



**KADINLARIN KANSER TUTUMLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ VE ETKİLEYEN
FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

Özlem ARI
Ebelik Anabilim Dalı

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Meral KILIÇ

Yüksek Lisans Tezi-2019

**T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KADINLARIN KANSER TUTUMLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ VE ETKİLEYEN
FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

Özlem ARI

**Ebelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Meral KILIÇ**

**ERZURUM
2019**

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI

KADINLARIN KANSER TUTUMLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN
İNCELENMESİ

Özlem ARI

Tez Savunma Tarihi : 07.08.2019

Tez Danışmanı : Dr. Öğr. Üyesi Meral KILIÇ (Atatürk Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Serap EJDER APAY (Atatürk Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Ayşe Nur AKSOY (Sağlık Bilimleri Üniversitesi)

Onay

Bu çalışma yukarıdaki Jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Duygu ARIKAN
Enstitü Müdürü

Yüksek Lisans Tezi
ERZURUM - 2019

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	IV
ÖZET	V
ABSTRACT	VI
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	VII
TABLOLAR DİZİNİ	VIII
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Kanser	4
2.2. Kanserde Erken Tanı ve Tarama	4
2.3. Meme Kanseri.....	5
2.3.1. Meme Kanseri Etiyolojisi ve Risk Faktörleri	5
2.3.2. Meme Kanseri Belirtileri	6
2.3.3. Meme Kanserinde Erken Tanı Yöntemleri.....	6
2.3.3.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi	6
2.3.3.2. Mamografi	7
2.4. Serviks Kanseri	7
2.4.1. Serviks Kanseri Etiyolojisi ve Risk Faktörleri	8
2.4.2. Serviks Kanseri Belirtileri	8
2.4.3. Serviks Kanserinde Erken Tanı Yöntemleri	8
2.4.3.1. HPV Testi	9
2.4.3.2. Pap – Smear Testi	9
2.4.4. HPV Aşısı (Human Papilloma Virus).....	9
2.5. Kolorektal Kanser	10
2.5.1. Kolorektal Kanser Etiyolojisi ve Risk Faktörleri	10

2.5.2. Kolorektal Kanser Belirtileri	10
2.5.3. Kolorektal Kanser Erken Tanı Yöntemleri	11
2.5.3.1. Gaitada Gizli Kan Testi	11
2.5.3.2. Kolonoskopi.....	11
2.6. Tutum.....	11
2.6.1. Kansere İlişkin Tutumlar (Kanser Damgası)	13
2.6.2. Damgalanma (Stigmatizasyon).....	16
2.7. Kansere Yönelik Tarama Yöntemleri ve Ebenin Rolü	18
3. MATERYAL VE METOT.....	20
3.1. Araştırmanın türü	20
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	20
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	20
3.4. Veri Toplama Araçları	20
3.5. Verilerin Toplanması	22
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	22
3.7. Çalışmanın Değişkenleri.....	23
3.8. Etik Uygunluk.....	23
3.9. Çalışmanın Kısıtlılıkları:.....	24
4. BULGULAR.....	25
5. TARTIŞMA.....	38
5.1. KİTÖ'nün Puan Ortalamalarına Ait Bulguların Tartışması	38
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	47
KAYNAKLAR	50
EKLER	70
EK-1. ÖZGEÇMİŞ	70

EK-2. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU	71
EK-3. ETİK KURUL ONAY FORMU	72
EK-4. İZİN YAZISI	73
EK-5. TANICI BİLGİ FORMU	75
EK-6. KANSERE İLİŞKİN TUTUMLARI ÖLÇME ANKETİ (KANSER ETİKETİ) – TOPLUM VERSİYONU	78
EK-7 ÖLÇEK İZİNİ	79



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum bu çalıőmamda bana büyük destek veren önerileri ile beni yönlendiren, araőtırmamın her aőamasında büyük bir fedakarlık gösteren, bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım değerli danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Sayın Meral KILIÇ'a saygı ve őükranlarımı sunarım.

Baőta büyük fedakarlıklarla görevlerini icra eden bütün ebe meslektaőlarım olmak üzere tezimin her aőamasında yanımda olan ve desteklerini hep hissettiğim çalışma arkadaşlarıma, hayatım boyunca maddi ve manevi desteğini esirgemeyen anneme ve babama, bana her zaman destek olan eőime, varlığıyla bana ilham veren oğlum Süleyman Kayra'ya ve bu araştırmaya katılan tüm kadınlara teőekkürlerimi sunarım.

Özlem ARI

ÖZET

Kadınların Kansere Tutumlarının Değerlendirilmesi Ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi

Amaç: Bu çalışma kadınların kanser tutumlarının değerlendirilmesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Bu araştırma tanımlayıcı ve zaman açısından kesitsel tipte yapılmıştır. Araştırma Erzurum Palandöken İlçe Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Solakzade Aile Sağlığı Merkezi'nde 1 Aralık 2018 - 31 Mart 2019 tarihleri arasında yapılmıştır. Bu tarihler arasında başvuran, araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan 380 kadın araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında 'Kişisel Bilgi Formu' ve 'Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi - Toplum Versiyonu Ölçeği' kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, frekans, yüzde, t Testi, Tek Yönlü Varyans analizi, LSD Post Hoc testi, Kruskal Wallis H testi, Mann Whitney U testi, Dunnett T3 Post Hoc analizleri kullanılmıştır.

Bulgular: Bu çalışmada kadınların kansere ilişkin tutumları ölçme anketi toplam puan ortalamasının 2.06 ± 0.66 , iyileşmenin imkânsız olması alt boyutu puan ortalamasının 2.30 ± 0.91 , ayrımcılık alt boyutu puan ortalamasının 1.76 ± 0.99 , kanser tanısını ortaya çıkarma/yayma alt boyutu puan ortalamasının 1.97 ± 0.91 olduğu bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde kadının yaşı, eğitim durumu, evlilik yılı, eşinin yaşı, eşinin eğitim durumu, çalışma durumu, meslek, gelir durumu ve aile tipi ile iyileşmenin imkansız olması alt boyutu arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur.

Sonuç: Bu çalışmada kadınların kansere ilişkin tutumlarının olumsuzla yakın olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Ebe, kadın, kanser tarama, toplum, tutum

ABSTRACT

Evaluation of Women's Cancer Attitudes and Investigation of Affecting Factors

Aim: This study was conducted to evaluate women's attitudes to cancer and to examine the factors that affect it.

Material And Method: This research was conducted in a cross sectional type in terms of descriptive and time. The research was conducted between December 1, 2018 and March 31, 2019 at the Solakzade Family Health Center in Erzurum Palandöken District Health Directorate. 380 women who came to the Health Center between these dates, met the criteria for inclusion in the study and volunteered to participate in the study made up a sample of study. While collecting the data, 'A Personal Data Form' and 'A Survey Measuring Attitudes About Cancer -Community Version Scale' were used. When the data was evaluated, frequency, percentage, t Test, One- way Variance analysis, LSD Post Hec Test, Kruskal Wallis H test, Mann Whitney U test, Dunnet T3 Post Hoc analyses were used in the evaluation of the data.

Findings: In this study, It was found out that the total score average of the survey measuring the attitudes of women about cancer was 2.06 ± 0.66 , the recovery is impossible lower size points average 2.30 ± 0.91 , the lower size of the discrimination score averaged 1.76 ± 0.99 , the lower size score of uncovering/spreading cancer diagnosis averaged 1.97 ± 0.91 . In the statistical analysis made, it was found that there was a significant difference between the age of the woman, education status, year of marriage, age of the spous, education status of the spous, working status, occupation, income status and family type and the lower size of the impossible to recover.

Result: In this study, it was determined that the attitudes of women regarding cancer were close to negative.

Key Words: Attitudes, cancer screening, midwife, society, women

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AIDS	:	Acquired Immune Deficiency Syndrome
ASM	:	Aile Sağlığı Merkezi
CIN	:	Servikal İnterapitelial Neoplazi
CIS	:	Karsinoma İn-Situ
CYBH	:	Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar
HPV	:	Human Papilloma Virüs
KETEM	:	Kanser Erken Teşhis, Tarama Ve Eğitim Merkezi
KİTÖ	:	Kansere İlişkin Tutum Ölçeği
KKMM	:	Kendi Kendine Meme Muayenesi
MMG	:	Mamografi
GGK	:	Gaitada Gizli Kan Testi

TABLULAR DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 3.1. İstatistiksel analiz yöntem tablosu	22
Tablo 4.1. Kadınların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı	25
Tablo 4.2. Araştırmaya alınan kadınların kansere ilişkin özelliklerinin dağılımı.....	27
Tablo 4.3. Kadınların KİTÖ'nün minimum maksimum ve puan ortalamaları	29
Tablo 4.4. Kadınların tanıtıcı özelliklerine göre KİTÖ puan ortalamasının karşılaştırılması	29
Tablo 4.5. Kadınların kansere ilişkin tanıtıcı özelliklerine göre KİTÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	34

1. GİRİŞ

Damgalama bir kişi ya da grupla ilgili olumsuz sosyal yargıya ilişkin deneyim, algı veya makul beklentiden kaynaklanan dışlanma, reddedilme, suçlama veya itibarını düşürme ile karakterize, deneyimlenen veya beklenen sosyal bir süreçtir. ¹ Goffman'a göre damgalama, "damgalanan bireye daha az değer verme davranışı, bu etiketi taşıyan insanların daha az istenebilir ve neredeyse insan gibi algılanmaması" olarak tanımlanmaktadır.² Damgalama, zayıf ruh sağlığı, fiziksel hastalık, akademik başarısızlık, bebek ölümleri, düşük sosyal statü, yoksulluk ve barınma, eğitim ve meslek imkanlarına erişimin azalmasıyla ilişkilendirilmektedir.³ Bir kişiyi sahip olduğu özellikler onu diğerlerinden farklı yapar ve diğer insanlar tarafından oldukça kötü, zayıf ve tehlikeli olarak görülmesi onu daha az kabul edilir yapar. Böylece zihinlerimizde her zamanki ve olağan bir kişiden lekelenmiş ve indirgenmiş olarak algılanır. Bu tür özellikler damgalamadır ve kişilerin itibarının bozulmasına neden olur.⁴ Damgalama insanlar üzerinde çok çeşitli etkileri olan güçlü bir fenomendir. Damganın iki önemli bileşenini vurgulanmaktadır: bir kişiyi "farklı" yapan özellik ve bu farklılığın temelinde kişinin değerini düşürmesidir.⁵ Damgalanma, olumsuz tutum ve duyguların (anksiyete, irritasyon) yaşanmasının yanı sıra etkilenen bireylerde toplumdan uzak durmaya neden olmaktadır. Sosyal destek ve istihdam olanaklarının kaybı ise damgalanmış bireylerin kendileri yetersiz algılamalarına ve mental sağlıklarının bozulmasıyla sonuçlanabilmektedir.⁶

Kanser çok korkulan bir hastalıktır ve yakın zamana kadar kanser tanısı genellikle ölümü ifade eden bir cümle olarak algılanmaktaydı.⁷ Kanser bazen ölümcül olduğundan ve tedavisi sıklıkla invazif tıbbi prosedürleri ve ilaçları içerdiğinden, hastaların yaşamları üzerinde büyük bir etkisi vardır.⁸ Önceden halkın hastalık, riskleri ve önlenmesi hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığı için kansere bağlı damgalanma meydana gelmiştir. Bazı

insanların kanserli birinin varlığında rahatsızlık hissetmesi, kanserli insanların bazen aile ve arkadaşları tarafından ‘kurban edilmesi’ ya da ‘uzak durulması’ aile arkadaş ve kanserli insanlar arasında gerginlik ile sonuçlanmasına neden olmuştur. Sağlık sigortasının ve işin olası kaybı, kanser teşhisinin açıklanmasının bir sonucu olabilir, ancak aile üyelerine ve yakın arkadaşlara açıklanması endişe konusu olmayabilir. ⁹ Kanser hastalığının tüm yönleri konusunda yaygın bilgi olması ve ilerlemiş tıp teknolojisine rağmen kanser hakkındaki olumsuz imaj ve yanlış inanışlar hala çoktur. Kanserli kişiler hala rutin olarak mağdur olarak adlandırılmaktadır ve hastalar sıklıkla hem insanlar arası problemleri önlemek için hem de sağlık sigortalarını ve işlerini kaybetmemek için kanser tanısını saklayabilmektedirler. ⁷

Park ve ark.¹⁰ yaptığı çalışmada bireylerin kanser tanısı aldıktan sonra işlerini kaybetme olasılıklarının daha yüksek olduğu ve hemen hemen tüm cinsiyet ve yaş gruplarında kansersiz bireylere oranla yeniden işe alınma olasılığının daha düşük olduğunu bulunmuştur. Yapılan başka bir çalışmada ise kanser tanısı alan bireylerin %47’sinin işlerini kaybettikleri ve 69-72 ay sonra sadece %30.5’inin yeniden iş sahibi olabildikleri bulunmuştur. ¹⁰ Bununla birlikte kansere bağlı damgalanma deneyimleyen hastaların pozitif tutum gösteren hastalardan 2.5 kat daha fazla depresyon geçirme olasılığı olduğu belirlenmiştir. ¹⁰

Damgalanmanın hastalıklar için tedavi almayı engelleyebileceği hipotezi mental sağlık, cinsel sağlık/human immunité virüs, siroz ve demans hastalığına bağlı damgalanmanın yardım almayı engellediği ve yapılan çalışmaların sonuçlarıyla tutarlı olduğu belirlenmiştir.¹¹⁻¹⁵ Yapılan bir çalışmada cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH) ile ilişkili bir damgalamanın, CYBH ile ilgili bilgi arama, tarama ve tedavi davranışlarına karşı güçlü bir engel olabildiği belirlenmiştir. ¹⁶ Yapılan başka bir çalışmada çoğu evli ya da eşiyile birlikte yaşayan kadınların, servikal kanser-CYBH, human papilloma virüs

(HPV) bağlantısı hakkında bilgi edinmenin, servikal kanser taramasının bir parçası olarak HPV testini yaptırmanın sadece potansiyel olarak kişinin eşi, ailesi ve toplum için ihanetin ya da herkesle gelişigüzel beraber olmanın anlamına geldiğini düşündükleri bulunmuştur.¹⁷

Kanserde damgalanmanın yalnızca kanser hastalarını etkilemediği, aynı zamanda toplumdaki kanser yükünü azaltmak için yapılan halk sağlığı çabalarının da olumsuz yönde etkilediği belirtilmektedir.¹⁸ Kanser teşhisinin etrafını saran damgalama ve belirsizliklerin, başlangıçta yardım arayan hastaların bu davranışlarını ertelemelerine ve sonra toplum içindeki destekleyici bakıma erişimin kısıtlanmasına neden olduğu bildirilmektedir.¹⁹ Bununla birlikte damgalama, tanı sürecinin uzamasına, tedavinin kesilmesine, depresyona, yaşam alanının sınırlandırılmasına, yardım arama davranışında bir gecikmeye ve yaşam kalitesinde azalmaya yol açabilmektedir.^{1, 20, 21} Halkın kansere ilişkin tutumlarını anlamak, kansere yönelik eğitim programları ve erken tanı testlerine katılım için önemlidir.²² Kanser farkındalığını belirlemeye yönelik ülkemizde bazı kanserler hakkında bilgi, tutum ve davranış belirleme çalışmaları yapılmıştır.^{2, 23, 24}

Ebelerin kadınların ve ailelerinin erken tanı ve tedavi hakkında bilgilendirilmesi ve desteklenmesinde önemli rollere sahip olmalarından dolayı kadınların kanser tutumları hakkında da bilgi sahibi olmaları gerekmektedir. Literatür incelendiğinde kadınların kansere ilişkin tutumlarının (kansere damgası) ve etkileyen faktörlerin incelendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmanın amacı kadınların kanser tutumlarının değerlendirilmesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesidir.

Araştırma soruları;

1.Kadınların kanser tutumları ne düzeydedir?

