarak, stresin en aza indirilmesini sağlamak olarak ifade edilmektedir. Stres yönetimi, koşulları yönetme, strese neden olan durumlardan uzak durma, gevşeme yöntemleri, vücut egzersizleri, sosyal faaliyetlere katılım, davranış değişikliği geliştirme, kişisel veya kişilerarası problemleri çözmek için çaba sarfetme ve bireyin zihinsel, davranışsal olarak dengeli, kaliteli yaşam sürmesini sağlayan teknikleri içermektedir (Yasemin ve Karabulut, 2018; Bozhüyük ve ark, 2012).

Stresle başa çıkmanın yaşam tarzı değişikliğini de içinde barındıran bir başka başa çıkma yolu da Braham tarafından geliştirilen “DKBY: Değiştir-Kabul et-Boşver-Yaşam tarzını yönet” modelidir. Değiştir: İçinde bulunulan olumsuz durumu imkân varsa değiştirme adımı olarak adlandırılır. Olumsuz durumun değiştirilmesi halinde bunun neden olduğu stres te ortadan kaldırılabilir. Kabul et: Değiştirilebilmesi mümkün gözükmeyen durumların kabullenilmesi temeline dayanır. Boş ver: Zihinsel ve duygusal açıdan farklı bir pencereden olaylara farklı ve yeni bir yorum getirmektir. Yaşam tarzını yönet: Diyet, egzersiz, duygusal destek ve rahatlama gibi farklı metotlarla strese neden olabilecek unsurların ortadan kaldırılmasıdır (Tutar, 2004).

Hemşirelerin, toplumun genel sağlık durumunu iyileştirmede önemli bir rolü bulunmaktadır. Toplum sağlığının iyileştirilmesi; bireylerin sağlıklı bir yaşam tarzı benimsemeleri ve kendi sağlıkları üzerinde otonom kazanmaları ile başlamaktadır. Bu anlamda, bireylerin sağlığının iyileştirilmesi, geliştirilmesi ve korunması; toplum sağlığı üzerinde de aynı etkileri yaratacak bir etkiye sahiptir. Hemşirelerin bu anlamda girişim yaparken, toplumun temel yapı taşlarını da göz önünde bulundurması gerekmektedir. Bu doğrultuda girişimler planlanırken toplumun sahip olduğu kültürel özellikler, sosyal ve

psikolojik faktörler ve fiziksel özellikler de ayrıntılı bir şekilde ele alınmalıdır. Yapılan girişimlerin işe yararlığını ve geçerliğini anlamak üzere bu girişimlerin değerlendirilmesi de sağlığın iyileştirilmesi için oldukça önemli bir adımdır. Bu değerlendirme için yine topluma uygun olarak geliştirilmiş olan geçerli ve güvenilir bir araç kullanılmalıdır (Owens, 2006; Pender ve ark, 1992).

LB kadınlar, toplumdaki diğer kadınlara göre davranışsal alanda bir dizi davranışsal farklılığa sahip olsalar da bulundukları toplumun özelliklerini taşıyan kişilerdir. Bu faktörler göze alındığında toplumun ve aynı şekilde bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi için hazırlanmış olan bir aracın, LB kadınlar üzerinde de aynı şekilde kullanılmasında bir sakınca bulunmamaktadır.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma yarı deneysel türde ve tek grupta ön test-son test araştırma desenine uygun olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırmaya Temmuz 2018 tarihinde literatür taramasıyla başlanmış ve veriler İzmir’de bulunan Genç LGBTİ+ Derneği’nde Haziran 2019 – Aralık 2019 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırma Temmuz 2020 tarihinde tez savunması ile sonlanmıştır.

Araştırmanın yürütüldüğü dernek (Genç LGBTİ+) İzmir’de bulunan LGBTİ+ derneklerinden biri olup 22.04.2016 tarihinde kurulmuştur. Derneğin beş asil beş yedek üyeden oluşan bir yönetim kurulu ve resmi üç çalışanı vardır. Dernek hafta içi 11.00-18.00 saatleri arasında mesai yapmakta olup; yüz yüze akran danışmanlığı, online danışmanlık gibi faaliyetlerin yanı sıra etkinlik atölyeleri, LGBTİ bireyleri bilinçlendirmeye ve sosyalleştirmeye yönelik aktiviteler düzenlemektedir. Dernek kapsamında yapılan tüm etkinliklerde katılımcıların kimlik bilgileri korunmakta ve gizlenmektedir. Bireyler derneğin düzenlemiş olduğu etkinliklere gönüllülük esasıyla katılabilmektedir ve derneğin mesai saatleri içerisinde danışmanlık hizmeti alabilmektedir. Faaliyetler doğrultusunda derneğe günde ortalama 10-15 kişi başvurmaktadır ancak bu sayı faaliyetlerin kapsamına göre değişiklik gösterebilmektedir. Dernek bir iş merkezinin dördüncü katında olup, toplam üç odalıdır ve maksimum 25 kişilik bir kapasiteye sahiptir. Bu odalardan biri etkinlik salonu olup, diğer odalar dernek çalışanlarına aittir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini İzmir ilinde bulunan lezbiyen veya biseksüel kadınlar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklem büyüklüğü hesabı evreni bilinmeyen örneklem özelliklerine uygun olacak şekilde G*Power 3.1.9.2 programı kullanılarak 0.5 etki büyüklüğü, Tip I hata (α , anlamlılık düzeyi) 0,05, Tip II hata 0,20 (%80 güç) baz alınacak şekilde yapılmıştır ve minimum 27 olarak hesaplanmıştır. Araştırmaya katılmak isteyen 41 kişi arasından araştırmaya dahil edilme/dışlanma kriterlerini karşılayan 32 lezbiyen veya biseksüel

kadın araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırma sonrası tamamlanan güç analiz sonuçlarında %99 oranında yeterli istatistiksel güce ulaşıldığı görülmüştür.

Araştırmaya dahil olma ve dışlanma kriterleri ise aşağıda gösterilmektedir;

Dahil Edilme Kriterleri	Dışlanma Kriterleri
• Araştırmaya gönüllü olma, • Türkçe bilen ve anlayabilme, • 18yaş ve üzeri olma, • Kendisini lezbiyen veya biseksüel olarak tanımlıyor olma	• Jinekolojik kanser öyküsüne sahip olma, • Mevcut herhangi bir tip jinekolojik kanser tanısı almış olma • Ailesinde kanser öyküsü olan birisi olma,

3.4. Çalışma Materyalleri

Araştırma sürecinde eğitimi gerçekleştirmek için "Jinekolojik Kanserler ve Kanserden Korunma Eğitimi" isimli PowerPoint sunusu ve eğitim kitapçığı kullanılmıştır.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız Değişkenler: Kadın üreme organ kanserlerine yönelik farkındalık eğitimi

Bağımlı Değişkenler: Jinekolojik Kanser Farkındalık Ölçeği puanı, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II puanı

3.6. Veri Toplama Araçları ve Özellikleri

Araştırmada Tanımlayıcı Bilgi Formu (Ek 1), Jinekolojik Kanserler Farkındalık Ölçeği (JİKFÖ) (Ek 2) ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II (SYBDÖ-II) (Ek 3) kullanılmıştır.

Tanımlayıcı Bilgi Formu (Ek 1)

Araştırmacı tarafından geliştirilen form toplam 6 sorudan oluşmaktadır. Formda bireylerin sosyodemografik özelliklerine (bireyin yaşı, eğitim durumu, cinsel yönelimi vb.) yönelik tanıtıcı sorular yer almaktadır.

Öntest Formu (Ek 2)

Araştırmacı tarafından eğitim öncesinde lezbiyen veya biseksüel kadınların cinsel sağlık davranışlarını (genital ve menstrual hijyen alışkanlıkları vb), sağlık arama

davranışlarını (HIV testi yaptıрма, pap smear testi yaptıрма vb) ve bazı sağlıklı yaşam davranış özelliklerini (sigara, alkol, madde kullanımı vb) değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir ve toplam 19 sorudan oluşmaktadır.

Jinekolojik Kanserler Farkındalık Ölçeği (JİKFÖ) (Ek 3)

Jinekolojik Kanserler Farkındalık Ölçeği Dal ve Ertem (2017) tarafından geliştirilmiştir. JİKFÖ toplam 41 sorudan oluşmakta olup ölçekten alınabilecek minimum 41 ve maksimum 205 puandır. Ölçekten alınan puanların artması jinekolojik kanser farkındalığının arttığını göstermektedir. Beşli likert şeklindeki ölçek, "Kesinlikle Katılmıyorum" 1 puan, "Katılmıyorum" 2 puan, "Kararsızım" 3 puan, "Katılıyorum" 4 puan ve "Kesinlikle Katılıyorum" 5 puan, şeklinde değerlendirilmektedir. JİKFÖ'nin Cronbach-Alpha değeri 0.944 olarak bulunmuştur (Dal, Ertem, 2017). Ölçek dört alt boyuttan oluşmaktadır;

Jinekolojik Kanserlerde Rutin Kontrol ve Ciddi Hastalık Algısı Farkındalığı: Bu alt boyut 20.-41. maddelerden oluşmaktadır. Bu alt boyuttan en düşük 22 en yüksek 110 puan alınabilmektedir.

Jinekolojik Kanser Riskleri Farkındalığı: Bu alt boyut 3.-11. maddelerden oluşmaktadır. Bu alt boyuttan en düşük 9, en yüksek 45 puan alınabilmektedir.

Jinekolojik Kanserlerden Korunma Farkındalığı: Bu alt boyut 14.-19. maddelerden oluşmaktadır. Bu alt boyuttan en düşük 6, en yüksek 30 puan alınabilmektedir.

Jinekolojik Kanserlerde Erken Tanı ve Bilgi Farkındalığı: Bu alt boyut ise 1., 2., 12. ve 13. maddelerden oluşmaktadır. Bu alt boyuttan en düşük 4, en yüksek 20 puan alınabilmektedir (Dal, Ertem, 2017).

Bu araştırmada ölçeğin Cronbach-Alpha değeri 0,906 olarak saptanmıştır. Ölçeğin alt boyutlarının Cronbach-Alpha katsayıları ise; "Jinekolojik Kanserlerde Rutin Kontrol ve Ciddi Hastalık Algısı Farkındalığı" 0,894; "Jinekolojik Kanser Riskleri Farkındalığı" 0,851; "Jinekolojik Kanserlerden Korunma Farkındalığı" 0,803 ve "Jinekolojik Kanserlerde Erken Tanı ve Bilgi Farkındalığı" 0,619 olarak bulunmuştur.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (Ek 4)

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin orijinali Walker, Sechrist ve Pender tarafından 1987 yılında geliştirilmiş ve 1996 yılında revize edilerek Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ) adını almıştır. Türkçe geçerlik güvenirliği ilk olarak 1997'de Esin tarafından yapılmış ve 48 maddeden oluşmuştur. 2008 yılında tekrar Bahar ve arkadaşları tarafından geçerlik güvenirliği yapılan ölçeğe 4 madde daha eklenerek toplam 52 maddeden oluşmuştur. Tüm maddeleri olumlu olan dörtlü likert şeklindeki ölçek, "Hiçbir Zaman" yanıtı için "1", "Bazen" yanıtı için "2", "Sık Sık" yanıtı için "3" ve "Düzenli Olarak" yanıtı için "4" puan verilerek değerlendirilmiştir. Ölçek; sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetiminden oluşan toplam 6 farklı alt boyuta sahiptir. Ölçekten en düşük 52, en yüksek 208 puan alınabilmektedir. Yükselen ölçek toplam puanı, bireyin sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirdiğini ifade etmektedir. Aynı zamanda her bir alt boyuttan alınan puanın yükselmesi, o alt boyuttaki sağlıklı yaşam biçimi davranışının olumlu yönde etkilendiğini ifade etmektedir (Bahar ve ark, 2008).

Sağlık sorumluluğu: 3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51. maddelerden oluşmaktadır. Kişinin bireysel sağlığına önem vermesini, bir sağlık sorunu yaşadığında yardım alabilmesini kendi iyiliği için aktif sorumluluk hissetmesini değerlendirmektedir. Bu alt boyuttan en düşük 9, en yüksek 36 puan alınabilmektedir.

Fiziksel aktivite: 4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46. maddelerden oluşmaktadır. Ölçeğin ilk versiyonunda egzersiz olarak isimlendirilmiştir. Bireyini düzenli ve planlı bir şekilde hafif, orta veya ağır egzersiz alışkanlıklarını değerlendirmektedir. Bu alt boyuttan en düşük 8, en yüksek 32 puan alınabilmektedir.

Beslenme: 2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44, 50. maddelerden oluşmaktadır. Bilinçli beslenme alışkanlığı, besin seçimi ve tüketilmesi sağlık için önemli bir faktördür. Sağlıklı bir beslenme örüntüsü oluşturabilmek için besin değerlerini bilmeyi ve kişinin öğünlerin planlayabilmesini içerir. Bu alt boyuttan en düşük 9, en yüksek 36 puan alınabilmektedir.

Manevi gelişim: 6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 52. maddelerden oluşmaktadır. Ölçeğin ilk versiyonunda kendini gerçekleştirme olarak yer almaktadır. İç kaynakların geliştirilmesi üzerine odaklanır. Bu durum iç huzuru sağlama, kim olduğumuzdan ve ne olduğumuzdan öteye geçerek daha fazlası olma yolunda yeni seçenekler yaratma olanakları sağlar. Gelişme

ise anlam arayışı, amaç duygusu bulmak ve yaşamdaki hedeflere yönelik çalışarak sağlıklı olma potansiyelini en üst düzeye çıkarmaktır. Bu alt boyuttan en düşük 9, en yüksek 36 puan alınabilmektedir.

Kişilerarası ilişkiler: 1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49. maddelerden oluşmaktadır. Ölçeğin ilk versiyonunda kişilerarası destek olarak yer almaktadır. Başkalarıyla daha anlamlı ve rahat ilişkiler kurmak, samimiyet ve yakınlık duygusu elde etmek için düşünce ve duyguların sözlü ve sözsüz mesajlar yoluyla paylaşılmasını içeren iletişimden yararlanma anlamına gelir. Bu alt boyuttan en düşük 9, en yüksek 36 puan alınabilmektedir.

Stres yönetimi: 5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47. maddelerden oluşmaktadır. Gerginliği azaltmak veya kontrol etmek için psikolojik ve fiziksel kaynakların tanımlanması ve kullanılmasıdır. Bu alt boyuttan en düşük 8, en yüksek 32 puan alınabilmektedir.

Bu araştırmada ölçeğin Cronbach-Alpha katsayısı 0,898 olarak saptanmıştır. Ölçeğin alt boyutlarının Cronbach-Alpha katsayıları ise; "Sağlık Sorumluluğu" 0,740, "Fiziksel Aktivite" 0,902, "Beslenme" 0,736, "Manevi Gelişim" 0,734, "Kişilerarası İlişkiler" 0,624 ve "Stres Yönetimi" 0,624 olarak bulunmuştur.

Sontest Formu (Ek 5)

Araştırmacı tarafından geliştirilen form eğitim sonrası hem birinci hem üçüncü aylarda lezbiyen veya biseksüel kadınların cinsel sağlık davranışlarını (genital ve menstrual hijyen alışkanlıkları vb), sağlık arama davranışlarını (HIV testi yaptıрма, pap smear testi yaptıрма vb) ve bazı sağlıklı yaşam davranış özelliklerini (sigara, alkol, madde kullanımı vb) incelemek amacıyla geliştirilmiştir. Önteste benzer olan form toplam 19 sorudan oluşmaktadır.

3.7. Araştırmanın Planı ve Takvimi

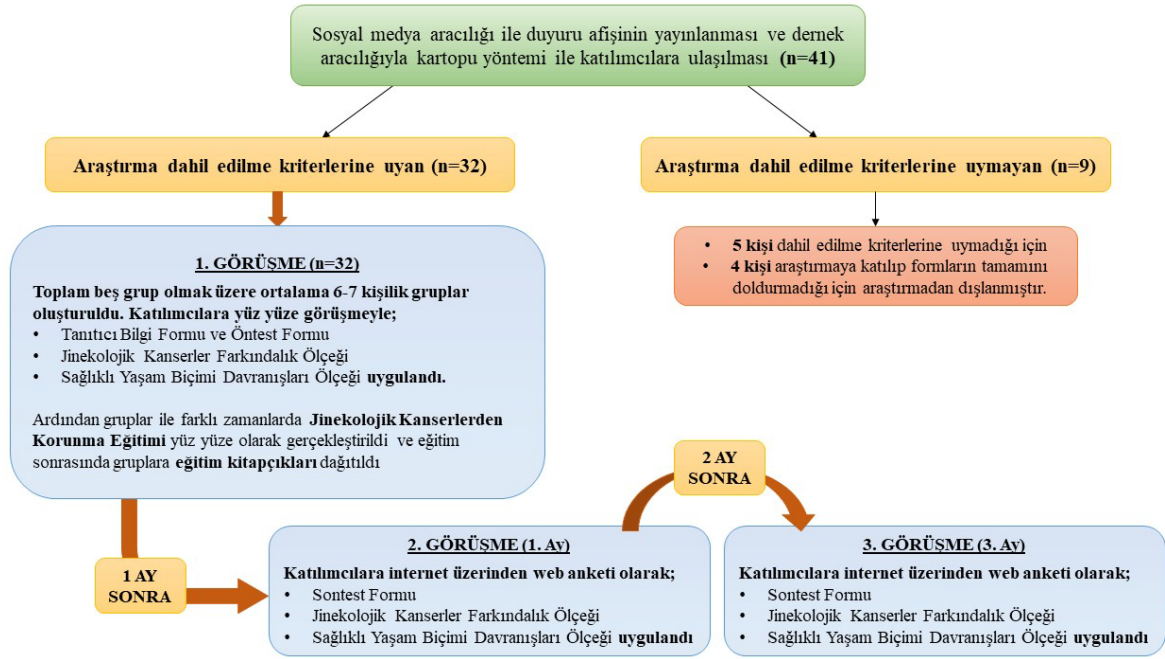
Dernekle iş birliği içerisinde hazırlanan duyuru afişi sosyal medya üzerinden paylaşılarak ve kartopu yöntemiyle lezbiyen veya biseksüel kadınlar araştırmaya davet edilmiştir. Araştırmaya katılan kadınlar aracılığıyla yine kartopu yöntemiyle toplam 41 kadına ulaşılmıştır. Araştırma dahilinde toplam beş gruba, dernek bünyesinde yüz yüze olacak şekilde bir kez eğitim verilmiştir. Ortalama altı ya da yedi kişilik gruplar ile eğitimler tamamlanmıştır.

Eğitimler öncesinde Tanımlayıcı Bilgi Formu, Öntest Formu, Jinekolojik Kanseler Farkındalık Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II uygulanmış ve sonrasında iki oturum şeklinde toplam 120 dakikalık (I. Oturum 60 dakika II. Oturum 60 dakika olup oturumlar arasında 15 dakikalık ara verilmiştir) eğitim verilmiştir. Gruplardaki katılımcılar “U” şeklinde oturtularak oturum düzeni oluşturulmuştur. Eğitim içeriğinde kadınlara; kadın üreme organı anatomi ve fizyolojisinden, menstrual siklustan, kanserin tanımından ve nasıl bir hastalık olduğundan, kadın üreme organı kanserlerinin neler olduğundan, LB kadınların kanser ile nasıl bir ilişkisi olduğundan ve kadın üreme organı kanserlerinden korunma yollarından bahsedilmiştir. Eğitim sunumundan uyarlanan eğitim kitapçığı, sunumların sonunda katılımcılara dağıtılmıştır. Eğitimden sonraki birinci ve üçüncü ayda Tanımlayıcı Bilgi Formu, Sontest Formu, Jinekolojik Kanseler Farkındalık Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II sırasıyla toplam iki kez internet üzerinden tekrar uygulanmıştır.

Araştırmada her katılımcıya bir kez eğitim verilmiştir. Eğitim sonucunda kadınların üreme organ sağlığına özen göstermeleri ve bazı davranışları (kendi kendine vulva muayenesi yapma, menstrual hijyen davranışlarını inceleme, pap smear testi yaptıрма vb.) yerine getirmeleri için en az bir ayın geçmesi gerektiğinden birinci izlem eğitimi takiben bir ay sonra uygulanmıştır. Davranışın devamlılığının ve farkındalık düzeyinin değerlendirilmesi için ikinci izlem eğitimi takiben üç ay sonra uygulanmıştır (Lally ve ark, 2016). Araştırmada pekiştireç olarak katılımcılara eğitim kitapçıklarını tekrar gözden geçirmeleri aralıklarla hatırlatılmıştır.

Araştırma Ön Uygulaması

Araştırmanın ön uygulaması 03.06.2019 tarihinde Genç LGBTİ+ derneğinde araştırmaya katılmayı kabul eden dokuz lezbiyen/biseksüel kadın ile yapılmıştır. Ön uygulama sonuçlarında eğitim öncesinde cevaplanan anketlerdeki tüm soruların cevaplandırılması açısından anlaşılır olduğu saptanmıştır. Ardından dokuz lezbiyen/biseksüel kadın ile kadın kanserlerine yönelik eğitim yapılmıştır. Ön uygulama sonrasında anket sorularında ve eğitim içeriğinde herhangi bir değişiklik yapılmamış olup dokuz lezbiyen/biseksüel kadın örnekleme dahil edilmiştir. Araştırma ön uygulamasında da lezbiyen/biseksüel kadınlara araştırma hakkında bilgi verilmiş ve araştırmaya katılmayı kabul edenlerin yazılı ve sözlü onamları alınmıştır.



Şekil 2: Araştırmanın akış şeması

Araştırma Planı

Literatürün taranması ve tez önerisinin hazırlanması (Temmuz 2018 – Kasım 2018)



Etik kurul ve enstitü yönetim kurulu izni alınması (Aralık 2018 - Nisan 2019)



Araştırma sürecinde birlikte çalışılan dernekten izin alınması (Kasım 2018 – Ocak 2019)



Eğitimlerin yapılması, veri toplama ve veri analizi (Haziran 2019 – Mart 2020)



Raporun hazırlanması ve tez bitirme sınavı (Temmuz 2020)

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışma ile elde edilen veriler Statistical Package for the Social Sciences 25.0 (SPSS) for Windows programında analiz edilmiştir. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) kullanılmıştır. Ayrıca tanımlayıcı istatistiklere ilişkin grafikler de oluşturulmuştur. Verilerde normal dağılıma

uygunluk Q-Q Plot çizimi ile incelenebilir. Ayrıca, kullanılan verilerin normal dağılım göstermesi çarpıklık ve basıklık değerlerinin ± 3 arasında olmasına bağlıdır (Shao, 2002). Normal dağılım, uygunluk normallik testleri ve basıklık çarpıklık değerleri ile kontrol edilmiştir.

Verilerin analizinde normal dağılım varsayımının sağlandığı durumlarda niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup ortalamalarının karşılaştırılması için bağımsız örneklem t testi kullanılmıştır. Normal dağılımın sağlanmadığı durumlarda ise Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Tekrarlı ölçümlerde hem zamana hem de gruplara göre değişimin olup olmadığı Tekrarlı Ölçümlerde Varyans Analizi ile araştırılmıştır. Sürekli verilerde ilişkinin incelenmesi için Pearson korelasyon analizi; bağımlı örneklemelerde kategorik verilerde değişimin incelenmesi için Cochran's Q testi yapılmıştır. Yapılan testlerin ve sonuçların güvenilir olabilmesi için ölçeklerin güvenilir olması gerekmektedir. Bu bağlamda ölçeklere ve alt boyutlara ilişkin güvenirlikler Cronbach Alpha ile incelenmiştir. Çalışmada istatistiksel anlamlılık $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın tek bir ilde kısıtlı bir örneklem ile yapılması nedeniyle araştırma sonuçlarının tüm gruba genellenememesi, kadınların eğitime kimliklerinin açığa çıkması korkusu ile katılmaktan çekinmeleri; bu sebeple lezbiyen ve biseksüel kadınların tek bir grup olarak değerlendirilmiş olması araştırmanın sınırlılıklarındandır. Araştırmamıza katılan lezbiyen/biseksüel kadınların yaş aralığının birbirine çok yakın olması ve genç yaşta olmaları bir başka sınırlılığıdır.

3.10. Araştırmanın Etiği

Araştırma kapsamında birlikte çalışılan Genç LGBTİ+ Derneği'nden yazılı kurum izni alınmasının ardından, Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 10.04.2019 tarih ve 2019/09-36 protokol numaralı karar ile izin alınmıştır. Çalışmaya katılmaya gönüllü olan kadınlara, çalışmanın amacı hakkında bilgilendirmeyi içeren Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (Ek 6) doldurtularak yazılı izinleri alınmıştır.

4. BULGULAR

Lezbiyen veya biseksüel kadınlara verilen kadın üreme organı kanserleri eğitiminin, jinekolojik kanser farkındalığına ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmanın bulgularına aşağıda yer verilmiştir. Bu bulgular şu şekildedir:

1. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Sosyo-demografik Özelliklerine, Cinsel Sağlık Davranışlarına, Sağlık Arama ve Bazı Sağlıklı Yaşam Davranış Özelliklerine İlişkin Bulgular
2. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Eğitim Öncesi ve Sonrası Jinekolojik Kanserlere Yönelik Farkındalık Düzeylerine İlişkin Bulgular
3. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Eğitim Öncesi ve Sonrası Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Puanlarına İlişkin Bulgular
4. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Jinekolojik Kanserler Farkındalık Düzeyleri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular
5. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Eğitim Öncesi ve Sonrası Cinsel Sağlık Davranışlarına, Sağlık Arama ve Bazı Sağlıklı Yaşam Davranış Özelliklerine İlişkin Bulgular
6. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Sosyo-demografik Özellikleri İle Eğitim Öncesi ve Sonrası Jinekolojik Kanserler Farkındalık Düzeylerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular
7. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Sosyo-demografik Özellikleri İle Eğitim Öncesi ve Sonrası Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular
8. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Cinsel Sağlık Davranış Özellikleri ile Eğitim Öncesi ve Sonrası Jinekolojik Kanserler Farkındalık Düzeylerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular
9. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Cinsel Sağlık Davranış Özellikleri ile Eğitim Öncesi ve Sonrası Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular
10. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Sağlık Arama Davranış Özellikleri ile Eğitim Öncesi ve Sonrası Jinekolojik Kanserler Farkındalık Düzeylerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular
11. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Sağlık Arama Davranış Özellikleri ile Eğitim Öncesi ve Sonrası Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

4.1. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Sosyo-demografik Özelliklerine, Cinsel Sağlık Davranışlarına, Sağlık Arama ve Bazı Sağlıklı Yaşam Davranış Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 1’de lezbiyen/biseksüel kadınların sosyo-demografik özellikleri bulunmaktadır.

Tablo 1. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Sosyo-demografik Özellikleri (n=32)

Sosyo-demografik özellikler	Sayı	%
Yaş		
≤ 25 yaş	13	40,6
> 25	19	59,4
Yaş ($\bar{X} \pm SS$)	25,75 ± 5,31	
Eğitim Durumu		
Lise	7	21,9
Lisans ve Üzeri	25	78,1
Medeni Durumu		
Bekâr	32	100,0
Çalışma Durumu		
Çalışmıyor	16	50,0
Çalışıyor	16	50,0
Gelir Durumu Algısı		
Gelir Gidere Denk	32	100,0
Cinsel Yönelim		
Lezbiyen	11	34,4
Biseksüel	21	65,6
Cinsel Aktivite		
Evet	32	100,0

Lezbiyen/biseksüel (LB) kadınların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı incelendiğinde, yaş ortalaması 25,75±5,71 olup %59,4’ünü 25 yaş üzeri kadınlar oluşturmaktadır. LB kadınların %78,1’nin eğitim durumunun lisans ve üzeri olduğu, tamamının bekâr olduğu ve %50’sinin çalıştığı saptanmıştır. LB kadınların tamamı gelir durumunu “gelirim giderime denk” şeklinde ifade etmiştir. Çalışmayan katılımcıların %75’i öğrencidir (n=12). LB kadınların %65,6’sı biseksüel olup tamamı cinsel aktif olduğunu belirtmiştir.

Tablo 2’de lezbiyen/biseksüel kadınların cinsel sağlık davranışlarına yer verilmiştir.

Tablo 2. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Cinsel Sağlık Davranışları

Cinsel Sağlık Davranışları	Sayı	%
Mevcut Cinsel Partner Sayısı		
0	7	21,9
1	17	53,1
2	5	15,6
3 ve üzeri	3	9,4
Cinsel İlişki Yaşama Durumu		
Evet	31	96,6
Hayır*	1	3,1
Cinsel İlişkide Kişisel Hijyene Dikkat Etme Durumu		
Evet	27	87,1
Hayır	4	12,9
Cinsel Partnerle Olan Arkadaşlık Süresi		
Kısa süreli	9	28,1
Uzun süreli	23	71,9
KKVM Yapma Davranışı		
Evet	7	21,9
Hayır	25	78,1
Cinsel İlişkide Kondom Kullanma		
Evet	12	38,7
Hayır	19	61,3
Seks Oyuncacı Kullanma Durumu		
Evet	7	21,9
Hayır	25	78,1
Seks Oyuncacısını Temizleme		
Evet	7	100,0
Vajinal Duş Yapma Durumu		
Evet	8	25
Hayır	24	75
Kullandığı Ped Türü**		
Ticari Ped	32	100,0
Ticari Günlük Ped	11	34,4
Tampon	11	34,4
Menstruasyon Sırasında Kullanılan Günlük Ped Sayısı		
6 ve üzeri ped	12	37,5
5 ve daha az ped	20	62,5

*Cinsel partneri var ama cinsel ilişki yaşamamıştır.

**Bu soruda birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Lezbiyen/biseksüel kadınların cinsel sağlık davranışları incelendiğinde tamamına yakınının cinsel ilişki yaşadığı (%96,6), %87,1’inin cinsel ilişkide kişisel hijyenine dikkat ettiği belirlenmiştir. LB kadınların %71,9’u cinsel partneriyle olan arkadaşlık süresini uzun süreli, %53,1’i ise partner sayısını “bir” olarak belirtmiştir. LB kadınların %78,1’inin KKVM yapmadığı, %61,3’ünün ilişkide kondom kullanmadığı saptanmıştır. Aynı zamanda LB

kadınların %21,9'u seks oyuncacı kullandığı, tamamının da seks oyuncacını temizlediği ancak %85,7'sinin seks oyuncacını yanlış temizlediği belirlenmiştir. LB kadınların dörtte birinin (%25) vajinal duş yaptığı görülmüştür. LB kadınların tamamı ticari ped kullandığını, %62,5'i menstruasyon sırasında günlük beş ve daha az ped kullandığını belirtmiştir.

Tablo 3'te lezbiyen/biseksüel kadınların sağlık arama davranışları bulunmaktadır.

Tablo 3. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Sağlık Arama Davranışları

Sağlık Arama Davranışları	Sayı	%
Mevcut Sağlık Durum Algısı		
Kötü	-	-
Orta	8	25,0
İyi	24	75,0
HIV Testi Yaptırma Davranışı		
Evet	10	31,3
Hayır	22	68,8
Pap Smear Yaptırma Davranışı		
Evet	10	31,2
Hayır	16	50
Yaptırmasına Gerek Olmayanlar*	6	18,8
Jinekolojik Muayene Yaptırma Davranışı		
Evet	12	37,5
Hayır	20	62,5

*Yaşı gereği yaptırmasına gerek olmayanları ve yakın zamanda pap test yaptıranları içermektedir.