2.Kadınların kanser tutumlarını etkileyen faktörler nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kanser

Kanser; hücrelerin genetik değişimlerinin sonucu olarak kontrolsüz çoğalması, çevre doku ve organlara yayılmasıyla karakterize yüzden fazla çeşidi olan hastalık grubudur. Kanser; tüm dünyada tüm ölüm sebepleri arasında kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci sırada gelmesi ve sık görülmesinin yanında mortalite ve morbiditesinin yüksek olması ve hastalık sürecinin getirmiş olduğu sekonder yan etkiler nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunudur.²⁵⁻²⁷

Meme kanseri kadınlardaki en yaygın görülen kanser türüdür. Kanser tanısı olan kadınların dörtte biri meme kanseridir. Meme kanseri evreleri incelendiğinde vakaların %11,5'i uzak evrededir. Kolorektal her iki cinsiyette de üçüncü sırada yer almaktadır. Serviks kanseri ise kadın kanserlerinde dokuzuncu sıradadır. Başlıca etkeni Human Papilloma Virüs (HPV) olan bu kanser ülkemizde düşük sıklıkta görülmektedir. Benzer şekilde ülkemiz verileri incelendiğinde, HPV ile ilişkili kanserlerde kadınların daha çok risk altında olduğu, kadınlarda erkeklerin yaklaşık 5 katı HPV ilişkili kanser görüldüğü tahmin edilmektedir.²⁸

İleri yaşta olmak, sigara ve alkol kullanımı, yetersiz ve dengesiz beslenme, radyasyon, mesleki hastalıklar, çevresel kirleticiler, bazı kimyasallar, bazı hormonlar, fiziksel aktivite eksikliği, Hepatit B-C ve HPV gibi virüsler kanser oluşumuna zemin hazırlayan risk faktörleridir.^{25, 29}

2.2. Kanserde Erken Tanı ve Tarama

Sağlık Bakanlığı kanser ile mücadelede birçok kurumla koordineli bir şekilde çalışmaktadır. Kanseri Savaş Daire Başkanlığı ilk olarak, kanserin önlenmesi ve erken evrede yakalanabilmesi için kanser tarama programlarına ağırlık vermiştir. Bu amaçla "Ulusal Kanseri Kontrol Programı" oluşturulmuştur. Ülkemizde Meme, serviks ve

kolorektal kanseri tarama programları sürdürülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından tarama programlarını yürütmek üzere Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) kurulmuştur. KETEM'lerin görevleri; Sağlık personelinin ve halkı kanser konusunda bilgilendirmek amacıyla eğitimler düzenlenmek, tarama yaparak erken dönemde kanserin tanısını koymak ve tanı alan hastalara gerekli tıbbi yönlendirme yapıp hastanın sevkini ve takibini yapmak, imkanlar dahilinde sosyal, ruhsal ve tıbbi destek sağlanmasıdır.³⁰

2.3. Meme Kanseri

Dünyada ve ülkemizde kadınlarda en yaygın görülen ve en fazla mortaliteye sebep olan kanser türü meme kanseri olup; kadınlığı ve cinselliği simgeleyen organa karşı riskli bir durum oluşturmasından dolayı da bugüne kadar kanserler arasında ruhsal ve psikososyal yönleri yönünden en çok araştırılan kanser türü olmuştur. Aynı zamanda meme kanseri mortaliteye sebep olması ve erken tanı ile korunabilir olması nedeni ile üzerinde durulması gereken bir halk sağlığı sorunudur.^{31-33 34}

Meme Kanseri Meme dokusunun herhangi bir yerinden kaynaklanabilir. En yaygın görülen tipi; meme kanallarından kaynaklanan "duktal" kanser denilen kanserlerdir. Süt üreten bezlerden köken alan "lobüler" kanserler de yaygın görülür. Ayrıca diğer dokulardan kaynaklanan sık görülmeyen medüller, tübüler, müsinöz gibi tipleri de vardır.³⁵

2.3.1. Meme Kanseri Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Meme kanserinin nedeni tam olarak bilinmemektedir ancak cinsiyet, ailede meme kanseri öyküsü, adet başlama yaşının erken, adetten kesilme yaşının geç olması, hiç doğum yapılmaması veya ilk doğumun 30 yaşından sonra yapılması, önceki iyi huylu meme hastalığı epitelyal hiperplazi, daha önceki meme kanseri öyküsü, emzirme özelliklerinin değişmesi, obezite, ekzojen hormonlara daha fazla ve uzun süre maruz kalma, düşük lifli diyet ve psikososyal etkenler önemli nedenler olarak sıralanmaktadır.³⁶⁻

2.3.2. Meme Kanseri Belirtileri

Meme kanserinin en sık görülen belirtisi, memede ağrısız, zamanla büyüyen bir kitlenin hissedilmesidir. Ancak, az sayıda hastada ağrı da vardır. Daha nadir olarak memede çekintiler, şişlik, deride tahriş ya da bozulmalar, meme ucunun hassaslaşması, meme başının kitleye doğru çekilmesine bağlı olarak önden bakıldığında hasta meme başının daha yukarda olması (Forgue Belirtisi) da dahil olmak üzere meme ucu belirtileri yer almaktadır. Sanıldığıının tersine ağrı ve kanlı akıntı ileri evrelerde görülmektedir.^{35,39}

2.3.3. Meme Kanserinde Erken Tanı Yöntemleri

Meme kanserinde tedavi sürecini belirleyen en önemli etken erken dönemde tanı konulmasıdır.⁴⁰ Hastalığın erken dönemde tanınması için kadınların bilgi sahibi olması gereklidir. Ulusal kanser tarama programı kapsamında ülkemizde uygulanan meme kanseri tarama protokolü aşağıda yer almaktadır:

- 20-40 yaş arası; Ayda bir kendi kendine meme muayenesi (KKMM),
- 40-69 yaş arası; Ayda bir kendi kendine meme muayenesi, iki yılda bir mamografi çekilmesi gerekmektedir.³⁵

2.3.3.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi

Kadınlar KKMM yaparak meme büyüklüğünde ve şeklindeki anormallikleri farkedebileceğinden kadınlara kendi kendine meme muayenesi için rehberlik edilmelidir.⁴¹⁻⁴³

Kendi kendine meme muayenesi memenin gözle muayenesi ve palpasyonla muayenesi olmak üzere 2 aşamadan oluşmaktadır. Memenin gözle muayenesinde kadın iyi aydınlatılmış bir yerde ayna karşısında olup memeler ölçü, şekil, büzülme ve portakal kabuğu görünümü ve kırmızılık açısından değerlendirilir. Kollar iki yanda ve yukarı doğru kaldırılarak yapılır. İnceksiyon sonunda her iki meme başına beyaz bir kağıt mendil veya peçete ile bastırılarak meme başından akıntı, eritem ve pullanma gibi

anormal durumlar olup olmadığı kontrol edilir. Memenin palpasyonla muayenesinde sırtüstü yatarak bir el baş altına konur. Kitlelerin daha kolay tesbiti için muayene edilecek tarafın sırt altına bir yastık yerleştirilir. Palpasyona memenin dış kenarından başlanarak saat yönünde meme başına kadar devam edilmelidir. Kendi kendine meme muayenesi her ay menstrülasyonun bitiminden sonraki beş- yedinci günlerde veya postmenapozal dönemde her ayın belirli bir gününde yapılmalıdır.^{39, 44}

2.3.3.2. Mamografi

Mamografi (MMG), düşük doz x ışınları ile röntgen filmi üzerine meme dokusunun görüntüsünün çekilmesidir. Memedeki oluşumlar henüz palpe edilemedikleri erken dönemde mamografi ile saptanabilirler. Mamografi belirti vermeyen kadınlarda kanserlerin % 90'ını belirlese de %15'i görüntü vermeyebilir.³⁹

Meme kanserini için ülkemizde önerilen tarama yöntemi Mamografi olup mamografinin meme kanserini erken aşamada tespit ettiği ve uygun tanı ve tedavi ile takip edildiğinde meme kanserinden ölüm oranını azalttığı kanıtlanmıştır.^{45, 46} Mamografi, meme kanseri taramasında altın standart tanı yöntemidir. Hem tarama da hem de kanser hastalarında mamografi sonucunun sıkıntılı olması durumunda ek pozisyon mamogramlar alınabilir, ultrasonografi yapılabilir.⁴⁷

2.4. Serviks Kanseri

Tüm dünyada ikinci, gelişmekte olan ülkelerde ise ilk sırada yer alan serviks kanseri; ülkemizde en yaygın görülen sekizinci ve en fazla mortaliteye neden olan onuncu kanser türüdür. İleri evrede tanı konulduğunda ölüm oranı yüksek olan bir kanserdir.^{48, 49}

Serviks kanserleri serviks epitelinde neoplastik değişiklik göstermekle başlar. Serviks epitelindeki bu değişiklikler preinvazif lezyonlar grubunu oluşturur. Bu grupta Displazi ve Servikal İntraepitelyal Neoplazi (CIN) yer alır. Hafif servikal displazi ve CIN1 serviks epitelinin üçte birlik alt seviyesindeki anormal sellüler proliferasyonu

gösterir. Bu displazi kendini sınırlayabilir genellikle spontan düzelme gösteren özelliğe sahiptir. Şiddetli displazi ve CIN3 serviks epitelinin üçte ikilik alt kısmındaki epitelyal değişiklikleri ifade eder. İki grubun arasında CIN2 yer alır. İkisinin arasında bir özelliğe sahiptir. Bu grup neoplaziler karsinoma in situ (CIS) ya ilerleme eğilimi gösterirler. Karsinoma in situ (CIS) da ise serviks epitelinin tüm katları anormal sellüler proliferasyon ile karakterizedir.

2.4.1. Serviks Kanseri Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Neredeyse tüm rahim ağzı kanseri vakalarına, insan papilloma virüsünün yüksek riskli tiplerindeki kalıcı enfeksiyonun neden olmasıyla birlikte serviks kanseri için risk faktörleri arasında erken yaşta cinsel aktif olunması, birden fazla cinsel partner, yüksek doğurganlık, ırk, sigara kullanımı, düşük sosyoekonomik düzey de sayılabilir.^{50, 51} Doğurganlık çağındaki kadınlarda en sık görülür.⁵¹ HPV Enfeksiyonlarının çoğu belirti göstermez ve kendi kendini sınırlar, ancak kanserle ilişkili tipler ile oluşan enfeksiyonlar kadınlarda servikal kansere neden olabilir.⁵²

2.4.2. Serviks Kanseri Belirtileri

Servikal kanser preinvazif dönemde belirti göstermez. Anormal kanamalar özellikle de postkoital kanamalar invazif kanserlerde ortaya çıkan bulgulardır. İleri dönemlerde ortaya çıkan belirtiler ise rektal kanamalar, hematüri, bacak ağrıları ve anemidir.²⁷

2.4.3. Serviks Kanseri Erken Tanı Yöntemleri

Ülkeler arasında serviks kanseri görülme sıklığında farklılıklar mevcuttur bu durumun sebebi gelişmiş ülkelerde tarama yöntemlerinin daha yaygın olmasıdır.⁵² Serviks kanseri; Son 60 yılda Amerika Birleşik Devletleri'nde ve diğer yüksek gelirli ülkelerde insidansında ve ölüm oranlarında % 70'lik bir düşüşe yol açan organize tarama programlarına Pap-smear testinin de eklenmesinden dolayı yaygın değildir.⁵³ Gelişmiş

ülkelerde rahim ağzı kanseri taraması Pap ve / veya HPV DNA testi ile taramayı içerir.⁵⁴ Serviks kanserinin taranmasındaki temel amaç; ülke çapında oluşturulacak ulusal bir tarama programını risk altındaki kişilere uygulayarak, servikal anormallikleri henüz kansere dönüşmeden veya erken evrede iken tanı koymak, etkin ve basit yöntemlerle tedavi etmektir.30-65 yaş arasında bayanlara beş yılda bir uygulanan tarama programı HPV-DNA testi ve Pap-smear testi olarak yapılır.⁵⁵

2.4.3.1. HPV Testi

HPV DNA'nın Serviks kanseri ile ilişkisi belirlenmiş olup, serviks kanserli hastaların %99,9'un da HPV DNA varlığı gösterilmiştir. HPV testinin negatif olması durumunda; takip eden beş yıl içerisinde servikal kanser olma ihtimali çok düşüktür.

2.4.3.2. Pap – Smear Testi

Pap - smear testi dökülen servikal hücrelerin toplanıp incelenmesi esasına dayanan sitolojik bir tarama testidir. Bu sitolojik tarama testi ile henüz belirti vermeden ya da preinvazif ve erken invazif servikal lezyonlar saptanır.⁵⁵

2.4.4. HPV Aşısı (Human Papilloma Virus)

HPV enfeksiyonlarını ve buna bağlı olarak kadınlarda gelişen servikal kanserleri engellemek için 2 farklı HPV aşısı geliştirilmiştir: Gardasil® ve Servarix®.

Gardasil®: Aşının asıl amacı servikal kanserleri önlemektir. Servikal kanserlere en sık (%70) neden olan tip16 ve tip18 HPV ve genital siğillerin %90'ına neden olan tip 6 ve tip 11 HPV antijenlerini içerir. Rekombinan yolla elde edilmiş bir aşıdır. Virusun dış zar proteinini içerir. İçeriğinde timerosal yoktur. Aşı esas olarak, 11-12 yaşındaki kızlara önerilmektedir. Daha önce aşılanmamış 13-26 yaşındaki kızlara da tavsiye edilir. Bu yıl içerisinde aşı endikasyonu 45 yaşına kadar genişletilmiştir. Aşılanan kişi daha önce aşının içerdiği HPV tiplerini almışsa aşı etkili olmayacaktır. Bu sebeple ilk cinsel ilişkiden önce

aşılama son derece önemlidir. Gardasilin 0, 2, 6. ay şeklinde uygulanması önerilmektedir. Aşının enjeksiyon yerinde ağrı dışında önemli bir yan etkisi yoktur.

Cervarix® HPV'ye bağlı servikal kanserlerin %70'ine neden olan tip 16 ve tip18 HPV antijenlerini içeren rekombinan bir aşıdır. Temel amaç servikal kanserleri önlemektir. Aşının uygulama şeması, ilk dozdan itibaren 0, 1 ve 6. aylar olarak önerilmektedir. Öncelikli hedef grup ergenlerdir.⁵⁶

2.5. Kolorektal Kanser

Gastrointestinal sistemin majör bir malign hastalığı olan Kolorektal kanser, erkeklerde üçüncü en yaygın kanserdir ve dünya genelinde kadınlarda en sık görülen ikinci kanserdir.⁵⁷⁻⁵⁹

2.5.1. Kolorektal Kanser Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Kalın bağırsak kanseri, ailede kolorektal kanser öyküsü olması, paylaşılan çevresel faktörler veya her ikisinin birlikte olması nedeniyle yayılma eğilimindedir.⁶⁰ Kanser Savaş Daire Başkanlığı'na göre Kolorektal kanser risk faktörleri obezite, hareketsiz yaşam, işlem görmüş gıdalar, alkol ve tütün ürünleri kullanımı, ilerleyen yaş, Kişinin kalın bağırsak polipleri olması, daha önce kalınbağırsak kanseri geçirme öyküsü ve ailevi yatkınlıktır.³⁵

2.5.2. Kolorektal Kanser Belirtileri

Boşaltım alışkanlıklarında diyare-konstipasyon gibi değişikliklerin olması ve bu değişikliklerin bir iki günden fazla sürmesi, bağırsakların tamamen boşalmadığı hissi, gaitada kan görülmesi ve/veya gaita renginde koyulaşma, karında şişkinlik, kasılma tarzında ağrı veya gaz şikâyeti, herhangi bir sebep bulunmaksızın zayıflama, güçsüzlük ve yorgunluk kolorektal kanser belirtilerindedir.³⁵

2.5.3. Kolorektal Kanser Erken Tanı Yöntemleri

Ülkemizdeki kalın bağırsak kanser taramaları; gaitada gizli kan kiti ile çabuk, kolay ve güvenilir bir şekilde 2 yılda bir ücretsiz olarak yapılmaktadır. 50-70 yaş arasında kişilere, 10 yılda bir de kolonoskopi ile tarama tavsiye edilmektedir.

Aile öyküsü bulunanlarda ve kalın bağırsak ile ilgili hastalık öyküsü olan bireylerde taramaya başlama yaşı 40'tır.³⁵

2.5.3.1. Gaitada Gizli Kan Testi

Kolorektal polipler sağlıklı bağırsak dokusuna kıyasla daha kırılgan olmaları nedeniyle daha fazla kanama eğiliminde olduğundan bu test kolorektal kanser için uygulanabilir bir tarama yöntemidir.⁶¹ İmmünokimyasal testin duyarlılığı, numunenin işlenmesindeki gecikmeyle azalmaktadır.⁶² Testin yüksek dereceli poliplere kıyasla kanseri saptama oranı daha fazladır. Kalın bağırsak taramasında ileri uygulamaların gereksinimini azalttığı için maliyeti düşürür. Gaitada gizli kan testi hemoglobini taradığı için çoğunlukla kanama yapmayan poliplerin taranmasında iyi bir seçim değildir.⁶³

2.5.3.2. Kolonoskopi

1970'lerden günümüze kadar yaygın olarak yapılan Kolonoskopi kalın bağırsak hastalıklarının tanısı ve tedavisi esnasında anında polip çıkarılmasının yüksek duyarlılığı ve özgüllüğü kolaylaştırması nedeniyle kolon kanseri taraması için altın standarttır.⁶⁴⁻⁶⁶ Kalın bağırsak mukozasının doğrudan gözlemlenmesi, parça alınması, polip ve lokal tümörlerin çıkarılmasına olanak sağlaması ile diğer testlere kıyasla daha avantajlıdır.⁶⁷ Yüksek maliyetli bir işlem olmasının yanısıra işlem sırasında hastaya anestezi verilmektedir.⁶⁸

2.6. Tutum

Türk dil kurumu tutumu; belirli birtakım kişi, nesne ve olaylara karşı sürekli olarak aynı biçimde davranmamıza sebep olan, davranışları harekete geçiren kalıplı ve

kazanılmış eğilim olarak tanımlamıştır.⁶⁹ Tutum bilişsel, duyuşsal ve davranışsal boyutlarıyla bireyin davranışlarının etkili bir şekillendiricisi olarak görülen psikolojik bir yapıdır.⁷⁰

Tutumlar, insanın bir şey hakkında hissettiklerini ifade etmekle birlikte insanlar tutumlarının farkında olmayabilir.^{71, 72}

Bazı araştırmacılar bir tutumun sadece bir objenin değerlendirilmesi, bir fikrin bir nesne hakkında duygusal olmayan bir ifade olduğu ve bir tavırın ise bir nesnenin duygusal bir değerlendirmesi olduğunu savunmuşlardır.^{73, 74}

Tutumun psikolojik yönünün ilk bilimsel araştırmasını ortaya koyan Allport (1967) ilk olarak daha önce yapılmış 16 tanımı irdeleyerek tutumun beş yönü üzerinde durmuştur. Bunlar: (1) sinirsel ve zihinsel durum, (2) tepkiler için hazır olma, (3) düzenlilik, (4) yaşantı yoluyla öğrenilmiş olma ve (5) davranış üzerinde yönerge ve/veya dinamikliğin etkisi olma şeklindedir.⁷⁵

Tutumların bileşenleri konusunda araştırmacılar değişik görüşlere sahiptirler. Günümüzde bu anlamda tutumlar tek, çift ve üç bileşenli modeller diye adlandırılmaktadırlar. Tek bileşenli modele göre tutum nesneyle yaşanan duruma olumlu olumsuz duygulardır. Çift bileşenli modelde tutum, neyi isteyip istemediğimize ve nelerden hoşlanıp hoşlanmadığımıza neden olan bir iç kuvvettir. Üç bileşenli model nesne ve olaylara karşı inanç, duygu ve davranış eğilimlerinin oluşturduğu bir yapıdır.⁷⁶ Tutumun bilişsel, duyuşsal ve edimsel olarak üç bileşenden oluştuğu düşüncesi kabul görmekle birlikte günümüzde bu düşünce üç modelde yer alan duygu, düşünce, tecrübe ve toplumsal eğilimler gibi öğelerin tamamının tutumu oluşturduğu yönündedir.⁷⁷⁻⁷⁹

Günümüzde tutumlar kişilerin kendi sağlık ve güvenlikleri ile çevrelerinin kendileri için yapmış oldukları kritik seçimlerde doğrudan ve dolaylı olarak oynadıkları temel rol nedeniyle önemini korumaktadır.^{80, 81}

Bir kişinin bir nesneye karşı tutumu, nesneye verdiği cevapların genel hatlarını belirler ve bu saptamaya göre, davranışı yapma niyeti ile tek bir davranış belirlenir. Bir kişinin niyeti, davranışını ve kendine özgü tavrını gerçekleştirme konusundaki tutumunun bir işlevidir.⁸²

Yapılan araştırmalarda tutum ile davranış arasında güçlü bir ilişki olduğu ortaya konulmuştur.⁸³

Bir kişinin tutumu, aynı amaca odaklanıldığında ve aynı eylemi içerdiğinde davranışlarıyla tutarlı bir şekilde güçlü bir ilişki içindedir.⁸⁴

Tutumlar; inançlar ve gelenekler gibi toplumun kültürünün bir parçası olması sebebiyle toplulukta ve nüfus düzeyinde hareket eden sağlığın sosyal bir belirleyicisidir.⁸⁵

2.6.1. Kansere İlişkin Tutumlar (Kanser Damgası)

Kanser taramasına ilişkin bilgi, tutum ve davranışların anlaşılması, kültürel olarak uygun kanser tarama hizmetlerinin sunulması ve teşvik edilmesi için gereklidir.⁸⁶

Tarama imkanlarına uzak yaşayan bireylerin yakın olan bireylere kıyasla kanser taramasına katılma olasılığı daha düşüktür.⁸⁷⁻⁹⁰ Gelir durumunun düşük olması da kişilerin kanser tarama hizmetleri almasını engellemesi nedeniyle bireylerin sağlık güvencesine sahip olması önemlidir.⁹¹⁻⁹⁵ Özellikle kolorektal kanser için, yaş ile kanser tarama yaptırma oranının azalması arasında pozitif bir ilişki olduğu bulunmuştur.⁹³

Kanser taramasına katılımda; gelir ve sağlık güvencesi gibi sosyoekonomik faktörlerin yanı sıra korku gibi psikolojik faktörler, dil engelleri, mevcut hizmetler hakkında bilgi eksikliği, sağlık hizmetlerine ve sağlık hizmeti sağlayıcılarına duyulan güvensizlik, kültürel normlar ve inançlar önemlidir.⁹⁶⁻⁹⁹

Toplum, kanser hastaları ile iletişimini kısıtlamakta onları kendilerinden ve toplumdan soyutlamak istemektedir. Sonuç olarak, tanı alanlar doğrudan bir ayrımcılık ve dışlanmaya maruz kalmaktadırlar.^{100, 101}

Damgalanma iyileşme ihtimali olmayan kanser hastaları arasında daha yaygındır. Bunun sebebinin kanserin tekrar ortaya çıkması ve ölüm korkusu olduğu düşünülmektedir.^{6, 7, 102-105} Kanser hastaları damgalanmamak için gerekli tedavileri ve psikososyal destek almayı kabul etmedikleri zaman hastalıklarına ilişkin olumsuz sonuçlar ortaya çıkabilmektedir.^{1, 6, 106-108}

Damgalamanın getirmiş olduğu ayrımcılık sebebiyle bireyler ya da topluluklar bazı haklardan mahrum kalır, bu kişi veya gruplarda ruhsal sıkıntılar ve kişilerarası güvensizlik düzeyi artar.¹⁰⁹

Damgalamanın hastalıkların erken tanınması ve tedavi edilmesinde de olumsuz etkileri olduğu görülmektedir.^{110, 111} Kanser hastaları genellikle kanserin getirmiş olduğu damgalama ile hastalığın kendinden daha çok mücadele etmek zorunda kalmış ve bunun sonucunda kendilerini toplumdan izole etmişlerdir.¹¹² Sadece hastalar değil aileleri de hastalığın getirmiş olduğu semptom ve davranışlardan utanabilmekte ve diğer insanları evlerine getirmek istememektedirler.¹¹³

Damgalamayı yapan kişiler, bazı bireylerin daha az önemli, daha az başarılı ve topluma kazandıracaklarının daha az olduğuna inanıyor olabilir.¹¹⁴ Kanser hastalığından iyileşen kişiler, uluslararası bağlamlarda sağlık hizmeti sistemine, işyerine ve meslektaşlarına yük olarak algılanmaktadır.^{7, 102, 103, 115, 116} Damgalanma durumunda, damgalanan kişide de damgalamayı yapanda da uzak durma, reddedilme ve geri çekilme potansiyeli vardır.¹¹⁷

Günümüzde kanser tanısı alan çoğu insan, en yakınındaki kişiler tarafından bile damgalanmakta ve bulaşıcı olmamasına rağmen kendisinden uzak durulmasını, sosyal hayatının zarar görmesini, görevinde yükselme ihtimalinin elinden alınmasını engelleyememektedir. Hatta birçok kişi, işsiz kalma korkusuyla kanser tanısı aldığını yöneticilerinden dahi saklamaktadır.¹¹⁸

Bir Amerikan araştırmasında; kültürel olarak uyarlanmış bir video izletilmiş, göğüs kanseri taraması hakkında konuşma yapılmıştır. Araştırmanın sonucunda daha fazla katılımcının taramanın erken dönemde kanseri tespit edebileceğine inandıkları ve tarama hizmetlerine erişmek için önemli mesafe kat etmeye istekli oldukları bulunmuştur.¹¹⁹

Yapılan çalışmalarda kadınların, mamografinin gereksiz olduğunu ve mamografinin meme kanserini erken tanılamada etkisinin olduğuna inanmadıklarını, ya da mamografi çektirmeye bağlı alınan radyasyonun meme kanserine neden olacağını düşündükleri bulunmuştur.^{120, 121}

Yapılan başka bir çalışmada klinik olarak yapılan meme muayenesi yapılan Samoalı kadınlar arasında KKMM yapmanın önemsizmediği belirtilmiştir.¹²²

Samoalı ve Cree kadınları içinde “Özel vücut kısımlarına” dokunmanın ve bu konuda tartışmanın tabu olarak kabul edildiği belirlenmiştir.^{122, 123}

Odedina ve ark.¹²⁴ yaptıkları çalışmalarında ABD'deki Nijeryalı göçmenlerin yerli Nijeryalılara göre kanser taramalarına yönelik tutumlarının daha olumlu olduğunu belirlenmiştir. Yapılan birçok çalışmada, kanserin ölümcül olmadığına inanıldığı ve Aborjin Avustralya, Torres Boğazı Adalıları, Samoalı ve Cree milletlerinin arasında kanser taramalarının kabul edilemez olduğu bildirilmiştir.¹²⁵⁻¹²⁹

Prostat kanseri hastaları, kanser tanısını kabullenmelerini ve çevrelerine söylemelerini etkileyen faktörlerin damgalanma, başkalarına yük olma korkusu ve yardıma ihtiyaçlarının olmadığını düşünmeleri olduğunu belirtmişlerdir.¹³⁰

Yapılan başka bir çalışmada HIV taşıyan kadınların durumlarını açıklamalarında damgalanma korkusu, bir yük olarak algılanma ve ayrımcılık gibi endişelerin etkili olduğu bulunmuştur.¹³¹

Açık göz ve ark.¹³³ yapmış olduğu araştırmada ise 50-59 yaş grubundaki kadınların daha genç ve daha ileri yaşta olanlara göre daha fazla mamografi yaptırdıkları belirlenmiştir. 40-49 yaş grubunda olanlarda, lise ve üstünde eğitime sahip olanlarda, evli olanlarda Pap smear yaptırma alışkanlığının daha fazla olduğu ve kadınların çoğunluğunun hiç kolonoskopi yaptırmadığı belirlenmiştir.

Meme kanserinde hayatta kalma oranlarının arttığına bilinmesine rağmen birçok kadın hala kanserin genellikle bulaşıcılık ve ölümlle ilişkili olduğu inanç ve fikrine sahiptir.¹³² Kadınların meme kanseri hakkındaki görüşlerini ifade etmesinde hastalık konusundaki tutumlar ve içinde yaşadığı kültürün etkisindeki duygu ve düşünceler, önemli bir rol oynamaktadır.¹³⁰

Yapılan bir çalışmada serviks kanseri olan kadınların, servikal kanserin cinsel yolla bulaşan hastalıklar ile ilişkilendirildiği için kendilerini suçlama, utanma ve damgalanmış olarak hissettikleri belirlenmiştir.¹³³

Başka bir çalışmada ise kolorektal kanser tanısı alan erkekler erkekliklerine yönelik algılanan tehditler, cinsel işlevlerindeki değişiklikler ve rollerinin kaybı ile ilgili olarak kendilerini damgalanmış olarak hissettiklerini ifade etmişlerdir.¹³⁴

2.6.2. Damgalanma (Stigmatizasyon)

Damgalama; bir kişi ya da grup için utanç duyulması gereken bir durumun varlığı, bir kişiyi başkalarından soyutlayacak şekilde o kişinin itibarsızlaştırılması, diğer insanlardan aşağı görülmesi ve kabul edilmezliğin belirtisi, genel anlamda kötülenmesidir.^{135, 136}

Damgalama hastaların diğerlerinden farklı olduğunu düşünülmesi gibi önyargılar sonucu bazı hasta gruplarına karşı toplumun olumsuz tutum alması, onların toplumdan uzaklaştırılmasına kadar giden davranışlardır.^{109, 136, 137}

Sosyolojik çalışmalar damgalamayı etiketleme, klişeleştirme, ayırma, durum kaybı ve ayrımcılık” olarak tanımlamıştır. ¹³⁷

Bayer ¹⁴⁰ tarafından yapılan bir çalışmada, sigara içmeye ilişkin damgalanmanın harekete geçirilmesinin, hastalık ve erken ölümlerle bağlantılı risk davranışlarının yaygınlığının azaltılmasında olumlu yönde etki gösterdiği bulunmuştur.

Literatürde üç damgalama çeşidi belirtilmektedir: yapısal, sosyal ve içselleştirilmiş damgalanma. Yapısal damga sistemsel düzeyde, sosyal damgalama grup düzeyinde, içselleştirilmiş damga bireysel düzeyde yer alır. ^{138, 139}

İçselleştirilmiş damgalanma, bireyin toplumdaki tabuları kendisi için içselleştirmesi ve bunun sonucunda değersizlik, utanç gibi olumsuz duygularla kendisini toplumdan izole etmesidir.¹³⁵ Sonuç olarak bireyler amaçlarından vazgeçerek, insanlardan uzak durma, düşük benlik saygısı ve düşük öz yeterlilik duygusunu hissederler. Bir anlamda yaşamı anlamlı kılan iş yaşamı, sosyal ilişkiler, maneviyat ve iyileşme çabasından bireyi uzaklaştırır. ¹⁴⁰

Geçmişten günümüze bakıldığında zihinsel sağlık sorunları, fiziksel engeller veya işlevsel kısıtlamalar, edinsel bağışıklık yetmezliği sendromu (AIDS), kanser gibi rahatsızlıklarda kişiler damgalanma ile daha çok karşı karşıya kalmaktadır.^{141, 142} Damgalanma hastalığın sadece gidişinde değil aynı zamanda ortaya çıkışında da rol oynamaktadır.¹⁴³ Damgalamanın kişi üzerine etkisine bakıldığında sağlıkla ilgili durumlarda damgalanmanın kişilerin karar verme sürecini etkilediği ve olumsuz katkıda bulunduğu ifade edilmiştir. ¹⁴⁴ Toplum düzeyinde bakıldığında ise toplum üyelerinin, damga ve önyargılar gibi sebepler üreterek diğerlerini bazı hak ve menfaatlerden mahrum bıraktıkları belirtilmektedir. ¹⁴⁵

2.7. Kansere Yönelik Tarama Yöntemleri ve Ebenin Rolü

Meme kanseri tarama yöntemleri, memeye ilgili hastalıkların tanınmasında ve meme dokusunun bozulma nedenlerinin araştırılmasında ve bulunmasında kullanılmaktadır. Bu amaçla bakılan yöntemler mamografi, memenin fiziksel muayenesi ve KKMM dir. Meme kanseri olmayan kadınlarda bu teknikler tarama amacıyla yapılmaktadır. Memenin malign oluşumlarında kesin tanı koymak için meme biyopsisi ve alınan doku örneğinin patolojik incelemesi yapılmaktadır. Hekim ve ebeler kadınlara kanser olmayan meme hastalıkları hakkında eğitim verirken işbirliği içinde olmalı, hastanın anksiyetesi azaltılmalı ve tarama yöntemlerine uyumu kolaylaştırılmalıdır. Tarama yöntemlerini doktor playıp, ebe de hekimin verdiği eğitimi destekleyecek şekilde yöntemlere ve kişisel bakım önerilerine dair eğitim vererek, tanı ve iyileşme dönemlerinde hastanın durumu tolere etmesini kolaylaştırmalıdır. Kadınların meme kanseri olma korkuları olabilir. Ebeler kadını gözlemlemeli ve meme kanseri risk faktörleri ve tarama yöntemleri hakkında kadına eğitimler vermelidir.³⁹ Ebe, kadınlara her ay kendi kendine meme muayenesi yapmalarını sağlayarak, emzirmesi için teşvik ederek, 40 yaşın üzerindeki kadınları düzenli mamografi çekimine yönlendirerek, meme kanserinden korunmayı sağlamalıdır. ¹⁴⁶⁻¹⁴⁸