LB kadınların sağlık arama davranışları incelendiğinde %75,0'ı mevcut sağlık durumunu “iyi” olarak belirtmiştir. LB kadınların %68,8'inin şuna kadar HIV testi yaptırmadığı, %50'sinin pap smear yaptırmadığı ve %62,5'inin şuna kadar jinekolojik muayeneye gitmediği saptanmıştır.

Tablo 4'te lezbiyen/biseksüel kadınların bazı sağlıklı yaşam davranış özellikleri yer almaktadır.

Tablo 4. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Bazı Sağlıklı Yaşam Davranışları

Sağlıklı Yaşam Davranışları	Sayı	%
Gece Uyuma Süresi		
6 Saat ve daha az	9	28,1
7-8 Saat	15	46,9
9 ve daha fazla	8	25
Sigara Kullanım Durumu		
Evet	22	68,8
Hayır	10	31,3
Alkol Kullanım Durumu		
Evet	29	90,6
Hayır	3	9,4
Madde Kullanım Durumu		
Evet	4	12,5
Hayır	28	87,5

Lezbiyen/biseksüel kadınların bazı sağlıklı yaşam davranışları incelendiğinde; %46,9 oranında LB kadın gece uyuma süresini 7-8 saat olarak ifade etmiştir. Sigara kullanan LB kadın oranı %68,8 olup; çoğunluğunun (90,6) alkol kullandığı, çok azının (%12,5) madde kullandığı görülmüştür.

4.2. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Eğitim Öncesi ve Sonrası Jinekolojik Kansere Farkındalık Düzeylerine İlişkin Bulgular

Tablo 5'te araştırmaya katılan lezbiyen/biseksüel kadınların eğitim öncesi ve sonrası JİKFÖ puan ortalamaları verilmiştir.

Tablo 5. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Eğitim Öncesi ve Sonrası JİKFÖ Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamaları

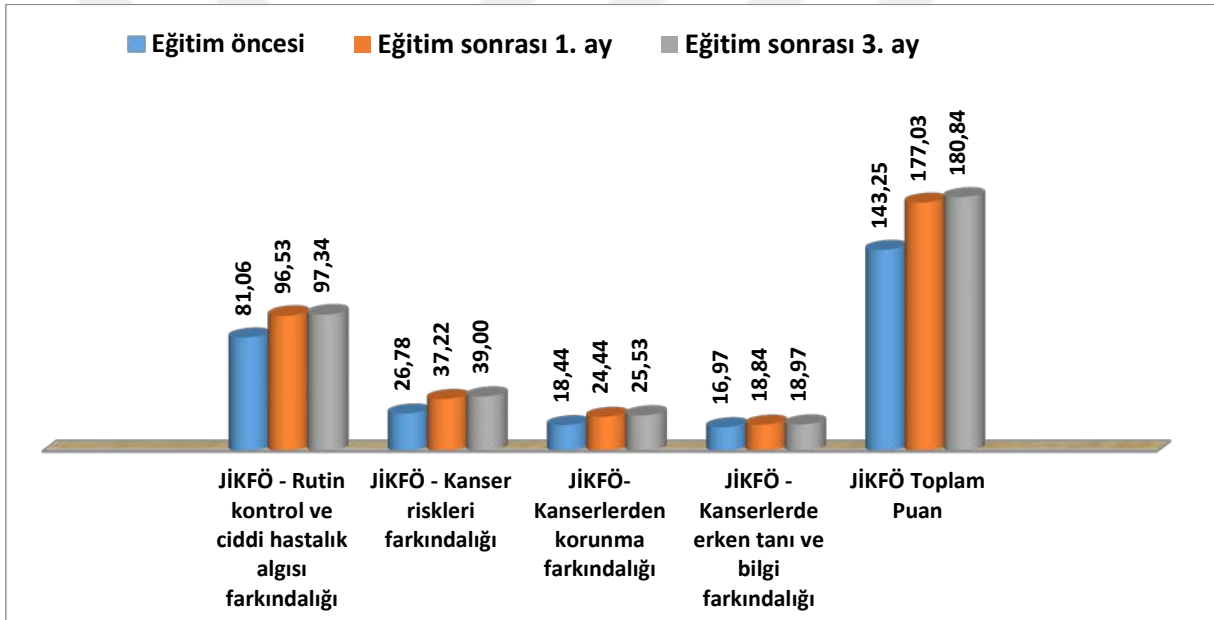
Ölçümler	Ortalama	SS	F	P değeri	Partial Eta Kare	Post hoc Bonferroni
<i>Jinekolojik Kansere Farkındalığı Ölçeği Toplam Puan</i>						
Eğitimden önce ¹	143,25	16,40				
Eğitimden 1 ay sonra ²	177,03	17,40	53,647	0,000	0,634	1<2,3
Eğitimden 3 ay sonra ³	180,84	19,35				
<i>Jinekolojik Kanselerde Rutin Kontrol ve Ciddi Hastalık Algısı Farkındalığı</i>						
Eğitimden önce ¹	81,06	10,09				
Eğitimden 1 ay sonra ²	96,53	10,18	31,076	0,000	0,501	1<2,3
Eğitimden 3 ay sonra ³	97,34	9,98				
<i>Jinekolojik Kansere Riskleri Farkındalığı</i>						
Eğitimden önce ¹	26,78	4,65				
Eğitimden 1 ay sonra ²	37,22	5,49	67,729	0,000	0,686	1<2,3
Eğitimden 3 ay sonra ³	39,00	6,82				
<i>Jinekolojik Kanselerden Korunma Farkındalığı</i>						
Eğitimden önce ¹	18,44	5,17				
Eğitimden 1 ay sonra ²	24,44	3,67	33,450	0,000	0,519	1<2,3
Eğitimden 3 ay sonra ³	25,53	3,41				
<i>Jinekolojik Kanselerde Erken Tanı ve Bilgi Farkındalığı</i>						
Eğitimden önce ¹	16,97	2,02				
Eğitimden 1 ay sonra ²	18,84	1,39	21,164	0,000	0,406	1<2,3
Eğitimden 3 ay sonra ³	18,97	1,62				

*SS: Standart Sapma, **p: Anlamlılık Düzeyi, F: Tekrarlı ölçümlerde ANOVA

Lezbiyen/biseksüel kadınların eğitim öncesindeki JİKFÖ toplam puan ortalamaları 143,25±16,40 (min:101-max:179); eğitim sonrası birinci ayda 177,03±17,40 (min:141-max:205) ve eğitim sonrası üçüncü ayda 180,84±19,35 (min:141-max:205) olarak belirlenmiştir. Lezbiyen/biseksüel kadınlara verilen kadın üreme organı kanserleri eğitiminin, jinekolojik kanser farkındalığına etkisini belirlemek için tekrarlı ölçümlerde varyans analizi yapılmıştır. Ölçümler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür

($p<0,05$). Eğitim öncesinde LB kadınların farkındalık düzeyleri orta düzeydeyken, eğitim sonrasında farkındalık düzeyleri giderek ileri düzeyde anlamlı olarak artmıştır. JİKFÖ'nün dört alt boyutunda da eğitim öncesi ve eğitim sonrası birinci ve üçüncü ay ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuş ve eğitimden sonraki puanların eğitimden önceki puanlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. LB kadınlara verilen eğitim ile eğitim sonrası birinci ve üçüncü aylarda tüm alt boyutlara ilişkin farkındalık düzeylerinin anlamlı olarak arttığı saptanmıştır ($p<0,001$). Yapılan post hoc bonferroni analizinde farkın eğitim öncesinde yapılan birinci ölçümden ortaya çıktığı görülmüştür.

Şekil 3'te lezbiyen/biseksüel kadınların eğitim öncesi, eğitim sonrası birinci ay ve üçüncü aydaki JİKFÖ alt boyutlar ve toplam puan ortalamaları grafik haline getirilmiştir.



Şekil 3: Lezbiyen/biseksüel kadınların JİKFÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları

4.3. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Eğitim Öncesi ve Sonrası Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına İlişkin Bulgular

Tablo 6’da araştırmaya katılan lezbiyen veya biseksüel kadınların eğitim öncesi ve sonrası sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir.

Tablo 6. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Eğitim Öncesi ve Sonrası SYBDÖ Puan Ortalamaları

Ölçümler	Ortalama	SS	F	p değeri	Partical Eta Kare	Post hoc Bonferroni
<i>Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Toplam Puan</i>						
Eğitimden önce ¹	125,84	16,62				
Eğitimden 1 ay sonra ²	141,75	22,97	9,063	0,000	0,226	1 < 2,3
Eğitimden 3 ay sonra ³	139,44	22,14				
<i>Sağlık Sorumluluğu</i>						
Eğitimden önce ¹	20,59	3,95				
Eğitimden 1 ay sonra ²	23,72	5,06	12,062	0,000	0,280	1 < 2,3
Eğitimden 3 ay sonra ³	23,97	5,24				
<i>Fiziksel Aktivite</i>						
Eğitimden önce ¹	15,56	5,47				
Eğitimden 1 ay sonra ²	19,12	5,66	7,602	0,000	0,197	1 < 2,3
Eğitimden 3 ay sonra ³	18,16	5,30				
<i>Beslenme</i>						
Eğitimden önce ¹	20,53	4,42				
Eğitimden 1 ay sonra ²	23,22	4,42	6,398	0,003	0,171	1 < 2
Eğitimden 3 ay sonra ³	22,38	3,72				
<i>Manevi gelişim</i>						
Eğitimden önce ¹	24,37	3,78				
Eğitimden 1 ay sonra ²	26,78	4,70	4,606	0,014	0,129	1 < 2
Eğitimden 3 ay sonra ³	26,09	4,88				
<i>Kişiler Arası İlişkiler</i>						
Eğitimden önce ¹	26,31	3,71				
Eğitimden 1 ay sonra ²	27,75	4,49	2,304	0,124	-	-
Eğitimden 3 ay sonra ³	27,63	4,29				
<i>Stres Yönetimi</i>						
Eğitimden önce ¹	18,47	3,29				
Eğitimden 1 ay sonra ²	21,16	4,73	6,911	0,002	0,182	1 < 2,3
Eğitimden 3 ay sonra ³	21,22	4,74				

*SS: Standart Sapma, **p: Anlamlılık Düzeyi, F: Tekrarlı ölçümlerde ANOVA

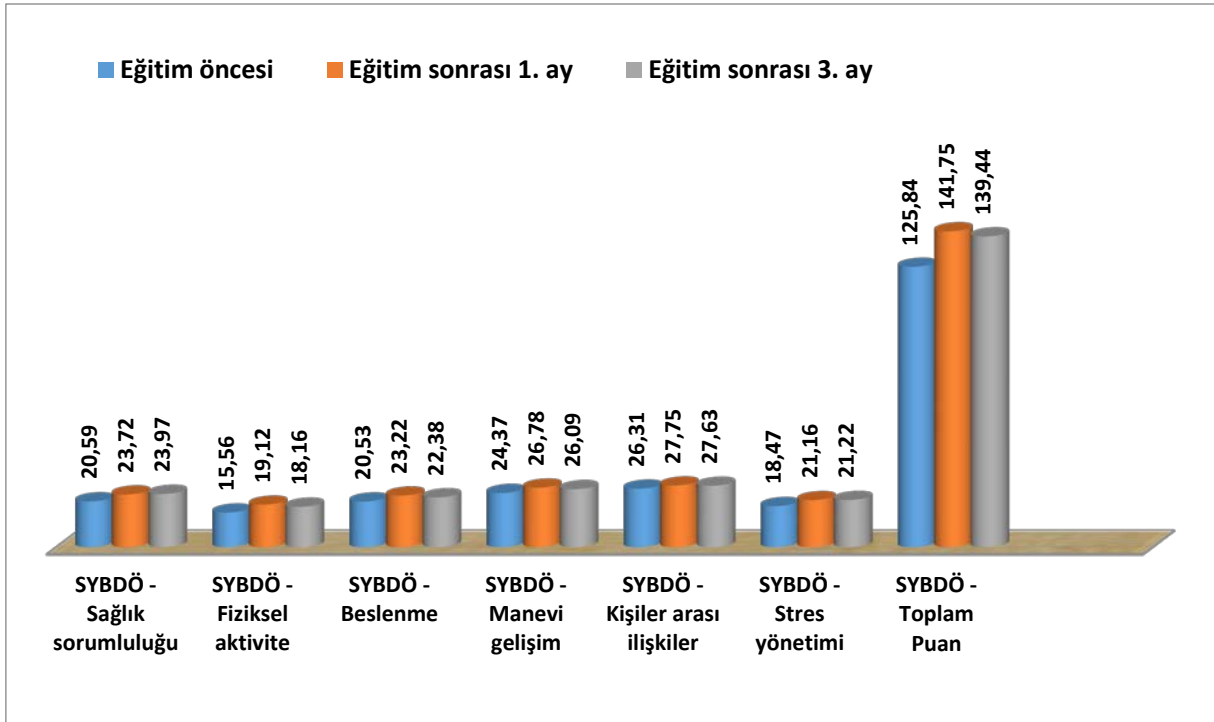
Lezbiyen/biseksüel kadınların eğitim öncesindeki SYBDÖ toplam puan ortalamaları 125,84±16,62 (min:92-max:165); eğitim sonrası birinci ayda 141,75±22,97 (min:103-max:192) ve eğitimden sonraki üçüncü ayda ise 139,44±22,14 (min:86-max:181) olarak saptanmıştır.

LB kadınlara verilen kadın üreme organı kanserleri eğitiminin, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisi tekrarlı ölçümlerde varyans analizi ile test edilmiştir. Eğitim öncesi ve eğitim sonrası birinci ve üçüncü ay SYBDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Eğitimden sonraki SYDBÖ toplam puan ortalamalarının eğitim öncesi ortalamalardan daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan post hoc bonferroni test sonucunda farkın eğitim öncesi puan ortalamasından kaynaklandığı saptanmıştır. Verilen eğitim LB kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında eğitim sonrası hem birinci ayda hem de üçüncü ayda orta düzeyin üzerinde bir artış yaratmıştır.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının alt boyutları incelendiğinde ise Sağlık Sorumluluğu ve Fiziksel Aktivite alt boyutlarında eğitim öncesine kıyasla eğitim sonrası birinci ve üçüncü aylarda ileri düzeyde anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan post hoc bonferroni analizde farkın eğitim öncesi puan ortalamasından kaynaklandığı belirlenmiştir.

Aynı zamanda SYBD'nin beslenme, manevi gelişim ve stres yönetimi alt boyutları içerisinde zaman içinde anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Beslenme ve manevi gelişim alt boyutlarında farkın hangi ölçümden kaynaklandığını belirlemek için yapılan post hoc bonferroni ileri analizinde eğitim öncesi puan ortalamasından kaynaklandığı görülmüştür. Beslenme ve manevi gelişim alt boyutlarında eğitim sonrası birinci ay ölçümleri ile üçüncü ay ölçümleri arasında anlamlı bir fark bulunmazken, eğitim öncesi puan ortalamaları ile eğitim sonrası birinci ay ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur. LB kadınların beslenme ve manevi gelişim yaşam davranışları eğitim öncesine göre eğitim sonrası birinci ayda artış göstermiştir. Eğitim öncesine oranla üçüncü ayda puan artışı olmasına karşın anlamlı fark saptanmamıştır. SYBDÖ'nün stres yönetimi alt boyutunda da eğitim öncesine oranla eğitim sonrası birinci ve üçüncü ayda zaman içerisinde sürekli bir artış görülmüştür. Farkın hangi ölçümden kaynaklandığını belirlemek için yapılan post hoc bonferroni ileri analizinde farkın eğitim öncesi puan ortalamasından kaynaklandığı görülmüştür. Verilen eğitim LB kadınların stres yönetimini hem birinci hem de üçüncü ayda arttırmıştır.

Şekil 4’te lezbiyen/biseksüel kadınların eğitim öncesi, eğitim sonrası birinci ay ve üçüncü aydaki SYBDÖ alt boyutlar ve toplam puan ortalamaları grafik haline getirilmiştir.



Şekil 4: Lezbiyen/biseksüel kadınların SYBDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları

4.4. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Jinekolojik Kanserler Farkındalık Düzeyleri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Bu başlık altında lezbiyen/biseksüel kadınların eğitim öncesi, eğitim sonrası birinci ve üçüncü aylarda JİKFÖ toplam puan ve alt boyutları ile SYBDÖ toplam puan ve alt boyutları arasındaki ilişki ayrı olarak pearson korelasyon analizi ile incelenmiştir. Tablo 7a'da lezbiyen/biseksüel kadınların eğitim öncesi JİKFÖ ve SYBDÖ toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişki gösterilmektedir.

Eğitim öncesinde LB kadınların JİKFÖ'nün jinekolojik kanserlerden korunma farkındalığı alt boyutu ile SYBDÖ'nün fiziksel aktivite alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve zayıf düzey bir ilişki bulunmuştur ($p=0,041$; $r=0,364$). LB kadınların jinekolojik kanserlerden korunma farkındalığı arttıkça fiziksel aktivite yaşam biçimi davranışları da artmaktadır.

Aynı zamanda jinekolojik kanserlerden korunma farkındalığı alt boyutu ile SYBDÖ toplam puanı arasında da istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve zayıf düzey bir ilişki bulunmuştur ($p=0,028$; $r=0,389$). LB kadınların jinekolojik kanserlerden korunma farkındalığı arttıkça sağlıklı yaşam biçim davranışlarında artış olmaktadır. Çalışmamızda eğitim öncesinde JİKFÖ'nün diğer alt boyutları ve toplam puanı ile SYBDÖ'nün fiziksel aktivite dışındaki diğer alt boyutları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 7a. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Eğitim Öncesi Jinekolojik Kanseler Farkındalık Düzeyleri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki

Ölçek Alt Boyutları	Kişilerarası İlişkiler		Beslenme		Sağlık Sorumluluğu		Fiziksel Aktivite		Stres Yönetimi		Manevi Gelişim		SYBDÖ** Toplam puan	
	r***	p****	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Jinekolojik Kanselerde Erken Tanı ve Bilgi Farkındalığı	-0,213	0,241	-0,009	0,961	0,212	0,244	0,054	0,769	-0,017	0,926	-0,007	0,970	0,013	0,943
Jinekolojik Kanseler Riskleri Farkındalığı	-0,087	0,634	-0,096	0,601	-0,303	0,092	-0,046	0,804	-0,050	0,786	-0,200	0,271	-0,188	0,304
Jinekolojik Kanselerden Korunma Farkındalığı	0,038	0,836	0,284	0,115	0,345	0,053	0,364	0,041	0,328	0,066	0,166	0,364	0,389	0,028
Jinekolojik Kanselerde Rutin Kontrol ve Ciddi Hastalık Algısı	-0,093	0,614	0,081	0,660	0,272	0,133	0,074	0,687	0,183	0,317	-0,067	0,718	0,111	0,546
JİKFÖ* Toplam Puan	-0,096	0,600	0,111	0,545	0,216	0,235	0,154	0,400	0,200	0,273	-0,046	0,801	0,139	0,447

*JİKFÖ: Jinekolojik Kanseler Farkındalık Ölçeği

**SYBDÖ: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği

***r: Korelasyon kat sayısı

***p: Anlamlılık düzeyi

Eğitim Sonrası 1. Ayda;

JİKFÖ'nün jinekolojik kanserlerde erken tanı ve bilgi farkındalığı alt boyutu ile SYBDÖ'nün stres yönetimi alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve zayıf düzey bir ilişki tespit edilmiştir ($p=0,049$; $r=0,351$). Eğitim sonrası birinci ayda LB kadınların erken tanı ve bilgi farkındalıkları arttıkça, stres yönetimleride artmaktadır.

JİKFÖ'nün kanser riskleri farkındalığı alt boyutu ile SYBDÖ'nün stres yönetimi alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve orta düzey bir ilişki tespit edilmiştir ($p=0,011$; $r=0,442$). Eğitim sonrası birinci ayda LB kadınların kanser riskleri farkındalıkları arttıkça, stres yönetimleri de artmaktadır.

JİKFÖ'nün kanserlerden korunma farkındalığı alt boyutu ile SYBDÖ'nün fiziksel aktivite, stres yönetimi alt boyutlarıyla ve SYBDÖ'nün toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve orta düzey bir ilişki tespit edilmiştir (sırasıyla $p=0,001$ $r=0,575$; $p=0,044$ $r=0,358$; $p=0,013$ $r=0,433$). Eğitim sonrası birinci ayda LB kadınların kanserlerden korunma farkındalıkları arttıkça; sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamaları, fiziksel aktivite ve stres yönetimleri de artmaktadır.

JİKFÖ'nün rutin kontrol ve ciddi hastalık algısı alt boyutu ile SYBDÖ'nün sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite ve manevi gelişim alt boyutları ile SYBDÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve orta düzey bir ilişki tespit edilmiştir (sırasıyla $p=0,008$ $r=0,462$; $p=0,016$ $r=0,424$; $p=0,038$ $r=0,368$; $p=0,011$ $r=0,445$). Eğitim sonrası birinci ayda LB kadınların rutin kontrol yaptırma ve kanserlerin ciddi hastalık olduğuna yönelik farkındalıkları arttıkça; sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamaları, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite ve manevi gelişimleri de artmaktadır.

JİKFÖ toplam puanı ile SYBDÖ'nün sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi ve manevi gelişim alt boyutları ile SYBDÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve orta düzey bir ilişki tespit edilmiştir (sırasıyla $p=0,017$ $r=0,420$; $p=0,008$ $r=0,460$; $p=0,010$ $r=0,446$; $p=0,019$ $r=0,411$). Eğitim sonrası birinci ayda LB kadınların jinekolojik kanser farkındalıkları arttıkça; sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamaları, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimleri ve manevi gelişimleri de artmaktadır. Tablo 7b'de lezbiyen/biseksüel kadınların eğitim sonrası birinci aydaki JİKFÖ ve SYBDÖ toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişki yer almaktadır.

Tablo 7b. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Eğitim Sonrası 1. Ay Jinekolojik Kanseler Farkındalık Düzeyleri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki

Ölçek Alt Boyutları	Kişilerarası İlişkiler		Beslenme		Sağlık Sorumluluğu		Fiziksel Aktivite		Stres Yönetimi		Manevi Gelişim		SYBDÖ** Toplam puan	
	r***	p****	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Jinekolojik Kanselerde Erken Tanı ve Bilgi Farkındalığı	0,324	0,071	0,257	0,155	0,268	0,138	0,113	0,538	0,351	0,049	0,325	0,070	0,338	0,058
Jinekolojik Kanseler Riskleri Farkındalığı	0,121	0,508	0,179	0,328	0,178	0,331	0,258	0,155	0,442	0,011	0,312	0,082	0,315	0,079
Jinekolojik Kanselerden Korunma Farkındalığı	0,085	0,643	0,288	0,110	0,344	0,054	0,575	0,001	0,358	0,044	0,341	0,056	0,433	0,013
Jinekolojik Kanselerde Rutin Kontrol ve Ciddi Hastalık Algısı	0,237	0,192	0,236	0,193	0,462	0,008	0,424	0,016	0,348	0,051	0,368	0,038	0,445	0,011
JİKFÖ* Toplam Puan	0,221	0,225	0,276	0,126	0,420	0,017	0,460	0,008	0,446	0,010	0,411	0,019	0,478	0,006

*JİKFÖ: Jinekolojik Kanseler Farkındalık Ölçeği

**SYBDÖ: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği

***r: Korelasyon kat sayısı

****p: Anlamlılık düzeyi

Eğitim Sonrası 3. Ayda;

JİKFÖ'nün jinekolojik kanserlerde erken tanı ve bilgi farkındalığı alt boyutu ile SYBDÖ'nün fiziksel aktivite alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde ve zayıf düzey bir ilişki vardır ($p=0,035$; $r=0,374$). Yine JİKFÖ'nün jinekolojik kanserlerde erken tanı ve bilgi farkındalığı alt boyutu ile SYBDÖ'nün stres yönetimi ve manevi gelişim alt boyutlarıyla SYBDÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve orta düzey bir ilişki tespit edilmiştir (sırasıyla $p=0,003$ $r=0,502$; $p=0,000$ $r=0,667$; $p=0,002$ $r=0,522$). Eğitim sonrası üçüncü ayda LB kadınların erken tanı ve bilgi farkındalıkları arttıkça, sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamaları, fiziksel aktiviteleri, stres yönetimleri ve manevi gelişimleri de artmaktadır.

JİKFÖ'nün jinekolojik kanser riskleri farkındalığı alt boyutu ile SYBDÖ'nün fiziksel aktivite alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve zayıf düzey bir ilişki tespit edilmiştir ($p=0,025$; $r=0,397$). JİKFÖ'nün jinekolojik kanser riskleri farkındalığı alt boyutu ile SYBDÖ'nün stres yönetimi ve manevi gelişim alt boyutlarıyla SYBDÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve orta düzey bir ilişki tespit edilmiştir (sırasıyla $p=0,006$ $r=0,472$; $p=0,005$ $r=0,487$; $p=0,008$ $r=0,462$). Eğitim sonrası üçüncü ayda LB kadınların kanser riskleri farkındalıkları arttıkça, sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamaları, fiziksel aktiviteleri, stres yönetimleri ve manevi gelişimleri de artmaktadır.

JİKFÖ'nün jinekolojik kanserlerden korunma farkındalığı alt boyutu ile SYBDÖ'nün stres yönetimi ve manevi gelişim alt boyutlarıyla SYBDÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve orta düzey bir ilişki tespit edilmiştir (sırasıyla $p=0,022$ $r=0,402$; $p=0,003$ $r=0,505$; $p=0,021$ $r=0,406$). Eğitim sonrası üçüncü ayda LB kadınların kanserden korunma farkındalıkları arttıkça, sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamaları, stres yönetimleri ve manevi gelişimleri de artmaktadır.

JİKFÖ'nün jinekolojik kanserlerde rutin kontrol ve ciddi hastalık algısı alt boyutu ile SYBDÖ'nün manevi gelişim alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve orta düzey bir ilişki tespit edilmiştir ($p=0,008$; $r=0,462$). Benzer şekilde JİKFÖ'nün jinekolojik kanserlerde rutin kontrol ve ciddi hastalık algısı alt boyutu ile SYBDÖ'nün toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve zayıf düzey bir ilişki tespit edilmiştir ($p=0,040$; $r=0,365$). Eğitim sonrası üçüncü ayda LB kadınların rutin kontrol

yaptırma ve kanserlerin ciddi hastalık olduğuna yönelik farkındalıkları arttıkça; sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamaları ve manevi gelişimleri de artmaktadır.

JİKFÖ toplam puanı ile SYBDÖ'nün fiziksel aktivite alt boyutu arasında anlamlı, pozitif yönlü ve zayıf düzey bir ilişki tespit edilmiştir ($p=0,041$; $r=0,363$). Yine JİKFÖ toplam puanı ile SYBDÖ'nün manevi gelişim ve stres yönetimi alt boyutlarıyla SYBDÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve orta düzey bir ilişki tespit edilmiştir (sırasıyla $p=0,015$ $r=0,425$; $p=0,001$ $r=0,555$; $p=0,007$ $r=0,466$). Eğitim sonrası üçüncü ayda LB kadınların jinekolojik kanser farkındalıkları arttıkça; sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamaları, fiziksel aktiviteleri, stres yönetimleri ve manevi gelişimleri de artmaktadır.

Tablo 7c'de lezbiyen/biseksüel kadınların eğitim sonrası üçüncü ayda jinekolojik kanserler farkındalık düzeyleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki verilmiştir.

Tablo 7c. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Eğitim Sonrası 3. Ay Jinekolojik Kanserler Farkındalık Düzeyleri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki

Ölçek Alt Boyutları	Kişilerarası İlişkiler		Beslenme		Sağlık Sorumluluğu		Fiziksel Aktivite		Stres Yönetimi		Manevi Gelişim		SYBDÖ** Toplam puan	
	r***	p****	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Jinekolojik Kanserlerde Erken Tanı ve Bilgi Farkındalığı	0,371*	0,037	0,308	0,087	0,232	0,201	0,374	0,035	0,502	0,003	0,667	0,000	0,522	0,002
Jinekolojik Kanser Riskleri Farkındalığı	0,304	0,091	0,277	0,125	0,228	0,210	0,397	0,025	0,472	0,006	0,487	0,005	0,462	0,008
Jinekolojik Kanserlerden Korunma Farkındalığı	0,242	0,183	0,154	0,399	0,250	0,167	0,319	0,075	0,402	0,022	0,505	0,003	0,406	0,021
Jinekolojik Kanserlerde Rutin Kontrol ve Ciddi Hastalık Algısı	0,262	0,148	0,128	0,486	0,281	0,119	0,264	0,144	0,284	0,116	0,462	0,008	0,365	0,040
JİKFÖ* Toplam Puan	0,316	0,079	0,216	0,234	0,289	0,109	0,363	0,041	0,425	0,015	0,555	0,001	0,466	0,007

*JİKFÖ: Jinekolojik Kanserler Farkındalık Ölçeği

**SYBDÖ: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği

***r: Korelasyon kat sayısı

***p: Anlamlılık düzeyi

4.5. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Eğitim Öncesi ve Sonrası Cinsel Sağlık, Sağlık Arama ve Bazı Sağlıklı Yaşam Davranışlarına İlişkin Bulgular

Tablo 8’de lezbiyen/biseksüel kadınların eğitim öncesinde ve eğitim sonrası birinci ve üçüncü aydaki cinsel sağlık davranışları verilmiştir.

Tablo 8. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Eğitim Öncesi ve Sonrası Cinsel Sağlık Davranışları

Cinsel Sağlık Davranışları	Eğitim Öncesi ¹		Eğitim Sonrası ² (1. Ay)		Eğitim Sonrası ³ (3. Ay)		Test Değeri &	p**	Post hoc
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%			
Mevcut Cinsel Partner Sayısı									
0	7	21,9	7	21,9	3	9,4	-	-	-
1	17	53,1	19	59,4	23	71,9			
2	5	15,6	5	15,6	3	9,4			
3 ve üzeri	3	9,4	1	3,1	3	9,4			
Cinsel İlişki Yaşama Durumu									
Evet	31	96,6	28	87,5	31	96,6	4,500	0,105	-
Hayır	1	3,1	4	12,5	1	3,1			
Cinsel İlişkide Kişisel Hijyene Dikkat Etme Durumu									
Evet	28	87,5	28	87,5	30	93,8	6,500	0,039	1-3
Hayır	4	12,25	4	12,25	2	6,2			
Cinsel Partnerle Olan Arkadaşlık Süresi									
Kısa süreli	9	28,1	10	31,3	8	25,0	0,667	0,717	-
Uzun süreli	23	71,9	22	68,8	24	75,0			
KKVM Yapma Davranışı									
Evet	7	21,9	24	75	27	84,4	33,2238	0,000	1-2
Hayır	25	78,1	8	25	5	15,6			1-3
Cinsel İlişkide Kondom Kullanma									
Evet	12	38,7	14	45,2	16	50,0	1,000	0,607	-
Hayır	19	61,3	17	54,8	16	50,0			
Seks Oyunağı Kullanma Durumu									
Evet	7	21,9	9	28,1	10	31,3	1,750	0,417	-
Hayır	25	78,1	23	71,9	22	68,7			
Seks Oyunağını Temizleme									
Evet	7	100,0	9	100,0	10	100,0	-	-	-
Vajinal Duş Yapma Durumu									
Evet	8	25	1	3,1	-	-	-	-	-
Hayır	24	75	31	96,9	32	100,0			
Kullandığı Ped Türü*									
Ticari Ped	32	100,0	30	93,8	23	100,0	-	-	-
Ticari Günlük Ped	11	34,4	7	21,9	6	18,8			
Tampon	11	34,4	8	25,0	7	21,9			
Menstruasyon Sırasında Kullanılan Günlük Ped Sayısı									
6 ve üzeri ped	12	37,5	22	68,8	24	75,0	16,533	0,000	1-2
5 ve daha az ped	20	62,5	10	31,3	8	25,0			1-3

*Bu soruda birden fazla seçenek işaretlenmiştir, p** anlamlılık değeri, &: Cochran’s Q testi

Lezbiyen/biseksüel kadınların cinsel sağlık davranışları incelendiğinde eğitim öncesi ve eğitim sonrası cinsel sağlık davranışları incelendiğinde cinsel ilişkide kişisel hijyene dikkat

etme durumunun, KKVM yapma davranışının ve menstruasyon sırasında kullanılan günlük ped sayısının eğitim öncesi ve eğitim sonrası oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu gözlemlenmiştir ($p<0,05$).