Kadınlar yaşamlarının her evresinde üreme sistemi ile ilişkili yapısal ya da malign hastalıklar açısından risk altındadır. Bening ya da malign oluşumlar uzun dönemde kadın ve ailesini etkileyebilir. Kadının cinsellik ve aile içindeki rolü ile ilgili kaybı ya da fonksiyonlardaki değişme kadının benlik kavramına zarar verebilir. Bu durum kadının baş etme sürecini ve tedaviye uyumunu olumsuz etkiler. Kadınlar böyle durumlarda tarama yöntemlerine karşı fazla tepki gösterebilir. Kadının ailesi de tanı ve tarama yöntemlerine karşı tutumunda etkilidir. Bu nedenle ebeler, kadın ve ailesine erken tanı ve tedavi hakkında destekleyici bakım sağlamada ve kadınların eğitiminde önemli etkiye

sahiptir. Erken tanı ve tedavi yöntemlerine yönelik bakım ve eğitim ebelerin görevleri arasındadır.²⁷ Serviks kanseri ile ilişkisi açıklanmış olan Human Papilloma Virüs cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar arasında olup ebenin risk faktörleri, tedavisi ve aşısı hakkında eğitim vermesi gerekmektedir.⁴⁴ Ebe, serviks kanserini önlemek için, çok eşlilikten uzak durulmasını veya prezervatif kullanımını teşvik etmelidir.¹⁴⁹ Ebelerin kadınların bilgilendirilmesi, gerekli yerlere yönlendirilmesi, bakım verilmesi, desteklenmesi ve danışmanlık yapılması hususlarında önemli görevleri vardır.²⁷

Kolorektal kanser dünyada, erkeklerde en sık görülen üçüncü kanser ve kadınlarda en sık görülen ikinci kanserdir.⁵⁸ Çoğu kişi kolorektal kanser risk faktörlerini bilmemektedir. Risk faktörlerini bilen bireylerin ise korunma tedbirlerini ve etkili uygulamaları uygulamak için bir sağlık profesyoneli tarafından cesaretlendirilmesi ve desteklenmesi gerektiği görülmektedir. Risk faktörlerine yönelik korunma yöntemlerinin uygulanmasıyla kolorektal kanserin yarısından fazlasının önlenilebileceği gösterilmiştir.^{150, 151} Toplumdaki kişiler risklerin farkında olmadan hayatlarına devam etmektedirler. Sağlık otoritelerinin farkındalığı artırmak için çalışmaları, riskleri değerlendirmesi, klavuzlara uygun tavsiyelerle danışmanlık yapması ve erken dönemde tanıyarak tedaviye yönlendirmesi ile kolorektal kanserin önlenmesi ve kontrol altında tutulması mümkündür.^{152, 153} Kolorektal kanser sebebiyle hastalık ve ölüm oranlarında azalma sağlanması için her bireyin risk seviyesine göre erken tanı ve tarama yöntemine karar verilmesi, risk oluşturan davranışlarına yönelik olumlu davranış geliştirilmesi ve doğru aralıklarla kontrol edilmesi gerekmektedir.¹⁵⁴

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın türü

Bu çalışma tanımlayıcı ve zaman açısından kesitsel olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Çalışma Erzurum Palandöken İlçe Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Solakzade Aile Sağlığı Merkezi'nde (SASM) 1 Aralık 2018 - 31 Mart 2019 tarihleri arasında yapılmıştır. ASM'nin bulunduğu konum dikkate alındığında daha merkezde olması, nüfus yoğunluğunun fazla olması ve KETEM'e yakın olması sebebiyle burada yapılmasına karar verilmiştir. Solakzade Aile Sağlığı Merkezi'nde dört aile hekimliği birimi bulunmakta olup 4 aile hekimi ve 4 aile sağlığı çalışanı çalışmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Çalışmanın evrenini, 1 Aralık 2018 – 30 Mart 2019 tarihleri arasında, Solakzade Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran kadınlar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise 1 Aralık 2018 – 31 Mart 2019 tarihleri arasında SASM'ne herhangi bir sebeple gelen araştırmaya alınma kriterlerine uyan 380 kadın oluşturmuştur.

Araştırmaya Alınma Kriterleri

- Araştırmaya katılmayı kabul eden,
- 18 yaşında ve daha büyük olan,
- Onkolojik ve psikiyatrik tanısı olmayan,
- İşitme, konuşma ve iletişim problem olmayan,
- Okur-yazar olan,

Kadınlar araştırmaya dahil edilmiştir.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri Kişisel Bilgi Formu ve Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi (Kanser Damgası)- Toplum Versiyonu Ölçeği kullanılarak toplanmıştır.

1. Kişisel Bilgi Formu (Ek-5):

Kişisel bilgi formu, literatür taranarak oluşturulmuştur^{7, 22} Form; kadınların sosyo-demografik özelliklerine ve tarama yaptırma davranışlarına yönelik toplam 25 adet sorudan oluşmuştur.

2. Kanserle İlişkin Tutumları Ölçme Anketi (Kanser Damgası)- Toplum Versiyonu (Ek-6):

Kansere ilişkin tutumları ölçme (KİTÖ) Anketi- Toplum Versiyonu; kanserli hasta akrabalarının ve toplumdaki bireylerin kansere yönelik tutumlarını ölçmek için Cho ve ark.²² tarafından geliştirilmiştir. Bu anket toplumda yaşayan bireylerin kansere ilişkin negatif/pozitif tutumları ile ilgili bilgi vermektedir. Anketin orijinalinde “İyileşmenin imkânsız olması (1-4.maddeler), Kanser hastalarının etiketlenmesi (5.8-.maddeler), Ayrımcılık (9-11. Maddeler), Kanser tanısını ortaya çıkarma/yayma (12-15.maddeler)” olmak üzere dört alt boyut ve 15 madde yer almaktadır. Orijinal ölçeğin Cronbach alpha değeri .79’dur.²² Ölçeğin KİTÖ anketinin toplum versiyonunun Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yılmaz ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Yılmaz ve ark.²⁰ nın çalışmasında 5,6,7 maddeler faktör yük değeri 30un altında olduğu için anketten çıkarılmıştır. Cho ve ark.²² tarafından geliştirilen KİTÖ anketi 15 maddeden dört alt boyuttan oluşmaktadır. Türkçe KİTÖ anketi ise 12 maddeden üç alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin alt boyutları iyileşmenin imkansız olması (1-5.maddeler), ayrımcılık (6-8.maddeler) ve kanser tanısını ortaya çıkarma, yaymadır (9-12.maddeler). Anketteki maddeler “(1) Kesinlikle katılmıyorum, (2) Katılmıyorum, (3)Katılıyorum, (4)Kesinlikle katılıyorum” olarak cevaplanmaktadır. Ölçekte ters olarak değerlendirilen madde yoktur. Ölçek değerlendirilirken madde puan ortalaması kullanılmaktadır. Ölçeğin puan ortalaması 2.5 ve üstündeki puanlar kansere yönelik negatif tutum olduğunu göstermektedir. KİTÖ anketinin cronbach alfa değeri 0.78 olarak bulunmuştur.²⁰

Bu çalışmada iyileşmenin imkânsız olması alt boyutu cronbach alfa değeri 0.91, ayrımcılık alt boyutu cronbach alfa değeri 0.95, kanser tanısını ortaya çıkarma/yayma alt boyutu cronbach alfa değeri 0.91, KİTÖ anketinin toplam cronbach alfa değeri 0.86 olarak belirlenmiştir.

3.5. Verilerin Toplanması

Verilerin toplanması işlemi aile sağlığı merkezinde ayrı bir odada gerçekleştirilmiştir. Bilgi formu, KİTÖ ölçeğinin içeriği hakkında açıklama yapılmıştır. Verilerin toplanmasında Kişisel Bilgi Formu 10 dakika, ölçek 10 dakika olarak, toplam 20 dakika sürmüştür.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Değerlendirmede 8 ayrı istatistiksel analiz kullanılmıştır. Analizler SPSS 22.00 istatistik paket programı ile yapılmıştır. Yapılan analizler aşağıda verilmiştir:

Tablo 3.1. İstatistiksel analiz yöntem tablosu

İstatistik	Kullanıldığı Kısım
Frekans	Kadınların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımlarında Tablo 4.1 Kansere ilişkin özelliklerine göre dağılımları Tablo 4.2
Yüzde	Kadınların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımlarında Tablo 4.1 Kansere ilişkin özelliklerine göre dağılımları Tablo 4.2
t Testi	Medeni durum, Çalışma durumu, Aile tipi, Yaşayan çocuk, Ailede kanser tanısı almış birey olma durumu, Kansere ilişkin eğitim öğretim programlarına katılma durumu, Kansere yönelik tarama yaptıрма durumu, Kendi kendine meme muayenesi yapma durumu, HPV aşısı ile ilgili bilgi durumu, Daha önce HPV aşısı yaptıрма durumu, Gaitada gizli kan testi yaptıрма durumu değişkenlerine göre ve kansere ilişkin özelliklerine göre Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi puanları açısından farklar Tablo 4.4 ve Tablo 4.5

Tablo 3.1. (Devamı)

İstatistik	Kullanıldığı Kısım
Tek Yönlü Varyans analizi (ANOVA)	Yaş, Eğitim durumu, Kaç yıldır evli, Eşin eğitim durumu, Gelir durumu değişkenlerine göre ve kansere ilişkin özelliklerine göre Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi puanları açısından farklar Tablo 4.4 ve Tablo 4.5
LSD Post Hoc testi	Tek Yönlü Varyans analizi sonucu anlamlı farkın hangi durumlardan kaynaklandığını anlamak için Tablo 4.4
Kruskal Wallis H testi	Eşin yaşı, Meslek, Yaşadığı yer, Ailede kanser tanısı alan bireyin yakınlık derecesi, Mamografi yaptırma alışkanlığı, Pap smear yaptırma alışkanlığı değişkenlerine göre ve kansere ilişkin özelliklerine göre Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi puanları açısından farklar Tablo 4.4 ve Tablo 4.5
Dunnet T3 Post Hoc testi	Kruskal Wallis H testi sonucu anlamlı farkın hangi durumlardan kaynaklandığını anlamak için Tablo 4.4
Mann Whitney U testi	Sosyal güvence değişkenine göre ve kansere ilişkin özelliklerine göre Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi puanları açısından farklar Tablo 4.4

3.7. Çalışmanın Değişkenleri

Kadınların sosyo-demografik özellikleri ve kanser tarama davranışlarına ilişkin sorular araştırmanın bağımlı değişkenini, kadınların kanser tutum düzeyi ise bağımsız değişkenini oluşturmuştur.

3.8. Etik Uygunluk

Araştırmaya başlamadan önce Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır (04.10.2018 tarih ve B.30.2.ATA.0.01.00/245 sayılı yazısı) (EK-3). Ayrıca Erzurum İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izin alınmıştır (25.01.2019 tarih ve 44827528-604.02-85938902 sayılı yazısı) (EK-4). Verilerin toplanması sırasında araştırmacı kendisini katılımcılara tanıtmıştır. Katılımcılara araştırmanın yapılma amacı ile ilgili bilgi verilerek sözel

bilgilendirilmiş onamları alınmıştır. Katılımcılara bilgilerinin gizli tutulacağı araştırmadan eğer isterlerse ayrılacakları sözel olarak ifade edilmiştir. Anketin Tkeye geçerlilik güvenirlilik çalışmasını yapan Medine YILMAZ'dan mail yoluyla izin alınmıştır. (Ek-7)

3.9. Çalışmanın Kısıtlılıkları:

Bu araştırma sadece Erzurum ilindeki Solakzade Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran kadınlar ile yapıldığı için tüm kişilere genellenemez. Uygulanan ölçeğin sadece kadınlara uygulanması araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.



4. BULGULAR

Kadınların kanser tutumlarının değerlendirilmesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılan araştırmanın bulguları aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.1. Kadınların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı

Özellikler	S	%
Yaş (n=380)		
19-29 yaş	51	13.4
30-39 yaş	103	27.2
40-49 yaş	116	30.5
50-69 yaş	110	28.9
Eğitim Durumu(n=380)		
İlkokul	156	41.0
Ortaokul	39	10.3
Lise	63	16.6
Üniversite	122	32.1
Medeni Durum(n=380)		
Evli	333	87.6
Bekar	47	12.4
Evlilik yılı (n=351)		
1-10	118	33.6
11-20	79	22.5
21-30	97	27.6
31-45	57	16.2
Eşin Yaşı(n=333)		
19-29	18	5.4
30-39	83	24.9
40-69	232	69.7
Eş Eğitim Durumu(n=351)		
İlkokul	83	23.6
Ortaokul	43	12.3
Lise	111	31.6
Üniversite	114	32.5

Tablo 4.1. (Devamı)

Özellikler	S	%
Çalışma Durumu(n=380)		
Evet	172	45.3
Hayır	208	54.7
EşÇalışma Durumu(n=333)		
Evet	285	85.6
Hayır	48	14.4
Meslek(n=380)		
İşçi	20	5.3
Memur	130	34.2
Serbest meslek	22	5.8
Ev hanımı	208	54.7
Sosyal Güvence(n=380)		
Var	357	93.9
Yok	23	6.1
Gelir Durumu(n=380)		
Gelir giderden az	72	18.9
Gelir gidere denk	260	68.5
Gelir giderden fazla	48	12.6
Yaşadığı Yer(n=380)		
İl	337	88.7
İlçe	30	7.9
Köy	13	3.4
Aile Tipi(n=380)		
Çekirdek aile	311	81.8
Geniş aile	69	18.2
Yaşayan Çocuk(n=380)		
Var	322	84.7
Yok	58	15.3

Tablo incelendiğinde araştırmaya alınan kadınların, %30.5'i 40-49 yaşında, %41.1'i ilkokul mezunu, %87.6'sı evli, %33.6'sı 1-10 yıldır evli, %69.7'sinin eşi 40-49 yaşında, %32.5'inin eşi lisans mezunu, %54.7'si çalışmıyor, %85.6'sının eşi çalışıyor,

%93.9'unun sağlık sigortası var, %68.4'ünün maddi durumu orta, %88.7'si ilde ikamet ediyor, %81.8'i çekirdek ailede yaşıyor, %84.7'sinin yaşayan çocuuğunun var olduğu görölmektedir. Araştırmaya alınan kadınların yaş ortalamasının 42.62±11.44 olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1).

Araştırma kapsamına alınan, kadınların kansere ilişkin özelliklerine göre dağılımları Tablo 4.2. de verilmiştir.

Tablo 4.2. Araştırmaya alınan kadınların kansere ilişkin özelliklerinin dağılımı

Özellikler	S	%
Ailede kanser tanısı almış birey(n=380)		
Var	181	47.6
Yok	199	52.4
Ailede kanser tanısı alan bireyin yakınlık derecesi(n=181)		
Birinci derece	110	60.8
İkinci derece	51	28.2
Üçüncü derece	20	11.0
Kansere ilişkin eğitim programlarına katılma durumu (n=380)		
Evet	124	32.6
Hayır	256	67.4
Kansere yönelik tarama yaptıırma durumu(n=380)		
Evet	215	56.6
Hayır	165	43.4
Kendi kendine meme muayenesi yapma durumu(n=380)		
Evet	256	67.4
Hayır	124	32.6
HPV aşısı ile ilgili bilgi durumu(n=380)		
Var	120	31.6
Yok	260	68.4
Daha önce HPV aşısı yaptıırma durumu(n=380)		
Evet	15	3.9
Hayır	365	96.1

Tablo 4.2. (Devamı)

Özellikler	S	%
Mamografi yaptırma alışkanlığı(n=380)		
Hiç	190	50.0
İki yılda bir	97	25.5
Düzensiz aralıklarla	93	24.5
Klinik meme muayenesi yaptırma alışkanlığı(n=380)		
Hiç	196	51.6
Yılda bir	18	4.7
İki yılda bir	68	17.9
Düzensiz aralıklarla	98	25.8
Pap smear / HPV taraması yaptırma alışkanlığı(n=380)		
Hiç	178	46.8
Yılda bir	11	2.9
İki yılda bir	17	4.5
Üç beş yıl aralığında	41	10.8
Beş yıldan fazla aralıkta	133	35.0
Gaitada gizli kan testi yaptırma durumu(n=380)		
Hiç yaptırmadım	284	74.7
Yaptırdım	96	25.3

Kadınların % 52.4'ünün ailesinde kanser tanısı almış kimse yok, % 60.8'inin birinci derecede yakını kanser tanısı almış, % 67.4'ü kansere ilişkin eğitim öğretim programlarına katılmamış, % 56.6'sı kansere yönelik tarama yaptırmış, % 67.4'ü kendi kendine meme muayenesi yapmış, % 68.4'ünün HPV aşısı ile ilgili bilgi yok, % 96.1'i daha önce HPV aşısı yaptırmamış, % 50'si hiç mamografi yaptırmamış, % 51.6'sı hiç klinik meme muayenesi yaptırmamış, % 46.8'i hiç Pap smear/HPV Testi yaptırmamış, % 74.7'sinin de gaitada gizli kan testini hiç yaptırmamıştır (Tablo 4.2).