Cinsel ilişkide hijyene dikkat etme durumunda eğitim öncesi ve eğitim sonrası arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Cinsel ilişkide kişisel hijyene dikkat edenlerin oranı eğitim öncesinden eğitimden sonraki üçüncü aya kadar sürekli bir artış göstermiştir. Eğitimin üç ay sonrasında ise %93,8 olduğu tespit edilmiştir. Yapılan bonferroni post hoc analizinde farkın eğitim öncesindeki oran ile eğitim sonrası üçüncü aydaki oran arasında olduğu saptanmıştır.

KKVM yapma davranışında eğitim öncesi ve eğitim sonrası arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,001$). KKVM yapanların sayısı da benzer şekilde hem birinci ayda hem de üçüncü ayda sürekli bir artış göstermiştir (eğitimden önce %21,9; eğitimden sonra birinci ayda %75; üçüncü ayda %84,4). Yapılan bonferroni post hoc analizinde farkın eğitim öncesi orandan kaynaklandığı görülmüştür.

Menstruasyon sırasında kullanılan günlük ped sayılarında eğitim öncesi ve eğitim sonrası arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,001$). Menstruasyon sırasında kullanılan günlük ped sayısı hem birinci ayda hem de üçüncü ayda sürekli bir artış göstermiştir. Eğitim öncesinde günlük altı ve üzeri ped kullananların oranı %37,5 iken, eğitim sonrası birinci ayda bu oran %68,8'e üçüncü ayda ise %75,0'e çıkmıştır. Yapılan bonferroni post hoc analizinde farkın eğitim öncesi orandan kaynaklandığı görülmüştür.

Bu sonuçlar, lezbiyen/biseksüel kadınlara verilen kadın kanserlerinden korunma eğitimi ile birlikte kadınların cinsel sağlık davranışlarında olumlu gelişmeler olduğunu göstermektedir. LB kadınların cinsel ilişki yaşama durumu, cinsel partner ile olan arkadaşlık süresi, cinsel ilişkide kondom kullanma durumu, seks oyuncacı kullanma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 9’da lezbiyen/biseksüel kadınların eğitim öncesi ve sonrası sağlık arama davranışları bulunmaktadır.

Tablo 9. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Eğitim Öncesi ve Sonrası Sağlık Arama Davranışları

Sağlık Arama Davranışları	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası (1. Ay)		Eğitim Sonrası (3. Ay)		Test Değeri &	p**	Post hoc
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%			
Mevcut Sağlık Durum Algısı									
Kötü	-	-	-	-	1	3,1	-	-	-
Orta	8	25,0	6	18,8	6	18,8			
İyi	24	75,0	26	81,3	25	78,1			
HIV Testi Yaptırma Davranışı									
Evet	10	31,3	20	62,5	26	81,3	11,143	0,004	2-3
Hayır	22	68,8	12	37,5	6	18,8			
Pap Smear Yaptırma Davranışı									
Evet	10	31,2	6	18,8	17	53,1	8,909	0,012	2-3
Hayır	16	50	16	50	9	28,1			
Jinekolojik Muayene Yaptırma Davranışı									
Evet	12	37,5	12	37,5	23	71,9	16,133	0,000	1-3
Hayır	20	62,5	20	62,5	9	28,1			

*Yaşı gereği yaptırmasına gerek olmayanları ve yakın zamanda pap test yaptıranları içermektedir.

**p anlamlılık değeri, &:Cochran’s Q testi

Lezbiyen/biseksüel kadınların eğitim öncesi ve eğitim sonrası sağlık arama davranışları incelendiğinde; HIV testi, pap smear ve jinekolojik muayene yaptırma oranlarında istatistiksel olarak anlamlı bir artış olduğu görülmektedir ($p<0,05$). HIV testi yaptırma davranışının eğitimden önceki ve eğitimden sonraki ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). HIV testi yaptırma oranı eğitim öncesinden eğitimden sonraki üçüncü aya kadar sürekli bir artış göstermiştir. Yapılan bonferroni post hoc analizinde farkın eğitimden sonraki birinci ay ile üçüncü ay arasında olduğu görülmüştür. Eğitimden sonraki üçüncü ayda HIV testi yaptıranların oranı (%81,3) eğitimden sonraki birinci ayda HIV testi yaptıranların oranından (%62,5) daha yüksektir.

Jinekolojik muayene yaptırma davranışı incelendiğinde ise ölçümler arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir farklılığın olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$). Eğitimden önceki ve eğitimden bir ay sonraki ölçümlerde jinekolojik muayene yaptırma oranı %37,5 iken; eğitimden üç ay sonra %71,9 olmuştur.

Pap smear testi yaptırma davranışının eğitimden önceki ve eğitimden sonraki ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Pap smear yaptırma oranı eğitim sonrası birinci aydan üçüncü aya artış göstermiştir. Yapılan bonferroni post hoc analizinde farkın eğitimden sonraki birinci ay ile üçüncü ay arasında olduğu görülmüştür. Pap Smear testi yaptıranların oranları incelendiğinde pap smear yaptırdığını

belirtenlerin oranı; eğitimden önce %31,2 iken eğitimden sonraki birinci ayda %18,8; eğitimin üçüncü ayda ise %53,1 olmuştur. Bu sonuçlar, lezbiyen/biseksüel kadınlara verilen kadın kanserlerinden korunma eğitimi ile birlikte kadınların sağlık arama davranışlarında olumlu gelişmeler olduğunu göstermektedir.

Tablo 10'da lezbiyen/biseksüel kadınların eğitim öncesi ve sonrası bazı sağlıklı yaşam davranış özellikleri yer almaktadır.

Tablo 10. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Eğitim Öncesi ve Sonrası Bazı Sağlıklı Yaşam Davranışları

Sağlıklı Yaşam Davranışları	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası (1. Ay)		Eğitim Sonrası (3. Ay)		Test Değeri ^{&}	p*	Post hoc
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%			
Gece Uyuma Süresi									
6 Saat ve daha az	9	28,1	3	9,4	1	3,3	-	-	-
7-8 Saat	15	46,9	23	71,9	24	80			
9 ve daha fazla	8	25	6	18,8	5	16,7			
Sigara Kullanım Durumu									
Evet	22	68,8	13	40,6	15	46,9	7,600	0,022	1-3
Hayır	10	31,3	19	59,4	17	53,1			
Alkol Kullanım Durumu									
Evet	29	90,6	29	90,6	27	84,4	2,000	0,368	-
Hayır	3	9,4	3	9,4	5	15,6			
Madde Kullanım Durumu									
Evet	4	12,5	4	12,5	3	9,4	0,667	0,717	-
Hayır	28	87,5	28	87,5	29	90,6			

*p anlamlılık değeri, &:Cochran's Q testi

Lezbiyen/Biseksüel kadınların eğitim öncesi ve sonrası bazı sağlıklı yaşam davranışları incelendiğinde sigara kullanım durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Sigara kullanma davranışında eğitim öncesi ve eğitim sonrası arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Eğitim öncesinde sigara kullananların oranı %68,8 iken eğitim sonrası birinci ayda %40,6 üçüncü ayda ise %46,9'dur. Sigara içen LB kadın oranının eğitim öncesine göre eğitim sonrasında azaldığı görülmüştür. Yapılan bonferroni post hoc analizinde farkın eğitim öncesi ile eğitim sonrası üçüncü ay arasında olduğu saptanmıştır.

Kadınların gece uyuma süresi incelendiğinde eğitim öncesinde %46,9 kadın 7-8 saat uyku uyuma süresi bildirirken bu oran eğitim sonrası birinci ayda %71,9; üçüncü ayda ise %80 olarak saptanmıştır. Alkol ve madde kullanımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

4.6. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Sosyo-demografik Özellikleri ile Eğitim Öncesi ve Sonrası Jinekolojik Kanserler Farkındalık Düzeylerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Tablo 11’da lezbiyen/biseksüel kadınların sosyodemografik özelliklerine göre eğitim öncesi ve sonrası JİKFÖ toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir.

Tablo 11. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Eğitim Öncesi ve Sonrası JİKFÖ Toplam Puan Ortalamaları

Grup \ Zaman	EÖ $\bar{X} \pm SS$	ES (1. Ay) $\bar{X} \pm SS$	ES (3. Ay) $\bar{X} \pm SS$		F&	p*	Partical Eta Kare
Yaş							
≤ 25 yaş	144,54±16,07	174,46±20,95	185,92±22,95	G	0,236	0,631	-
> 25 yaş	142,37±17,00	178,79±14,86	177,37±16,19	Z	52,513	0,000	0,636
t	0,362	-0,685	1,239	G*Z	1,265	0,284	-
p	0,720	0,499	0,225		Post hoc: 1<2,3		
Eğitim Durumu							
Lise	141,14±12,71	174,00±18,20	190,14±18,87	G	0,115	0,736	-
Lisans ve üstü	143,84±17,48	177,88±17,46	178,24±19,03	Z	42,968	0,000	0,587
t	-0,379	-0,515	1,465	G*Z	1,692	0,200	-
p	0,707	0,610	0,153		Post hoc: 1<2,3		
Çalışma Durumu							
Çalışmıyor	147,94±16,36	172,75±17,33	182,50±22,08	G	0,101	0,753	-
Çalışıyor	138,56±15,53	181,31±16,93	179,19±16,74	Z	56,685	0,000	0,654
t	1,662	-1,414	0,478	G*Z	2,755	0,087	-
p	0,107	0,168	0,636		Post hoc: 1<2,3		
Cinsel Yönelim							
Lezbiyen	136,64±17,17	176,09±20,53	179,09±17,95	G	1,116	0,299	-
Biseksüel	146,71±15,26	177,52±16,06	181,76±20,41	Z	51,148	0,000	0,630
t	-1,701	-0,218	-0,366	G*Z	0,610	0,512	-
p	0,099	0,829	0,717		Post hoc: 1<2,3		

EÖ:Eğitim Öncesi, ES:Eğitim Sonrası; SS:Standart Sapma; **G**: Grup, **Z**: Zaman, **G*Z**: Grup-Zaman Etkileşimi

p**: anlamlılık değeri, *t**: Bağımsız gruplarda t testi, **F&**:Tekrarlı ölçümlerde ANOVA

Lezbiyen/biseksüel kadınların eğitim öncesi ve sonrası JİKFÖ puan ortalamaları bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre zaman içinde farklılık gösterip göstermediği tekrarlı ölçümlerde varyans analizi ve gruplar arasında farklılık olup olmadığı bağımsız gruplarda t testi ile incelenmiştir.

25 yaş ve altı olan LB kadınların JİKFÖ puan ortalamaları eğitim öncesinde $144,54 \pm 16,07$; eğitim sonrası birinci ayda $174,46 \pm 20,95$; üçüncü ayda ise $185,92 \pm 22,95$ olarak bulunmuştur. 26 yaş ve üzeri olan LB kadınların JİKFÖ puan ortalamaları eğitim öncesinde $142,37 \pm 17,00$; eğitim sonrası birinci ayda $178,79 \pm 14,86$; üçüncü ayda ise $177,37 \pm 16,19$ olarak saptanmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözükmemesine karşın, 25 yaş ve altı olan kadınların eğitim öncesinde ve eğitim sonrası üçüncü aydaki JİKFÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmektedir.

Eğitim durumu lise olan LB kadınların JİKFÖ puan ortalamaları eğitim öncesinde $141,14 \pm 12,71$; eğitim sonrası birinci ayda $174,00 \pm 18,20$; üçüncü ayda ise $190,14 \pm 18,87$ olarak bulunmuştur. Eğitim durumu lisans ve üstü olan LB kadınların JİKFÖ puan ortalamaları ise eğitim öncesinde $143,84 \pm 17,48$; eğitim sonrası birinci ayda $177,88 \pm 17,46$; üçüncü ayda ise $178,24 \pm 19,03$ olarak saptanmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözükmemesine karşın, eğitim durumu lisans ve üzeri olan kadınların eğitim öncesinde ve eğitimden sonraki birinci ayda JİKFÖ puan ortalamaları daha yüksektir. Ancak eğitim durumu lise olan kadınların ise eğitim sonrası birinci aydan üçüncü aya puan ortalamalarında radikal bir artış olduğu görülmüştür.

LB kadınların JİKFÖ toplam puanlarının zaman içinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Kadınların puan ortalamaları gruplarda zaman içerisinde anlamlı bir artış göstermiştir. Yapılan post hoc bonferroni analizlerinde, farkın eğitim öncesindeki puan ortalamalarından kaynaklandığı görülmüştür. Farkındalık düzeyleri eğitim öncesine göre eğitimden sonraki birinci ve üçüncü aylarda daha yüksektir. Bu durum lezbiyen/biseksüel kadınlara verilen eğitimin jinekolojik kanserlerde farkındalık artışına olumlu etki gösterdiğini açıklamaktadır. Ancak gruplar arasında yapılan t testlerinde anlamlı bir fark olmadığı ($p > 0,05$) ve grup zaman etkileşimi bulunmadığı; yaş, eğitim durumu, çalışma durumu ve cinsel yönelim değişkenlerinin zaman içerisindeki bu artışa etki etmediği görülmektedir ($p > 0,05$).

4.7. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Sosyo-demografik Özellikleri ile Eğitim Öncesi ve Sonrası Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Tablo 12’de lezbiyen veya biseksüel kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre eğitim öncesi ve sonrası SYBDÖ toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir.

Tablo 12. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Eğitim Öncesi ve Sonrası SYBDÖ Puan Ortalamaları

Grup	Zaman	EÖ X̄ ± SS	ES (1. Ay) X̄ ± SS	ES (3. Ay) X̄ ± SS		F&	p	Partical Eta Kare
Yaş								
≤ 25 yaş		120,31±15,29	135,92±26,16	135,62±22,09	G	2,268	0,142	-
> 25 yaş		129,63±16,81	145,74±20,27	142,05±22,38	Z	8,578	0,001	0,222
t		-1,597	-1,195	-0,803	G*Z	0,096	0,909	-
p		0,121	0,214	0,428		Post hoc: 1<2,3		
Eğitim Durumu								
Lise		120,57±18,50	140,14±26,68	135,29±21,92	G	0,462	0,502	-
Lisans ve üstü		127,32±16,15	142,20±22,41	140,60±22,50	Z	6,833	0,002	0,186
t		-0,336	-0,206	-0,555	G*Z	0,118	0,882	-
p		0,739	0,838	0,583		Post hoc: 1<2,3		
Çalışma Durumu								
Çalışmıyor		126,81±17,40	141,19±23,73	138,56±26,33	G	0,003	0,957	-
Çalışıyor		124,88±16,31	142,31±22,94	140,31±17,83	Z	8,805	0,000	0,227
t		0,325	-0,136	-0,220	G*Z	0,116	0,891	-
p		0,747	0,892	0,827		Post hoc: 1<2,3		
Cinsel Yönelim								
Lezbiyen		120,00±13,44	147,82±25,83	140,73±14,20	G	0,016	0,900	-
Biseksüel		128,90±17,58	138,57±21,29	138,76±25,64	Z	11,521	0,000	0,277
t		-1,466	1,085	0,235	G*Z	2,415	0,098	-
p		0,153	0,287	0,816		Post hoc: 1<2		

EÖ: Eğitim Öncesi, ES: Eğitim Sonrası, SS: Standart Sapma;

G: Grup, Z: Zaman, G*Z: Grup-Zaman Etkileşimi

*p: anlamlılık değeri, **t: Bağımsız gruplarda t testi, F&: Tekrarlı ölçümlerde ANOVA

Lezbiyen/biseksüel kadınların eğitim öncesi ve sonrası SYBDÖ puan ortalamalarının bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre zaman içinde zaman içinde farklılık gösterip göstermediği tekrarlı ölçümlerde varyans analizi ve gruplar arasında farklılık olup olmadığı bağımsız gruplarda t testi ile incelenmiştir.

25 yaş ve altı olan LB kadınların SYBDÖ puan ortalamaları eğitim öncesinde $120,31 \pm 15,29$; eğitim sonrası birinci ayda $135,92 \pm 26,16$; üçüncü ayda ise $135,62 \pm 22,09$ olarak bulunmuştur. 26 yaş ve üzeri olan LB kadınların SYBDÖ puan ortalamaları eğitim öncesinde $129,63 \pm 16,81$; eğitim sonrası birinci ayda $145,74 \pm 20,27$; üçüncü ayda ise $142,05 \pm 22,38$ olarak saptanmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözükmemesine karşın, 26 yaş ve üzeri olan kadınların eğitim öncesi ile eğitim sonrası birinci ve üçüncü aylardaki SYBDÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmektedir.

Eğitim durumu lise olan LB kadınların SYBDÖ puan ortalamaları eğitim öncesinde $120,57 \pm 18,50$; eğitim sonrası birinci ayda $140,14 \pm 26,68$; üçüncü ayda ise $135,29 \pm 21,92$ olarak bulunmuştur. Eğitim durumu lisans ve üstü olan LB kadınların SYBDÖ puan ortalamaları ise eğitim öncesinde $127,32 \pm 16,15$; eğitim sonrası birinci ayda $142,20 \pm 22,41$; üçüncü ayda ise $140,60 \pm 22,50$ olarak saptanmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözükmemesine karşın, eğitim durumu lisans ve üzeri olan kadınların eğitim öncesi ile eğitim sonrası birinci ve üçüncü aylardaki SYBDÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmektedir.

LB kadınların SYBDÖ toplam puanlarının zaman içinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Kadınların puan ortalamaları gruplarda zaman içerisinde anlamlı bir artış göstermiştir. Yapılan post hoc bonferroni analizlerinde, farkın eğitim öncesindeki puan ortalamalarından kaynaklandığı görülmüştür. Kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları eğitim öncesine göre eğitimden sonraki birinci ve üçüncü aylarda daha iyi seviyededir. Bu durum lezbiyen/biseksüel kadınlara verilen eğitimin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının gelişimine olumlu etki gösterdiğini açıklamaktadır. Ancak gruplar arasında yapılan t testlerinde anlamlı bir fark olmadığı ($p > 0,05$) ve grup zaman etkileşimi bulunmadığı; yaş, eğitim durumu, çalışma durumu ve cinsel yönelim değişkenlerinin zaman içerisindeki bu artışa etki etmediği görülmektedir ($p > 0,05$).

4.8. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Cinsel Sağlık Davranış Özellikleri ile Eğitim Öncesi ve Sonrası Jinekojik Kanserler Farkındalık Ölçek Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Tablo 13'te lezbiyen veya biseksüel kadınların cinsel sağlık davranış özellikleri ile eğitim öncesi ve sonrası JİKFÖ toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir.

Tablo 13. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Cinsel Sağlık Davranış Özellikleri ile Eğitim Öncesi ve Sonrası JİKFÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Cinsel Sağlık Davranışları	Eğitim Öncesi (Ort ± SS*)	Eğitim Sonrası (1. Ay) (Ort ± SS)	Eğitim Sonrası (3. Ay) (Ort ± SS)
Cinsel İlişkide Kondom Kullanma			
Evet	150,58±14,60	183,43±19,12	185,88±18,78
Hayır	138,85±16,16	171,94±15,02	175,81±19,15
t	2,059	1,874	1,501
p	0,048	0,071	0,144
	Eğitim Öncesi Medyan, Min-Max	Eğitim Sonrası (1. Ay) Medyan, Min-Max	Eğitim Sonrası (3. Ay) Medyan, Min-Max
Seks Oyuncacı Kullanma Durumu			
Evet	148, 101-171	171, 163-202	189, 153-205
Hayır	144, 120-179	178, 141-205	178, 141-205
U	79,500	69,00	70,50
p	0,831	0,478	0,523
KKVM Yapma Davranışı			
Evet	154, 120-161	176, 141-205	189, 141-205
Hayır	141, 101-179	175, 154-202	164, 151-195
U	74,500	95,50	40,00
p	0,553	0,983	0,153

SS*: Standart sapma, p**: Anlamlılık düzeyi, t: t testi, U: Mann Whitney U testi

Lezbiyen/biseksüel kadınların cinsel sağlık davranış özellikleriyle eğitim öncesi ve sonrası JİKFÖ puan ortalamaları incelendiğinde sadece eğitim öncesinde ilişkide kondom kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Cinsel ilişkide kondom kullananların puan ortalaması 150,58±14,60 iken kullanmayanların puan ortalaması ise 138,85±16,16'dır. Eğitim öncesinde cinsel ilişkide kondom kullananların puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Diğer parametrelerde eğitim öncesi veya eğitim sonrasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$).

4.9. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Cinsel Sağlık Davranış Özellikleri ile Eğitim Öncesi ve Sonrası Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Tablo 14’te lezbiyen veya biseksüel kadınların cinsel sağlık davranış özellikleri ile eğitim öncesi ve sonrası SYBDÖ toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir.

Tablo 14. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Cinsel Sağlık Davranış Özellikleri ile Eğitim Öncesi ve Sonrası SYBDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Cinsel Sağlık Davranışları	Eğitim Öncesi (Ort ± SS*)	Eğitim Sonrası (1. Ay) (Ort ± SS)	Eğitim Sonrası (3. Ay) (Ort ± SS)
Cinsel İlişkide Kondom Kullanma			
Evet	129,58±17,95	143,00±26,45	143,00±21,41
Hayır	123,60±15,81	143,00±18,88	135,88±22,96
t	0,986	0,0001	0,908
p	0,332	0,999	0,371
	Eğitim Öncesi Medyan, Min-Max	Eğitim Sonrası (1. Ay) Medyan, Min-Max	Eğitim Sonrası (3. Ay) Medyan, Min-Max
Seks Oyunağı Kullanma Durumu			
Evet	122, 103-162	148, 138-192	150, 143-169
Hayır	127, 92-165	132, 107-181	128, 86-181
U	77,00	45,00	42,500
p	0,741	0,019	0,006
KKVM Yapma Davranışı			
Evet	128, 105-165	143, 103-192	143, 103-181
Hayır	125, 92-162	137, 110-181	119, 86-151
U	85,00	66,00	28,50
p	0,632	0,327	0,043

SS*: Standart sapma, **p****: Anlamlılık düzeyi, **t**: t testi, **U**: Mann Whitney U testi

Lezbiyen/biseksüel kadınların seks oyunağı kullanma davranışına göre eğitimden sonraki birinci ve üçüncü aylarda SYDBÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Her iki ölçümde de seks oyunağı kullananların skorlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. LB kadınların KKVM yapma davranışına göre eğitimden üç ay sonraki SYDBÖ puan ortalamalarında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). KKVM yapan kadınların daha sağlıklı yaşam biçimi davranışları benimsediği sonucuna ulaşılmıştır. Bu durum, LB kadınların almış oldukları eğitim sayesinde farkındalık kazanarak ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirerek bazı cinsel sağlık davranışlarında da değişiklik yaptıklarını ifade etmektedir. Lezbiyen/biseksüel kadınların cinsel sağlık davranış özellikleriyle eğitim öncesi ve sonrası SYBDÖ puan

ortalamları incelendiğinde; kondom kullanma durumuna göre SYBDÖ toplam puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

4.10. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Sağlık Arama Davranış Özellikleri ile Eğitim Öncesi ve Sonrası Jinekolojik Kanseler Farkındalık Ölçek Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Tablo 15'te lezbiyen veya biseksüel kadınların sağlık arama davranışları ile eğitim öncesi ve sonrası JİKFÖ toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir.

Tablo 15. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Sağlık Arama Davranış Özellikleri ile Eğitim Öncesi ve Sonrası JİKFÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Sağlık Arama Davranışları	Eğitim Öncesi (Ort ± SS*)	Eğitim Sonrası (1. Ay) (Ort ± SS)	Eğitim Sonrası (3. Ay) (Ort ± SS)
HIV Testi Yaptırma Davranışı			
Evet	141,82±16,23	177,86±18,00	181,59±19,32
Hayır	146,40±17,20	175,20±16,78	179,20±20,35
t	-0,727	0,396	0,319
p	0,473	0,695	0,752
Pap Smear Yaptırma Davranışı			
Evet	150,30±16,21	181,20±18,74	181,10±21,93
Hayır	139,31±16,89	174,38±17,08	176,00±16,84
t	1,638	0,955	0,669
p	0,114	0,349	0,510
Jinekolojik Muayene Yaptırma Davranışı			
Evet	152,33±15,83	178,33±18,47	180,75±22,74
Hayır	137,80±14,50	176,25±17,18	180,90±17,65
t	2,653	0,323	-0,021
p	0,013	0,749	0,983

SS*: Standart sapma, p**: Anlamlılık düzeyi, t: t testi

Lezbiyen/biseksüel kadınların sağlık arama davranış özellikleriyle eğitim öncesi ve sonrası JİKFÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında HIV testi yaptırma davranışına ve Pap Smear Yaptırma davranışına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı fark edilmiştir ($p>0,05$). Ancak jinekolojik muayene yaptırma davranışı eğitim öncesinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Jinekolojik muayene yaptıranların puan ortalamalarının (152,33±15,83) yaptırmayanlardan (137,80±14,50) daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

4.11. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Sağlık Arama Davranış Özellikleri ile Eğitim Öncesi ve Sonrası Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Tablo 16’de lezbiyen veya biseksüel kadınların sağlık arama davranışları ile eğitim öncesi ve sonrası SYBDÖ toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir.

Tablo 16. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Sağlık Arama Davranış Özellikleri ile Eğitim Öncesi ve Sonrası SYBDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Sağlık Arama Davranışları	Eğitim Öncesi (Ort ± SS*)	Eğitim Sonrası (1. Ay) (Ort ± SS)	Eğitim Sonrası (3. Ay) (Ort ± SS)
HIV Testi Yaptırma Davranışı			
Evet	125,23±18,27	142,09±24,57	134,95±22,57
Hayır	127,20±13,04	141,00±20,19	149,30±18,51
t	-0,307	0,123	-1,755
p	0,761	0,903	0,089
Pap Smear Yaptırma Davranışı			
Evet	131,00±18,21	140,50±24,81	145,80±23,49
Hayır	125,25±14,34	142,63±20,96	137,19±21,19
t	0,897	-0,234	0,967
p	0,379	0,817	0,343
Jinekolojik Muayene Yaptırma Davranışı			
Evet	132,50±19,28	142,58±23,28	140,67±27,35
Hayır	121,85±13,81	141,25±23,37	138,70±19,10
t	1,819	0,156	0,240
p	0,079	0,877	0,812

SS*: Standart sapma, **p****: Anlamlılık düzeyi, **t**: t testi

Lezbiyen/biseksüel kadınların sağlık arama davranış özellikleri ile SYBDÖ toplam puanlarının karşılaştırılmasında eğitim öncesi ve sonrası puan ortalamalarında HIV testi yaptırma, pap smear yaptırma ve jinekolojik muayene yaptırma davranışlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermediği sonucuna ulaşılmıştır ($p>0,05$).

5. TARTIŞMA

Literatürde lezbiyen veya biseksüel kadınların belirli kanser tiplerine veya tüm jinekolojik kanserlere yönelik tutum ve davranışlarını inceleyen tanımlayıcı türde çalışmalar sınırlıdır. Gerek ulusal gerekse uluslararası literatürde lezbiyen veya biseksüel kadınlara yönelik kadın kanserlerinden korunma eğitiminin verildiği ve farkındalık/davranış değişikliklerinin izlendiği çalışmalara rastlanmamıştır. Bu kapsamda araştırmamız bu grup kadınlarla yapılan öncü bir araştırma niteliğindedir. Bu nedenle araştırma sonuçları, konuya ilişkin benzer kaynakların yer aldığı literatür ile tartışılmıştır.

Tartışma bölümü 7 başlık altında ele alınmıştır. Bu başlıklar:

1. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Eğitim Öncesi ve Sonrası Jinekolojik Kanserlere İlişkin Farkındalık Düzeyleri
2. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Eğitim Öncesi ve Sonrası Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları
3. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Eğitim Öncesi ve Sonrası Jinekolojik Kanser Farkındalık Düzeyleri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki
4. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Sosyodemografik Özelliklerinin Eğitim Öncesi ve Sonrası SYBDÖ ve JİKFÖ'ye Göre Karşılaştırılması
5. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Cinsel Sağlık Davranışlarının Eğitim Öncesi ve Sonrası SYBDÖ ve JİKFÖ'ye Göre Karşılaştırılması
6. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Sağlık Arama Davranışlarının Eğitim Öncesi ve Sonrası SYBDÖ ve JİKFÖ'ye Göre Karşılaştırılması
7. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Bazı Sağlıklı Yaşam Davranışlarının Eğitim Öncesi ve Sonrası SYBDÖ ve JİKFÖ'ye Göre Karşılaştırılması

5.1. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Eğitim Öncesi ve Sonrası Jinekolojik Kansellere İlişkin Farkındalık Düzeyleri

Kanser farkındalığı şüphesiz tüm kanser tipleri için oldukça önemli bir kavramdır. Dünyada ve ülkemizde birçok kanser tipi için farkındalık çalışmaları yapılmakta ve eğitimler verilmektedir. Bu eğitim içeriklerinde kanserlerin belirtilerinden ve risk faktörlerinden, kanserlerden korunma yöntemlerinden ve erken tanılama için yapılan tarama programlarından bahsedilmektedir (Kanser Daire Başkanlığı, 2018). Jinekolojik kanserler dünyadaki tüm kadınlar için büyük bir sağlık yükü oluşturmaktadır. Bazı jinekolojik kanserlerin kadınlarda en sık görülen kanser tipleri arasında olduğu bilinmektedir (Kara, İlter, Keskinlik, 2018). Bu duruma karşın ülkemizde yapılan araştırmalarda, jinekolojik kanser farkındalığına ilişkin çalışmaların yetersiz olduğu veya çalışmalarda genel olarak jinekolojik kanserlerin tümünün ele alınmadığı görülmektedir.

Literatürde bu konuya ilişkin oldukça sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmaktadır. Çalışmaların büyük bir kısmı heteroseksüel kadınların kanser farkındalıklarını değerlendirmesi üzerine yoğunlaşmıştır. Ancak lezbiyen/biseksüel kadınların jinekolojik kanserlere yakalanma riskine sahiptirler. LB kadınların cinsel sağlık hizmeti almakta güçlük yaşaması, cinsel ilişkilerinde ağız ve elin vajina ile sık temasta bulunarak genital enfeksiyonlara maruz kalmaları, sık partner değişimi sebebiyle CYBE'lere maruz kalma oranlarının yüksek olması, CYBE'lerden korunmak için bariyer yöntem kullanma alışkanlıklarının düşük olması, toplum kaynaklı maruz kaldıkları homofobi nedeniyle streslerinin yüksek olması vb faktörler jinekolojik kanserlere yakalanma riskini arttırmaktadır. Yurtdışında yapılan bir dizi çalışma sonuçlarında ise heteroseksüel kadınların jinekolojik kanserlerin neler olduğuna ilişkin yeterli bilgi sahibi olmadıkları; jinekolojik kanserlerin belirtilerini bilmediklerini, jinekolojik kanser risklerinin farkında olmadıkları ve gerekli taramalara katılmak ve uygun bakımı almak üzere farkındalıklarının düşük olduğu görülmüştür (Cooper ve ark, 2013; Boxell ve ark, 2012; Cooper ve ark, 2011). Boxell ve ark (2012) 451 katılımcı ile yapmış oldukları çalışmada sağlık okuryazarlığının jinekolojik kanserlerde semptom farkındalığına ve sağlık arama davranışlarına etkilerini incelemişlerdir. Çalışmada kadınlara jinekolojik kanserleri tanıtan bir broşür verilmiştir ve sağlık okuryazarlık oranı düşük olan kadınlarda jinekolojik kanserlerde semptom farkındalığının da düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Aynı çalışma sonuçlarında jinekolojik kanser farkındalığının

arttırılmasında broşür benzeri eğitim materyali kullanımının önemi vurgulanmıştır. Cooper ve ark (2014), jinekolojik kanser farkındalığını arttırmak üzere görsel materyal kullanımının önemli olduğunu belirtmiştir. Çalışmamızda da LB kadınların kanser farkındalıklarını arttırmaya katkı sağlamak için eğitim sonrası eğitim kitapçığı verilmiştir ve LB kadınların farkındalık düzeylerine olumlu etkisi olduğu görülmüştür.

Önal ve Yılmaz (2020)'ın 662 kadın ile yapmış olduğu çalışmada kadınların serviks kanseri erken tanılanmasına yönelik tutumlarının orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Şahin ve Sayın (2015) yapmış oldukları çalışmada kadınların jinekolojik kanserlere yönelik bilgilerinin yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Bekar ve ark (2013) 418 kadın ile jinekolojik kanserden korunmaya yönelik bilgi ve tutum düzeylerini araştırdıkları çalışmalarında kadınların çoğunluğunun jinekolojik kanserlerde erken tanı ve tedavinin önemli olduğunu bildikleri saptanmıştır.

Ülkemizde jinekolojik kanserlere yönelik kadınların farkındalık düzeylerini ölçmeye yönelik son yıllarda Dal ve Ertem (2017) tarafından ölçme aracı geliştirilmiştir. Dal ve Ertem (2017) tarafından 700 kadınla yapılan JİKFÖ'nün güvenilirlik geçerlik çalışmasında ölçek toplam puan ortalama değerinin $155,8 \pm 17,5$ olarak orta üst düzeyde olduğu bildirilmiştir. Geliştirilen bu ölçüm aracı kullanılarak yapılan çalışma sayısı mevcut literatüre göre iki tanedir. Bunlardan biri heteroseksüel kadınlar üzerinde Gözüyeşil, Düzgün ve Taş tarafından yapılmıştır. Gözüyeşil, Düzgün ve Taş (2020)'ın 330 kadınla yapmış olduğu çalışma sonuçlarında JİKFÖ toplam puan ortalamaları 157 olup farkındalık düzeyleri orta üst düzeyde saptanmıştır. İkinci çalışma ise bizim çalışmamız olup lezbiyen/biseksüel kadınlar üzerinde yapılan ilk araştırmadır.

Literatürde LB kadınlar ile yapılan çalışmalar incelendiğinde, farkındalık düzeyini direk ölçen bir ölçüm aracı kullanılmadığı görülmüştür. Aynı zamanda LB kadınların jinekolojik kanserlere yönelik farkındalık veya bilgi düzeylerini ölçen çalışmaların oldukça sınırlı olduğu fark edilmiştir. Price ve ark. (1996) 330 heteroseksüel ve LB kadınla yapmış oldukları çalışmada kadınların neredeyse tamamının serviks kanseri risk faktörlerini bilmediğini saptamışlardır. Araştırmaya katılan lezbiyenlerin %79'u daha önce bir erkek partner ile cinsel ilişki yaşamış olmalarına rağmen serviks kanserine yakalanma risklerinin diğer kadınlardan daha az olduğunu düşünmektedir.

Bu araştırma sonuçlarında ise eğitim öncesinde kadınların jinekolojik kanserler farkındalık düzeyleri $143,25 \pm 16,4$ olarak hesaplanmıştır. Çalışmamızdaki LB kadınların farkındalık düzey puan ortalamaları yukarıda belirtilen aynı ölçek kullanılarak yapılan çalışma sonuçlarına göre daha düşüktür. Bu durum Türkiye'deki lezbiyen/biseksüel kadınların, heteroseksüel kadınlara göre jinekolojik kanser farkındalıklarının daha düşük düzeyde olduğunu göstermektedir. Lezbiyen/biseksüel kadınlar riskli davranışlara sahip olan incinebilir bir gruptur. Grubun özelliklerine bakıldığında sağlık hizmetlerinden etkili bir şekilde yararlanamadıkları, cinsel yönelimlerini açıkça belirterek etkili sağlık bakımı alamadıkları, homofobik tutumlara maruz kaldıkları ve bu gruba özel olarak verilen sağlık eğitimlerinin yetersiz olduğu söylenebilir (Boehmer ve ark 2012; Diamant ve ark, 2000). Bu faktörler lezbiyen/biseksüel kadınların jinekolojik kanserlere ilişkin farkındalık düzeylerindeki zayıflığı ve cinsel sağlığa yönelik olan eğitim ihtiyaçlarını açıklamaktadır.

Çalışmamızda LB kadınlara verilen eğitim sonrasında düşük olan farkındalık düzeyleri gerek birinci ayda ($177,03 \pm 17,4$) gerekse üçüncü ayda ($180,84 \pm 19,3$) ölçeğin tüm alt boyutları ile birlikte anlamlı düzeyde artmıştır. Bu durum verilen eğitimin LB kadınların farkındalık düzeylerinde artış sağladığını göstermektedir. Jinekolojik kanser farkındalığını arttırmada sağlık çalışanlarının rolü önemlidir. Evans ve ark (2014) yaptığı çalışmada da sağlık çalışanlarının jinekolojik kanser farkındalığını artırmak üzere pozitif etkiye sahip olduklarını ve yazılı materyal kullanılmasının farkındalığın artırılmasında etkili olduğunu belirtmiştir. LB kadınların sağlık davranışlarının jinekolojik kanser riskini arttırmada önemli bir faktör olduğu bilinmektedir. Bu nedenle bu grup kadınların sağlığının geliştirilmesi için jinekolojik kanserlere karşı farkındalığın arttırılmasında büyük çaplı eğitim programlarının planlanması ve özellikle de birinci basamak sağlık merkezlerinde gerçekleştirilmesi gereklidir. Sağlık çalışanları LB kadınların jinekolojik kanserlerden korunmada sağlık kuruluşlarına başvurmada yaşayabilecekleri eşitsizlikleri ortadan kaldırarak, cinsel yönelim konularında kültürel yetkinlik kazanmalıdır. Sağlık çalışanlarının LB kadınlara hizmet sunarken bütün kadınların heteroseksüel olmadığının farkında olmaları gerekmektedir.

5.2. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Eğitim Öncesi ve Sonrası Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Lezbiyen/biseksüel kadınların sağlık eşitsizliği yaşadığı ve sağlıksız yaşam biçimi davranışları sergiledikleri bilinmektedir (Imborek, Heide, Phillips, 2017). Bu anlamda kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları benimsemelerine katkıda bulunmak oldukça önemlidir. Ülkemizde LGBT grupta sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ülkemizde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına ilişkin yapılan çalışmalar incelendiğinde hepsinin heteroseksüel kadınlar üzerinde olduğu görülmüştür. Bu anlamda araştırmamız, bu alana ışık tutmaktadır. LB kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelendiği daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır. Ülkemizde sağlıklı yaşam biçimi davranışları konusunda LB kadınlar ile yapılan çalışmalara rastlanmadığı için çalışmamızın bu bölümü heteroseksüel kadınlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının araştırıldığı çalışmalar doğrultusunda tartışılmıştır.

Uzuner ve Koçak (2019)'ın 188 üniversite öğrencisi kadınla yapmış olduğu çalışmada kadınların SYBDÖ puan ortalamaları $126,70 \pm 20,46$; Yılmaz (2020) 201 ebe ve hemşire kadınla tamamladığı araştırmasında ise kadınların SYBDÖ puan ortalamalarını $125,79 \pm 21,18$ olarak hesaplamıştır. Dönmez ve Saydam (2019)'ın HPV+ olan 91 kadınla yaptığı çalışmasında ise kadınların eğitim öncesi SYBDÖ puan ortalamaları $122,63 \pm 1,31$ olarak saptanmıştır. Çalışmamızda da LB kadınların eğitim öncesi puan ortalaması $125,84 \pm 16,62$ bulunmuştur. Çalışma sonucumuzda LB kadınların eğitim öncesindeki sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının benzerlik gösterdiği görülmektedir. LB kadınlar ile heteroseksüel kadınlar arasında sağlıklı yaşam biçimi davranışları açısından bir fark olmadığı görülmektedir. Ancak ülkemizde LB kadınların cinsel kimliklerini gizli tutmaları, toplumda homofobik yaklaşımlara maruz kalmaları vb faktörler düşünüldüğünde; bu grubun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının daha düşük olması beklenirken benzer olması sevindiricidir. Araştırma sonuçlarında kadınların SYBDÖ puan ortalamalarında farklılık olsa da ülkemizdeki kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları düzeyinin orta/orta-üst seviyede olduğu izlenmektedir.

Gözüyeşil, Taş ve Düzgün (2019)'ün 15-49 yaş aralığındaki 425 kadın ile gerçekleştirdiği çalışma sonuçlarında kadınların SYBDÖ puan ortalamaları $142,73 \pm 26,3$ olarak belirlenmiştir. Bu araştırma sonuçlarında LB kadınların SYDBÖ puan ortalamaları eğitimden sonraki birinci ayda $141,75 \pm 22,97$ üçüncü ayda ise $139,44 \pm 22,14$ şeklinde

hesaplanmıştır. Gözüyeşil, Taş ve Düzgün'ün çalışma sonuçları ile bizim çalışmamızın sonuçları benzerlik göstermektedir. Araştırmamızda LB kadınların eğitim sonrası üçüncü aydaki puan ortalamalarında hafif bir düşüş görülse de birinci aydaki puan ortalamaları ile arasında anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır. Dönmez ve Saydam (2019)'ın çalışmasında kadınların SYBDÖ puan ortalamaları eğitim sonrası birinci izlemde 166,06±1,20; ikinci izlemde 150,32±1,70 olarak saptanmıştır. Yapılan araştırma kapsamında kadınların HPV+ olması nedeniyle sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının önemine yönelik farkındalıklarının yüksek olması, kadınlara sadece sağlıklı yaşam biçimine ilişkin eğitim verilmesi ve eğitimin belirli bir düzen içerisinde sürekli olarak tekrarlanması, bu kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını daha fazla geliştirmelerine katkı sağlamış olabilir.

Eğitim öncesi dönemde lezbiyen/biseksüel kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının Türkiye'deki diğer kadınlar ile benzerlik göstererek orta düzeyde saptanmıştır. Ancak dezavantajlı bir grup olarak LB kadınların ülkemizde yaşadıkları problemler düşünüldüğünde; verilen eğitimin bu kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında artışa neden olması önemli bir bulgudur. Davranışların sürekliliği için bu kapsamdaki eğitimlerin devamlılığı gereklidir. Davranış düzeyindeki bu artışın devamlılığı için tekrarlanan eğitimler yapılabilir.

Sağlık Sorumluluğu; bireyin sağlıklı olması için kendi sağlık sorumluluğunu üstlenmesi, sağlığıyla ilgili konularda bilgi sahibi olmaya çalışması ve sağlıkla ilgili konularda gelişmelere açık olması, düzenli sağlık taramaları yaptırması ve gerektiğinde sağlık alanında ilgili profesyonellerden yardım arama davranışı göstermesidir. Ülkemizde LGBT grubun sağlık sorumluluğunu inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Tjepkema (2008) araştırma sonuçlarında lezbiyenlerin, heteroseksüel kadınlara kıyasla aile hekimlerine başvurma oranlarının ve pap testi yaptırmaya olasılıklarının daha düşük bir orana sahip olduğunu, biseksüellerin ise heteroseksüellere kıyasla daha fazla karşılanmamış sağlık ihtiyacına sahip olduğunu belirtmiştir. Przedworski ve ark (2014) yapmış olduğu çalışma sonuçlarında biseksüel kadınların diğer kadınlara oranla daha yüksek oranda kötü öz sağlık durumu bildirdiği görülmektedir. Boehmer ve ark (2012)'nın çalışmasında belirtildiği gibi lezbiyen ve biseksüel kadınlarda sağlık hizmetlerine erişim ve düzenli tıbbi bakım alma davranışları düşüktür. Bu durum kadınlardaki kötü öz sağlık durumunun da nedenlerinden biri olarak gösterilebilir. Kadınların sağlık arama ve koruma davranışı göstermek üzere hizmetlere

erişim davranışlarının düşük olması cinsel yönelimlerinin ifşa edilmesi korkusu ile açıklanabilmektedir. Macapagal, Bhatia ve Greene (2016)'nin LGBT bireylerin sağlık bakımına erişim özelliklerini incelediği çalışma sonuçlarında da benzer şekilde gey ve lezbiyen katılımcıların diğer cinsel yönelimdeki katılımcılara kıyasla son bir yıl içerisinde sağlık muayenesi yaptırma olasılıkları daha düşüktür.

Gözüyeşil, Taş ve Düzgün (2019)'ün çalışmasında sağlık sorumluluğu alt boyutu puan ortalaması $24,27 \pm 5,8$ olarak belirlenmiştir. Uzuner ve Koçak (2019)'ın yapmış olduğu çalışmada kadınların sağlık sorumluluğu puan ortalamaları $20,05 \pm 4,72$ olarak bulunmuştur. Dönmez ve Saydam (2019)'ın çalışmasında ise kadınların eğitim öncesi sağlık sorumluluğu puan ortalamaları $22,50 \pm 3,83$ olarak saptanmıştır. Yılmaz (2020)'ın araştırmasında ise kadınların sağlık sorumluluğu puan ortalamaları $21,16 \pm 4,56$ olarak görülmüştür.

Bu araştırma sonuçlarında ise eğitim öncesinde sağlık sorumluluğu alt boyutu puan ortalaması $20,59 \pm 3,95$ şeklinde bulunmuştur. Eğitimden sonraki birinci ayda $23,72 \pm 5,06$ üçüncü ayda ise $23,97 \pm 5,24$ şeklinde hesaplanmıştır. Lezbiyen/biseksüel kadınların sağlık sorumluluğu davranışlarının, Türkiye'deki diğer kadınlara oranla daha düşük olduğu görülmüştür. Bu durum kadınların dışlanmaya maruz kalma ve etiketlenme korkusu ile sağlık kuruluşlarına başvurma davranışından çekinmeleri ile açıklanabilir. Coşar (2020) araştırmasında lezbiyen/biseksüel kadınların kendilerini sağlıklı olarak değerlendirmemelerine rağmen cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerine başvurmadan kaçındıklarını belirtmiştir. LB kadınların maruz kaldıkları sağlık eşitsizliklerinde hemşirelerin rolü oldukça önemlidir. Hemşirelerin, LB kadınların sağlık bakımındaki kaliteyi artırabilmeleri için cinsel yönelimlere ilişkin konularda kültürel yetkinlik kazanmaları gereklidir. Bu kadınların sağlık hizmetlerine başvurmalarını sağlamak için hemşirelerin ve sağlık profesyonelleri bu kadınlara yaklaşımlarında önyargılı olmamalıdır (Şahin, Bilgiç, 2016).

Fiziksel Aktivite; egzersiz alışkanlığının bireylerin sağlığı üzerine koruyucu bir etkisi olduğu düşünülmektedir. Düzenli fiziksel aktivite alışkanlığı kazanmak, kronik hastalıklardan korunmayı, kanser riskini azaltmayı, kan şekeri seviyesinin ayarlanmasını, tip 2 diyabet semptomlarının kontrolünü, osteoporoza karşı korunmayı, ruh halini ve özgüveni olumlu yönde geliştirmeyi sağlamaktadır (Alpözgen, Özdiñler, 2016; Merol 2015). Literatürde

yapılan çalışmaların çoğu cinsel yönelimli bireylerin fiziksel aktiviteyi fiziksel aktivitenin sağlıklı yaşam biçimi davranışı olarak hayata geçiremediğini göstermektedir.

Fredriksen-Goldsen ve ark (2010), 1496 LB kadın ile yaptığı çalışmada, LB kadınlar sıklıkla ruhsal sorunlara ve kötü bir genel sağlığa sahip olduklarını bildirmişlerdir. Çalışmada kadınların bu durumları yoksulluk ve egzersiz yapma davranışlarının düşük olması ile ilişkili olarak bulunmuştur. Bowen ve ark (2006) 31 LB kadınla odak grup görüşmesi şeklinde yaptıkları çalışmada LB kadınların egzersizi günlük yaşamlarına entegre etmekte zorlandıklarını saptamışlardır. Brittain ve ark (2006) yaptıkları çalışma ile lezbiyenlerin fiziksel aktiviteye katılımını engelleyen faktörleri tanımlamışlardır. Çalışma sonucunda lezbiyenler; toplumdan dışlanma düşüncesi ile halka açık alanlarda veya spor salonlarında bulunmak istemediklerini, fiziksel aktivitede birlikte bulunmak üzere bir arkadaş edinmenin kendileri için güç olduğunu, çalışmak zorunda oldukları işlerin ağırlığından dolayı günlük yorgunluk belirtileri yaşadıklarını ve kazançları düşük olduğundan spor salonlarına harcama yapmak istemediklerini bildirmişlerdir.

Çalışma sonucumuz ülkemizde LB kadınlar ile fiziksel aktiviteye ilişkin çalışma olmadığından heteroseksüel kadınlarla yapılan Türkçe çalışmalar ile karşılaştırılmıştır. Uzuner ve Koçak (2019)'ın yapmış olduğu çalışmada kadınların SYBDÖ'nün fiziksel aktivite puan ortalaması $15,40 \pm 4,57$; Dönmez ve Saydam (2019)'ın çalışmasında fiziksel aktivite puan ortalamaları $15,41 \pm 2,71$; Yılmaz (2020)'ın araştırmasında fiziksel aktivite puan ortalamaları $16,12 \pm 5,10$ ve Gözüyeşil, Taş ve Düzgün (2019)'ün çalışmasında ise fiziksel aktivite alt boyutu puan ortalaması $18,76 \pm 5,6$ olarak saptanmıştır.

Bu araştırmada ise LB kadınların eğitim öncesinde SYBDÖ'nün fiziksel aktivite alt boyutu puan ortalaması $15,56 \pm 5,47$ olarak bulunmuştur. Ancak eğitim sonrası birinci ayda anlamlı olarak yükselmiş ($19,12 \pm 5,66$), üçüncü ayda ise az da olsa bir düşüş ($18,16 \pm 5,30$) göstermiştir. LB kadınların fiziksel aktivitede bulunma davranışları Türkiye'deki diğer kadınlar ile benzerlik göstermektedir. LB kadın aldıkları eğitim ile birlikte fiziksel aktivite davranışlarını geliştirdiği görülmektedir. Bu anlamda birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında LB kadınlara yönelik olarak fiziksel aktiviteye teşvik edici eğitimler yapılabilir. LB kadınların fiziksel aktivite yapmayı alışkanlık haline getirmesi ile yaşadıkları stres ile etkili baş etmelerine katkı sağlayacaktır. Aynı zamanda toplumun LB kadınlara olan homofobik tutumlarına yönelik girişimler yapılarak, bu kadınların daha sosyal bir çevre

edinmesi sağlanabilir. Bu sayede LB kadınlar da yürüyüş ve gezi gruplarına katılarak fiziksel aktivite etkinliklerinde bulunabilirler. Benzer şekilde spor salonları LB kadınlara yönelik indirim sağlayarak bu kadınları fiziksel aktivitede bulunmaya teşvik edebilir. Ülkemiz için LGBT bireylerin fiziksel aktivitelerinin incelendiği daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Beslenme; bireylerin sahip olduğu beslenme alışkanlıkları, sağlık düzeyleri ile doğrudan ilişkilidir. Beden gereksiniminden az ya da çok, yetersiz, dengesiz ve sağlıksız bir beslenme davranışı sonucunda bireylerde obezite ya da malnütrüsyon, kaşeksi gibi beslenme sorunları ve beraberinde birçok sağlık sorunları gelişebilecektir (Pekcan, Şanlıer, Baş, 2016; Merol, 2015). Yeterli, dengeli ve sağlıklı bir beslenme, her birey için oldukça önemlidir. Bunun yanı sıra beslenmenin kanser oluşum sürecinde büyük bir role sahip olduğu bilinmektedir. Literatürde çalışmaların çoğu LB kadınların beslenme davranışlarının sağlıksız olduğu yönünde sonuç bildirirken az sayıda çalışma ise bu grup kadınların da beslenme davranışının sağlıklı olduğunu göstermektedir.

VanKim ve ark (2017) 24-44 yaş aralığındaki 100.000'den fazla kadınla yapmış oldukları araştırma sonuçlarında lezbiyen ve biseksüel kadınların heteroseksüel kadınlara oranla daha iyi bir beslenme kalitesine ve daha düşük glisemik indeks içeren bir diyetle sahip olduklarını ortaya koymuşlardır. Bu durumu LB kadınların sık partner değiştirme davranışına sahip olması ile beraber sürekli “güzel ve sağlıklı” görünme kaygısı güderek düzenli diyet yapma davranışında bulunabileceklerini ileri sürmüşlerdir. Araştırmalar bu grup kadınların yaşadıkları psikolojik sorunlardan ve maruz kaldıkları homofobik yaklaşımlardan dolayı beslenme alışkanlıklarını değiştirdikleri ve kilo olma ve obez olmaya yatkın hale geldiklerini göstermiştir (Jackson ve ark, 2016; Struble ve ark, 2010; Zaritsky, Dibble, 2010).

Bowen ve ark (2006) ise 31 LB kadınla odak grup görüşmesi şeklinde yaptıkları çalışmalarında kadınların “sağlıklı beslenmek ve sağlıklı besin” kavramları hakkında bilgi sahibi oldukları ancak bunu davranışa dönüştürmede zorlandıklarını bildirmişlerdir. Dibble ve ark (2002) yapmış oldukları çalışmada lezbiyen ve heteroseksüel kadınların BKİ'leri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğunu; lezbiyen kadınların daha yüksek BKİ değerlerine ve kiloya sahip olduklarını vurgulamışlardır. Farklı yaş gruplarında yapılan bir dizi çalışma ise lezbiyen veya biseksüel kadınların fazla kilolu veya obez olma durumlarının heteroseksüel kadınlara oranla daha yüksek olduğu sonucunu bildirmektedir (Jackson ve ark, 2016; Struble ve ark, 2010; Zaritsky, Dibble, 2010).

Ülkemizde beslenme konusunda LB kadınlar ile yapılan çalışmalara rastlanmadığı için çalışmamızın bu bölümü heteroseksüel kadınlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının araştırıldığı çalışmalar doğrultusunda tartışılmıştır. Ülkemiz için LGBT bireylerin beslenme alışkanlıklarının incelendiği daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Uzuner ve Koçak (2019)'ın yapmış olduğu çalışmada kadınların SYBDÖ'nün beslenme alt boyut puan ortalamaları $19,87 \pm 4,02$; Yılmaz (2020)'ın araştırmasında $20,68 \pm 4,36$; Dönmez ve Saydam (2019)'ın çalışmasında $22,19 \pm 3,91$ ve Gözüyeşil, Taş ve Düzgün (2019)'ün çalışmasında $24,30 \pm 5,3$ olarak saptanmıştır.

Bu araştırma sonuçlarında ise LB kadınların eğitim öncesinde SYBDÖ'nün beslenme alt boyutu puan ortalaması $20,53 \pm 4,42$ iken eğitim sonrası birinci ayda ($23,22 \pm 4,42$) anlamlı olarak yükselmiş, üçüncü ayda ($22,38 \pm 3,72$) ise kısmen düşmüştür. Lezbiyen/biseksüel kadınların eğitim öncesindeki beslenme puan ortalamaları diğer grup Türk kadınlarındaki çalışmalar ile benzerdir. Ancak LB kadınlar cinsel azınlık olmalarının yarattığı stigma, homofobik davranışlara maruz kalmaları sonucunda alkol, sigara ve madde kullanımına başvurma ve yeme bozukluğu gösterme eğilimindedir. Bu sorunlar dolayısıyla çalışmamızdaki kadınların beslenme davranışlarının düşük çıkması beklendik bir durumdur. LB kadınların beslenme davranışlarının geliştirilmesi için beslenme eğitiminin yapılması oldukça önemlidir. Nitekim Ingraham ve ark (2016) 266 LB kadına beslenme alışkanlıklarına yönelik bir gruba farkındalık eğitimi bir gruba ise standart eğitim yaparak, sağlık sonuçlarına olan etkilerini incelediklerinde farkındalık eğitimi alan grupta yaşam kalitesinde ve meyve sebze tüketiminde artış gözlemlenirken, standart eğitim alan bireylerde ise alkol alımında düşüş gözlemlenmiştir. Benzer şekilde çalışma sonucumuz yapılan eğitimin LB kadınların beslenme davranışlarında olumlu bir etkiye sahip olduğunu göstermiştir.

Manevi Gelişim; kişinin duygusal ve ruhsal gelişimini ifade eden bir kavramdır. Bireyler hayatlarına anlam kazandırmak, değer ve inançlar bütünü oluşturmak ve bir yaşam amacı edinmek üzere sürekli gelişim göstermektedir. Bireyin manevi değerleri, bireyin yaşamını pozitif şekilde destekleyerek bireyin güçlü, mutlu ve barış içinde yaşam sürmesine katkı sağlar. Bunun sonucunda manevi değerler anksiyetenin azaltılmasına, stresin düşürülmesine ve daha birçok olumlu katkı sağlayarak sağlığın korunmasına ve geliştirilmesine olumlu etki eder (Yılmaz ve Okyay, 2009). Literatürde LB kadınların manevi

gelişimine yönelik çalışmalar oldukça sınırlı olup maneviyatın daha çok din ile ilişkilendirildiği çalışmalar mevcuttur.

Halkitis ve ark (2009), 498 LGBT birey ile yapmış oldukları çalışmada bireyler maneviyat kavramını “kişinin tanrıyla olan ilişkisi ve içsel dünyası” olarak ifade etmişlerdir. Aynı çalışmada LGBT bireyler toplumun LGBT bireylere karşı sahip olduğu hoşnutsuzluğun kaynağı olarak dini ileri sürmüşlerdir. Aynı zamanda toplumun bu bireyleri dinsiz, sapkın vb olarak tanımlamalarından da rahatsız olduklarını ifade etmişlerdir. Murr (2013)’un LB kadınlarla yaptığı nitel araştırmada; LB kadınların dini grupların bir araya geldiği etkinliklerde kendileri hakkında olumsuz söylemlerde bulunulmasından rahatsız olduklarını ifade etmişlerdir. Ülkemizde bu gruplar ile yapılan manevi gelişim veya spiritualiteye ilişkin çalışma bulunmadığından çalışma sonucumuz aynı ölçeğin kullanıldığı heteroseksüel kadınların manevi gelişim alt boyut puan ortalamaları ile karşılaştırılmıştır.

Dönmez ve Saydam (2019)’ın çalışmasında kadınların eğitim öncesi SYBDÖ’nün manevi gelişim alt boyut puan ortalamaları $22,49 \pm 2,63$; Yılmaz (2020)’ın araştırmasında $25,33 \pm 4,62$; Uzuner ve Koçak (2019)’ın çalışmasında $26,68 \pm 5,40$; Kolaç ve ark (2018)’nın araştırmasında $26,81 \pm 4,57$ ve Gözüyeşil, Taş ve Düzgün (2019)’ün çalışmasında ise $27,16 \pm 4,4$ olarak bulunmuştur.

Bu araştırma sonucunda ise eğitim öncesinde SYBDÖ’nün manevi gelişim alt boyutu puan ortalaması $24,37 \pm 3,78$ olarak bulunmuş olup eğitimden sonrası birinci ayda $26,78 \pm 4,70$ olarak artış göstermiş ve üçüncü ayda ise $26,09 \pm 4,88$ olarak benzer şekilde devam etmiştir. Çalışmamızın eğitim sonrasındaki puan ortalamaları sonucu heteroseksüel kadınlarla yapılan çalışmaların çoğunluğu ile benzer orandadır. Ancak çalışmamızda verilen eğitimin sonucunda özellikle eğitim sonrası birinci ayda kadınların manevi gelişimleri artış göstermiştir. Yurtdışında olduğu gibi ülkemizde de toplumun LGBT gruba karşı homofobik tutum ve yaklaşımları söz konusudur. Bu nedenle toplumun LGBT bireylerin cinsel yönelimleri üzerinde bir tercihte bulunamadıkları, kişilerin cinsel yönelimlerinin çevresel ve genetik bir takım faktörler doğrultusunda kendiliğinden geliştiği konularında bilinçlendirilmesi önemlidir. LGBT bireylerin de her birey gibi değer ve inançlar bütününe sahip olmak, inançlı olmak ve güven, umut, sevgi ve doğruluk kavramlarının bulunduğu bir toplumda yaşamak gibi haklara sahip oldukları unutulmamalıdır.

Kişilerarası İlişkiler; bireylerin başka kişilerle zorunda olmadan iletişim kurması, duygu ve düşüncelerini çeşitli yollarla aktarması sağlığının bir parçasıdır. Kişilerarası ilişkilerin düzeyi iletişimin devamlılığına, içeriğine ve seviyesine göre değişebilmektedir. Kişilerarası ilişkilerin güçlenmesi ile bireyler duygu ve düşüncelerini paylaşabilecekleri bir güven ortamına sahip olmaktadır. Bu etkili iletişim, kişinin sorunlarla baş edebilmesine destek olmaktadır (Tedik,2017). Kişilerarası ilişkilerin yetersiz düzeyde olması bireylerde yalnızlık, aile bireyleri arasında sorunlar, mesleksel yetersizlik, doyumsuzluk hissi, stres, fiziksel hastalıklar gibi birçok yaşamsal alanda olumsuz etkilere neden olmaktadır (Batıgün, Hasta, 2010).