Tablo 4.3. Kadınların KİTÖ'nün minimum maksimum ve puan ortalamaları

	Puan			
	Minimum	Maximum	ortalama	S.S.
İyileşmenin imkânsız olması alt boyutu	5	20	2.30	0.91
Ayrımcılık alt boyutu	3	12	1.76	0.99
Kanser tanısını ortaya çıkarma/yayma alt boy.	4	16	1.97	0.91
Toplam puan	12	48	2.06	0.66

İyileşmenin imkânsız olması alt boyutu puan ortalaması 2.30 ± 0.91 , ayrımcılık alt boyutu puan ortalaması 1.76 ± 0.99 , kanser tanısını ortaya çıkarma/yayma alt boyutu puan ortalaması 1.97 ± 0.91 , KİTÖ anketi toplam puan ortalaması 2.06 ± 0.66 bulunmuştur (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Kadınların tanıtıcı özelliklerine göre KİTÖ puan ortalamasının karşılaştırılması

		İyileşmenin	Ayrımcılık	Kanser tanısını	Toplam puan
		imkânsız olması alt	alt boyutu	ortaya	
		boyutu		çıkarma/yayma	
		X±S.S	X±S.S	X±S.S	X±S.S
Yaş	19-29 yaş	1.87±0.70	1.39±0.69	2.01±0.85	1.79±0.50
	30-39 yaş	2.03±0.65	1.48±0.71	2.00±0.86	1.88±0.57
	40-49 yaş	2.31±0.90	1.88±1.11	2.04±0.94	2.11±0.64
	50-69 yaş	2.76±0.99	2.08±1.06	1.84±0.94	2.28±0.73
	Test	F=18.922	F=10.205	F=0.98	F=10.399
	p değeri	p=0.000	p=0.000	p=0.40	p=0.000
	Fark	3>1-2 4>1-2-3	3-4>1-2	-	3>1-2 4>1-2-3
Eğitim durumu	İlkokul	2.68±1.01	2.12±1.13	1.99±1.02	2.31±0.72
	Ortaokul	2.26±0.81	1.73±0.94	1.90±0.86	2.01±0.58
	Lise	2.05±0.77	1.59±0.92	2.02±0.91	1.93±0.59
	Üniversite	1.96±0.63	1.39±0.62	1.93±0.76	1.81±0.50
	Test	F=19.14	F=14.66	F=0.26	F=16.22
	p değeri	p=0.000	p=0.000	p=0.85	p=0.000
	Fark	1>2-3-4	1>2-3-4	-	1>2-3-4

Tablo 4.4. (Devamı)

		İyileşmenin imkânsız olması alt boyutu	Ayrımcılık alt boyutu	Kanser tanısını ortaya çıkarma/yayma	Toplam puan
		X±S.S	X±S.S	X±S.S	X±S.S
Medeni durum	Evli	2.33±0.89	1.77±0.98	1.96±0.89	2.07±0.65
	Bekar	2.12±0.94	1.68±1.05	2.01±1.02	1.97±0.70
	Test	t=1.45	t=0.58	t=-0.30	t=0.90
	p değeri	p=0.14	p=0.56	p=0.75	p=0.36
Evlilik yılı	1-10 yıl	2.02±0.75	1.46±0.74	1.95±0.84	1.86±0.60
	11-20 yıl	2.41±0.81	1.70±0.90	1.96±0.80	2.08±0.59
	21-30 yıl	2.46±0.98	2.02±1.15	1.90±0.99	2.16±0.66
	31-45 yıl	2.69±1.02	2.15±1.08	2.04±1.03	2.34±0.79
	Test	F=8.88	F=9.26	F=0.26	F=8.07
	p değeri	p=0.000	p=0.000	p=0.85	p=0.000
Eşin yaşı	19-29 yaş	1.86±0.64	1.37±0.48	1.83±0.74	1.73±0.49
	30-39 yaş	1.96±0.67	1.45±0.73	2.05±0.87	1.86±0.58
	40-69 yaş	2.50±0.93	1.92±1.05	1.94±0.91	2.17±0.66
	Test	KW=26.80	KW=14.37	KW=1.80	KW=19.51
	p değeri	p=0.000	p=0.001	p=0.406	p=0.000
	Fark	3>1-2	3>1-2	-	3>1-2
Eşin eğitim durumu	İlkokul	2.72±1.00	2.13±1.08	2.05±1.03	2.35±0.74
	Ortaokul	2.48±1.02	2.25±1.20	1.92±0.95	2.23±0.69
	Lise	2.38±0.87	1.73±0.97	2.00±0.89	2.09±0.62
	Üniversite	1.96±0.66	1.40±0.67	1.86±0.80	1.79±0.53
	Test	F=13.27	F=13.28	F=0.82	F=13.92
	p değeri	p=0.000	p=0.000	p=0.47	p=0.000
Çalışma durumu	Evet	2.13±0.73	1.51±0.70	1.97±0.79	1.92±0.58
	Hayır	2.45±1.00	1.97±1.13	1.96±0.99	2.17±0.70
	Test	t=-3.60	t=-4.86	t=0.10	t=-3.74
	p değeri	p=0.000	p=0.000	p=0.91	p=0.000
Eşin çalışma durumu	Evet	2.28±0.88	1.70±0.94	1.95±0.89	2.02±0.63
	Hayır	2.64±0.95	2.19±1.13	2.01±0.89	2.32±0.71
	Test	t=-2.63	t=-2.82	t=-0.40	t=-2.89
	p değeri	p=0.009	p=0.007	p=0.68	p=0.004
Meslek	İşçi	2.34±0.84	1.73±0.76	2.28±0.82	2.17±0.65
	Memur	1.99±0.59	1.38±0.57	1.88±0.75	1.80±0.47
	Serbest meslek	2.51±0.93	1.92±0.96	2.16±0.91	2.25±0.72
	Ev hanımı	2.48±1.01	1.98±1.14	1.97±1.00	2.19±0.71
	Test	KW=18.47	KW=19.79	KW=5.03	KW=29.37
	p değeri	p=0.000	p=0.000	p=0.16	p=0.000
Fark	3-4>2	3-4>2	-	1-3-4>2	

Tablo 4.4. (Devamı)

		İyileşmenin imkânsız olması alt boyutu	Ayrımcılık alt boyutu	Kanser tanısını ortaya çıkarma/yayma	Toplam puan
		X±S.S	X±S.S	X±S.S	X±S.S
Sosyal güvence	Var	2.29±0.89	1.75±0.99	1.98±0.91	2.05±0.66
	Yok	2.43±1.13	1.94±1.01	1.71±0.88	2.07±0.68
	Test	U=3794.50	U=3640.000	U=3321.000	U=3830.000
	p değeri	p=0.54	p=0.32	p=0.11	p=0.58
Gelir durumu	Gelir giderden az	2.55±1.01	2.08±1.10	2.11±0.95	2.28±0.66
	Gelir gidere denk	2.28±0.90	1.72±0.98	1.90±0.90	2.01±0.67
	Gelir giderden fazla	2.07±0.65	1.47±0.70	2.11±0.89	1.94±0.51
	Test	F=4.31	F=6.20	F=2.11	F=5.74
	p değeri	p=0.014	p=0.002	p=0.122	p=0.003
Fark	1>2-3	1>2-3	-	1>2-3	
Yaşadığı yer	İl	2.28±0.91	1.76±1.02	1.93±0.91	2.03±0.66
	İlçe	2.43±0.69	1.78±0.69	2.28±0.82	2.22±0.56
	Köy	2.55±1.03	1.82±0.81	2.13±0.92	2.23±0.69
	Test	KW=2.66	KW=2.17	KW=5.00	KW=4.44
	p değeri	p=0.26	p=0.33	p=0.08	p=0.10
Aile tipi	Çekirdek aile	2.24±0.88	1.74±1.00	1.98±0.92	2.03±0.65
	Geniş aile	2.57±0.97	1.87±0.94	1.91±0.84	2.18±0.68
	Test	t=-2.70	t=-1.01	t=0.54	t=-1.66
	p değeri	p=0.007	p=0.30	p=0.58	p=0.09
Yaşayan çocuk	Var	2.34±0.90	1.76±0.98	1.95±0.90	2.06±0.65
	Yok	2.10±0.89	1.74±1.03	2.08±0.96	2.00±0.70
	Test	t=1.82	t=0.20	t=-1.04	t=0.63
	p değeri	p=0.06	p=0.84	p=0.29	p=0.52

Tablo incelendiğinde, kadınların yaşlarına göre, “İyileşmenin imkânsız olması boyutu”, “Ayrımcılık boyutu” ve “KİTÖ Toplam” puanları açısından aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. 40-49 yaşındaki kadınların 19-29 yaşında ve 30-39 yaşındaki kadınlara göre, 50-69 yaşındaki kadınların 19-29 yaşında, 30-39 yaşında ve 40-49 yaşında olan kadınlara göre iyileşmenin imkânsız olması alt boyutu ve KİTÖ toplam puanları daha yüksek, 40-49 yaşında ve 50-69 yaşındaki kadınların 19-29 yaşında

ve 30-39 yaşındaki kadınlara göre ayrımcılık alt boyutu puanları daha yüksektir (Tablo 4.4).

Kadınların eğitim durumlarına yönelik yapılan ileri analizde, ilköğretim mezunu olan kadınların eğitim seviyesi daha yüksek olan kadınlara göre iyileşmenin imkânsız olması alt boyutu, ayrımcılık alt boyutu ve KİTÖ toplam puanları daha yüksektir (Tablo 4.4).

Kadınların medeni durumlarına bakıldığında, İyileşmenin imkânsız olması alt boyutu, Ayrımcılık alt boyutu, Kanser tanısını ortaya çıkarma/yayma alt boyutu ve KİTÖ puanları açısından birbirlerinden farklı olmadıkları bulunmuştur (Tablo 4.4).

Evlilik yılına göre, “İyileşmenin imkânsız olması boyutu”, “Ayrımcılık boyutu” ve “KİTÖ Toplam” puanları açısından aralarındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yapılan ileri analiz sonucuna göre, 11-20 yıldır, 21-30 yıldır ve 31-45 yıldır evli olan kadınların 1-10 yıldır evli olan kadınlara göre iyileşmenin imkânsız olması alt boyutu ve KİTÖ toplam puanları daha yüksek, 21-30 yıldır ve 31-45 yıldır evli olan kadınların 1-10 yıldır ve 11-20 yıldır evli olan kadınlara göre ayrımcılık alt boyutu puanları daha fazladır (Tablo 4.4).

Tablo incelendiğinde, kadınların eşinin yaşına göre, “İyileşmenin imkânsız olması boyutu”, “Ayrımcılık boyutu” ve “KİTÖ Toplam” puanları açısından aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. İleri analiz sonucu, eşi 40-69 yaşında olan kadınların eşi 19-29 yaşında ve 30-39 yaşında olan kadınlara göre iyileşmenin imkânsız olması alt boyutu, ayrımcılık alt boyutu ve KİTÖ toplam puanları daha yüksektir (Tablo 4.4).

Tablo incelendiğinde, kadınların eşinin eğitim durumuna göre, “İyileşmenin imkânsız olması boyutu”, “Ayrımcılık boyutu” ve “KİTÖ Toplam” puanları açısından aralarındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Çalışmayan kadınların iyileşmenin imkânsız olması alt boyutu, ayrımcılık alt boyutu ve KİTÖ toplam puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.4).

Eşin çalışma durumuna bakıldığında, eşi çalışmayan kadınların iyileşmenin imkânsız olması alt boyutu, ayrımcılık alt boyutu ve KİTÖ toplam puanlarının eşi çalışan kadınlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.4).

Serbest meslek sahibi ve çalışmayan kadınların memur kadınlara göre iyileşmenin imkânsız olması alt boyutu ve ayrımcılık alt boyutu puanları daha yüksektir. İşçi, serbest meslek sahibi ve çalışmayan kadınların memur kadınlara kıyasla KİTÖ toplam puanları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.4).

Sosyal güvence durumuna göre, İyileşmenin imkânsız olması alt boyutu, ayrımcılık alt boyutu, kanser tanısını ortaya çıkarma/yayma alt boyutu ve KİTÖ toplam puanları açısından aralarında fark olmadığını görülmektedir (Tablo 4.4).

Gelir durumu düşük olan kadınların daha iyi olan kadınlara göre İyileşmenin imkânsız olması alt boyutu, ayrımcılık alt boyutu ve KİTÖ toplam puanları daha yüksektir (Tablo 4.4).

Tablo incelendiğinde, kadınların ilde, ilçede yada köyde yaşama durumuna göre iyileşmenin imkânsız olması alt boyutu, ayrımcılık alt boyutu, kanser tanısını ortaya çıkarma/yayma alt boyutu ve KİTÖ puanları açısından aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (Tablo 4.4).

Tablo incelendiğinde, geniş ailede yaşayan kadınların iyileşmenin imkânsız olması alt boyutu puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 4.4).

Kadınların yaşayan çocuğunun olma durumu değerlendirildiğinde, bütün alt boyutlarının ve KİTÖ toplam puanları açısından aralarındaki farklara ait tüm t değerleri anlamsız bulunmuştur (Tablo 4.4).

Tablo 4.5. Kadınların kansere ilişkin tanıtıcı özelliklerine göre KİTÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması

		İyileşmenin	Ayrımcılık alt	Kanser tanısını	Toplam puan
		İmkânsız olması	boyutu	ortaya	
		alt boyutu		çıkarma/yayma	
		X±S.S	X±S.S	X±S.S	X±S.S
Ailede kanser tanısı almış birey	Var	2.45±0.96	1.87±1.05	1.99±0.96	2.15±0.70
	Yok	2.17±0.83	1.66±0.91	1.95±0.86	1.97±0.61
	Test ve p değeri	t=3.01 p=0.00	t=1.98 p=0.04	t=0.38 p=0.69	t=2.65 p=0.008
Ailede kanser tanısı alan bireyin yakınlık derecesi	Birinci	2.53±0.99	1.95±1.13	1.95±1.00	2.20±0.72
	İkinci	2.39±0.87	1.73±0.92	2.13±0.89	2.14±0.68
	Üçüncü	2.14±0.96	1.72±0.96	1.80±0.84	1.92±0.61
	Test ve p değeri	KW=3.68 p=0.15	KW=0.81 p=0.66	KW=2.69 p=0.25	KW=2.57 p=0.27
Kansere ilişkin eğitim öğretim programlarına katılma durumu	Evet	2.21±0.78	1.53±0.80	1.91±0.81	1.94±0.56
	Hayır	2.35±0.95	1.87±1.05	2.00±0.95	2.11±0.70
	Test ve p değeri	t=-1.47 p=0.14	t=-3.54 p=0.00	t=-0.97 p=0.33	t=-2.59 p=0.01
Kansere yönelik tarama yapma durumu	Evet	2.40±0.91	1.81±0.99	1.93±0.90	2.09±0.67
	Hayır	2.18±0.87	1.69±0.97	2.02±0.92	2.00±0.64
	Test ve p değeri	t=2.41 p=0.01	t=1.15 p=0.25	t=-1.01 p=0.31	t=1.33 p=0.18
Kendi kendine meme muayenesi yapma durumu	Evet	2.26±0.83	1.63±0.88	1.92±0.87	1.99±0.59
	Hayır	2.40±1.03	2.03±1.14	2.06±0.97	2.20±0.77
	Test ve p değeri	t=-1.32 p=0.18	t=-3.47 p=0.001	t=-1.45 p=0.14	t=-2.65 p=0.009
HPV aşısı ile ilgili bilgi durumu	Var	2.02±0.72	1.50±0.73	1.93±0.71	1.86±0.52
	Yok	2.43±0.95	1.88±1.07	1.98±0.98	2.14±0.70
	Test ve p değeri	t=-4.60 p=0.00	t=-4.07 p=0.00	t=-0.55 p=0.58	t=-4.37 p=0.00

Tablo 4.5. (Devamı)