Puckett ve ark (2016) 1,017 eşcinsel kadınla yapmış oldukları çalışma ile içselleştirilmiş heteroseksizm ve kişilerarası ilişkiler arasındaki bağlantıyı incelemişlerdir. Çalışma sonuçlarında içselleştirilmiş heteroseksizm ile kişilerarası ilişkiler arasında ters yönde bir ilişki saptanmıştır. Daha baskıcı ve tutucu bir toplum içerisinde yaşayan kadınlarda içselleştirilmiş heteroseksizmin daha yüksek olduğu ve bu kadınların sosyal destek ağları kurmakta zorlanarak kişilerarası ilişkilerinde zayıf bir tutuma sahip olduğu belirtilmiştir. Ancak kadınların yaşamakta olduğu çevrenin, partnerleri ile olan ilişkilerini etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır. McNair (2014), LGBT bireyler ile yaptığı çalışma sonuçlarında LGBT'lerin çocukluk döneminde istismara maruz kalma oranlarının yüksek olduğunu ve ileriki yaşantılarında da en az bir kez partner şiddetine maruz kaldığını belirtmiştir. Esmer (2012) yapmış olduğu araştırmasında 1715 kişiye “Kiminle komşu olmak istemezsiniz?” sorusunu sormuştur ve katılımcıların %87’si “eşcinsel bireyler” şeklinde yanıtlamıştır. Türk toplumundaki homofobi lezbiyen/biseksüel kadınların toplumda sosyal ilişkilerini engellemekte ve kadınları sadece kendi grupları içinde sosyalleşme imkânı sunmaktadır.

Ülkemizde LGBT grupta kişilerarası ilişkilerin araştırma olmadığı için ülkemizde aynı ölçek ile birlikte heteroseksüel kadınlarla yapılan çalışma sonuçları ile tartışılmıştır. Ülkemiz için LGBT bireylerin kişilerarası ilişkilerinin incelendiği daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Dönmez ve Saydam (2019)’ın çalışmasında kadınların eğitim öncesi SYBDÖ’nün kişilerarası ilişkiler puan ortalamaları $22,18 \pm 4,31$; Yılmaz (2020)’ın araştırmasında $24,67 \pm 4,23$; Uzun ve Koçak (2019)’ın çalışmasında $26,03 \pm 5,73$; Gözüyeşil, Taş ve Düzgün (2019)’ün çalışmasında ise $26,72 \pm 4,5$ olarak görülmüştür.

Bu araştırma sonucunda ise LB kadınların SYBDÖ'nün kişilerarası ilişkiler puan ortalamaları Türkiye'deki diğer kadınlar ile benzer olarak bulunmuştur. Kadınlara verilen eğitimin kişilerarası ilişkilere etkisinin olmadığı görülmektedir. LB kadınların SYBDÖ'nün kişilerarası ilişkiler alt boyutunda eğitimden önceki puan ortalaması ($26,31 \pm 3,71$) ile eğitim sonrası birinci aydaki ($27,75 \pm 4,49$) ve üçüncü aydaki ($27,63 \pm 4,29$) puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür.

LB kadınların kişilerarası ilişkiler puan ortalamaları bazı çalışmalarda heteroseksüel kadınlarla benzerlik göstermekte olup bazılarında ise daha yüksektir. Bu sevindirici bir bulgudur. Ancak LB kadınların toplum içinde sosyal olmadıkları ve daha çok kendi gruplarından olan kişilerle iletişim halinde oldukları düşünüldüğünde; bu puanın heteroseksüel kadınlarla benzer çıkması sevindiricidir. Ancak yapılan eğitimin gerek birinci ayda gerekse üçüncü ayda LB kadınların kişilerarası ilişkiler davranışına etkisi olmadığı görülmektedir. Yine de bu grupların toplum içinde sosyalleşmesini arttırmaya ve kişilerin topluma kazandırılmasına yönelik faaliyetlere, düzenlemelere ve daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Stres Yönetimi; stres insanın yapısında ve günlük yaşantısında olan bir şeydir. Stresin bireye ihtiyacı olan kuvvet ve zindeliği verdiği zamanlarda iyi, iyi yönetilemediği ve birey için zararlı ve hastalıklara sebep olduğu anlarda ise kötüdür. Genel olarak halk arasındaki stres kavramının karşılığı kötüdür (Balcıoğlu, 2005). Stres, birçok hastalığın risk faktörü olarak ön plana çıkmaktadır. Stresin yaratmış olduğu olumsuz davranışlar bireylerin kansere yakalanmasına zemin oluşturmaktadır. Stresle etkili baş edemeyen bireylerde sigara, alkol veya madde kullanımı, yeme bozuklukları, fiziksel aktivitede azalma gibi birçok farklı sonuçlar ortaya çıkmaktadır. Bu sebeple bireylerin etkili bir stres yönetimine sahip olması oldukça önemlidir (Yasemin ve Karabulut, 2018; Bozhüyük ve ark, 2012).

Yapılan araştırmalarda cinsel azınlıktaki bireylerin daha fazla panik atak, psikolojik distres, anksiyete, depresyon ve intihar düşüncesi yaşadıkları saptanmıştır (Fogel, 2016; Lewis, 2009; Cochran, Mays, Sullivan, 2003). Operario ve ark (2015)'nin 11.114 kadın ile yapmış oldukları çalışma sonucunda cinsel azınlık grubundaki kadınların (337 kişi) ruhsal sağlık problemleri yaşama olasılığının daha yüksek olduğu; bu sebeple sigara ve alkol kullanma durumlarının pozitif yönde etkilendiği saptanmıştır. Dewaele ve ark (2014)'nin çalışma sonuçlarında LB kadınların geylere ve biseksüel erkeklere kıyasla algıladıkları cinsel

zorbalık düzeyleri ve genel ruhsal problemleri önemli ölçüde daha yüksek saptanmıştır. Lehavot (2012) 1381 LB kadınla yapmış olduğu çalışmada biseksüel kadınların lezbiyenlere kıyasla daha olumsuz zihinsel ve fiziksel sağlık sonuçlarına sahip olduğunu ve sigara içme, alkol kullanma vb etkisiz baş etme yöntemlerine daha fazla başvurduklarını bulgulamıştır. Fredriksen-Goldsen ve ark (2010), 1496 LB kadın ile yaptığı çalışmada, LB kadınlar sıklıkla ruhsal sorunlara ve kötü bir genel sağlığa sahip olduklarını bildirmişlerdir.

Türkiye’de LGBT bireylere yönelik yapılan çalışmalar incelendiğinde; Yılmaz ve Göçmen’in (2015) ülkemizde yaşayan LGBT bireylerle yapmış olduğu çalışmada da %43,2 oranında, bireylerin hayatında en az bir kez intihar düşüncesi yaşadığını saptamıştır. Kabacaoğlu (2015) yapmış olduğu çalışma ile Türkiye’deki LGBT bireylerin cinsel yönelimleri nedeniyle istismara, şiddete ve ayrımcılığa maruz kaldıklarını, ayrıca kendilerini kabullenme ve çevrelerine cinsel yönelimlerini açıklama sürecinde olumsuz deneyimlere sahip olduklarını, korku ve kaygı yaşadıklarını ortaya koymuştur. LGBT bireylerin maruz kaldıkları bu olumsuz tutumlar, bu kişilerin toplumdan şiddet görmeye yönelik beklenti sahibi olmasına yol açmaktadır. Bu beklenti kişilerin ruh sağlığını olumsuz etkilemekte olup sağlık problemleri yaşama risklerini de artırmaktadır (Yalçinoğlu, Önal, 2014). Türkiye’de LGBT grubun maruz kaldığı stresi ve ayrımcılığı açıklayan bir dizi çalışma olsa da, LGBT bireylerin bu stres kaynakları ile nasıl etkili baş edebileceğine ilişkin çalışmalar bulunmamaktadır. Ülkemizde LGBT bireylerin stresle nasıl baş ettiklerinin belirlenmesi ve stresle etkili baş etme yöntemleri kazanabilmeleri için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır. Ülkemizde bu grubun stresle nasıl baş ettiğine ilişkin çalışma olmadığı için çalışmamızın bu alt boyutundaki bulgusu heteroseksüel kadınlarla yapılan araştırma sonuçları ile karşılaştırılmıştır.

Yılmaz (2020)’ın araştırmasında kadınların SYBDÖ’nün stres yönetimi alt boyut puan ortalamaları $17,83 \pm 3,83$; Dönmez ve Saydam (2019)’ın çalışmasında $18,37 \pm 2,87$; Uzuner ve Koçak (2019)’ın yapmış olduğu çalışmada $18,68 \pm 3,74$; Gözüyeşil, Taş ve Düzgün (2019)’ün çalışmasında ise $21,49 \pm 4,6$ olarak saptanmıştır.

Bu araştırma sonucunda da LB kadınların eğitim öncesinde SYBDÖ’nün stres yönetimi alt boyut puan ortalaması $18,47 \pm 3,29$ olarak ülkemizdeki çalışmalarla benzer bulunmuştur. Eğitimden sonraki birinci ayda $21,16 \pm 4,73$ üçüncü ayda ise $21,22 \pm 4,74$ şeklinde hesaplanmıştır. Verilen eğitim doğrultusunda LB kadınların stres yönetimi davranışlarında anlamlı bir artış olmuştur.

Ülkemizde LB kadınların günlük yaşamın vermiş olduğu stres dışında maruz kaldıkları cinsiyet azınlığı stresi, toplumsal dışlanma ve etiketlenme gibi homofobik tutumlar sebebiyle stres yönetimi puan ortalamasının düşük çıkması beklendik bir sonuçtur. Ancak verilen eğitimin sonrasında LB kadınlarda stres yönetiminin hem birinci ayda, hem de üçüncü ayda eğitim öncesine kıyasla anlamlı derecede puan artışının olması önemli bir sonuçtur. Bu gruba düzenlenen eğitim programlarının LB kadınların stres yönetimleri üzerinde etkili olabileceği söylenebilir. Dolayısıyla verilen eğitimler ile bu gruptaki bireyler stres yönetimi kazanarak daha az psikolojik sorunlar yaşayacak ve madde bağımlılığı davranışları daha az görülecektir.

5.3. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Eğitim Öncesi ve Sonrası Jinekolojik Kanser Farkındalık Düzeyleri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki

LB kadınların jinekolojik kanser farkındalıkları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında eğitim öncesinde ve eğitim sonrasında anlamlı ilişkiler saptanmıştır. LB kadınların jinekolojik kanser farkındalıkları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki eğitim öncesinde düşük iken eğitim sonrası üçüncü ayda en yüksek düzeyine ulaşmıştır. Kadınların farkındalık düzeylerinin artması ile beraber, sergiledikleri sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında da bir artış meydana gelmiştir. Boxell ve ark (2012) 451 heteroseksüel kadın ile yapmış oldukları çalışmada kadınların sağlık okuryazarlığı ile jinekolojik kanserlere ilişkin farkındalık düzeyleri arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu bildirilmiştir. Araştırmada, sağlık okuryazarlık oranı yüksek olan kadınların jinekolojik kanser farkındalıkları da yüksek olarak değerlendirilmiştir. Bu bulgu bizim çalışmamızı desteklemektedir. LB kadınların jinekolojik kanserlerde; erken tanı yöntemleri, belirtileri ve risk faktörleri, kanserlerde rutin kontrolün önemine yönelik farkındalıklarının artması ile daha sağlıklı bir yaşam tarzı sergilemeleri beklenen bir sonuçtur. Araştırma bulgularımızda da görüldüğü üzere, kadınlara verilen kadın kanserleri eğitimi LB kadınların jinekolojik kanserlere yönelik farkındalıklarında ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında anlamlı ve pozitif yönlü etkiler yaratmıştır. Ancak önemli olan, LB kadınların bu davranışları benimsemesi ve bir yaşam tarzı haline getirmesidir.

Araştırma sonuçlarımızda LB kadınların eğitim sonrasında farkındalık düzeylerinin artması ile en çok stres yönetimi ve manevi gelişim davranışlarının geliştiği görülmüştür. Kadınların jinekolojik kanserlere ilişkin kazandıkları farkındalık, stres yönetimlerini ve manevi gelişimlerini olumlu yönde etkilemiştir. LB kadınların maruz kaldıkları stres kaynakları göz önünde bulundurulduğunda, stres yönetimlerindeki ve manevi gelişimlerindeki

bu artış sevindiricidir. Buna karşın LB kadınların verilen eğitimin ardından kazandıkları farkındalık; sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından en az kişilerarası ilişkileri etkilemiştir. LB kadınlar üzerinde yapılan araştırmalar bu kadınların genel olarak sağlık hizmetlerine erişimde yaşadığı sorunlara, kötü beslenme alışkanlıklarına ve maruz kaldıkları cinsel azınlık stresine odaklanmaktadır (Imborek, Heide, Phillips, 2017). LB kadınlar maruz kaldıkları ayrımcılık ve hoşnutsuzluk sebebiyle sağlık hizmetlerine başvurmaktan kaçınmaktadır (Coşar, 2020; Boehmer ve ark, 2012; Diamant ve ark, 2000). Benzer şekilde toplumun LB kadınlara karşı olan dışlayıcı ve homofobik tutumları sebebiyle, kadınlar sağlık hizmetlerine karşı ön yargılı olabilmekte ve sadece kendi grupları içerisinde sosyalleşebilmektedir. Bu sebeple araştırmamızda LB kadınların kişilerarası ilişkiler alanında gelişim göstermemeleri açıklanabilir. Toplumun LGBT grubun maruz kaldığı azınlık stresi, toplumsal dışlanma ve etiketlenme gibi konulara yönelik bilinçlendirilmesi önemlidir. Çünkü LGBT bireyler bu faktörler sebebiyle ruhsal problemler yaşamakta, içselleştirilmiş homofobiye maruz kalmakta ve özkıyım düşüncelerine sahip olmaktadır (Erdoğan, Köten, 2015).

Araştırmamızda LB kadınlara verilen eğitim ile kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından beslenme ve sağlık sorumluluğu alt boyutlarındaki gelişimin diğer davranış alt boyutlarına kıyasla kısmen daha az gelişim gösterdiği görülmüştür. LGBT bireylerin sosyoekonomik faktörlerini inceleyen araştırmalar, bu bireylerin toplumun diğer kesimlerine oranla daha düşük gelirlere sahip olduğunu ifade etmektedir (The Williams Institute, 2019; Yılmaz ve Göçmen 2015). Sosyoekonomik olarak zorluklara maruz kalan bu grubun nitelikli sağlık bakım hizmetlerine ulaşmakta güçlük yaşaması ve yetersiz/dengesiz beslenmeleri beklendiktir. Araştırmamız kapsamında kadınlara verilen eğitim, LB kadınların farkındalık düzeylerini arttırsa da sosyoekonomik özellikleri üzerine bir etkiye sahip değildir. Bu sebeple kadınların beslenme davranışlarında değişim olmaması ve sağlık hizmetlerine başvurma oranlarının düşük olması da olağandır. Türkiye’de sağlık profesyonelleri, LGBT derneklerine ulaşarak LB kadınların farkındalıklarını arttırmak ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları benimsemelerini sağlamak üzere girişimlerde bulunabilir.

5.4. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Sosyodemografik Özelliklerinin Eğitim Öncesi ve Sonrası SYBDÖ ve JİKFÖ’ye Göre Karşılaştırılması

Literatürde kadınların kanser farkındalıklarını veya sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını inceleyen pek çok çalışma mevcuttur. Bu çalışmaların sonuçlarında farkındalık düzeyi veya

sağlıklı yaşam biçimi davranışı yüksek olarak belirlenen kadınlar için bir dizi özelliklerle karşılaşılmaktadır. Önal ve Yılmaz (2020)'ın 21-65 yaş aralığındaki 662 kadın ile yapmış olduğu çalışmada 40 yaşından küçük, lise ve üzeri eğitim gören, çalışan ve yüksek gelire sahip olan kadınlarda serviks kanseri erken tanınmasına yönelik tutumların daha iyi olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Gözüyeşil, Düzgün ve Taş (2020) 330 kadınla JİKFÖ kullanarak yapmış olduğu çalışmada 30-39 yaş grubundaki ve geliri giderinden yüksek olan kadınlarda farkındalık düzeyinin daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Matthews ve ark (2004) 550 lezbiyen ve 279 heteroseksüel kadın ile yaptıkları çalışmada kanser taraması yaptırmama davranışının daha genç yaştaki grupta ve daha düşük geliri olanlarda yaygın olduğu sonucunu bildirmişlerdir.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına yönelik yapılan çalışmalarda; Göger, Cingil ve Ören (2019) 114 kadın ile tamamladıkları çalışmada, kadınların yaşının artmasıyla beraber sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında da anlamlı bir düşüş olduğunu ifade etmişlerdir. Yılmazel ve Duman (2016) 249 kadın ile gerçekleştirdikleri çalışmada ise; 40 yaş üzerinde olan ve çalışan kadınlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışları daha yüksek olarak bulunmuştur. Kolaç ve ark. (2018), çalışma sonuçlarında medeni durumu bekar olan kişilerin daha sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına sahip olduğunu bildirmişlerdir. Literatürdeki kişilerin sosyodemografik özelliklerine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değişiklik gösterdiği görülmektedir.

Bu araştırma sonuçlarında ise LB kadınların eğitim öncesinde ve eğitim sonrasında sosyodemografik özelliklerine göre JİKFÖ ve SYBDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu durum çalışmamıza katılan LB kadın sayısının sınırlılığından ve katılan kadınların yaşlarının birbirine yakın olmasından kaynaklanabilir. Türkiye'deki LB kadınların kanserlere yönelik farkındalık düzeylerini ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını inceleyen, daha büyük örneklemlili çalışmalara ihtiyaç vardır.

5.5. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Cinsel Sağlık Davranışlarının Eğitim Öncesi ve Sonrası SYBDÖ ve JİKFÖ'ye Göre Karşılaştırılması

Cinsel sağlık ve üreme sağlığı hakları şüphesiz ki her kadın için büyük bir öneme sahiptir. Lezbiyen/biseksüel kadınlar, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara maruz kalma, kontraseptif/bariyer yöntem kullanmama, gebe kalmak için yardımcı üreme tekniklerinden

yararlanma zorunluluğu, sık partner değiştirme, kötü menstrual hijyen alışkanlıkları, seks oyuncaklarının yaygın kullanımı ve bu oyuncakların paylaşımı gibi cinsel sağlık ve üreme sağlıklarını doğrudan etkileyen bir dizi risk faktörüne sahip bir gruptur (Tracy, 2015; McNair, 2009; Marrazzo, Coffey, Bingham, 2005). Bu söz konusu risk faktörlerini önlemek üzere gerekli olan ihtiyaçlar kolayca karşılanabilir niteliktedir. Ancak LB kadınların cinsel sağlık ve üreme sağlığı ihtiyaçlarını vurgulamak önemlidir. Çünkü LB kadınlar bu risk faktörleri nedeniyle hastalık yüklerinde artış yaşamakta olup sağlık hizmetlerine başvurmakta çekinceleri olan bir gruptur (McNair 2009). Power ve ark (2009), lezbiyen/biseksüel kadınların cinsel sağlık tutumlarını geliştirebilmek için LB cinsel sağlığına özel materyallerin geliştirilmesini önermiştir. Araştırmada kadınların, “tüm kadınlar” için temin edilen cinsel sağlık materyallerinin lezbiyen/biseksüel cinsel sağlığına yönelik olmadığını varsaydıkları bildirilmiştir. Araştırmamızda LB kadınların cinsel sağlık davranışlarına göre eğitim öncesi ve eğitim sonrası JİKFO ve SYBDÖ puan ortalamalarında anlamlı farklar bulunmuştur.

Kondom Kullanma

Literatürde LB kadınların farklı vücut açıklıklarında veya farklı partnerler arasında seks oyuncacı kullanırken kondom kullanmadıkları belirtilmektedir (Tracy, 2015). LGBT’lerin kondom kullanma alışkanlığına bakan araştırmalar incelendiğinde; Maguen, Armistead ve Kalichman (2000) 117 LGBT birey ile yaptıkları çalışmada katılımcıların %45’inin (47 erkek, 6 kadın) daha önce anal seks yaptığını; bunların %77’sinin (37 erkek, 4 kadın) ise kondom kullanmadığını iletmiştir. Aynı çalışmada, katılımcıların %35’i (15 erkek, 26 kadın) daha önce vajinal seks yaptığını, bunların %73’ünün kondom kullanmadığı belirtilmektedir. Kerr, Lindley ve ark (2007), çalışmalarında LB kadınların %80,2’sinin son cinsel ilişkileri sırasında kondom kullanmadığını saptamıştır. Ding ve Thompson (2013)’in çalışmasında biseksüellerin vajinal cinsel ilişki için kondom kullanma olasılıkları heteroseksüel kadınlara göre daha az bulunmuştur. Doull ve ark. (2018) 14-18 yaş aralığındaki 160 LB kadınla yapmış oldukları çalışma ile kadınların bariyer yöntemleri neden kullanmadıklarını araştırmış; “cinsel hazzın azalacağı düşüncesi”, “partnerin cinsiyetine göre risk algısının değişmesi”, “bariyer yöntemler hakkında bilgi eksikliği” ve “bariyer yöntem kullanmak yerine CYBE testi yaptırmayı tercih etmek” üzere dört ana temaya ulaşılmıştır. Araştırma sonuçlarında LB kadınların kondom kullanmak üzere yeterince bilgi sahibi olmadıkları, sağlık çalışanlarının bu kadınların cinsel sağlık üreme sağlığı konularında farkındalık kazanmasına destek vermesini önermişlerdir.

Araştırmamızda LB kadınların cinsel ilişkide kondom kullanma durumlarına göre eğitim öncesinde kondom kullanma davranışına göre JİKFÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Eğitim öncesinde cinsel ilişkide kondom kullanan kadınların JİKFÖ puan ortalaması kullanmayan kadınlardan daha yüksek olarak saptanmıştır. Ancak eğitim sonrası birinci ve üçüncü aylarda LB kadınların kondom kullanma davranışlarına göre JİKFÖ puan ortalamalarında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu durum LB kadınlardan kondom kullananların, eğitim öncesinde de belirli bir düzeyde farkındalığa sahip olarak kondom kullanma davranışı sergilediklerini ifade etmektedir. Eğitim ile farkındalık düzeyleri artan kadınların kondom kullanma davranışına göre puan ortalamalarındaki fark ortadan kalkmıştır. Araştırma sonuçlarında LB kadınların eğitim öncesinde cinsel ilişkide kondom kullanma oranı %38,7 olarak bulunmuştur. Eğitim sonrasında bu oran birinci ayda %45,2'ye üçüncü ayda ise %50,0'ye yükselmiştir.

Lezbiyen/biseksüel kadınlar kadın kadına yaşadıkları cinsel ilişki sırasında kondom kullanmaya ihtiyaçlarının olmadığı düşüncesine sahip olabilmektedir (Doull ve ark, 2018). Ancak bu araştırmada LB kadınlara verilen eğitim sonrasında kadınların kondom kullanma davranışlarında istatistiksel olarak anlamlı olmasa da bir artış olduğu görülmektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda LB kadınlara kondom kullanmanın önemini anlattığı cinsel sağlık eğitimlerine ihtiyaç olduğu görülmektedir.

Seks Oyuncacı Kullanma

Wood ve ark. (2017)'nin 1435 heteroseksüel ve homoseksüel kadın ile gerçekleştirmiş olduğu çalışma sonuçlarında seks oyuncacı kullanım yaygınlığı %52,3 olarak saptanmıştır ve oyuncak kullanıcılarının lezbiyen veya biseksüel olma olasılığının daha yüksek olduğu görülmüştür. Yine oyuncak kullanıcılarının oral ve anal seks yapma olasılığının yüksek olduğu bildirilmiştir. Oyuncak kullananların büyük bir çoğunluğunun su ve sabun ile oyuncaklarını temizlediği görülmekle beraber %21,7'sinin bu oyuncakları hem kendinde hem de partnerlerinde kullandığı saptanmıştır. Lindley ve ark (2007), çalışmalarına katılan LB kadınların; %48'inin partnerleri üzerinde seks oyuncacı kullandığını ve %72'sinin ise kendisi üzerinde penetratif seks oyuncacı kullandığını belirtmiştir. Marazzo ve ark (2005), çalışmalarında LB kadınların üçte birinin seks oyuncacı kullandıklarını ve seks oyuncaklarının temizliği için su ve sabun kullandıklarını belirtmişlerdir. Aynı şekilde, seks

oyuncaklarını paylaşma davranışları olan kadınların kondom kullanımı oranlarının da daha yüksek olduğu görülmüştür.

Bu araştırmada LB kadınların seks oyuncacı kullanma durumlarına göre eğitim öncesinde ve eğitim sonrasında JİKFÖ puan ortalamalarında anlamlı fark bulunmamıştır. Ancak LB kadınların seks oyuncacı kullanma durumlarına göre eğitim sonrası birinci ve üçüncü aylarda SYBDÖ puan ortalamalarında anlamlı fark bulunmuştur. Seks oyuncacı kullanan kadınların kullanmayan kadınlara göre SYBDÖ puan ortalamaları daha yüksektir. Bu durum LB kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirerek seks oyuncacı kullanımında kendilerine olan güvenlerinin arttığı şeklinde yorumlanabilir. Daha sağlıklı yaşam davranışları geliştiren kadınlar seks oyuncacı kullanımından çekinmemiş olabilir.

Aynı zamanda LB kadınların eğitim öncesinde seks oyuncacı kullanma oranı %21,9 olarak bulunmuştur. Eğitim sonrasında bu oran; birinci ayda %28,1; üçüncü ayda ise %31,3 olarak saptanmıştır. LB kadınların seks oyuncacı kullanma davranışının istatistiksel olarak olmasa da sürekli bir artış gösterdiği görülmektedir. Ancak araştırmamıza katılan LB kadınların, yurt dışındaki LB kadınlara kıyasla daha düşük oranda seks oyuncacı kullanma davranışı gösterdiği görülmektedir.

Kendi Kendine Vulva Muayenesi

Kendi kendine vulva muayenesi, vulva ve vajinaya ait kanserlerin ve bazı diğer hastalıkların tespitinde önemli bir role sahiptir. KKVM davranışını düzenli olarak sergilemek ve alışkanlık haline getirmek kadın sağlığı için önemlidir. Vulva, kendi kendine incelenmesi zor olan bir alandır. Bu sebeple kadınlar KKVM yapma davranışından kaçınabilmektedir. Ancak bu durum vulvada geç belirti veren veya belirti vermeyen kitlelerin saptanmasını geciktirmektedir. Bölgede gelişebilecek olan kanser türlerini, kitleleri, oluşumları, lezyonları vb erken dönemde yakalamak için düzenli KKVM yapmak gerekmektedir (Abalı, Şahin, 2010; Vulval Pain Society).

Bu araştırma sonuçlarında LB kadınların KKVM yapma davranışları incelendiğinde eğitim öncesi dönemde KKVM yapanların oranı %21,9 olarak saptanmıştır. Bu oran neredeyse beş lezbiyen/biseksüel kadından yalnızca birinin düzenli KKVM yapma davranışına sahip olduğunu ifade etmektedir. Eğitim sonrasında ise KKVM yapanların oranı birinci ayda %75, üçüncü ayda %84,4 olarak saptanmıştır. LB kadınların almış oldukları

eğitim ile birlikte KKVM yapma davranışlarında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir artış olmuştur. Aynı zamanda LB kadınların KKVM yapma davranışlarına göre eğitim sonrası üçüncü ayda SYBDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. LB kadınlardan KKVM yapanların SYBDÖ puan ortalaması, yapmayanlardan daha yüksektir. Bu durum kadınların KKVM yapma davranışları geliştirmesi ile beraber sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında da artış gösterdiğini ifade etmektedir. Ayrıca eğitim öncesinde LB kadınların KKVM yapma davranışlarının düşük olması dikkat çekicidir. LB kadınlarda KKVM davranışlarının incelenmesi ve bu kadınlara KKVM yapma davranışının kazandırılması için daha çok çalışmaya ihtiyaç vardır. Hemşireler, bulundukları kuruluşa başvuran LB kadınlara KKVM'nin nasıl yapıldığını ve KKVM yapmanın önemini içeren bir danışmanlık hizmeti sunabilir.

5.6. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Sağlık Arama Davranışlarının Eğitim Öncesi ve Sonrası SYBDÖ ve JİKFÖ'ye Göre Karşılaştırılması

Rutin tarama ve kontrol yaptırmak, sağlık hizmetlerine kolaylıkla ulaşmak ve nitelikli sağlık bakım hizmeti almak her kadın için önemlidir. Ancak LB kadınlar sağlık hizmetlerine erişimi geciktiren ve düzenli tıbbi bakım almayan bir gruptur (Boehmer ve ark, 2012; Diamant ve ark, 2000). LB kadınların sağlık hizmetlerinden yararlanmama durumları homofobik tutumlara maruz kalmaktan kaçınmaları ile ilişkilendirilmektedir. Kadınlar sağlık kuruluşlarına başvurduklarında cinsel yönelimlerinin ifşa olacağı düşüncesi ile bakım alma ihtiyaçlarını geciktirmektedir. Cinsel yönelimi ifşa etme konusundaki bu tereddüt, tarama programlarına katılımda özel bir öneme sahip olabilmektedir; çünkü sağlık uzmanlarına giden LB kadınlar cinsel yönelimlerini açıkladıklarında sağlık çalışanları tarafından damgalanabilmekte veya olumsuz deneyimler yaşayabilmektedir. (Imborek, Heide, Phillips, 2017).

HIV Testi Yaptırma

ACOG ve CDC lezbiyen ve biseksüel kadınlar için yıllık HIV testi taraması yapılmasını önermektedir (CDC, 2020; ACOG, 2016). Literatürde LB kadınların HIV testi yaptırma davranışlarını inceleyen çalışma sonuçlarında farklılıklar bulunmaktadır. Ancak bu farklılık incelendiğinde LB kadınların HIV testi yaptırma davranışlarının düşük olduğunu bildiren çalışmaların daha eski olduğu veya daha gelişmemiş ülkelerde yapıldığı görülmektedir;

Stevens (1994)'ın 626 LB kadınla yaptığı çalışmada kadınların HIV'e yakalanma riskinin farkında olmadıkları ve HIV'den korunma yöntemlerini bilmedikleri sonucuna ulaşılmıştır. Maguen, Armistead ve Kalichman (2000) cinsel aktif olan 117 LGBT birey ile yaptıkları çalışmada katılımcıların %32'sinin HIV testi yaptırmadığını belirtmişlerdir. Bir başka çalışmada ise Güney Afrikalı LB kadınlar arasında, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların kadın kadına cinsel ilişkide bulaşma riskinin düşük olduğuna yönelik bir inanış olduğu bildirilmiştir (Matebeni, 2013).

Bu duruma karşın yapılan son çalışmalar LB kadınlar arasında HIV testi yaptırma davranışının yüksek olduğunu göstermektedir; Agénor ve ark. (2019) 60,867 homoseksüel ve heteroseksüel kadınlarla yaptığı çalışmada lezbiyen veya biseksüel kadınların, heteroseksüel kadınlara oranla yaşam boyu HIV testi yaptırma olasılığının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Kerr, Ding ve Thompson (2013)'ın çalışma sonuçlarında da benzer şekilde biseksüel kadınların heteroseksüel kadınlara göre HIV testi yaptırma olasılıkları 1,5 kat daha fazla bulunmuştur.

Bu araştırma sonuçlarında LB kadınların HIV testi yaptırma davranışları incelendiğinde eğitim öncesi dönemde HIV testi yaptıranların oranı %31,3 olarak saptanmıştır. Eğitim sonrasında ise HIV testi yaptıranların oranı birinci ayda %62,5; üçüncü ayda %81,3 olarak saptanmıştır. LB kadınların almış oldukları eğitim ile birlikte HIV testi yaptırma davranışlarında istatistiksel olarak anlamlı bir artış olmuştur. LB kadınların HIV testi yaptırma davranışlarına göre eğitim öncesinde ve sonrasında JİKFÖ ile SYBDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak eğitim öncesinde LB kadınların HIV testi yaptırma davranışlarının düşük olması dikkat çekicidir. LB kadınlarda HIV testi yaptırma davranışlarının incelenmesi ve bu kadınlara HIV testi yaptırma davranışının kazandırılması için daha çok çalışmaya ihtiyaç vardır. Yapılan son araştırmalar LB kadınlar arasında yaşanan kadın kadına cinsel ilişkide de HIV bulaşının olabileceğini göstermektedir (Tracy, 2015; Bailey ve ark, 2003).

Pap Smear Yaptırma

Toplumda ve sağlık çalışanlarında lezbiyen/biseksüel kadınların hayatları boyunca hymene sahip olduklarına yönelik bir tutum bulunmaktadır. Birçok hekim, lezbiyen hastaların rutin pap smear gerektirmediği şeklinde yanlış bir düşünceye sahiptir. ACOG ve CDC'de

heteroseksüel kadınlarda olduğu gibi LB kadınlar için de rutin pap smear taraması yapılmasını önermektedir (CDC, 2020; ACOG, 2016).

Matthews ve ark (2004) 550 lezbiyen ve 279 heteroseksüel kadın ile yaptıkları çalışmada lezbiyen ve heteroseksüel kadınların pap testi yaptırmaya olasılıklarında bir fark olmadığını, ancak lezbiyenlerin rutin test yaptırmaya olasılıklarının daha düşük olduğunu ifade etmişlerdir. Tracy ve ark. (2013) 1006 lezbiyenle yapmış oldukları çalışmada; lezbiyenlerin pap tarama muayenelerine genel kadın popülasyonuna oranla daha az katılım gösterdiğini saptamışlardır. Lezbiyenlerin pap smear testinin yararları konusunda, tarama yaptıranlara göre daha az bilgi sahibi oldukları görülmüştür. Buna ek olarak, rutin tarama yaptırmayan lezbiyenlerin, taramalara katılmakta engellerle karşılaştığını ve tarama yaptırmaya ihtiyaçlarının olmadığını düşündükleri iletilmektedir. Karşılaşılan en büyük engel ise sağlık çalışanlarının bu kadınlara karşı olan tutumu olarak belirlenmiştir. Solazzo, Gorman ve Denney (2017)'in 2273 lezbiyen, 1689 biseksüel ve 147.839 heteroseksüel kadınla yapmış olduğu çalışmada lezbiyen ve biseksüel kadınların heteroseksüel kadınlara göre zamanında pap testi yaptırmaya oranlarının önemli ölçüde daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Pap smear yaptırmayan LB kadınların sosyoekonomik düzeylerinin düşük olduğu ve tarama yöntemlerinin kendileri için önemli olmadığı düşüncesine sahip oldukları saptanmıştır.

Bu araştırma sonuçlarında LB kadınların pap smear testi yaptırmaya davranışları incelendiğinde eğitim öncesinde pap smear testi yaptıranların oranı %31,2 olarak saptanmıştır. Eğitim sonrasında ise pap smear testi yaptıranların oranı birinci ayda %18,8; üçüncü ayda %53,1 olarak saptanmıştır. LB kadınların almış oldukları eğitim ile birlikte pap smear testi yaptırmaya davranışlarında eğitim sonrası birinci aydan üçüncü aya istatistiksel olarak anlamlı bir artış olmuştur. LB kadınların pap smear testi yaptırmaya davranışlarına göre eğitim öncesinde ve sonrasında JİKFÖ ile SYBDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak eğitim öncesinde ve eğitim sonrası birinci ayda LB kadınların pap smear testi yaptırmaya davranışlarının düşük olması dikkat çekicidir. LB kadınlarda pap smear testi yaptırmaya davranışlarının incelenmesi ve bu kadınlara pap smear testi yaptırmaya davranışının kazandırılması için daha çok çalışmaya ihtiyaç vardır.

LGBT bireylerin sağlık arama davranışlarındaki bu durum sağlık çalışanlarının LGBT'lere yönelik tutumları ile ilişkilendirilebilir. Çabuk (2010)'un 224 hekim ile yaptığı çalışmada, hekimlerin eşcinsellik konusunda bilgi düzeylerinin oldukça düşük olduğu ve

homofobik yaklaşımlara sahip olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde Soner (2017)'in 358 hemşire ile yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin homofobi düzeyi yüksek olarak bulunmuştur. Hemşirelerin, LGBT gruba yönelik yaklaşımlarının iyileştirilmesi oldukça önemlidir. Hemşireler bu grup hastalar ile karşılaştıklarında yargılayıcı tutum göstermeden, kadınların kendilerini rahatça ifade edebilecekleri bir ortam sunmalıdır (Bilgiç, Şahin, 2017).

Jinekolojik Muayene Yaptırma

Rutin jinekolojik muayene yaptırmak kadın sağlığının korunması ve sürdürülmesi için oldukça önemlidir. ACOG ve CDC her kadında olduğu gibi LB kadınlar için de yıllık jinekolojik muayene yaptırılmasını önermektedir (CDC, 2020; ACOG, 2016). Ancak LB kadınlar arasından bilhassa erkekler ile cinsel ilişki yaşamayan lezbiyen kadınlar rutin jinekolojik muayene ihtiyaçları olmadığına yönelik bir inanca sahiptir (Tracy, 2015). Bu düşünce jinekolojik muayenenin vajinal girişim gerektirdiğini ve sadece hymeni olmayan kadınlara yapılması gerektiğini varsaymaktadır. Ancak jinekolojik muayene kadının üreme organ sağlığı için oldukça önemlidir. Rutin jinekolojik muayene yaptırmak hastalıkların önlenmesini veya erken teşhis edilmesini ve kadın sağlığının korunmasını sağlar (Eroğlu, Koç, 2014). Literatürde LB kadınların jinekolojik muayene alışkanlığını inceleyen çalışmalar arasında farklılıklar olduğu görülmüştür. Ancak bu farklılık incelendiğinde LB kadınların jinekolojik muayene yaptırma davranışlarının düşük olduğunu bildiren çalışmaların daha eski olduğu saptanmıştır. Bu durum LB kadınların yıllar içinde jinekolojik muayene yaptırma davranışı kazandığı şeklinde yorumlanabilir;

Cochran ve ark (2001) 11.879 LB kadınla yapmış oldukları çalışmada LB kadınların obezite, alkol ve tütün kullanımı, düşük parite oranları gibi kanser riski oluşturabilecek faktörlere sahip olmalarına karşın yakın zamanda jinekolojik muayene yaptırma olasılıklarının düşük olduğu saptanmıştır. LB kadınlara ilişkin bir başka araştırmada, yıllık rutin muayeneler önceki yıllarda yapılan çalışmalardan daha yüksek bir oranda olarak görülmüştür, ancak oranlar hala heteroseksüel kadınlardan daha düşük seviyede olarak değerlendirilmektedir (Roberts ve ark, 2004). Moegelin (2010)'in 706 LB ve heteroseksüel kadın ile yaptığı çalışmada LB kadınların kürtaj, CYBE ve servikal atipi öyküsüne sahip olma olasılıklarının olmasına karşın jinekolojik muayene yaptırma davranışlarının düşük olduğu belirtilmiştir. Kerr, Ding ve Thompson (2013)'in çalışmasında ise biseksüel kadınların, heteroseksüel kadınlara oranla 1,1 kat daha fazla jinekolojik muayene yaptırdığı sonucuna

ulaşılmıştır. Lezbiyenlerin ise heteroseksüel kadınlara oranla jinekolojik muayene yaptırma olasılıkları 0,7 kat daha fazla bulunmuştur.

Ülkemizde LB kadınların jinekolojik muayene yaptırma davranışlarına ilişkin tutumlarını inceleyen çalışmalar oldukça sınırlıdır. Yıldırım (2018)'ın 29 LB kadınla tamamladığı niteliksel çalışmasında, kadınların toplumda karşılaştıkları homofobik tutumlar nedeniyle cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerine başvurmak istemedikleri ve jinekolojik muayene yaptırmaktan kaçındıkları belirtilmiştir.

Bu araştırma sonuçlarında LB kadınların jinekolojik muayene yaptırma davranışları incelendiğinde eğitim öncesinde jinekolojik muayene yaptıranların oranı %37,5 olarak saptanmıştır. Eğitim sonrasında jinekolojik muayene yaptıranların oranı birinci ayda eğitim öncesine benzer şekilde %37,5; üçüncü ayda ise %71,9 olarak saptanmıştır. LB kadınların almış oldukları eğitim ile birlikte jinekolojik muayene yaptırma davranışlarında eğitim sonrası birinci aydan üçüncü aya istatistiksel olarak anlamlı bir artış olmuştur. LB kadınların jinekolojik muayene yaptırma davranışlarına göre eğitim öncesinde JİKFÖ puan ortalamalarında anlamlı fark bulunmuştur. LB kadınlardan jinekolojik muayene yaptıranların JİKFÖ puan ortalamaları, yaptırmayanlardan daha yüksektir. Ancak eğitim sonrası birinci ve üçüncü aylarda LB kadınların jinekolojik muayene davranışlarına göre JİKFÖ puan ortalamalarında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu durum LB kadınlardan jinekolojik muayene yaptıranların, eğitim öncesinde de belirli bir düzeyde farkındalığa sahip olarak jinekolojik muayene yaptırma davranışı sergilediklerini ifade etmektedir. Eğitim ile farkındalık düzeyleri artan kadınların jinekolojik muayene yaptırma davranışına göre puan ortalamalarındaki fark ortadan kalkmıştır. LB kadınların jinekolojik muayene yaptırma davranışlarına göre eğitim öncesinde ve sonrasında SYBDÖ puan ortalamalarında anlamlı fark bulunmamıştır. Sağlık kuruluşları, LGBT dernekleri ile anlaşma yaparak bu derneklere başvuran kadınların jinekolojik muayene yaptırmak üzere kendilerine yönlendirilmesini sağlayabilir. Bu sayede LB kadınların jinekolojik muayenelerden yararlanma oranlarında artış sağlanabilir.

5.7. Lezbiyen/Biseksüel Kadınların Bazı Sağlıklı Yaşam Davranışlarının Eğitim Öncesi ve Sonrası SYBDÖ ve JİKFÖ'ye Göre Karşılaştırılması

Sigara, Alkol ve Madde Kullanımı

Maladaptif madde kullanımı (uyuşturucu, alkol ve tütün mamulleri), LB kadınlar arasında heteroseksüel kadınlara kıyasla daha yüksek oranda gözlenmesi bakımından özel bir endişe kaynağı oluşturmaktadır (Tracy, 2015; Frederiksen-Goldsen ve ark, 2010). LB kadınların heteroseksüel kadınlardan daha fazla maladaptif madde kullanmasının nedenleri incelendiğinde; LB kadınların maruz kaldıkları homofobik tutum ve davranışlar ile toplumdan dışlanmaları, ayrımcılığa maruz kalmaları, yalnızlık riskine sahip olmaları, sosyoekonomik faktörleri nedeniyle geçim zorluğu yaşamaları, ruhsal sağlıklarında bozulma riskinin daha fazla olması vb faktörlere ulaşılmaktadır (Diamant ve ark, 2000; McNair, 2014). Bu faktörler ile birlikte kadınlardaki madde kullanım oranının yüksek olması, LB kadınların sağlığını doğrudan etkiler niteliktedir.

Tang ve ark. (2004) 44.606 LGBT ile yapmış olduğu çalışma ile lezbiyen kadınlar arasında sigara içme oranı %25,3 olduğu, yani lezbiyen dört kadından birinin sigara içtiği sonucuna ulaşılmıştır. Ridner ve ark. (2019) yapmış oldukları çalışma sonuçlarında biseksüel kadınların heteroseksüel kadınlara oranla daha fazla tütün mamülü tükettiği sonucuna ulaşmışlardır. Yine yapılan benzer çalışmaların sonuçlarında biseksüel kadınların diğer cinsel yönelimlerdeki kadınlara nazaran madde (sigara, alkol, uyuşturucu) kullanım oranlarının daha yüksek olduğu belirtilmektedir (McCabe ve ark, 2009; Trocki, Drabble, Midanik, 2009).

Bizim araştırma sonuçlarımızda, LB kadınların sigara kullanma durumları incelendiğinde eğitim öncesinde sigara kullananların oranı %68,8 olarak saptanmıştır. Eğitim sonrasında sigara kullananların oranı birinci ayda %40,6; üçüncü ayda ise %46,9 olarak saptanmıştır. LB kadınların almış oldukları eğitim ile birlikte sigara kullanma oranlarında eğitim öncesinden eğitim sonrasına anlamlı bir düşüş olduğu görülmüştür. Kadınların almış oldukları eğitim ile birlikte sigaradan uzak durmaları sevindirici bir bulgudur.

Araştırma sonuçlarında LB kadınların alkol ve madde kullanma durumları incelendiğinde ise eğitim öncesinde alkol kullananların oranı %90,6; madde kullanma oranı ise %12,5 olarak saptanmıştır. Eğitim sonrasında alkol ve madde kullananların oranı eğitim öncesine benzer şekilde, birinci ayda sırasıyla %90,6 ve %12,5 olarak bulunmuştur. Eğitim

sonrası üçüncü ayda ise alkol ve madde kullananların oranı sırasıyla %84,4 ve %9,4 olarak saptanmıştır. LB kadınların almış oldukları eğitim ile birlikte alkol ve madde kullanma oranlarında eğitim öncesinden eğitim sonrasına anlamlı olmasa da kısmen bir düşüş olduğu görülmüştür. LB kadınların eğitim öncesinde alkol kullanma oranının %90,6 olması dikkat çekici bir bulgudur. LB kadınlara sigara, alkol ve madde kullanımının sağlık üzerine etkilerinin anlatıldığı daha fazla etkinlik veya faaliyete ihtiyaç vardır. Sağlık çalışanları, sağlık hizmeti almak üzere kuruluşlara başvuran LB kadınlara alkol, sigara ve madde kullanımının zararları üzerine danışmanlık hizmeti verebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar:

Lezbiyen veya biseksüel kadınlara verilen kadın kanserleri eğitiminin, jinekolojik kanser farkındalığına ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına olan etkilerini belirlemek üzere 32 lezbiyen veya biseksüel kadın ile yapılan araştırmanın sonuçları aşağıda sunulmuştur:

- Lezbiyen/biseksüel kadınların verilen eğitim ile birlikte eğitim sonrası birinci ayda ve üçüncü ayda, eğitim öncesine göre jinekolojik kanser farkındalık düzeyleri artmıştır. Kadınların eğitim öncesi jinekolojik kanserler farkındalık düzeyi orta düzeyde iken eğitim sonrasında orta-üst düzeye yükselmiştir.
- Lezbiyen/biseksüel kadınlar verilen eğitim ile birlikte eğitim sonrası birinci ayda ve üçüncü ayda, eğitim öncesine göre daha sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirmişlerdir. Kadınların eğitim öncesi sağlıklı yaşam biçimi davranışları orta düzeyde iken eğitim sonrasında orta-üst düzeye yükselmiştir.
- Lezbiyen/biseksüel kadınların sağlık sorumluluğu davranışları eğitim öncesine göre eğitim sonrasında anlamlı şekilde artmıştır.
- Lezbiyen/biseksüel kadınların fiziksel aktivite davranışları eğitim öncesine göre eğitim sonrasında anlamlı şekilde artmıştır.
- Lezbiyen/biseksüel kadınların beslenme davranışları eğitim öncesine göre eğitim sonrasında anlamlı şekilde artmıştır.
- Lezbiyen/biseksüel kadınların manevigelişim davranışları eğitim öncesine göre eğitim sonrasında anlamlı şekilde artmıştır.

- Lezbiyen/biseksüel kadınların kişilerarası ilişkiler davranışları eğitim öncesi ve eğitim sonrası arasında farklılık göstermemiştir.
- Lezbiyen/biseksüel kadınların stres yönetimi davranışları eğitim öncesine göre eğitim sonrasında anlamlı şekilde artmıştır.
- Lezbiyen/biseksüel kadınların verilen eğitim sonrasında birinci ayda ve üçüncü ayda jinekolojik kanser farkındalık düzeyleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzey bir ilişki tespit edilmiştir. Lezbiyen/biseksüel kadınların eğitim sonrası birinci ayda ve üçüncü ayda jinekolojik kanser farkındalık düzeylerinin artması ile birlikte sağlıklı yaşam biçimi davranışları da artmıştır.
- Lezbiyen/biseksüel kadınların almış oldukları eğitim ile birlikte cinsel sağlık davranışlarından; cinsel ilişkide kişisel hijyene dikkat etme, KKVM yapma ve menstruasyon sırasında kullanılan günlük ped sayısı oranlarında eğitim sonrasında anlamlı bir artış olmuştur.
- Lezbiyen/biseksüel kadınların almış oldukları eğitim ile birlikte sağlık arama davranışlarından; HIV testi, pap smear testi ve jinekolojik muayene yaptırma oranlarında eğitim sonrasında anlamlı bir artış olmuştur.
- Lezbiyen/biseksüel kadınların almış oldukları eğitim ile birlikte sigara kullanım oranında eğitim sonrasında anlamlı bir düşüş olmuştur.

6.2. Öneriler:

Araştırmada saptanan sonuçlar doğrultusunda öneriler aşağıda sunulmuştur:

Uygulamaya Yönelik Öneriler

- Lezbiyen/biseksüel kadınlara LGBT dernekleri aracılığı ile uygun ortamlarda kanser farkındalıklarına yönelik periyodik eğitimler yapılarak uzun süreli etkileri değerlendirilebilir.
- Lezbiyen/biseksüel kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirmeleri için tekrarlı eğitim programları (yüz yüze, online vb) düzenlenebilir ve uzun süreli değerlendirilebilir.
- Lezbiyen/biseksüel kadınların kişilerarası iletişim becerilerini geliştirmek üzere eğitim programları düzenlenebilir.
- Lezbiyen/biseksüel kadınlara toplumda daha rahat iletişim kurmaları ve sosyalleşme ortamları sunulması için derneklerle iş birliği içinde aktiviteler düzenlenebilir ve bu kişilere sosyalleşme ortamları sunulabilir (toplumsal gönüllülük projeleri vb).
- LB kadınların sağlık arama davranışlarını artırmak ve tarama programlarına katılımlarını sağlamak için birinci basamak sağlık hizmetleri ile LGBT dernekleri arasında anlaşmalar yapılabilir.
- Derneklere danışmanlık hizmeti almak üzere gelen lezbiyen/biseksüel kadınlar tarama testi yaptırması için birinci basamak sağlık hizmetlerine yönlendirilebilir.
- Lezbiyen/biseksüel kadınların cinsel sağlık davranışlarına yönelik olarak LGBT dernek bünyelerinde, kadınlar için rahat bir ortam sağlanarak hemşireler veya sağlık profesyonelleri tarafından periyodik eğitim programları düzenlenebilir.
- LGBT derneklerinin yurt içinde gerçekleştirdikleri geniş çaplı etkinliklerin (festivaller, onur haftası etkinlikleri vb) bir bölümünde, bireylerin sağlığının geliştirilmesi için hemşirelerin veya sağlık profesyonellerinin davet edildiği sağlık eğitim programlarına yer verilebilir
- Sağlık profesyonellerinin bu grup kadınlara yönelik farkındalıklarını artırmaya yönelik çalışanlara farkındalık eğitimleri verilebilir.

- Sağlık hizmeti için başvuran LB kadınlar için bu kadınlara özel poster, broşür vb materyaller hazırlanabilir ve başvuran kadınlara güven ortamı sağlanarak sağlık eğitimleri verilebilir.

- Sağlık profesyonelleri heteroseksüel kadınların danışmanlık hizmeti alırken eşlerinin sürece dahil edilmesi gibi, lezbiyen/biseksüel kadınların partnerlerini de danışmanlık sürecinde partnerleri dahil edilebilir.

- LGBT+ gruplar için hazırlanan broşür, kitapçık vb. eğitim materyaller ilgili dernek ve kuruluşlara bağış olarak verilebilir.

- Hemşirelik eğitim müfredatında LGBT+ gruba yönelik yaklaşımlara ilişkin konulara yer verilebilir.

Araştırmaya Yönelik Öneriler

- LB kadınların sağlıklarına yönelik risk faktörlerinin (sigara, alkol ve madde kullanma, obezite, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, sosyoekonomik faktörler vb) belirlenmesi üzerine daha büyük örneklemeler ile çalışmalar yapılabilir.

- LB kadınların sağlık sorumluluklarının, fiziksel aktivite düzeylerinin, beslenme alışkanlıklarının, manevi gelişimlerinin, kişilerarası ilişkilerinin ve stres yönetimlerinin incelendiği, yani bu kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının araştırıldığı çalışmalara ihtiyaç vardır.

- LB kadınların jinekolojik kanser farkındalıklarının belirlenmesine ve artırılmasına yönelik daha büyük örneklemeler ile çalışmalar yapılabilir.

- LB kadınların jinekolojik kanser farkındalık düzeylerini ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını artırmak üzere tekrarlayan eğitimlerin verildiği ve uzun süreli izlemelerin yapıldığı çalışmalar yapılabilir.

7. KAYNAKLAR

“Homophobia.” Merriam-Webster Dictionary, Merriam-Webster, <https://www.merriam-webster.com/dictionary/homophobia> Erişim Tarihi: 10.05.2020

Abalı S, Şahin NH. Yaşlılıkta Jinekolojik Sorunlar ve Hemşirelik Girişimleri. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2010; 7(2): 10-19

Adams HM, Bowden GA, Humphrey SD, McAdams BL. Social Support and Health Promotion Lifestyles of Rural Women. Online Journal of Rural Nursing and Health Care 2000; 1(1): 24-40

Agénor M, Pérez AE, Koma JW, Abrams JA ve ark. Sexual Orientation Identity, Race/Ethnicity, and Lifetime HIV Testing in a National Probability Sample of U.S. Women and Men: An Intersectional Approach. LGBT Health 2019; 6(6): 306-318

Alexander R. Education for All, the Quality Imperative and the Problem of Pedagogy, CREATE Pathways to Access Research Monograph No. 20. Institute of Education University of London 2008. ISBN: 0-901881-25-2

Alkatout I, Schubert M, Garbrecht N, Weigel MT ve ark. Vulvar Cancer: Epidemiology, Clinical Presentation, and Management Options. International Journal of Women's Health 2015; 7: 305–313.

Alpözgen AZ, Özdiñler AR. Fiziksel Aktivite ve Koruyucu Etkileri: Derleme. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi 2016; 3(1): 66-72

American Cancer Society. Cancer Facts for Lesbians and Bisexual Women. 2019; <https://www.cancer.org/healthy/find-cancer-early/womens-health/cancer-facts-for-lesbians-and-bisexual-women.html> Erişim tarihi: 10/10/2019

American Society of Clinical Oncology. Vaginal Cancer: Symptoms and Signs. Approved by the Cancer.Net Editorial Board, 04/2020 www.cancer.net/cancer-types/vaginal-cancer/symptoms-and-signs Erişim Tarihi: 04/05/2020

Aslan E. Endometriyum Kanseri. In: Can G (Editor). Onkoloji Hemşireliği Genişletilmiş ve Güncellenmiş 2. Baskı İstanbul Nobel Tıp Kitabevleri 2019; 927-940 ISBN: 9786053355052

Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F ve ark. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2008; 12(1): 1-13

Bailey JV, Farquhar C, Owen C, Mangtani P. Sexually Transmitted Infections in Women Who Have Sex with Women. Sex Transm Infect. 2004; 80(3): 244–246.

Bailey JV, Farquhar C, Owen C, Whittaker D. Sexual Behaviour of Lesbians and Bisexual Women. Sex Transm Infect 2003;79(2): 147-50

Balcıoğlu İ. Medikal Açıdan Stres ve Çareleri. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Sempozyum Dizisi 2005, No:47

Batıgün AD, Hasta D. İnternet Bağımlılığı: Yalnızlık ve Kişilerarası İlişki Tarzları Açısından Bir Değerlendirme. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2010; 11(3): 213-9

Beji NK, Bilgiç D. Over Kanseri. In: Can G (Editor). Onkoloji Hemşireliği Genişletilmiş ve Güncellenmiş 2. Baskı İstanbul Nobel Tıp Kitabevleri 2019; 975-1006 ISBN: 9786053355052

Bilgiç D, Şahin NH. Lezbiyenlerde Üreme Sağlığı. Türkiye Klinikleri 2017; 2(1): 30-39

Bishop SR, Lau M, Shapiro S, Carlson L ve ark. Mindfulness: A Proposed Operational Definition. Clinical Psychology: Science and Practice 2004; 11: 230-41

Blomberg M, Friis S, Munk C, Bautz A ve ark. Genital Warts and Risk of Cancer: a Danish Study of Nearly 50000 Patients with Genital Warts. J Infect Dis. 2012; 205(10): 1544-1553

Bodurka DC, Frumovitz M. Malignant Diseases of the Vagina: Intraepithelial Neoplasia, Carcinoma, Sarcoma. In: Lobo RA, Gershenson DM, Lentz GM, Valea FA (Editors). Comprehensive Gynecology 7th Edition Philadelphia Elsevier 2017; 704-713 ISBN: 978-0-323-32287-4

Boehmer U, Clark MA, Timm A, Glickman M ve ark. Comparing Sexual Minority Cancer Survivors Recruited Through A Cancer Registry to Convenience Methods of Recruitment. *Women Health Issues*. 2011; 21: 345-352.

Boehmer U, Miao X, Linkletter C, Clark MA. Adult Health Behaviors Over The Life Course By Sexual Orientation. *Am J Public Health*. 2012; 102(2): 292–300

Boehmer U, Miao X, Ozonoff A. Cancer Survivorship and Sexual Orientation. *Cancer* 2011; 117: 3796-3804.

Bostan A, Beşer N. Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Etkileyen Faktörler. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2017; 14 (1): 38-44

Bottorff JL, Johnson JL. The Effects of Cognitive-Persceptual Factors on Health Promotion Behavior Maintenance. *Nursing Research* 1996; 45 (1): 30-36.

Bowen DJ, Balsam KF, Diergaarde B, Russo M ve ark. Healthy Eating, Exercise and Weight: Impressions of Sexual Minority Women. *Women&Health* 2006; 44(1): 79-93

Bozhüyük A, Özcan S, Kurdak H, Akpınar E ve ark. Sağlıklı yaşam biçimi ve aile hekimliği. *TJFMPC* 2012; 9(6): 13-21

Brittain DR, Baillargeon T, McElroy M, Aaron DJ ve ark. Barriers to Moderate Physical Activity in Adult Lesbians. *Women&Health* 2006; 43(1): 75-92

Buchmueller T, Carpenter CS. Disparities in Health Insurance Coverage, Access, And Outcomes for Individuals in Same-Sex Versus Different-Sex Relationships 2000–2007. *Am J Public Health*. 2010; 100:489–495.

Buyx AM. Personal Responsibility for Health as a Rationing Criterion: Why We Don't Like It and Why Maybe We Should. *J Med Ethics* 2008; 34: 871-874

Çabuk FD. Tıp Öğrencileri ve Hekimlerin Eşcinsellik Hakkındaki Tutumları ve Gey ve Lezbiyenlerin Sağlık Hizmeti Deneyimleri. *Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi*, Ankara 2010.

Callahan TL, Caughey AB. Ovarian and fallopian tube tumors. *Obstetric & Gynecology*. 7th edition Philadelphia: Wolters Kluwer, 2018: 1026-1053

Cannistra SA, Gershenson DM, Recht A. Ovarian cancer, fallopian tube carcinoma, and peritoneal carcinoma. In: DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA, (editors). Cancer: Principles and Practice of Oncology. 10th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2015.

Case P, Austin SB, Hunter DJ, Manson JE ve ark. Sexual orientation, health risk factors, and physical functioning in the Nurses' Health Study II. Journal of Womens Health (Larchmont) 2004; 13: 1033–1047

Centers for disease control and prevention (CDC), Healthy People 2020 Lesbian Health Fact Sheet. İnternet Kaynağı: http://cancer-network.org/wp-content/uploads/2017/02/HP_2020_Lesbian_fact_sheet.pdf Erişim Tarihi: 17.05.2020

Centers for disease control and prevention (CDC). Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health: Lesbian and Bisexual Women. İnternet Kaynağı: <https://www.cdc.gov/lgbthealth/women.htm> Erişim Tarihi: 24.04.2020

Ceres M, Quinn GP, Loscalzo M, Rice D. Cancer Screeninng Considerations and Cancer Screening Uptake for Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Persons. Seminars in Oncology Nursing, Vol 34, No 1 (Şubat), 2018: 37-51

Çetin M. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Aile Eğitim Programı Sağlıklı Yaşama ve Hastalıklardan Korunma 2. Baskı, İstanbul Nakış Ofset 2012 E-Kitap. ISBN: 978-605-4628-33-9

Cihangiroğlu Z, Deveci SE. Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. Fırat Tıp Dergisi, 2011; 16(2): 78-83.

Cochran SD, Mays VM, Bowen D, Gage S ve ark. Cancer-related Risk Indicators and Preventive Screening Behaviors Among Lesbians and Bisexual Women. American Journal of Public Health 2001; 91(4): 591-597

Cochran SD, Mays VM, Sullivan JG. Prevalance of Mental Disorders, Psychological Distress, and Mental Health Services Use among Lesbian, Gay, and Bisexual Adults in the United States. J Consult Clin Psychol. 2003; 71(1): 53-61

Cooper CP, Gelp CA, Rodriguez J, Hawkins NA. Promoting Gynecologic Cancer Awareness at a Critical Juncture-Where Women and Providers Meet. *Journal of Cancer Education* 2014; 29 (2): 247–251

Cooper CP, Polonec L, Gelb CA. Women's Knowledge And Awareness Of Gynecologic Cancer: A Multisite Qualitative Study in The United States. *Journal Of Women's Health* 2011; 20(4): 517-524.

Cooper CP, Polonec L, Stewart SL, Gelb CA. Gynaecologic Cancer Symptom Awareness, Concern And Care Seeking Among Us Women: A Multi-Site Qualitative Study. *Family Practice* 2013; 30 (1): 96-104

Coşar P. Barriers Encountered by Young Lesbian and Bisexual Women in Accessing Health Care Services: The Case of Turkey, Orta Doğu Teknik Üniversitesi Sosyal Politikalar Bölümü Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2020. (Danışman: Prof. Dr. Fahriye Üstüner)

Dal NA ve Ertem G. Jinekolojik Kanserler Farkındalık Ölçeği Geliştirme Çalışması. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi*, 2017; 6(5): 2351-2367

Dewaele A, Houtte MV, Vincke J. Visibility and Coping with Minority Stress: A Gender-Specific Analysis Among Lesbians, Gay Man, and Bisexuals in Flanders. *Archives of Sexual Behavior* 2014; 43: 1601-1614

Diamant AL, Schuster MA, Lever J. Receipt of Preventive Healthcare Services by Lesbians. *Am J Prev Med* 2000; 19(3):141-148.