		İyileşmenin imkânsız olması boyutu	Ayrımcılık boyutu	Kanser tanısını ortaya çıkarma/yayma	Kansere ilişkin Tutumları Ölçme Anketi
		X±S.S	X±S.S	X±S.S	X±S.S
Daha önce HPV aşısı yapıtırma durumu	Evet	2.51±.962	2.18±1.140	1.88±.784	2.22±.752
	Hayır	2.29±.904	1.74±.982	1.97±.917	2.05±.659
	Test ve p değeri	t=2363.000 p=0.36	t=2055.500 p=0.07	t=2652.000 p=0.83	t=2339.000 p=0.33
Mamografi yapıtırma alışkanlığı	Hiç	2.12±.779	1.64±.917	2.01±.890	1.96±.599
	İki yılda bir	2.55±.989	1.87±1.015	1.86±.956	2.15±.690
	Düzensiz aralıklarla	2.43±.981	1.90±1.087	1.99±.909	2.15±.735
	Test ve p değeri	KW=8.770 p=0.000	KW=2.887 p=0.05	KW=.901 p=0.40	KW=3.830 p=0.023
	Fark	2-3>1	-	-	2-3>1
Klinik meme muayenesi yapıtırma alışkanlığı	Hiç	2.18±0.83	1.68±0.94	2.04±0.90	2.01±0.64
	Yılda bir	1.91±0.79	1.41±0.95	1.60±0.78	1.68±0.63
	İki yılda bir	2.55±0.96	1.82±0.99	1.94±0.99	2.16±0.66
	Düzensiz TEST	2.44±0.96 KW=12.371 p=0.006	1.94±1.05 KW=7.892 p=0.04	1.90±0.87 KW=6.513 p=0.08	2.14±0.68 KW=14.101 p=0.003
	Fark	3-4>1-2	4>1-2		1-3-4>2
Pap smear yapıtırma alışkanlığı	Hiç	2.20±0.89	1.61±0.93	2.02±0.94	1.99±0.65
	Yılda bir	2.42±0.62	1.73±0.64	1.95±0.62	2.09±0.41
	İki yılda bir	2.05±0.82	1.47±0.92	1.68±0.70	1.78±0.57
	Üç beş yıl	2.36±0.81	1.82±0.79	2.05±0.61	2.12±0.54
	Beş yıldan	2.44±0.96	1.98±1.11	1.91±0.99	2.15±0.71
	Test ve p değeri	KW=7.28 p=0.12	KW=13.68 p=0.008	KW=4.31 p=0.36	KW=9.14 p=0.05
	Fark	-	5>1-3	-	-
Gaitada gizli kan testi yapıtırma durumu	Hiç	2.21±0.87	1.70±0.97	2.00±0.90	2.01±0.63
	Yaptırdım	2.59±0.94	1.93±1.02	1.88±0.92	2.19±0.72
	Test ve p değeri	t=-3.64 p=0.00	t=-1.96 p=0.05	t=1.08 p=0.28	t=-2.28 p=0.02

Tablo incelendiğinde, ailesinde kanser tanısı almış birey olan kadınların “iyileşmenin imkânsız olması alt boyutu”, “ayrımcılık alt boyutu” ve “KİTÖ toplam” puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür (p<0.05) (Tablo 4.5).

Tablo incelendiğinde, kadınların ailesinde kanser tanısı alan bireyin yakınlık derecesine göre, iyileşmenin imkânsız olması alt boyutu, ayrımcılık alt boyutu, kanser tanısını ortaya çıkarma/yayma alt boyutu ve KİTÖ puanları açısından aralarındaki farklara ait tüm KW değerleri anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.5).

Tablo incelendiğinde, kansere ilişkin eğitim programlarına katılanların “ayrımcılık alt boyutu” ve “KİTÖ toplam” puanlarının daha düşük olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiki olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5).

Tablo incelendiğinde, tarama yaptıranların iyileşmenin imkânsız olması alt boyutu puanlarının yaptırmayanlara kıyasla daha yüksek olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (Tablo 4.5).

Kadınların KKMM yapma durumuna göre, KKMM yapmayanların ayrımcılık alt boyutu ve KİTÖ anketi toplam puanlarının daha yüksek olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu gösterilmiştir (Tablo 4.5).

Tablo incelendiğinde, kadınların HPV aşısı ile ilgili bilgi durumuna göre, “iyileşmenin imkânsız olması alt boyutu”, “ayrımcılık alt boyutu”, “KİTÖ anketi toplam” puanlarının bilgisi olmayanlarda daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.5).

Kadınların daha önce HPV aşısı yaptırma durumuna göre, iyileşmenin imkânsız olması alt boyutu, ayrımcılık alt boyutu, kanser tanısını ortaya çıkarma/yayma alt boyutu ve KİTÖ anketi puanları açısından aralarında fark olmadığını göstermektedir (Tablo 4.5).

MMG yaptırma alışkanlığına bakıldığında, yapılan ileri analiz sonucunda, 2 yılda bir ve düzensiz aralıklarla MMG yaptıran kadınların MMG’yi hiç yaptırmayan kadınlara göre iyileşmenin imkânsız olması alt boyutu ve KİTÖ anketi toplam puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5).

Yapılan ileri analiz sonucunda 5 yıldan fazla aralıkta Pap smear/HPV yaptıran kadınların Pap smear/HPV hiç yaptırmayan ve iki yılda bir yaptıran kadınlara göre Ayrımcılık boyutu puanları daha yüksektir (Tablo 4.5).

Tablo incelendiğinde, GGK testi yaptıranların “iyileşmenin imkânsız olması alt boyutu”, “ayrımcılık alt boyutu”, “KİTÖ anketi toplam” puanlarının daha fazla olduğu bulunmuştur (Tablo 4.5).



5. TARTIŞMA

Kadınların kanser tutumlarının değerlendirilmesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılan bu çalışmanın bulguları literatürle tartışılmıştır.

5.1. KİTÖ'nün Puan Ortalamalarına Ait Bulguların Tartışması

Araştırmada KİTÖ anketinin puan ortalamasının orta düzeyde olduğu bulunmuştur. Yılmaz ve ark.²⁰ yaptığı çalışma bireylerin KİTÖ anketinin puan ortalamasının 2.66 ± 0.56 bulunmuş olup araştırma grubundaki bireylerin kansere ilişkin negatif tutum içinde oldukları tespit edilmiştir. KİTÖ anketi'nin değerlendirilmesinde medyan 2.5 ve üzerinde olan puanlar kansere ilişkin olumsuz negatif tutumların varlığını göstermektedir. Buna göre çalışma kapsamına alınan kadınların KİTÖ anketinin puan aralığının 2.06 ± 0.66 olduğu dikkate alınırsa kadınların kansere ilişkin tutumlarının orta yani ne olumlu ne olumsuz olduğu söylenebilir. Kanser, damgalanmaya neden olan bir hastalıktır. Daha önceki çalışmalarda, halkın hastalık, riskleri ve önlenmesi hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığı için kansere yönelik damgalanmanın meydana geldiği bulunmuştur.^{9, 155} Bazı kişiler kanserli birinin varlığında kendilerini rahatsız hissedebilir ve kanser hastaları bazen aile üyeleri ve arkadaşları tarafından “haksızlığa uğrarlar” veya ‘onlardan uzak durulur’ bu da kanser hastalarının hem aile hem de arkadaşlarıyla arasında gerginliğe neden olmaktadır.⁹ İnsanların mesleki ve sosyal nedenlerden dolayı kanser teşhisini açıklama konusundaki endişeleri hâlâ vardır.²² Cho ve ark.²² çalışmasında araştırmaya katılan katılımcıların çoğunun kansere karşı olumsuz tutuma sahip olduğu, kanserin tedavi edilemez bir hastalık olduğuna inandıklarını ve kanserden kurtulanların fiziksel ve sosyal olarak aktif olamayacak kişiler olarak gördüklerini saptamışlardır. Korkmaz¹⁵⁶ sağlıklı bireylerde yaptığı çalışmada kansere ilişkin genel tutumlar olumsuzlaştıkça, kanserin tedavi edilebilirliğine yönelik tutumların da olumsuz olduğunu belirtmiştir. Bu olumsuz tutumlar kanser hastalarının toplumdan dışlanmasına, sosyal

desteğin azalmasına, emosyonel iyiliğin azalmasına, kanser teşhisinin komşu ve arkadaşlarına açıklamada isteksiz olmalarına, kötü sağlık sonuçlarına ve yaşam sürelerinin kısalmasına neden olmaktadır.²² Örneğin yapılan başka bir çalışmada kanser hastaları sosyal desteklerinin olmadığını, toplumdan dışlandıklarını ve kanser olduklarından dolayı kendilerini yalnız, izole ve kırılğan hissettiklerini bildirmişlerdir.^{157,158} Kadınların kansere yönelik olumsuzya yakın tutumlarından dolayı sağlık profesyonelleri tarafından kansere yönelik eğitim programlarının yapılması ve kanserin tedavi edilebilir bir hastalık olduğuna odaklanılması gerekmektedir.

İyileşmenin imkansız olması alt boyutu puan ortalamasının daha yüksek Ayrımcılık alt boyutu puan ortalamasının daha düşük, kanser tanısını ortaya çıkarma/yayma alt boyutu puan ortalamasının orta olduğu bulunmuştur. Yılmaz ve ark.²⁰ çalışmasında iyileşmenin imkansız olması alt boyutu puan ortalamasının düşük, ayrımcılık alt boyutu puan ortalamasının yüksek ve kanser tanısını ortaya çıkarma puan ortalamasının orta olduğu bulunmuştur.²⁰ Badihian ve ark.¹⁵⁹ çalışmasında katılımcıların yaklaşık % 20'sinin kanserin etkili bir şekilde tedavi etmenin imkansız olduğunu ve katılımcıların üçte birinin ise kanser hastalarının sağlıklarının geri kazanılmasının çok zor olduğuna inandıkları bulunmuştur. Vahabi¹⁶⁰ kadınların meme kanseri hakkındaki inançlarını değerlendirdiği çalışmasında kadınların çoğunun meme kanserinin tedavi edilemez olduğuna inandıklarını bulmuştur. Cho ve ark.¹⁶² çalışmasında katılanların %58.5'inin, gelişmiş tıp bilimlerinden bağımsız olarak kanseri tedavi etmenin imkansız olduğu, %71.8'inin kanser hastalarının topluma katkı sağlayamayacaklarını kabul ettiği belirlenmiştir. Yapılan başka bir çalışma sonuçlarında kadınların hastalıklarında iyileşme olmasına rağmen, hastalığa ilişkin içsel korkunun her zaman olduğu ve insanların onu kontrol etmek için mücadele etmek zorunda kaldığı sonucuna varılmıştır.¹⁶¹ Kim ve

Yi'nin ¹⁶⁵ çalışmasında toplumsal damgalanmanın, kanserden kurtulanlar için ana stres kaynağı oluşturduğu belirtilmektedir.

Kadınların yaş, eğitim durumu, evlilik yılı, eşin yaşı, eşin eğitim durumu, çalışma durumu, eşin çalışma durumu, meslek ve gelir durumu ile KİTÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Edelen ve ark.¹⁶⁶ genel damgalanma çalışmasında geliri düşük olanlarda damgalanma puan ortalamasının daha yüksek olduğunu bulmuştur. Cho ve ark.²² gelir ve eğitim ile kansere yönelik olumsuz tutum arasında bir ilişki olmadığını ancak kırsal bölgede yaşayanların kansere yönelik olumlu tutumlarının olduğunu belirtmişlerdir. Aynı çalışmada kansre yönelik mavi yakalı çalışanların beyaz yakalı çalışanlara göre olumsuz tutumlarının daha yüksek olduğu, ancak istatistiksel olarak önemli olmadığı bulunmuştur. Çalışmada eğitim düzeyi arttıkça kansere yönelik olumsuz tutumların daha az olmasına bağlı olarak, eğitim düzeyindeki artışın kansere karşı olumsuz tutumların azaltılmasında etkili olduğu söylenebilir. Yüksek eğitilmiş kişilerin doğru bilgiyi arama, kanser hastalığının farkında olma veya internet gibi bilgi kaynaklarına erişme olasılıkları muhtemelen daha yüksektir.

Sosyo-demografik özelliklere göre alt boyutların karşılaştırılmasında ileri yaş, eğitim, evlilik yılı, eşin yaşı, eşin eğitim durumu, çalışma durumu, eşin çalışma durumu, meslek, gelir durumu ve aile tipine göre iyileşmenin imkansız olması alt boyutu puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır. Araştırma sonucundan farklı olarak Badihian ve ark.¹⁵⁹ çalışmasında 50 yaş ve üstü kişilerin, iyileşmenin imkânsız olması ilişkin olumsuz tutumlarının 50 yaşından küçüklere göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Çalışmada ileri yaştaki kadınların kansere yönelik olumsuz tutumunun nedeni sağlıkla ilgili konularda sosyal medyayı daha az kullanmaları, kanserle ilgili olumsuz haberlerden daha fazla etkilenmiş olmaları ve kendilerini ölüme daha yakın hissetmeleri olabilir.

Araştırmada ayrımcılık alt boyutu ile yaş eğitim durumu, evlilik yılı, çalışma durumu, meslek, gelir durumu, eşin yaşı, eşin eğitim durumu, eşin çalışma durumuna arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır. Badihian ve ark.¹⁵⁹ çalışmasında işsiz katılımcıların, çalışanlara kıyasla ayrımcılık alt boyutu puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan başka bir araştırmada düşük eğitim, düşük sosyo-ekonomik durum, aylık gelir ve yaşam alanının kansere yönelik olumsuz tutumlarla veya ayrımcılık deneyimi ile ilişkili olduğu belirlenmiştir.²² Araştırma sonuçlarımız yapılan çalışmalarla paralellik göstermektedir.

Çalışma sonucunda kadınların kanser tanısını ortaya çıkarma/yayma alt boyut puan ortalaması ile sosyo-demografik özellikler arasında anlamlı fark olmadığı bulunmuştur. Cho ve ark.²² çalışmasında da sadece yaşın, kansere karşı halkın tutumu ile ilişkili tek güçlü bir faktör olduğu belirlenmiştir. Kanser tanısını ortaya çıkarma/yayma alt boyutunu hiçbir değişkenin etkilememesinin nedeni sosyo-demografik nedenlerden ziyade dini inanışlardan etkilenmesi olabilir.

Kadınların ailesinde kanser tanısı almış birey olma durumuna göre, iyileşmenin imkânsız olması alt boyutu, ayrımcılık alt boyutu ve KİTÖ anketi toplam puanları açısından ailesinde kanser tanısı almış birey olanların lehine fark olduğu bulunmuştur. Cho ve ark.²² çalışmasında ailesinde kanser öyküsü olma ile KİTÖ anketi alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken Badihian ve ark.¹⁵⁹ çalışmasında ailesinde kanser öyküsü olan katılımcıların olmayanlara göre kansere yönelik ayrımcılık ile ilgili olumsuz tutum olma ihtimalinin daha düşük olduğu belirlenmiştir.^{22, 159} Çalışmada ailesinde kanser tanısı almış olan bireylerin kansere yönelik olumsuz tutumları, kanser hastalığına yakalanma korkusu nedeniyle olabilir.

Kadınların kansere ilişkin eğitim programlarına katılma durumuna göre, ayrımcılık alt boyutu ve KİTÖ anketi toplam puanları açısından kansere ilişkin eğitim

öğretim programlarına katılmayanların lehine fark olduğu belirlenmiştir. Kansere teşhisinin etrafını saran damgalama ve belirsizliklerin, başlangıçta yardım arayan hastaların bu davranışlarını ertelemelerine ve sonra toplum içindeki destekleyici bakıma erişimin kısıtlanmasına neden olduğu bildirilmektedir.¹⁹ Yapılan bir çalışmada CYBH ile ilişkili bir damgalamanın, CYBH ile ilgili bilgi arama, tarama ve tedavi davranışlarına karşı güçlü bir engel olabildiği belirlenmiştir.¹⁴⁷ Örneğin, yapılan başka bir çalışmada çoğu evli ya da eşiyle birlikte yaşayan kadınların, servikal kanser-CYBH, HPV bağlantısı ile ilgili bilgi edinmesini, servikal kanser taramasının bir parçası olarak HPV testini yaptırmasının sadece potansiyel olarak kişinin ailesine ve topluma ihanetin ya da gelişigüzel birliktelikler anlamına geldiğini düşündükleri bulunmuştur.¹⁷ Literatürde de belirtildiği gibi kanser, CYBH, HPV, servikal kanser, tarama yöntemlerine ilişkin damgalama, kansere yönelik eğitim programlarına katılmayan kadınların kansere ilişkin olumsuz tutumlarının nedeni olabilir.