Diamant AL, Wold C, Spritzer K, Gelberg L. Health behaviors, health status, and access to and use of care. *Arch Fam Med*. 2000; 9: 1043–1051.

Dibble SL, Roberts SA, Robertson PA, Paul SM. Risk Factors for Ovarian Cancer: Lesbian and Heterosexual Women. *Oncology Nursing Forum Online Exclusive*, 2002; 29(1): 1-7

Dittmer C, Katalinic A, Mundhenke C, Thill M ve ark. Epidemiology of Vulvar and Vaginal Cancer in Germany. *Arch Gynecol Obstet* 2011; 284(1): 169-74

Dönmez A, Saydam BK. HPV Pozitif Kadınlara Serviks Kanserini Önlemeye Yönelik Verilen Planlı Eğitimin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları'na Etkisi. Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2019; 2(3): 81-87

Douglas NC, Lobo RA. Reproductive Endocrinology Neuroendocrinology, Gonadotropins, Sex Steroids, Prostaglandins, Ovulation, Menstruation, Hormon Assay. In: Lobo RA, Gershenson DM, Lentz GM, Valea FA (Editors). Comprehensive Gynecology 7th Edition Philadelphia Elsevier 2017; 77-107. ISBN: 978-0-323-32287-4

Doull M, Wolowic J, Saewyc E, Rosario M ve ark. Why Girls Choose Not to Use Barriers to Prevent Sexually Transmitted Infection During Female-to-Female Sex. Journal of Adolescent Health 2018; 62(4): 411-416

Duffy RL. Complete Food and Nutrition Guide. American Dietetic Association. 2006.

Dündar S, Deniz EB, Ünlü F, Dede İ ve ark. Ülkemizde Kanser Kontrolü. In: Can G (Editor). Onkoloji Hemşireliği Genişletilmiş ve Güncellenmiş 2. Baskı İstanbul Nobel Tıp Kitabevleri 2019; 927-940 ISBN: 9786053355052

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2017 (STEPS). Editörler: Üner S, Balcılar M, Ergüder T. Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi, Ankara, 2018.

Eckman M, Kirk KJ, O'shea J, Thuf IK. Reproductive System Disorders. Lippincott's Review for Medical-Surgical Nursing Certification. 5th edition. Tokyo: Lippincott Williams & Wilkins, 2012; 277-303.

Eifel P, Klopp AH, Berek JS, Konstantinopoulos A. Cancer of the Cervix, Vagina, and Vulva. In: DeVita VT, Lawrence TS, Rosenberg SA, (Editors). DeVita, Hellman, and Rosenberg's Cancer: Principles and Practice of Oncology. 11. Baskı Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins; 2019.

Elahi N, Ghannad N, Haghighizadeh MH. The Relationship Between Health Promoting Lifestyle with Life Satisfaction in Postmenopausal Women. J Res Med Dent Sci 2018; 6(5): 139-144

Erdoğan B, Köten E. “As Kendini De Hepimiz Kurtulalım Artık!”: Sosyal Dışlanmadan İntihara LGBT Gençler. Alternatif Politika 2015; 7(1): 143-167

Eroğlu K, Koç G. Jinekolojik Kanser Kontrolü ve Hemşirelik. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2014; 77-90.

Esin NM, Aktaş E. Çalışanların sağlık davranışları ve etkileyen faktörler: Sistemik inceleme. İÜFN Hem Derg 2012; 20 (2): 166-176.

Esmer Y. Radikalizm ve Aşırılık ve Toplumsal Değerler Bir Saha Araştırmasının Bulguları. İstanbul: Uğur Yayınları 2009.

Fallin-Bennett K, Henderson SL, Nguyen GT, Hyderi A. Access to Care. In: Eckstrand K L, Ehrenfeld JM (Editors). Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Healthcare. Springer International Publishing Switzerland 2016; 23-30

Flavell JH. Metacognition and Cognitive Monitoring: A New Area of Cognitive-Developmental Inquiry. American Psychologist 1979; 34: 906-911

Fogel SC. Access to Care, Internalized Homophobia, Disclosure, And Health. In: Eckstrand KL, Ehrenfeld JM (Editors). Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Healthcare. Springer International Publishing Switzerland 2016: 39-47.

Fredriksen-Goldsen KI, Kim HJ, Barkan SE, Balsam KF ve ark. Disparities in health-related quality of life: a comparison of lesbians and bisexual women. Am J Public Health. 2010; 100 (11): 2255–2261

Frumovitz M, Bodurka DC. Neoplastic Diseases of the Vulva: Lichen Sclerosus, Intraepithelial Neoplasia, Paget Disease, and Carcinoma. In: Lobo RA, Gershenson DM, Lentz GM, Valea FA (Editors). Comprehensive Gynecology 7th Edition Philadelphia Elsevier 2017; 685-703 ISBN: 978-0-323-32287-4

Germer C, Siegel R, Fulton P, (Editors) Mindfulness and psychotherapy. New York: Guildford Press 2005.

Göger S, Cingil D, Ören GK. Bir Spor Merkezine Kayıtlı Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Fiziksel Aktivite Düzeyleri ve Obezite Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Sağlık ve Toplum 2019; 29(1): 89-97

Gonzales G, Zinone R. Cancer Diagnoses Among Lesbian, Gay, And Bisexual Adults: Results From The 2013-2016 National Health Interview Survey, Cancer Causes Control 29, 2018: 845-854.

Gözüyeşil E, Düzgün AA, Taş F. Bir Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Kadınların Jinekolojik Kanser Farkındalıklarının Değerlendirilmesi. TJFMPC 2020; 14(2): 177-185

Gözüyeşil E, Taş F, Düzgün AA. 15-49 Yaş Kadınlarda Meme Kanseri Endişesi ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Etkileyen Faktörler. Cukurova Medical Journal 2019; 44(4): 1215-1225

Grant J. National Gay and Lesbian Task Force. How Big Is The LGBT Community? Why Can't I Find This Number? 2016 İnternet Kaynağı: http://www.thetaskforce.org/static_html/downloads/release. Erişim tarihi: 01/10/2018.

Gülüm İV. Farkındalık Eğitim ve Uygulamalarının Terapistlerin Kişisel Yaşamlarına Etkisi: Bir Meta-Sentez Çalışması. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi 2017; 7(47): 117-134

Güngör İ, Şahin NH. Sağlığın Geliştirilmesinde Kullanılan Temel Davranış Değişirme Kuram Ve Modelleri. Hemşirelik Forumu Dergisi 2006; 6-13

Halkitis PN, Mattis JS, Sahadath JK, Massie D ve ark. The Meanings and Manifestations of Religion and Spirituality among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Adults. Journal of Adult Development 2009; 16: 250-262

Hollier L, Huh WK, Brown CL. Leading Women's Health Care Groups Issue Joint Statement on USPSTF Final Cervical Cancer Screening Recommendations, 2018. İnternet Kaynağı: <https://www.acog.org/news/news-releases/2018/08/leading-womens-health-care-groups-issue-joint-statement-on-uspstf-final-cervical-cancer-screening-recommendations> Erişim Tarihi: 17.05.2020

Hutchinson MK, Thompson AC, Cederbaum JA. Multisystem Factors Contributing to Disparities in Preventive Health Care Among Lesbian Women, Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses 2006; 35(3): 393-492

Imborek K, Heide D, Phillips S, Part III: Resillience in Spesific Populations, Lesbian and Bisexual Women, In: Eckstrand KL, Potter J (Editors), Trauma, Resilience, and Health Promotion in LGBT Patients What Every Healthcare Provider Should Know E-Book, Springer International Publishing AG 2017; 133-148. ISBN: 978-3-319-54509-7

Ingraham N, Eliason MJ, Garbers S, Harbatkin D ve ark. Effects of Mindfulness Interventions on Health Outcomes in Older Lesbian/Bisexual Women. Women's Health Issues 2016; 26(1): 53-62

İştar E. Stres ve Verimlilik İlişkisi. Akademik Bakış Dergisi 2012: 2-3

Jackson CL, Agénor M, Johnson DA, Bryn AS ve ark. Sexual Orientation Identity Disparities in Health Behaviors, Outcomes, And Services Use Among Men and Women in The United States: A Cross-Sectional Study. BMC Public Health. 2016; 16(807): 1-11.

Jhingran A, Meyer LA. Malignant Diseases of the Cervix Microinvasive and Invasive Carcinoma: Diagnosis and Management. In: Lobo RA, Gershenson DM, Lentz GM, Valea FA (Editors). Comprehensive Gynecology 7th Edition Philadelphia Elsevier 2017; 666-684 ISBN: 978-0-323-32287-4

Jhungran A, Russell AH, Seiden MV, Duska LR ve ark. Cancers of the Cervix, Vulva, and Vagina. In: Niederhuber JE, Armitage JO, Doroshow JH, Kastan MB, Tepper JE, eds. Abeloff's Clinical Oncology. 6. baskı Philadelphia, Pa: Elsevier; 2020.

Kabacaoğlu G, Gey ve Lezbiyenlerde Açılma Süreci: Nitel Bir Çalışma. Ankara, Hacettepe Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi 2015.

Kabat-Zinn J, Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. Clin Psychol Sci Pract 2003; 10: 144-156

Kabat-Zinn J, Wherever you go, there you are 1994, New York: Hyperion

Kara F, İlter H, Keskinlik B. Türkiye Kanseri İstatistikleri 2015. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Ankara 2018.

Kaya A. Kişilerarası İlişkiler ve Etkili İletişim. Ankara, Pegem Akademi, 2013.

Kerr DL, Ding K, Thompson AJ, A Comparison of Lesbian, Bisexual, and Heterosexual Female College Undergraduate Students on Selected Reproductive Health Screenings and Sexual Behaviors. Women's Health Issues 2013; 23(6): 347-355

Kimble GA, Hilgard and Marquis' Conditioning and learning 2nd edition, Englewood Cliffs New Jersey Prentice Hall, 1961.

Klitzman RL, Greenberg JD. Patterns Of Communication Between Gay and Lesbian Patients and Their Healthcare Providers. J Homosex. 2002; 42: 65–75

Kolaç N, Balcı AS, Şişman FN, Ataçer BE ve ark. Fabrika Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı ve Sağlık Algısı. Bakırköy Tıp Dergisi 2018; 14: 267-274

Köylü M, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı için LGBT Hakları El Kitabı Kaos Gey ve Lezbiyen Kültürel Araştırmalar ve Dayanışma Derneği (Kaos GL) Birinci Baskı: Ankara, 2016: 10-11

Köylü M, Eti A, Cinsel Yönelim ve Cinsiyet Kimliğiyle İlişkili Olarak Uluslararası İnsan Hakları Hukukunun Uygulanmasına Dair Yogyakarta İlkeleri, Pembe Hayat LGBTT Dayanışma Derneği ve Kaos GL Derneği, Ankara 2014.

Lally P, Jaarsveld CHM, Potts HWW, Wardle J, How Are Habits Formed: Modelling Habit Formation In The Real World, European Journal of Social Psychology 2016; 40:998-1009

Landrum LM, Zuna RE, Walker JL, Endometrial Hyperplasia, Estrogen Therapy, and the Prevention of Endometrial Cancer, In: Disaia PJ, Creasman WT, Manner RS, McMeekin DS, Mutch DG (editors), Clinical Gynecologic Oncology, Ninth Edition, Philadelphia, Elsevier 2018: 105-120

Lehavot K, Coping Strategies and Health in a National Sample of Sexual Minority Women, American Journal of Orthopsychiatry 2012; 82(4): 494-504

Lewis NM, Mental Health in Sexual Minorities: Recent Indicators, Trends, and Their Relationships to Place in North America and Europe. *Health Place* 2009; 15(4): 1029-1045

Lindley LL, Kerby MB, Nicholson TJ, Lu N, Sexual Behaviors and Sexually Transmitted Infections Among Self-Identified Lesbian and Bisexual College Women, *Journal of LGBT Health Research* 2007; 3(3): 41-54

Linehan M, DBT skills training manual, New York, NY: The Guildford Press 2015.

Macapagal K, Bhatia R, Greene GJ, Differences in Healthcare Access, Use, and Experiences Within a Community Sample of Racially Diverse Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Questioning Emerging Adults, *LGBT Health* 2016; 3(6): 434-442

Margolies L, Brown CG, Current State of Knowledge About Cancer In Lesbians, Gay, Bisexual And Transgender (LGBT) People, *Seminars in Oncology Nursing*, 2018; 34(1): 3-11

Marlatt GA, Kristeller JL, “Mindfulness and Meditation”, In WR Miller (Ed.), *Integrating spirituality into treatment*, Washington DC: American Psychological Association S: 67-84

Marrazzo JM, Coffey P, Bingham A, Sexual Practices, Risk Perception and Knowledge Of Sexually Transmitted Disease Risk Among Lesbian and Bisexual Women, *Perspect Sex Reprod Health*. 2005; 37(1): 6-12

Marrazzo JM, Gorgos LM. Emerging sexual health issues among women who have sex with women. *Curr Infect Dis Rep* 2012;14(2): 204–211.

Marrazzo JM, Koutsky LA, Stine KL, Kuypers JM, Grubert TA, Galloway DA, et al. Genital human papillomavirus infection in women who have sex with women. *J Infect Dis*. 1998; 178(6): 1604–1609.

Marrazzo JM, Stine K, Koutsky LA. Genital human papillomavirus infection in women who have sex with women: a review. *Am J Obstet Gynecol*. 2000; 183(3):770–774

Martin VR, Ovarian Cancer. In: Yarbrow CH, Wujcik D, Gobel BH, eds. *Cancer Nursing: Principles and Practice*. 7th ed. United Kingdom: Jones and Bartlett Publishers, 2011: 1546-1579

Matebeni Z, Reddy V, Sandfort T, Southey-Swartz I, “I Thought We Are Safe”: Southern African Lesbians’ Experiences of Living With HIV, *Cult Health Sex* 2013; 15: 34-47

Matthews AK, Brandenburg DL, Johnson TP, Hughes TL, Correlates of Underutilization of Gynecological Cancer Screening Among Lesbian and Heterosexual Women, *Preventive Medicine* 2004; 38(1): 105-113

Maugen S, Armistead LP, Kalichman S, Predictors of HIV antibody testing among gay, lesbian, and bisexual youth, *Journal of Adolescent Health* 2000; 26(4): 252-257

McCabe SE, Hughes TL, Bostwick WB, West BT ve ark, Sexual Orientation, Substance use Behaviors and Substance Dependence in the United States, *Addiction*. 2009; 104(8): 1333-1345

McNair R, Lesbian and Bisexual Women’s Sexual Health, *Australian Family Physician* 2009; 38(6): 388-393

McNair R, The ALICE study: “Alcohol and Lesbian/Bisexual Women: Insights into Culture and Emotions”, The Department of General Practice, The University of Melbourne, Beyondblue, 2014 <https://www.glhv.org.au> Erişim Tarihi: 23.04.2020

McRee AL, Katz ML, Paskett ED, Reiter PL. HPV Vaccination Among Lesbian and Bisexual Women: Findings from a National Survey of Young Adults. *Vaccine*. 2014; 32(37): 4736-4742

Merol TK. Temel Beslenme ve Diyetetik. Güneş Tıp Kitapevleri Ltd. Şti, Ankara, 2015

Moegelin L, Reproductive Health in Lesbian and Bisexual Women in Sweden, *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* 2010; 2: 205-209

Morgan M, Boyd J, Drapkin R, Seiden MV. Cancers Arising in the Ovary. In: Abeloff MD, Armitage JO, Lichter AS, Niederhuber JE ve ark. (editors) *Clinical Oncology*. 5th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2014: 1592.

Murr R, “I Became Proud of Being Gay and Proud of Being Christian”: The Spiritual Journeys of Queer Christian Women, *Journal of Religion & Spirituality in Social Work: Social Thought* 2013; 32(4): 349-372

Narayanasamy A. Asset: A Model For Actioning Spirituality And Spiritual Care Education And Training Nursing. Nurse Education Today 1999; 19: 274-285.

National Cancer Institute. Physician Data Query (PDQ). Cervical Cancer Treatment – Health Professional Version. 2019. <https://www.cancer.gov/types/cervical/hp/cervical-treatment-pdq> Erişim Tarihi: 20.05.2020

National Cancer Institute. Vaginal Cancer Treatment (PDQ) – Health Professional Version. <https://www.cancer.gov/types/vaginal/hp/vaginal-treatment-pdq> Erişim Tarihi: 20.05.2020

National Comprehensive Cancer Network (NCCN). Clinical Practice Guidelines in Oncology: Cervical Cancer. İnternet Kaynağı: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/cervical.pdf Erişim Tarihi: 05.05.2020

National Institutes of Health Sexual and Gender Minority Research Coordinating Committee, FY 2016–2020 Strategic Plan to Advance Research on the Health and Wellbeing of Sexual and Gender Minorities. 2015

National LGBT Cancer Network, The LGBT Community’s Disproportionate Cancer Burden, LGBT Cancer Information, İnternet Kaynağı: <https://cancer-network.org/cancer-information/cancer-and-the-lgbt-community/the-lgbt-communitys-disproportionate-cancer-burden/> (Erişim Tarihi: 17.05.2020)

Nomura H, Iwasa N, Yoshihama T, Nanki Y ve ark. Epidemiology and Etiology of Ovarian Cancer. In: Katabuchi H (editör). Frontiers in Ovarian Cancer Science. 1st ed. Singapore: Springer Nature 2017; 1-14

O’Hanlan KA, Crum, CP. Human Papillomavirus-Associated Cervical İnterapithelial Neoplasia Following Lesbian Sex. Obstetrics and Gynecology 1996; 88(4 Pt 2): 702-703.

O’Hanlan KA, Lesbian Health And Homophobia: Perspectives For The Treating Obstetrician/Gynecologist. Current Problems in Obstetrics and Gynecology and Fertility 1995; 18(4): 94–133

Oldnall A, A Critical Analysis of Nursing: Meeting the Spiritual Needs of Patients. Journal of Advanced Nursing 1996, 23, 138-144

Önal B, Yılmaz FA, Attitudes of Women Toward for Early Diagnosis of Cervical Cancer: Health Responsibility and Associated Factors, Cukurova Medical Journal 2020; 45(1): 14-21

O'neil HF, Abedi J. Reliability and Validity of a State Metacognitive Inventory: Potential for Alternative Assessment. The Journal of Educational Research 1996; 89: 234-245

Operario D, Gamarel KE, Grin BM, Lee JH ve ark, Sexual Minority Health Disparities in Adult Men and Women in the United States: National Health and Nutrition Examination Survey, 2001-2010, American Journal of Public Health 2015; 105: 27-34

Owens L, The Relationship of Health Locus of Control, Self Efficacy, Health Literacy and Health Promoting Behaviors in Older Adults. A dissertation presented fort he doctor of philosophy degree The University of Memphis 2006.

Oxford Learner's Dictionaries of English, "Homophobia", Oxford University Press, 2020; https://www.oxfordlearnersdictionaries.com/definition/american_english/homophobia
Erişim Tarihi: 20.04.2020

Pekcan AG, Şanlıer N, Baş M. Türkiye Beslenme Rehberi. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu, Alban Tanıtım Ankara, 2016. ISBN: 978-975-590-608-9

Pender N, Murdaugh C, Parsons M. Health Promotion in Nursing Practice Philadelphia: Upper Saddle River, New Jersey. 2014

Pender N, Murdaugh C, Parsons MA. Health Promotion in Nursing Practice USA: Pearson Publishing, 2011.

Pender NJ, Barkauskas VH, Hayman L, Rice VH, Anderson ET, Health promotion and disease prevention: Toward excellence in nursing practice and education. Nursing Outlook 1992; 40(3): 106-112.

Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA, Health Promotion in Nursing Practice (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall 2006.

Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA, Health Promotion in Nursing Practice (4th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall 2002.

Power J, McNair R, Carr S. Absent sexual scripts: lesbian and bisexual women's knowledge, attitudes and action regarding safer sex and sexual health information. *Culture, Health & Sexuality* 2009; 11(1): 67-81

Price J, Easton AN, Telljohann SK, Wallace PB, Perceptions of Cervical Cancer and Pap Smear Screening Behavior by Women's Sexual Orientation, *Journal of Community Health* 1996; 21: 89-105

Przedworski JM, McAlpine DD, Karaca-Mandic P, VanKim NA, Health and Health Risks Among Sexual Minority Women: An Examination of 3 Subgroups, *American Journal of Public Health* 2014; 104(6): 1045-1047

Puckett JA, Horne SG, Herbitter C, Maroney MR ve ark, Differences Across Contexts: Minority Stress and Interpersonal Relationships for Lesbian, Gay, and Bisexual Women, *Psychology of Women Quarterly* 2016; 41(1): 8-19

Quinn GP, Sanchez JA, Sutton SK, Vadaparampil ST ve ark., Cancer and Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender/Transsexual, and Queer/Questioning (LGBTQ) Populations *CA Cancer J Clin.* Sep-Oct 2015; 65(5):384-400.

Reiter L, Sexual Orientation, Sexual Identity, and The Question of Choice, *Clinical Social Work Journal* 1989; 17(2): 138-150

Richters J., Understanding Sexual Orientation: A Plea for Clarity, *Reproductive Health Matters*, 1998; 6(12): 144-149

Ridner SL, Ma JZ, Walker KL, Vu THT, ve ark, Cigarette Smoking, ENDS use and dual use among a national sample of lesbians, gays and bisexuals, *Tob Prev Cessat.* 2019; 5:51

Roberts SJ, Patsdaughter CA, Grindel CG, Tarmina MS, Health related behaviors and cancer screening of lesbians: results of the Boston Lesbian Health Project II. *Women and Health* 2004; 39(4): 41–55.

Saewyc EM, Bearinger LH, Blum RW, Resnick MD. Sexual intercourse, abuse and pregnancy among adolescent women: does sexual orientation make a difference? *Family Planning Perspective* 1999; 31: 127–131.

Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Sağlıklı Beslenme ve Fiziksel Aktivite Öğretmen El Kitabı, THSK Yayınları Ankara, 2016.

Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi 2. Baskı, THSK Yayınları Ankara, 2014.

Şahin D, Sayın NC. Knowledge, Attitude and Behavior About Gynecologic Cancers in Women Admitted to and Healthcare Staff Working at The State Hospital in Kırklareli. Indian Journal Of Applied Research 2015; 5(3): 294-297

Şahin NH, Bilgiç D, Toplumda Eşcinsellere Yönelik Tutumlar ve Lezbiyen Kadınlarda Sağlık Eşitsizliği, HSP 2016; 3(3): 216-225

Şahin NH, Şahin D, Serviks Kanseri, In: Can G (Editor), Onkoloji Hemşireliği Genişletilmiş ve Güncellenmiş 2. Baskı İstanbul Nobel Tıp Kitabevleri 2019; 953-964 ISBN: 9786053355052

Salcendo MP, Baker ES, Schmeler KM, Intraepithelial Neoplasia of the Lower Genital Tract (Cervix, Vagina, Vulva): Etiology, Screening, Diagnosis, Management, In: Lobo RA, Gershenson DM, Lentz GM, Valea FA (Editors), Comprehensive Gynecology 7th Edition Philadelphia Elsevier 2017; 655-665 ISBN: 978-0-323-32287-4

SEER Stat-incidence [Internet]. www.seer.cancer.gov Erişim Tarihi: 24.04.2020

Senemoğlu N, Gelişim, Öğrenme ve Öğretim: Kuramdan Uygulamaya, 24. Baskı Yargı Yayınevi Dizgi Birimi, 2015; S:101-114

Shao AT, Marketing Research, An Aid to Decision Making, Cincinnati 2002.

Smalley KB, Warren JC, Barefoot KN. Gender and Sexual Minority Health: History, Current State, and Terminology, In: Smalley KB, Warren JC, Barefoot KN (Editors), LGBT Health Meeting The Needs Of Gender And Sexual Minorities New York Springer Publishing 2018; 3-14 ISBN (EBook): 978-0-8261-3378-6

Society of Gynecologic Oncology. Vaginal Cancer Symptoms. Accessed at www.sgo.org/patients-caregivers-survivors/caregivers/vaginal-cancer-symptoms Erişim Tarihi: 20.04.2020

Solazzo AL, Gorman BK, Denney JT, Cancer Screening Utilization Among U.S. Women: How Mammogram and Pap Test Use Varies Among Heterosexual, Lesbian, and Bisexual Women, Population Research and Policy Review 2017; 36: 357-377

Soliman PT, Lu KH, Neoplastic Diseases of the Uterus, Endometrial Hyperplasia, Endometrial Carcinoma, Sarcoma: Diagnosis and Management, In: Lobo RA, Gershenson DM, Lentz GM, Valea FA (Editors), Comprehensive Gynecology 7th Edition Philadelphia Elsevier 2017; 714-732 ISBN: 978-0-323-32287-4

Soner G, Hemşirelerin Lezbiyen, Gey, Biseksüel, Transseksüel Bireylere İlişkin Tutumlarının Belirlenmesi: Samsun Örneği, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi 2017. (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Birsen Altay)

Stevens PE, HIV Prevention Education for Lesbians and Bisexual Women: A Cultural Analysis of a Community Intervention, Social Science & Medicine 1994; 39(11): 1565-1578

Struble CB, Lindley LL, Montgomery K, Hardin J, Burcin M, Overweight and obesity in lesbian and bisexual college women, J Am Coll Health 2010; 59(1): 51-56

Strutz KL, Herring AH, Halpern CT, Health Disparities Among Young Adult Sexual Minorities in The U.S. Am J Prev Med 2015; 48:76–88.

Sülü E, Zümrüt B. Yoğun bakımda yatan çocuk hastaların annelerinin manevi bakım (spiritüel bakım) gereksinimleri. Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi 2013; 11(1): 17-24.

Tang H, Greenwood GL, Cowling DW, Lloyd JC, Roeseler AG, Bal DG. Cigarette smoking among lesbians, gays, and bisexuals: how serious a problem? Cancer Causes Control. 2004;15 (8): 797–803.

Tao G. Sexual orientation and related viral sexually transmitted disease rates among US women aged 15 to 44 years. Am J Public Health 2008; 98(6): 1007–1009.

Taşkın L, Jinekolojik Kanserler ve Bakım, In: Taşkın L (Editor), Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Onaltıncı Baskı Ankara, Akademisyen Kitabevi 2020. ISBN: 9759466104

Taşkın L, Üreme Sistemi Anatomisi, In: Taşkın L (Editor), Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Onaltıncı Baskı Ankara, Akademisyen Kitabevi 2020. ISBN: 9759466104

Taşkın L, Üreme Sistemi Fizyolojisi, In: Taşkın L (Editor), Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Onaltıncı Baskı Ankara, Akademisyen Kitabevi 2020. ISBN: 9759466104

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Daire Başkanlığı, Kanser Farkındalık Eğitimi, Farkındalık Etkinlikleri (Hazırlayan: Gülten Atlı) 2018, İnternet Kaynağı:https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/yayinlar/sunular/ulusal_kanser_haftasi_2018/sunum-farkindalik2018-2.pdf Erişim Tarihi: 25.04.2020

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Daire Başkanlığı, Kanser Farkındalık Eğitimi, Dünyada Kanser Taramalarında Farkındalık Çalışmaları (Hazırlayan: Prof. Dr. Seçil ÖZKAN) 2019, İnternet Kaynağı. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/yayinlar/sunular/Ca_Farkindalik_Egitimi_31.10.2019/Dunyada_Kanser_Taramalarinda_Farkindalik_Calismalari_Prof._Dr._Secil_Ozkan.pdf Erişim Tarihi: 25.04.2019

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı, Ulusal Kanser Tarama Standartları/Serviks Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları Erişim Tarihi: 31.03.2020 <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari/listesi/serviks-kanseri-tarama-program%C4%B1-ulusal-standartlar%C4%B1.html>

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Dairesi Başkanlığı, Fiziksel Aktivite. İnternet Kaynağı: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/fiziksel-aktivite/fiziksel-aktivite-nedir.html> Erişim tarihi: 28.04.2020

T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 21 hedefte Türkiye Sağlıkta Gelecek, 2007. İnternet Kaynağı: https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/200801212206080_hedef.pdf

T.C. Sağlık Bakanlığı, Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı Üreme Sağlığına Giriş, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Basımevi Ankara, 2009, 29-41

Tedik SE, Fazla Kilo/Obezitenin Önlenmesinde ve Sağlıklı Yaşamın Desteklenmesinde Hemşirenin Rolü, Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi 2017; 1(2): 54-62

The American Cancer Society Medical and Editorial Content Team, Endometrial Cancer Early Detection, Diagnosis, and Staging, cancer.org 1.800.227.2345 Erişim Tarihi: 31.03.2020 <https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/8611.00.pdf>

The American Cancer Society Medical and Editorial Content Team, Vulvar Cancer Early Detection, Diagnosis, and Staging, cancer.org 1.800.227.2345 Erişim Tarihi: 20.04.2020 <https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/8870.00.pdf>

The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Health Care for Underserved Women, Health Care for Lesbians and Bisexual Women, 2012, Reaffirmed 2016, 525: 1-4

The Williams Institute University of California – Los Angeles School of Law, LGBT Demographic Data Interactive, January 2019, Los Angeles, CA. Erişim Tarihi: 22.04.2020 <https://williamsinstitute.law.ucla.edu/visualization/lgbt-stats/?topic=LGBT#density>

Tjepkema M, Health care use among gay, lesbian and bisexual Canadians, Health Reports 2008; 19(1): 53-64

Tracy JK, Schluterman NH, Greenberg D, Understanding cervical cancer screening among lesbians: a national survey, BMC Public Health 2013; 13: 442

Tracy JK, Understanding and Reducing Risks via Infection in LBT Women, In: Boehmer U, Elk R (Editors), Cancer and the LGBT Community Unique Perspectives from Risk to Survivorship, Switzerland, Springer International Publishing 2015; 23-36

Trocki KF, Drabble LA, Midanik LT, Tobacco, Marijuana, and Sensation Seeking: Comparisons Across Gay, Lesbian, Bisexual, and Heterosexual Groups. Psychology of Addictive Behaviors. 2009; 23(4): 620-631

Tümkiye S, Çelik M, Aybek B, Ergenlerin Kişilerarası İlişkilerini Etkileyen Sosyal Yaşantı Değişkenlerinin İncelenmesi. İLKE 2013; (24): 163-78

Türk Dil Kurumu, Güncel Türkçe Sözlük Erişim Tarihi: 30.03.2020 <https://sozluk.gov.tr/>

Tutar H, Kriz ve Stres Yönetimi: Stresle başa çıkma. 1.Baskı. Seçkin Yayıncılık. Ankara, 2004.

Tuzlalı S, Güllüoğlu M, Çevikbaş U, ROBBINS Temel Patoloji Dokuzuncu Baskı 2014, ISBN: 978-605-335-002-6

Uluslararası Af Örgütü, Kadınlar, LGBTİ+'lar, mülteciler ve dijital haklar... İnsan hakları mücadelesinin son 10 yılında öne çıkan alanlar, 2019. İnternet Kaynağı: <https://www.amnesty.org.tr/icerik/2010larin-insan-haklari-mucadeleleri> (Erişim Tarihi: 17.05.2020)

Urwin S, Whittaker W, Inequalities in Family Practitioner Use By Sexual Orientation: Evidence From the English General Practice Patient Survey. BMJ Open. 2016; 6:e011633.

Uzuner LA, Koçak DY, Üniversite Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları İlişkisi, Nobel Medicus 2019; 15(3): 24-32

Valanis BG, Bowen DJ, Bassford T, Whitlock E, Charney P ve Carter RA, Sexual orientation and health: comparisons in the Women's Health Initiative sample. Archives of Family Medicine 2000; 9: 843–853.

Valea FA, Reproductive Anatomy Gross and Microscopic, Clinical Correlations, In: Lobo RA, Gershenson DM, Lentz GM, Valea FA (Editors), Comprehensive Gynecology 7th Edition Philadelphia Elsevier 2017; 48-76. ISBN: 978-0-323-32287-4

VanKim NA, Austin SB, Jun HJ, Hu FB ve ark, Dietary Patterns during Adulthood among Lesbian, Bisexual, and Heterosexual Women in the Nurses' Health Study II, Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics 2017; 117(3): 386-395

Vulval Pain Society, How to perform vulval self-examination. İnternet Kaynağı: <http://vulvalpainsociety.org/index.php?page=self-examination> (Erişim tarihi: 20.04.2020).

Vurgeç BA, Sürücü ŞG, Vajina Kanseri, In: Can G (Editor), Onkoloji Hemşireliği Genişletilmiş ve Güncellenmiş 2. Baskı İstanbul Nobel Tıp Kitabevleri 2019; 941-952 ISBN: 9786053355052

Vurgeç BA, Sürücü ŞG, Vulva Kanseri, In: Can G (Editor), Onkoloji Hemşireliği Geniştirilmiş ve Güncellenmiş 2. Baskı İstanbul Nobel Tıp Kitabevleri 2019; 927-940 ISBN: 9786053355052

Waterman L, Voss J, HPV, Cervical Cancer Risks and Barriers to Care for Lesbian Women. Nurse Practice 2015; 40: 46-53

Wood J, Crann S, Cunningham S, Money D ve ark, A cross-sectional survey of sex toy use, characteristics of sex toy use hygiene behaviours, and vulvovaginal health outcomes in Canada, The Canadian Journal of Human Sexuality 2017; 26(3): 196-204

World Health Organization International Agency for Research on Cancer, GLOBOCAN 2018, Estimated age-standardized incidence rates (World) in 2018, worldwide, females, all ages Erişim Tarihi: 30.03.2020 <https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-multi-bars?v=2018>

Yalçinoğlu N, Önal AE. Eşcinsel ve biseksüel erkeklerin içselleştirilmiş homofobi düzeyi ve sağlık üzerine etkileri. Turkish Journal of Public Health 2014; 12: 100-112.

Yasemin Ö, Karabulut AB. Günlük yaşam ve stres yönetimi. Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi 2018; 1(1): 48-56

Yastıbaş C, Dirik G. Kanseri ve Farkındalık Temelli Müdahale Programları: Sistemik Derleme, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2018; 10(3): 385-403

Yıldırım Y. Lezbiyen ve Biseksüel Kadınların Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hizmetleri ile İlgili Görüş ve Deneyimleri, Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kadın Araştırmaları Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi 2018. (Danışman: Doç. Dr. Duygu Vefikuluçay Yılmaz, Doç. Dr. Mualla Yılmaz)

Yılmaz C. Ebe ve Hemşirelerde Meme Kanseri Korkusunun Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2020. (Danışman: Doç. Dr. Gülseren Dağlar)

Yılmaz M, Okyay N, Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakıma İlişkin Görüşleri. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2009; 3: 41-52.

Yılmaz V, Göçmen İ, Türkiye’de Lezbiyen, Gey, Biseksüel ve Trans Bireylerin Sosyal ve Ekonomik Sorunları Araştırmasının Özet Sonuçları, Türkiye Politika ve Araştırma Merkezi (Research Turkey), Londra: Research Turkey, 2015; Cilt IV, Sayı 6: 94-101, (<http://researchturkey.org/9142>).

Yılmazel G, Duman NB, 18-64 Yaş Arasındaki Kadınlarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Koruyucu Sağlık Uygulamaları: Çorum İli Örneği, TAF Preventive Medicine Bulletin 2016; 15(2): 92-97

Zaritsky E, Dibble SL, Risk Factors for Reproductive and Breast Cancers Among Older Lesbians. J Womens Health (Larchmt), 2010; (19) S:125-131

Zaybak A, Fadiloğlu Ç, Üniversite Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışı ve Bu Davranışı Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2004; 20(1), 77-95

TANIMLAYICI BİLGİ FORMU (Ek 1)

Sevgili katılımcılar, bu araştırmada amacımız, siz lezbiyen ve biseksüel kadınların kişisel özellikleri ile kadın üreme organı kanser farkındalığınız ve yaşam biçimi davranışlarınız arasındaki ilişkiyi belirlemek ve alacağınız eğitimin, kadın üreme organı kanser farkındalığına ve yaşam biçimi davranışlarına etkisini incelemektir. Bu amaçla sorularımıza eksiksiz cevap vermeniz biçim için oldukça değerlidir. Verdiğiniz katkılardan dolayı teşekkür ederiz.

***Rumuz:**

1-Yaş:

2-Eğitim Durumu: () İlköğretim-Ortaöğretim () Lise () Lisans ve Üstü

3-Medeni Durumunuz: () Evli () Bekar

4-Çalışma Durumunuz: () Çalışmıyorum () Öğrenciyim () Çalışıyorum

5-Cinsel yöneliminizi nasıl tanımlarsınız: () Lezbiyen () Biseksüel

ÖNTEST FORMU (Ek 2)

1-Mevcut sağlık durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

() Kötü () Orta () İyi () Çok iyi

2-HIV testi yaptırıyor musunuz?

() Hayır () Evet (Ne sıklıkta yaptırıyorsunuz?)

3-En son ne zaman pap smear testi yaptırdınız?

.....

4-En son ne zaman kadın doğum doktoruna kontrol için gittiniz?

.....

5-En son ne zaman kendi kendinize dış üreme organ muayenesi yaptınız?

.....

6-Cinsel aktif misiniz? () Evet () Hayır (Cevabınız Hayır ise 14. Soruya geçiniz.)

7-Cinsel ilişki öncesi ve sonrasında kişisel temizliğinize (tırnak kesimi, el, diş fırçalama, banyo gibi) önem verir misiniz?

() Evet () Hayır

8-Cinsel partner değiştirme alışkanlığınızı kendinize uygun şekilde açıklar mısınız?

() Sık partner değiştirmem (Örneğin; Yılda/6 ayda bir gibi)

() Sık partner değiştiririm (Örneğin; Ayda/haftada bir gibi)

() Diğer (Açıklayınız;)

9-Şu anki cinsel partner sayınız:

10-Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan korunmak için kondom kullanıyor musunuz?

() Evet () Hayır ise (Nedeni.....)

11-Cinsel ilişkilerinizde seks oyuncacı kullanıyor musunuz?

() Evet () Hayır (Cevabınız Hayır ise 14. soruya geçiniz.)

12-Kullandığınız seks oyuncacığının temizliğini nasıl yapıyorsunuz?

.....

13-Özel bölge (vajina) temizliğinizi sağlamak için hangi yöntemleri kullanıyorsunuz?:

() Sadece su ile temizlerim.

() Su ve sabunla temizlerim.

() Temizleme jelleri kullanırım.

() Vajina haznemin içine su tutarım, vajinal duş yaparım.

() Diğer (Açıklayınız)

14-Hangi tür pedleri kullanıyorsunuz? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

☐ Ticari pedler (Orkid, Molped vb.)

☐ Günlük Ped

☐ Tampon

☐ Pamuklu Ped

☐ Diğer (Açıklayınız)

15-Adetiniz boyunca günde kaç ped kullanıyorsunuz?

16-Gece uykusu durumu: ☐ 0-6 Saat ☐ 6-8 Saat ☐ 8-10 saat veya daha fazla

☐ Diğer (Açıklayınız)

17-Sigara kullanımı: ☐ Kullanmam ☐ Kullanıyorum ☐ Daha Önce Kullandım Ama Bıraktım

18-Alkol kullanımı: ☐ Kullanmam ☐ Kullanıyorum ☐ Daha Önce Kullandım Ama Bıraktım

19-Madde kullanımı: ☐ Kullanmam ☐ Kullanıyorum ☐ Daha Önce Kullandım Ama Bıraktım

JİNEKOLOJİK KANSERLER FARKINDALIK ÖLÇEĞİ (JİKFÖ) (Ek 3)

Değerli katılımcı; aşağıdaki ifadeler, jinekolojik kanserlerle ilgili farkındalığınızı değerlendirmek için geliştirilmiştir. Ankete vereceğiniz yanıtlar araştırmacılar dışında hiç kimse tarafından okunmayacak, değerlendirilmeyecek ve farklı bir amaçla kullanılmayacaktır. Aşağıdaki her bir maddenin yanına ilgili madde için size göre uygun olan ifadeyi işaretleyiniz. **Lütfen size uygun olan tek bir kutucuğa X işareti koyarak yanıtınızı belirtiniz.**

İlginiz ve yanıtlarınız için **TEŞEKKÜRLER**

		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	Yumurtalık kanseri bir kadın üreme organı kanseridir.					
2	Rahim kanseri bir kadın üreme organı kanseridir.					
3	Hiç doğum yapmamak yumurtalık kanseri olma riskini artırır.					
4	Erken yaşta adet görüp (9 yaşından önce) geç yaşta (52 yaşından sonra) menopoza girmek yumurtalık ve rahim kanseri olma riskini artırır.					
5	Tüp bebek tedavisinde kullanılan ilaçlar yumurtalık kanseri olma riskini artırır.					
6	Menopoz sonrası hormon tedavisi görmek yumurtalık ve rahim kanseri olma riskini artırır.					
7	Aşırı kilolu olmak yumurtalık ve rahim kanseri olma riskini artırır.					
8	50 yaş üzerinde olmak rahim kanseri olma riskini artırır.					
9	Şeker hastalığı rahim kanseri olma riskini artırır.					
10	Hiç doğum yapmamak rahim kanseri olma riskini artırır.					
11	Doğum kontrol hapı kullanımı rahim ve rahim ağzı kanseri olma riskini artırır.					

		Keslikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Keslikle Katılıyorum
12	Kadın üreme organı kanserlerinde erken tanı önemlidir.					
13	HPV (rahim ağzı kanseri yapan virüs) testi yaptırmak rahim ağzı kanserini erken tespit etmek için önemlidir.					
14	Rahim ağzı kanserinin erken tespit edilmesi için rahim ağzından sürüntü aldırırım.					
15	Kadın dış üreme organ kanserini erken tanılamak için kendi kendime dış üreme organ muayenesi yaparım.					
16	Kadın üreme organı kanseri riskini azaltmak için sigaradan uzak dururum.					
17	Kadın üreme organı kanseri riskini azaltmak için uzun süreli doğum kontrol hapı kullanmam.					
18	Kadın üreme organı kanseri riskini azaltmak için stresten uzak dururum.					
19	Düzenli olarak kadın doğum doktoruna muayene olurum.					
20	Karın bölgemde ağrım olursa kadın doğum doktoruna giderim.					
21	Karında şişlik olması ciddi bir hastalık belirtisi olabilir.					
22	Anormal vajinal kanamanın olması ciddi bir hastalık belirtisi olabilir.					
23	Cinsel ilişki sonrasında kanama olması ciddi bir hastalık belirtisi olabilir.					
24	Adet kanamalarının fazla olması ciddi bir hastalık belirtisi olabilir.					
25	Kilo kaybının olması ciddi bir hastalık belirtisi olabilir.					
26	Cinsel bölgede bir kitle hissedilmesi ciddi bir hastalık belirtisi olabilir.					

		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
27	Cinsel bölgede yara olması ciddi bir hastalık belirtisi olabilir.					
28	Adet arası kanama olması ciddi bir hastalık belirtisi olabilir.					
29	Ani ve düzensiz kilo kaybım olursa doktora giderim.					
30	Nedensiz ve uzun süreli ishal olursam doktora giderim.					
31	Ailemde yumurtalık kanseri olan kişiler var ise kadın doğum doktoruna giderim.					
32	Adetlerim arasında kanamam olursa kadın doğum doktoruna giderim.					
33	Kahverengi et suyuna benzer akıntım olursa kadın doğum doktoruna giderim.					
34	Sırtımda ağrı olursa doktora giderim.					
35	İdrar yapma ile ilgili sorun yaşarsam doktora giderim.					
36	Cinsel ilişki sırasında ağrı yaşarsam kadın doğum doktoruna giderim.					
37	Sürekli akıntım olursa kadın doğum doktoruna giderim.					
38	Cinsel bölgemde kaşıntı olursa kadın doğum doktoruna giderim.					
39	Cinsel bölgemde ağrı olursa kadın doğum doktoruna giderim.					
40	Cinsel bölgemde yanma olursa kadın doğum doktoruna giderim.					
41	Sulu, kanlı akıntım olursa kadın doğum doktoruna giderim.					

SAĞLIKLI YASAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II (SYBDÖ-II) (Ek 4)

Bu ankette şu anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun seçeneği daire içine alarak belirtiniz. Hiçbir zaman 1, bazen 2, sık sık 3, düzenli olarak 4 olarak değerlendirilmektedir.

		Hiçbir Zaman	Bazen	Sık Sık	Düzenli Olarak
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım				
2	Sıvı ve katı yağ, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim				
3	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım				
4	Düzenli bir egzersiz programı yaparım				
5	Yeterince uyurum				
6	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissedirim				
7	İnsanları başarıları için takdir ederim				
8	Şekerli ve tatlıyı kısıtlarım				
9	Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum				
10	Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)				
11	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım				
12	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım				
13	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm				
14	Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim				
15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım				
16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm				
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim				
18	Geleceğe umutla bakarım				
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım				
20	Her gün 2-4 öğün meyve yerim				
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım				
22	Bos zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım				

23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm				
24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim				
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır				
26	Her gün 3-5 öğün sebze yerim				
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım				
28	Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım				
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım				
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım				
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum				
32	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim				
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim				
34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)				
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim				
36	Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum				
37	Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım				
38	Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim				
39	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım				
40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim				
41	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım				
42	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım				
43	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım				
44	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum				
45	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım				
46	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım				
47	Yorulmaktan kendimi korurum				
48	İlahi bir gücün varlığına inanırım				
49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim				
50	Kahvaltı yaparım				
51	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım				
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım				

SON TEST FORMU (Ek 5)

***Rumuz:**

1-Mevcut sağlık durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

() Kötü () Orta () İyi () Çok iyi

2-HIV testi yaptırıyor musunuz?

() Hayır () Evet (Ne sıklıkta yaptırıyorsunuz?)

3-Son bir ay içinde/son üç ay içinde pap smear yaptırdınız mı?

.....

4- Son bir ay içinde/son üç ay içinde kadın doğum doktoruna kontrol için gittiniz mi?

.....

5- Son bir ay içinde/son üç ay içinde kendi kendinize dış üreme organ muayenesi yaptınız mı?

.....

6-Cinsel aktif misiniz? () Evet () Hayır (Cevabınız Hayır ise 13. Soruya geçiniz.)

7-Cinsel ilişki öncesi ve sonrasında kişisel temizliğinize (tırnak kesimi, el, diş fırçalama, banyo gibi) önem verir misiniz?

() Evet () Hayır

8-Cinsel partner değiştirme alışkanlığınızı kendinize uygun şekilde açıklar mısınız?

() Sık partner değiştirmem (Örneğin; Yılda, 6 ayda bir gibi)

() Sık partner değiştiririm (Örneğin; Ayda bir, hafta bir gibi)

() Diğer (Açıklayınız;)

9-Son bir aydaki/son üç aydaki cinsel partner sayınız:

10-Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan korunmak için kondom kullanıyor musunuz?

() Evet – Erkek kondomu () Evet – Kadın kondomu

() Hayır ise (Nedeni?)

11-Son bir ayda/üç ayda cinsel ilişkilerinizde seks oyuncacı kullandınız mı?

() Evet () Hayır (Cevabınız Hayır ise 13. soruya geçiniz.)

12-Kullandığınız seks oyuncacığının temizliğini nasıl yapıyorsunuz?

.....

13-Özel bölge (vajina) temizliğinizi sağlamak için hangi yöntemleri kullanıyorsunuz?:

- ☐ Sadece su ile temizlerim.
- ☐ Su ve sabunla temizlerim.
- ☐ Temizleme jelleri kullanırım.
- ☐ Vajina haznemin içine su tutarım, vajinal duş yaparım.
- ☐ Diğer (Açıklayınız)

14-Hangi tür pedleri kullanıyorsunuz? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

- ☐ Ticari pedler (Orkid, Molped vb.)
- ☐ Günlük Ped
- ☐ Tampon
- ☐ Pamuklu Ped
- ☐ Diğer (Açıklayınız)

15-Adetiniz boyunca günde kaç ped kullanıyorsunuz?

16-Gece uykusu durumu: ☐ 0-6 Saat ☐ 6-8 Saat ☐ 8-10 saat veya daha fazla
☐ Diğer (Açıklayınız)

17-Sigara kullanımı: ☐ Daha önce hiç kullanmadım

- ☐ Kullanıyorum ama azalttım
- ☐ Bıraktım
- ☐ Aynı miktarda kullanmaya devam ediyorum.

18-Alkol kullanımı: ☐ Daha önce hiç kullanmadım

- ☐ Kullanıyorum ama azalttım
- ☐ Bıraktım
- ☐ Aynı miktarda kullanmaya devam ediyorum.

19-Madde kullanımı: ☐ Daha önce hiç kullanmadım

- ☐ Kullanıyorum ama azalttım
- ☐ Bıraktım
- ☐ Aynı miktarda kullanmaya devam ediyorum.

Ek 1: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (Ek 6)

Bu katıldığınız “Lezbiyen veya Biseksüel Kadınlarda Kadın Kanserlerine Yönelik Eğitimin Jinekolojik Kanser Farkındalığına ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi” adlı çalışma bilimsel bir araştırma olup, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi Araş. Gör. Melih BAŞOĞLU tarafından, Doç. Dr. Dilek BİLGİÇ danışmanlığında yüksek lisans tezi olarak yürütülmektedir. Araştırmanın amacı, lezbiyen veya biseksüel kadınlarda kadın kanserlerine yönelik verilen eğitimin, jinekolojik kanser farkındalığına ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisini incelemektir. Araştırma kapsamında katılımcılara, katılımcıların sosyodemografik özelliklerine, bireysel özelliklerine ve sağlıklı yaşam kavramı doğrultusunda sergiledikleri davranışlara yönelik sorular içeren "Tanıtıcı Bilgi Formu", “Öntest Formu” ve "Son Test Formu", kadın kanserlerine yönelik farkındalık düzeylerini incelemek için "Jinekolojik Kanserler Farkındalık Ölçeği" ve sağlıklı yaşam doğrultusunda göstermiş oldukları davranışları izleyebilmek için "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II" uygulanacaktır. Araştırmamız kapsamında sizlere verilecek olan "Jinekolojik Kanserler ve Kanserden Korunma Eğitimi" öncesinde bu formları doldurmanız, eğitimden sonraki birinci ve üçüncü aylarda bu formları tekrar doldurmanız istenecektir. Sorulara doğru veya yanlış cevap verme bir durum söz konusu değildir. İstedığınız zaman soruları cevaplamayı bırakabilirsiniz. Bu araştırma sizin için herhangi bir risk taşımamaktadır. Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size bildirilecektir.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin gönüllü olma isteğinize bağlı olup araştırmaya katılmayı reddetme hakkınız mevcuttur. İstedığınız anda araştırmacıya haber vererek çalışmadan çekilebilirsiniz. Çalışmadan çekilmeniz durumunda sizle ilgili veriler gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir. Araştırmaya katılmayı kabul etmemeniz durumunda veya herhangi bir nedenle çalışma programından çıkmanız halinde herhangi bir yaptırım veya zarar uygulanmayacaktır. Araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Araştırmadan elde edilen veriler ve bunların sonuçları sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır. Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz kesinlikle kullanılmayacaktır. Araştırmadan doğacak herhangi bir risk bulunmamakta olup olası riskler araştırmacıların sorumluluğunda olacaktır. Bununla birlikte araştırma sonuçlarının sağlıklı olması için samimi cevaplar vermeniz oldukça önemlidir.

Katılımcının/Gönüllünün Beyanı

Sayın Melih BAŞOĞLU (yüksek lisans öğrencisi) tarafından, Dr. Öğr. Üyesi Dilek BİLGİÇ danışmanlığında Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tez çalışması olarak yürütülen “Lezbiyen ve Biseksüel Kadınlarda Kadın Kanserlerine Yönelik Eğitimin Jinekolojik Kanser Farkındalığına ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi” adlı araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine büyük özen ve saygı ile yaklaşılabileceğine inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin korunacağını anladım. Çalışmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağını bilincindeyim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun bana herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırmada “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Yukarıda katılımcıya araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün;

Adı-Soyadı:

Telefon No/E-mail:

Adres ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının;

Adı-Soyadı ve İmzası:

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin;

Adı-Soyadı, Görevi ve İmzası:

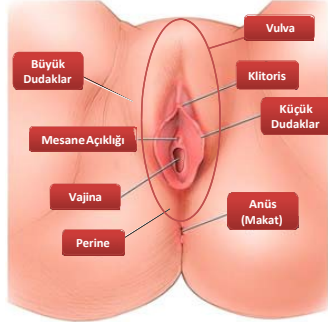


İÇERİK

- Üreme Organının Yapısı
- Üreme Organına Görevleri
- Kanseler Nedir?
- Jinekolojik Kanseler Nelerdir?
- Lezbiyen Biseksüel Kadınlar ve Kanseler İlişkisi
- Jinekolojik Kanselerden Korunmanın Yolları



Üreme Organı Dış Genitaller;



Kanseler Nedir?

- **Kanseler**; çevresel ve genetik faktörler nedeniyle hücrelerin kontrolsüz çoğalması durumudur.
- Bu hücre topluluğu büyüyerek **tümörleri** oluşturur.



Jinekolojik Kanseler Nelerdir?



- Sigara ve alkol tüketiminin yaygınlığı
- Cinsel ilişki sırasında ağız ve elin vajina ile yaygın teması
- Seks oyuncaklarının yaygın kullanılması
- Sık partner değişimi (Cinsel yolla bulaşan enfeksiyon riskini artırıyor)
- Fazla Kilolu Olmak (Obezite)
- Fazla strese maruz kalma
- Sağlık hizmetlerinden yararlanamama
- Hiç doğum yapmamak ve emzirmemek

Lezbiyen ve Biseksüel Kadınlarda
Üreme Organ Kanselerinin
Görölme Riskini Artırıyor!

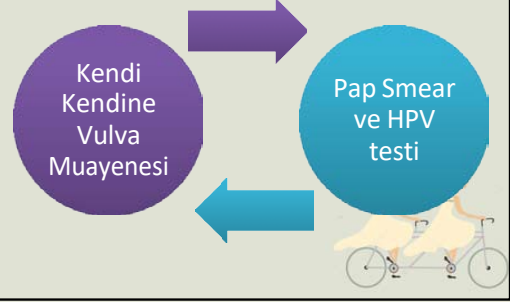


Jinekolojik Kanserlerden Nasıl Korunacağız?

1. Erken tanılama için yapacaklarımızla
2. Aşı yaptırmak (HPV)
3. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirerek



1- Erken Tanılama İçin Yapacaklarımız



2- Aşı Yaptırarak Korunmak Mümkün



3- Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Geliştirerek



Özetle...

- Adet döngümüzü takip etmeli ve anormal bir durumla karşılaşırsak mutlaka bir hekime başvurmalıyız.
- Jinekolojik kanserlerin farkında olmalı (Rahim, Rahim Ağzı, Yumurtalık, Vajina, Vulva Kanserleri), belirtileri konusunda uyanık olmalıyız.
- Kendimizi bu kanserlerden uzak tutmak için değiştirebileceğimiz faktörleri değiştirmeliyiz.
- Lezbiyen ve biseksüel kadınlar olarak kansere yakalanma riskinin farkında olmalıyız.
- Erken tanılama için kendi kendine vulva muayenesi yapmayı ve pap smear tarama programına katılmayı bir rutin haline getirmeliyiz.
- HPV'den korunmak için gerekirse aşı yaptırabiliriz.



Özetle...

- Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan korunalım, herhangi bir enfeksiyon belirtisi ile karşılaşırsak bir sağlık kuruluşuna başvurmayı ihmal etmeyelim.
- Vajina temizliğine özen gösterelim, talk içeren ürünleri kullanmaktan kaçınalım.
- Beslenme alışkanlıklarımızı düzenleyelim, yeterli ve dengeli bir beslenme düzeni ile sağlıklı kiloya ulaşmaya çalışalım.
- Sigara, alkol ve madde kullanımından uzak duralım.
- Fiziksel aktivitenin önemini unutmayalım, egzersiz alışkanlığı geliştirelim.
- Stresten uzak bir yaşam biçimi benimseyip, stresle etkili baş etme yollarına başvuralım.
- Sağlıklı bir uyku düzeni oluşturalım.
- Güneş ışınlarından uygun şekilde yararlanmaya özen gösterelim.
- Fırsat buldukça da gülümsemeyi ihmal etmeyelim ☺



Jinekolojik Kanserler ve Korunma Eğitim Kitapçığı

İzmir, 2019



Konur Kurum İzni

20.12.2018

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'ne

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü 2017970038 numaralı öğrencisi Melih Başoğlu'nun Yüksek lisans tezi olan "Lezbiyen veya Biseksüel Kadınlarda Kadın Üreme Organı Kanselerine Yönelik Eğitimin Jinekolojik Kanser Farkındalığına ve Sağlık Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi" isimli başvurusunun gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenerek araştırmanın etik ve bilimsel yönden değerli için uygun olduğuna karar verilmiştir.

Dernek Başkanı

Deniz YENİKAYA

GENÇ LEZBİYEN GAY BİSEKSÜEL
TRANS İNTERSEKS
GENÇLİK ÇALIŞMALARI ve DAYANIŞMA
DERNEĞİ
Alsancak Mah. 1472 Sk. No:20 D.5 Konak / İZMİR
KODON V.D. 1920497A13

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Sayın Dr.Öğr.Üyesi Dilek Bilgiç

Araştırmınıza ilişkin Kurulumuz kararı aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederiz.

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
AÇIK ADRES	GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
TELEFON	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
FAKS	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
E-POSTA	0 232 412 22 43
	etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	4434-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ MÜNFERİT ARAŞTIRMA ☐ ÖÇM ☐ YÜKSEKLİSANS ☒ DOKTORA ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Lezbiyen veya Biseksüel Kadınlarda Kadın Kanserlerine Yönelik Eğitiminin Jinekolojik Kanser Farkındalığına ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Dr.Öğr.Üyesi Dilek Bilgiç Hemşirelik Fakültesi
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒ ÇOK MERKEZLİ ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐ İngilizce ☒ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2019/09-36	Tarih:10.04.2019
	Dr.Öğr.Üyesi Dilek Bilgiç'in sorumlusu olduğu "Lezbiyen veya Biseksüel Kadınlarda Kadın Kanserlerine Yönelik Eğitiminin Jinekolojik Kansere Farkındalığına ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ		
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
ETİK KURUL ÜYELERİ		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Sadık Kıvanç METİN (Başkan)	Kalp ve Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Serkan YENER (Başkan Yardımcısı)	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Arzu GENÇ	Nörolojik Fizyoterapi - Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Sermin ÖZKAL	Tıbbi Patoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.D	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Pinar TUNCEL	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Nil Hocaoglu AKSAY	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Murat BEKTAŞ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	DEU Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Tufan ÇANKAYA	Tıbbi Genetik	Tıbbi Genetik Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Ayfer DAYI	Davranış Fizyolojisi	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Korcan DEMİR	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Mahmut Cem ERGON	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Öğr.Gör.Dr.Kıvanç YÜKSEL	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Bilişim A.D	Erkek	E ☐	H ☒	
Av.Esra FIRTINA	Avukat	DEU Rektörlüğü Hukuk Müşavirliği	Kadın	E ☐	H ☒	
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐	H ☒	



MELİH BAŞOğLU

Kişisel Bilgiler

İletişim Bilgileri

Doğum Tarihi	20/06/1995
İletişim Adresi	
Telefon	
E-posta	melihbaso@gmail.com
Web Adresi	

Öğrenim Bilgileri

14 Temmuz 2017 - şu Anda (2 yıl 11 ay)
Yüksek Lisans, Tezli Program, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
SAğLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ, DOğUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMşİRELİğİ
(YL) (TEZLİ)
Diploma Numarası: -
Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 3.31 / 4.0

01 Eylül 2013 - 01 Haziran 2017 (3 yıl 10 ay)
Lisans, Anadal/Normal Öğretim, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
HEMşİRELİK FAKÜLTESİ, HEMşİRELİK BÖLÜMÜ

Deneyim / İşyeri Bilgileri

15 Mayıs 2019 - şu Anda (1 yıl 1 ay) (Tam Zamanlı)
ARAşTIRMA GÖREVLİSİ, BURSA ULUDAğ ÜNİVERSİTESİ SAğLIK BİLİMLERİ
FAKÜLTESİ HEMşİRELİK BÖLÜMÜ DOğUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMşİRELİğİ
ANABİLİM DALI

Yabancı Dil Bilgileri

İNGİLİZCE (Okuma: İyi, Yazma: İyi, Konuşma: İyi)

Ar-Ge Yetkinlik

Makaleler

M. BAŞOğLU & A. DURMAZ, X ve Y Kuşağındaki Hemşirelerin ve Hemşirelik
Öğrencilerinin Bireysel Yenilikçilik Farkındalıklarının Karşılaştırılması, GÜMÜşHANE
ÜNİVERSİTESİ SAğLIK BİLİMLERİ DERGİSİ, 2017, 2146-9954, 6, 4, 77-84.

Bildiriler

D. BİLGİÇ & M. BAŞOğLU, Lezbiyen Kadınlarda Doğuma Hazırlık Süreci, Sözlü
Sunum, 1. Uluslararası 3. Ulusal Doğuma Hazırlık Eğitimi ve Eğiticiliği Kongresi, 18
Ekim 2018, 21 Ekim 2018.

Ö. ÇİÇEK & M. BAŞOĞLU, Gebelik süreci ve değişen babalık rolü, Poster Sunumu, I. Uluslararası ve II. Ulusal Kadın Sağlığı Hemşireliği Kongresi, 23 Mart 2018, 24 Mart 2018, 427 - 427.

D. BİLGİÇ, M. BAŞOĞLU & M. KOÇHAN, Çocuk gelinler ve kadın sağlığı: sonuçlar ve stratejiler üzerine küresel bir perspektif, Sözlü Sunum, I. Uluslararası ve II. Ulusal Kadın Sağlığı Hemşireliği Kongresi, 23 Mart 2018, 24 Mart 2018, 183 - 183.

M. BAŞOĞLU & A. DURMAZ, X ve Y Kuşağındaki Hemşirelerin ve Hemşirelik Öğrencilerinin Bireysel Yenilikçilik Farkındalıklarının Karşılaştırılması, Poster Sunumu, Öğrenci Hemşireler Derneği I. Uluslararası IV. Ulusal Bireysel Gelişim Günleri Kongresi, 13 Nisan 2017, 16 Nisan 2017.

TÜBİTAK Burs ve Destekleri

Panelistlik/İzleyicilik/Raportörlük Sayısı

Panelistlik/Dış Danışmanlık Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0
İzleyicilik/Danışmanlık Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0
Raportörlük Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0