Kadınların kansere yönelik tarama yaptırma durumuna göre, iyileşmenin imkânsız olması alt boyutu puanları açısından kansere yönelik tarama yaptıranların lehine fark olduğu belirlenmiştir. Çeşitli çalışmalarda kansere yönelik negatif tutumların tarama yaptırma oranını düşürdüğü^{162, 163} ve hastalığa yakalanma korkusu nedeniyle sağlık hizmetlerinden kaçınıldığı belirlenmiştir.¹⁶⁴ Yapılan bir çalışmada araştırmacılar, göçmen ve azınlıktaki kadınlarda kansere yönelik damgalanması distrese yol açarak kanser tarama davranışlarını etkilediğini ve sıklıkla kanserin ölüm gibi kötü sonuçlara yol açtığını bulmuşlardır.¹⁵⁷ Gany ve ark.¹⁶⁵ çalışmasında katılımcıların büyük bir çoğunluğunun kanser hastalığını ölüm ve korkuyla eşit tuttuklarını ve tarama programlarına katılmama nedenlerinin kanser olabileceklerini öğrenmekten korkmaları olarak ifade etmişlerdir.¹⁶⁵ Yapılan iki nitel çalışmada kadınların kanserin tedavi edilemez olduğunu düşündükleri için servikal kanser taraması yaptırmadıklarını¹⁶⁶ ve

meme kanseri tanılı hastaların tedavi almayı geciktirdikleri ¹⁶⁷ belirlenmiştir. Written ve ark.¹⁸ çalışmasında kadınların damgalanma puanlarının yüksek olmasını her üç kanser taraması türü için (servikal, meme, kolorektal kanser) önerildiği gibi tarama yapılmamasıyla ilişkili olduğunu bulmuştur. ¹⁸ Yapılan iki çalışmada, kansere yönelik damgalanmanın akciğer kanseri taraması için bir engel oluşturduğu ve olası akciğer kanseri belirtilerinde yardım almayı engellediği belirlenmiştir. ^{168 169} Literatürden farklı olarak araştırmada tarama testi yaptıranlarda iyileşmenin imkansız olması alt boyutunun etkili olması kadınların kansere yakalanma korkusu yaşamaları olabilir. Ayrıca çalışma bulgularını kanser erken teşhis tarama ve eğitim merkezinin (KETEM) kanser taramalarına yönelik yürüttüğü çalışmalar etkilemiş olabilir.

Kadınların kendi kendine meme muayenesi yapma (KKMM) durumuna göre, ayrımcılık alt boyutu ve KİTÖ anketi toplam puanları açısından aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Kagawa ve Singer¹⁷⁰ çalışmalarında kansere yönelik damgalanmanın kanser erken teşhis ve taramalarına engel oluşturduğu belirlenmiştir. Çelik ve ark.¹⁷¹ çalışmasında kadınların %44.4'nün meme kanserinin kendilerinde olmayacağını düşündüğü için KKMM'ni yapmadıkları belirlenmiştir. Dündar ve ark.¹⁷² çalışmasında KKMM uygulama oranının düşük olmasının kadınların meme kanserine yatkın olduklarına inanmadıkları ve meme kanseri ile ilgili bilgi eksikliğinin etkisi olduğu belirlenmiştir. ¹⁷² Sonuç olarak araştırmada KKMM yapmayanlarda kansere yönelik olumsuz yakın tutumları olduğu belirlenmiştir.

Kadınların HPV aşısı ile ilgili bilgi durumuna göre, iyileşmenin imkânsız olması alt boyutu, ayrımcılık alt boyutu ve KİTÖ anketi toplam puanları açısından HPV aşısı ile ilgili bilgisi olmayanların lehine fark olduğu belirlenmiştir. Bazı toplumlarda üreme sağlığı sorunlarını tartışmayla ilgili damgalama vardır ve bu durumun genç kadınların servikal kanser ve önlemesi konusunda çok az bilgiye sahip olmalarına katkıda

bulunduğu belirtilmektedir. ¹⁷³ Yapılan bir çalışmada, HPV-CYBH-servikal kanser bağlantısı konusundaki farkındalığın artmasının, HPV'nin, serviks kanseri, serviks kanseri taraması ve HPV aşısına yönelik damgalanmaya neden olabileceğini göstermektedir. ¹⁶ Mevcut bulgular, CYBH ile ilişkili damgalanmanın HPV aşısının kabul edilebilirliğine engel teşkil ettiğini ortaya koymaktadır. Katılımcılar eğer aşı yaptıırırlarsa herkesle birlikte olmuş gibi görünmelerinden endişe ettiklerini belirtmişlerdir.¹⁶ Damgalanma korkusunun, tarama yaptırmaya engel olduğu ve kanser belirtilerinin gecikmeli gösterilmesine neden olduğu belirtilmektedir. ¹⁷⁴ Literatürde belirtildiği gibi CYBH, HPV aşısı ve serviks kanserine yönelik damgalanma ve bilgi eksikliği çalışmada HPV aşısı ile ilgili bilgisi olmayanların kansere yönelik olumsuz tutumunun nedeni olabilir.

Kadınların mamografi yaptıırma alışkanlığına göre, iyileşmenin imkânsız olması alt boyutu, ayrımcılık alt boyutu ve KİTÖ anketi toplam puanları açısından aralarında fark olduğu belirlenmiştir. Yapılan ileri analiz sonucunda 2 yılda bir ve düzensiz aralıklarla Mamografi yaptııran kadınların Mamografi hiç yaptıırmayan kadınlara göre iyileşmenin imkânsız olması alt boyutu ve KİTÖ toplam puanları daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bazı kültürlerde meme ve meme muayenelerinin tartışılması tabu olarak kabul edilir, çünkü cinsellik ile ilişkilendirilir ve meme kanserinin kendisi kadınlar için sosyal bir damga yaratır. ^{175, 176} Tarama yaptıırmanın önündeki engeller sosyokültürel inançlardır ki cinsel organın bir kısmını alenen tartışmak damgalanmayı beraberinde getirmektedir. ¹⁷⁷ Enjazab¹⁷⁷ yaptıığı çalışmada birçok yüksek riskli kadının, yetersiz bilgi, yetersiz sağlık bakımı alma, damgalanma ve eş ihmali nedeniyle erken tanı ve tedavi fırsatını kaçırdığı bulunmuştur. Kadınların kültürel inançlarının ve kansere yönelik sosyal damgalanmanın kadınların meme kanseri taramalarına yönelik katılımlarını etkilediği bildirilmektedir. ¹⁷⁸ Kansere yönelik sosyal damgalanma, kanserin yanlış anlaşılması,

tarama programlarına katılmanın hastalığa neden olacağı ve aileye utanç getireceği korkusundan oluşmaktadır.¹⁷⁸ Kansere yönelik damgalanmanın temel sebebinin ölüm korkusu olduğu belirtilmektedir. Korku ve damgalanmanın birçok kişinin hastalığın algılanan şiddeti, şiddetli ıstırap ve fiziksel sınırlamalar ile ilişkisi ve kanserin ölüm cezası olduğuna inanması nedeniyle ortaya çıktığına inanılmaktadır.¹⁷⁹ Çalışmada 2 yılda bir ve düzensiz aralıklarla mamografi yaptıran kadınların Mamografi hiç yaptırmayan kadınlara göre kansere yönelik olumsuz tutumunu ölüm korkusu, kültürel inançlar, yetersiz bilgi etkilemiş olabilir.

Kadınların Pap smear yaptırma alışkanlığına göre, ayrımcılık alt boyutu puanları açısından aralarında fark olduğu saptanmıştır. Yapılan ileri analiz sonucunda farkın 5 yıldan fazla aralıkta pap smear yaptıran kadınların pap smear hiç yaptırmayan ve iki yılda bir yaptıran kadınlara göre ayrımcılık alt boyutu puanları daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Sosyal damgalama, tarama yaptırmada bir engel olarak ortaya çıkmaktadır. Özellikle servikal kanserin gelişigüzel birliktelikler ile ilişki olduğunun algılanması pap smear yaptırmada en önemli engeldir.¹⁸⁰ Yapılan bir çalışmada kadınlarda pap smear testinin pozitif çıkmasının servikal kanser ile gelişigüzel birliktelikler arasındaki ilişkiye bağlı utanç duygusu gibi negatif duyguların yaşanmasına yol açtığı belirlenmiştir.¹⁸⁰ Aynı çalışmada servikal kanser ile herkesle birlikte olma arasındaki ilişkinin kadınların anormal test sonuçlarını aile ve arkadaşlarından saklamasına yol açtığı belirtilmektedir.¹⁸⁰ Bu durumun servikal taramaya en çok ihtiyacı olan yaşlı, evli ve kültürel açıdan farklı kadınların algılanan damgalanma nedeniyle tarama yaptırmaktan vazgeçebileceğini göstermektedir.¹⁶ Perrin ve ark.¹⁸¹ çalışmasında anormal pap smear sonucu alan kadınların korku, damgalanma, kendini suçlama ve güçsüzlük gibi duyguları yaşadıklarını bildirmiştir. Serviks kanseri tanısı alan kadınların kansere yönelik bilgi ve inançlarının incelendiği çalışmada herhangi bir belirti olmaksızın pap smear testi

yaptırmanın gereksiz olduğu, servikal kanserin gelişigüzel birliktelikler yaşama sonucunda geliştiği inancının yaygın olduğu belirlenmiştir.¹⁸² Çalışmada 5 yıldan fazla aralıklarda pap smear/hpv testi yaptıran kadınların kansere yönelik negatif tutumlarını servikal kanserin herkesle birlikte olma anlamına gelmesi, pap smear testinin gereksiz görülmesi, bilgi eksikliği gibi faktörler etkilemiş olabilir.

Kadınların Gaitada gizli kan testi yaptırma durumuna göre, iyileşmenin imkânsız olması alt boyutu, ayrımcılık alt boyutu ve KİTÖ anketi toplam puanları açısından gaitada gizli kan testi yaptırmayanların lehine fark olduğu bulunmuştur. Kolorektal kanserde damgalanmaya kanserin etiyojisi hakkında bilgi eksikliğinden kaynaklandığı belirtilmektedir. Anal seksin kolorektal kansere neden olduğu belirtilmektedir. Bu durumda kolorektal kansere yönelik damgalanmayı daha da arttığı belirtilmektedir.¹⁷⁹ Goldman Diaz ve Kim'in¹⁸³ çalışmasında Kolorektal kanserin en sık bahsedilen nedeni anal seks olduğu ve tarama yaptırmadaki engellerin damgalanma, yanlış inançlar, utanma olduğu belirlenmiştir.¹⁸³ Araştırmada kolorektal kansere yönelik tarama yaptıranların kansere yönelik olumsuz tutumu kolorektal kanserin nedenleri ile ilgili bilgi eksikliği olabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kadınların kanser tutumlarının değerlendirilmesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılan bu çalışmadan şu sonuçlar elde edilmiştir;

- Araştırmada KİTÖ anketinin toplam puan ortalamasının orta ne olumlu ne de olumsuz olduğu bulunmuştur.
- İyileşmenin imkânsız olması alt boyutu puan ortalamasının yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Kadınların yaş, eğitim durumu, evlilik yılı, çalışma durumu, meslek ve gelir durumu, eşin yaşı, eşin eğitim durumu, eşin çalışma durumu ile KİTÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur.
- Sosyo-demografik özelliklere göre alt boyutların karşılaştırılmasında ileri yaş, eğitim, evlilik yılı, çalışma durumu, meslek, gelir durumu, aile tipine, eşin yaşı, eşin eğitim durumu, eşin çalışma durumuna göre iyileşmenin imkansız olması alt boyutu puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır.
- Araştırmada ayrımcılık alt boyutu ile yaş eğitim durumu, evlilik yılı, çalışma durumu, meslek, gelir durumu, eşin yaşı, eşin eğitim durumu, eşin çalışma durumuna arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır
- Kadınların kanser tanısını ortaya çıkarma/yayma alt boyut puan ortalaması ile sosyo-demografik özellikler arasında anlamlı fark olmadığı bulunmuştur.
- Kadınların ailesinde kanser tanısı almış birey olma durumuna göre, iyileşmenin imkânsız olması alt boyutu, ayrımcılık alt boyutu ve KİTÖ anketi toplam puanları açısından ailesinde kanser tanısı almış birey olanların lehine fark olduğu bulunmuştur

- Kadınların kansere ilişkin eğitim programlarına katılma durumuna göre, ayrımcılık alt boyutu ve KİTÖ anketi toplam puanları açısından kansere ilişkin eğitim öğretim programlarına katılmayanların lehine fark olduğu belirlenmiştir.
- Kadınların kansere yönelik tarama yaptırma durumuna göre, iyileşmenin imkânsız olması alt boyutu puanları açısından kansere yönelik tarama yaptıranların lehine fark olduğu belirlenmiştir
- Kadınların kendi kendine meme muayenesi yapma (KKMM) durumuna göre, ayrımcılık alt boyutu ve KİTÖ anketi toplam puanları açısından aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur.
- Kadınların HPV aşısı ile ilgili bilgi durumuna göre, iyileşmenin imkânsız olması alt boyutu, ayrımcılık alt boyutu ve KİTÖ anketi toplam puanları açısından HPV aşısı ile ilgili bilgisi olmayanların lehine fark olduğu belirlenmiştir.
- Kadınların mamografi yaptırma alışkanlığına göre, iyileşmenin imkânsız olması alt boyutu, ayrımcılık alt boyutu ve KİTÖ anketi toplam puanları açısından aralarında fark olduğu belirlenmiştir.
- Kadınların Pap smear yaptırma alışkanlığına göre, ayrımcılık alt boyutu puanları açısından aralarında fark olduğu saptanmıştır
- Kadınların Gaitada gizli kan testi yaptırma durumuna göre, iyileşmenin imkânsız olması alt boyutu, ayrımcılık alt boyutu ve KİTÖ anketi toplam puanları açısından gaitada gizli kan testi yaptırmayanların lehine fark olduğu bulunmuştur

Öneriler

Araştırma sonuçları doğrultusunda şu önerilerde bulunulabilir;

Kadınların kansere karşı olumsuz yakın tutuma sahip olduğu belirlendi. Bu nedenle toplumun kansere yönelik olumsuz tutumunu azaltmak için halkın eğitilmesi gerekmektedir. Halkın eğitiminde iyileşmenin imkansız olması, hastalık korkusu gibi kanser ile ilgili yanlış inanışlar üzerine odaklanılmalıdır. Ayrıca, kanserle yaşayan insanların deneyimlerini toplumdaki diğer insanlarla paylaşmaları teşvik edilmelidir.

Kansere yönelik tarama yaptıranlarda, HPV aşısı ile ilgili bilgisi olmayanlarda, iki yılda bir mamografi yaptıranlara ve 5 yıldan fazla aralıklarda pap smear yaptıran kadınlara kansere yönelik olumsuz tutumları nedeniyle meme kanseri, servikal kanserin nedenleri, HPV aşısı ile ilgili bilgi verilmeli ve tarama testlerinin kanser tanı ve tedavisindeki önemi anlatılmalıdır.

Araştırmada KKMM yapmayanlarda kansere yönelik olumsuz yakın tutumları nedeniyle ebeler tarafından KKMM hakkında bilgi verilmeli ve meme kanseri inançları ve davranışları konusundaki farkındalıklarını artırabilecek müdahaleler planlanmalıdır. Ayrıca KKMM uygulamasına yönelik sürekli eğitim programları düzenlenmeli ve meme kanserinin erken tanı ve tedavisinde KKMM'nin önemi anlatılmalıdır.

Gaitada giz kan testi yaptıranlarda kansere yönelik olumsuz tutumları nedeniyle ebelerin kolorektal kanser hastalığını yok etme ve tarama oranlarını arttırmadaki çabalarının, kolorektal kanserin nedenlerini belirten eğitim ile birleştirilmesi daha etkili olabilir.

Araştırmacılar kadınların kanser tutumları ile tarama yöntemlerini düzenli yaptırma durumları arasındaki ilişkiyi inceleyerek bu taramaların kadınların hayatları boyunca düzenli bir şekilde yapılması noktasında fayda sağlayabilir.

KAYNAKLAR

1. Lebel S, Devins GM. Stigma in cancer patients whose behavior may have contributed to their disease. 2008.
2. Arslan H, Konuk Şener D. Stigma, spiritüalite ve konfor kavramlarının Meleis' in kavram geliştirme sürecine göre irdelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2009, 2: 51-58.
3. Major B, O'brien LT. The social psychology of stigma. *Annu. Rev. Psychol.*, 2005, 56: 393-421.
4. Aydın A. Sınıf yönetimi. *Pegem Atıf İndeksi*, 2017: 1-248.
5. Dovidio JF, Major B, Crocker J. Stigma: Introduction and overview. 2000.
6. Mosher CE, Danoff-Burg S. Death anxiety and cancer-related stigma: a terror management analysis. *Death Studies*, 2007, 31: 885-907.
7. Cho J, Smith K, Choi EK, Kim IR, Chang YJ, Park HY, Guallar E, Shim YM. Public attitudes toward cancer and cancer patients: a national survey in Korea. *Psycho-Oncology*, 2013, 22: 605-613.
8. Miyata H, Tachimori H, Takahashi M, Saito T, Kai I. Disclosure of cancer diagnosis and prognosis: a survey of the general public's attitudes toward doctors and family holding discretionary powers. *BMC medical ethics*, 2004, 5: 7.
9. Greene K, Banerjee SC. Disease-related stigma: Comparing predictors of AIDS and cancer stigma. *Journal of homosexuality*, 2006, 50: 185-209.
10. Park J-H, Park E-C, Park J-H, Kim S-G, Lee S-Y. Job loss and re-employment of cancer patients in Korean employees: a nationwide retrospective cohort study. *Journal of Clinical Oncology*, 2008, 26: 1302-1309.
11. Gary FA. Stigma: Barrier to mental health care among ethnic minorities. *Issues in mental health nursing*, 2005, 26: 979-999.

12. Marcell AV, Morgan AR, Sanders R, Lunardi N, Pilgrim NA, Jennings JM, Page KR, Loosier PS, Dittus PJ. The socioecology of sexual and reproductive health care use among young urban minority males. *Journal of Adolescent Health*, 2017, 60: 402-410.
13. Rade D, Crawford G, Lobo R, Gray C, Brown G. Sexual health help-seeking behavior among migrants from sub-Saharan Africa and South East Asia living in high income countries: a systematic review. *International journal of environmental research and public health*, 2018, 15: 1311.
14. Vaughn-Sandler V, Sherman C, Aronsohn A, Volk ML. Consequences of perceived stigma among patients with cirrhosis. *Digestive diseases and sciences*, 2014, 59: 681-686.
15. Herrmann LK, Welter E, Leverenz J, Lerner AJ, Udelson N, Kanetsky C, Sajatovic M. A systematic review of dementia-related stigma research: can we move the stigma dial? *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 2018, 26: 316-331.
16. Friedman AL, Sheppard H. Exploring the knowledge, attitudes, beliefs, and communication preferences of the general public regarding HPV: findings from CDC focus group research and implications for practice. *Health Education & Behavior*, 2007, 34: 471-485.
17. McCaffery K, Forrest S, Waller J, Desai M, Szarewski A, Wardle J. Attitudes towards HPV testing: a qualitative study of beliefs among Indian, Pakistani, African-Caribbean and white British women in the UK. *British journal of cancer*, 2003, 88: 42.
18. Vrinten C, Gallagher A, Waller J, Marlow LA. Cancer stigma and cancer screening attendance: a population based survey in England. *BMC cancer*, 2019, 19: 566.

19. Broom A, Doron A. The rise of cancer in urban India: Cultural understandings, structural inequalities and the emergence of the clinic. *Health*, 2012, 16: 250-266.
20. Yılmaz M, Dişsiz G, Göçmen F, Usluoğlu AK, Alacacıoğlu A. Kansere ilişkin tutumları (kansere damgası) ölçme anketi-toplum versiyonu'nun türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2017.
21. Gonzalez BD, Jacobsen PB. Depression in lung cancer patients: the role of perceived stigma. *Psycho-Oncology*, 2012, 21: 239-246.
22. Cho J, Choi Ek, Kim SY, Shin DW, Cho BL, Kim Ch, Koh DH, Guallar E, Bardwell WA, Park JH. Association between cancer stigma and depression among cancer survivors: a nationwide survey in Korea. *Psycho-Oncology*, 2013, 22: 2372-2378.
23. Lawrence JW, Fauerbach JA, Heinberg LJ, Doctor M, Thombs BD. The reliability and validity of the Perceived Stigmatization Questionnaire (PSQ) and the Social Comfort Questionnaire (SCQ) among an adult burn survivor sample. *Psychological Assessment*, 2006, 18: 106.
24. Link BG, Yang LH, Phelan JC, Collins PY. Measuring mental illness stigma. *Schizophrenia bulletin*, 2004, 30: 511-541.
25. Organization WH. WHO handbook for reporting results of cancer treatment. 1979.
26. Gürsu RU, Kesmezacar Ö, Karaçetin D, Mermut Ö, Ökten B, Güner Şİ. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Onkoloji Birimi: yeni kurulan bir ünitenin 18 aylık sonuçları. *İstanbul Tıp Dergisi*, 2012, 13: 13-18.
27. Bekar M. Kadın genital sisteminin iyi ve kötü huylu tümörleri. *Şirin A, Kavlak O, editör. Kadın sağlığı*, 2008, 1: 409-438.
28. https://hsgm.saglik.gov.tr/.../Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2015. 10 Nisan 2019
29. Blackadar CB. Historical review of the causes of cancer. *World journal of clinical oncology*, 2016, 7: 54.

30. Programı TMUK. Programı 2009-2015. *TC Sağlık Bakanlığı Kansere Savaş Dairesi Başkanlığı, Bakanlık Yayın, 2009.*
31. Noda M. International Agency for Research on Cancer (<http://www.iarc.fr/>). *Japanese journal of clinical oncology*, 1999, 29: 592.
32. Gagnon P, Massie M, Holland J. The woman with breast cancer: Psychosocial considerations. *Cancer Bulletin-Houston-*, 1993, 45: 538-538.
33. Baider L, Andritsch E, Uziely B, Ever-Hadani P, Goldzweig G, Hofmann G, Samonigg H. Do different cultural settings affect the psychological distress of women with breast cancer? A randomized study. *European Journal of Cancer Care*, 2003, 12: 263-273.
34. Güler Ç AL. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. *I. Baskı, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, 2006.*
35. *Kanser Savaş Dairesi Başkanlığı, Erişim Tarihi:13.03.2019.*
36. Özmen V, Fidaner C, Aksaz E, Bayol Ü, Dede İGE, Güllüoğlu B, Işıkdogan A, Topal U, Uhri M, Utkan Z. Türkiye’de meme kanseri erken tanı ve tarama programlarının hazırlanması “Sağlık Bakanlığı meme kanseri erken tanı ve tarama alt kurulu raporu”. *J Breast Health*, 2009, 5: 125-134.
37. Ozmen V, Fidaner C, Aksaz E. Meme Sağlığı Dergisi. 2009.
38. Harirchi I, Karbakhsh M, Kashefi A, Momtahn AJ. Breast cancer in Iran: results of a multi-center study. *Asian pacific journal of cancer prevention*, 2004, 5: 24-27.
39. Gençalp NS. Meme Hastalıkları. *Şirin A, Kavlak O, editör. Kadın sağlığı*, 2008, 1: 174-196.
40. Ed: Boyle P LB. World Cancer Report 2008 World Health organization/ International Agency for Research on Cancer.

41. Gursoy AA, Hindistan S, Nural N, Kahriman I, Yilmaz F, Yigitbas Ç, Erdol H, Bulut HK, Çalik KY, Mumcu HK. Comparison of three educational interventions on breast self-examination knowledge and health beliefs. *Asian Pac J Cancer Prev*, 2009, 10: 765-772.
42. Al-Naggar RA, Al-Naggar DH, Bobryshev YV, Chen R, Assabri A. Practice and barriers toward breast self-examination among young Malaysian women. *Asian Pac J Cancer Prev*, 2011, 12: 1173-1178.
43. Taha H, Halabi Y, Berggren V, Jaouni S, Nyström L, Al-Qutob R, Wahlström R. Educational intervention to improve breast health knowledge among women in Jordan. *Asian Pac J Cancer Prev*, 2010, 11: 1167-1173.
44. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 2009: 585-692.
45. Özkan S KB, Gültekin M, Karaca AS, Öztürk C, Boztaş G Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Meme Kanseri Taramaları. Ulusal Kanser Kontrol Planı 2013-2018. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Kanseri Savaş Dairesi Başkanlığı; . 2013-2018: 46-47.
46. Smith RA SD, Sawyer KA, et al. American Cancer Society guidelines for breast cancer screening: update CA Cancer J Clin. 2003: 53:141–169.
47. Taşkın F. Dijital Meme Tomosentezi ve Kontrastlı Mamografi. 2014.
48. Bereket M. Bağkent Üniversitesi Ankara Hastanesi'nde çalışan kadın sağlık personelinin Human Papilloma Virüsü ve serviks kanserine ilişkin bilgi düzeyinin ve farkındalığının araştırılması (Tıpta Uzmanlık Tezi). *Ankara: TC Bağkent Üniversitesi Tıp Fakültesi*, 2011.
49. 2008. G. International Agency for Research on Cancer. <http://globocan.iarc.fr/> 13 Mart 2019.

50. Salud OMD. Control integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales. 2014.
51. Wright TC Jr CJ, Masad LS, Twiggs LB, Wilkinson EJ. ASCCP-Sponsored Consensus Conference. 2001 Consensus Guidelines for the management of women with cervical cytological abnormalities. . *JAMA* 2002 287(216): 2120-2129.
52. Statistics N. Cancer Registrations in England 2000.
53. Howlader N, Noone A, Krapcho M, Miller D, Bishop K, Altekruse S, Kosary C, Yu M, Ruhl J, Tatalovich Z. SEER cancer statistics review, 1975–2013. *Bethesda, MD: National Cancer Institute*, 2016, 19.
54. Lopez MS, Baker ES, Maza M, Fontes-Cintra G, Lopez A, Carvajal JM, Nozar F, Fiol V, Schmeler KM. Cervical cancer prevention and treatment in Latin America. *Journal of surgical oncology*, 2017, 115: 615-618.
55. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Ulusal Kanser Tarama Programı. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari>. 2 Haziran 2019.
56. Ceyhan M. Human Papillomavirus (HPV) Aşıları. *Klinik Gelişim Dergisi*, , 2012
57. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*, 2018, 68: 394-424.
58. Torre LA, Bray F, Siegel RL, Ferlay J, Lortet-Tieulent J, Jemal A. Global cancer statistics, 2012. *CA: a cancer journal for clinicians*, 2015, 65: 87-108.
59. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray F. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *International journal of cancer*, 2015, 136: E359-E386.

60. Jasperson KW, Tuohy TM, Neklason DW, Burt RW. Hereditary and familial colon cancer. *Gastroenterology*, 2010, 138: 2044-2058.
61. Rabeneck L, Rumble RB, Thompson F, Mills M, Oleschuk C, Whibley A, Messersmith H, Lewis N. Fecal immunochemical tests compared with guaiac fecal occult blood tests for population-based colorectal cancer screening. *Canadian Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 2012, 26: 131-147.
62. Van Rossum LG, van Rijn AF, van Oijen MG, Fockens P, Laheij RJ, Verbeek AL, Jansen JB, Dekker E. False negative fecal occult blood tests due to delayed sample return in colorectal cancer screening. *International journal of cancer*, 2009, 125: 746-750.
63. Doubeni C. Tests for screening for colorectal cancer: Stool tests, radiologic imaging and endoscopy. *Uptodate. com [Internet]. [ažurirano 5. lipnja 2017, 2016.*
64. Mandel JS, Bond JH, Church TR, Snover DC, Bradley GM, Schuman LM, Ederer F. Reducing mortality from colorectal cancer by screening for fecal occult blood. *New England Journal of Medicine*, 1993, 328: 1365-1371.
65. Shaukat A, Mongin SJ, Geisser MS, Lederle FA, Bond JH, Mandel JS, Church TR. Long-term mortality after screening for colorectal cancer. *New England Journal of Medicine*, 2013, 369: 1106-1114.
66. Tarakji M, Al-Raishouni M, Alame A, Berri RN. Patients' Recollection of Colonoscopy Results: Are They Reliable? *Journal of the American College of Surgeons*, 2015, 221: S34.
67. Rex DK, Johnson DA, Anderson JC, Schoenfeld PS, Burke CA, Inadomi JM. American College of Gastroenterology guidelines for colorectal cancer screening 2008. *The American journal of gastroenterology*, 2009, 104: 739.

68. Basch CH, Hillyer GC, Basch CE, Lebowitz B, Neugut AI. Characteristics associated with suboptimal bowel preparation prior to colonoscopy: results of a national survey. *International journal of preventive medicine*, 2014, 5: 233.
69. *Türk Dil Kurumu*. Güncel türkçe sözlük 2017. 03 Nisan 2019
70. Anderson L. Attitudes and their measurement: Methodology and measurement. *New York*, 1988.
71. Robbins S. Örgütsel Davranışın Temelleri (Çev: Sevgi Ayşe Öztürk) Eskişehir ETAM Basım Yayın. 1994.
72. Tezbaşaran A. Ölçek Geliştirme Kılavuzu, Ankara Türk Psikologlar Derneği Yayınları. 1997.
73. Fischbein M, Ajzen I. *Belief, attitude, intention and behavior*. Baskı. Addison-Wesley, 1975.
74. Ajzen I. Attitudes, personality, and behavior. 1988. *Milton Keynes: Open University Press Google Scholar*, 1970.
75. Allport GW. Attitudes, readings in attitude theory and measurement. *New York: John Willey & Sons*, 1967.
76. Deryakulu D. *Bilişim teknolojileri öğretiminde sosyo-psikolojik değişkenler*. Baskı. Maya, 2008.
77. Erkuş A. Psikometri üzerine yazılar: Ölçme ve psikometrinin tarihsel kökenleri, güvenilirlik, geçerlik, madde analizi, tutumlar; bileşenleri ve ölçülmesi. *Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları*, 2003: 87.
78. Cüceloğlu D. *İnsan ve Davranışı*, 28. Baskı. Ankara, Remzi Yayınları, 2004.
79. Kağıtçıbaşı Ç, Üskül A. *Yeni insan ve insanlar: Sosyal psikolojiye giriş*. Baskı. Evrim Yayınevi, 2006.

80. Greenwald AG, Banaji MR. Implicit social cognition: attitudes, self-esteem, and stereotypes. *Psychological review*, 1995, 102: 4.
81. Petty RE, Brinol P. Attitude change. *Advanced social psychology: The state of the science*, 2010: 217-259.
82. Brislin RW, Olmstead KH In *An examination of two models designed to predict behavior from attitude and other verbal measures*, Proceedings of the Annual Convention of the American Psychological Association, (editör).^(editörler). American Psychological Association: 1973.
83. Fishbein M, Coombs FS. Basis for Decision: An Attitudinal Analysis of Voting Behavior 1. *Journal of Applied Social Psychology*, 1974, 4: 95-124.
84. Ajzen I, Fishbein M. Attitude-behavior relations: A theoretical analysis and review of empirical research. *Psychological bulletin*, 1977, 84: 888.
85. Licqurish S, Phillipson L, Chiang P, Walker J, Walter F, Emery J. Cancer beliefs in ethnic minority populations: a review and meta-synthesis of qualitative studies. *European Journal of Cancer Care*, 2017, 26: e12556.
86. World Health Organization. Cancer Fact Sheet. 2013.
87. Provost EM. Cervical cancer screening on the Yukon-Kuskokwim delta, southwest Alaska: A population-based study. *Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society*, 1996, 78: 1598-1602.
88. Paskett ED, Tatum C, Rushing J, Michielutte R, Bell R, Foley KL, Bittoni M, Dickinson S. Racial differences in knowledge, attitudes, and cancer screening practices among a triracial rural population. *Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society*, 2004, 101: 2650-2659.

89. Aitaoto N, Tsark JU, Wong DT, Yamashita BA, Braun KL. Strategies to increase breast and cervical cancer screening among Hawaiian, Pacific Islander, and Filipina women in Hawai'i. *Hawaii medical journal*, 2009, 68: 215.
90. McDonald JT, Trenholm R. Cancer-related health behaviours and health service use among Inuit and other residents of Canada's north. *Social science & medicine*, 2010, 70: 1396-1403.
91. Tanjasiri SP, Sablan-Santos L. Breast cancer screening among Chamorro women in southern California. *Journal of women's health & gender-based medicine*, 2001, 10: 479-485.
92. Javanparast S, Ward PR, Carter SM, Wilson CJ. Barriers to and facilitators of colorectal cancer screening in different population subgroups in Adelaide, South Australia. *Medical Journal of Australia*, 2012, 196: 521-523.
93. McCaffery K, Wardle J, Nadel M, Atkin W. Socioeconomic variation in participation in colorectal cancer screening. *Journal of Medical Screening*, 2002, 9: 104-108.
94. Penney C, O'Sullivan E, Senécal S. *The Community Well-Being Index (CWB): Examining Well-Being in Inuit Communities, 1981-2006*. Baski. Strategic Research Directorate, Aboriginal Affairs and Northern Development ..., 2012.
95. Simon CE. Breast cancer screening: cultural beliefs and diverse populations. *Health & Social Work*, 2006, 31: 36-43.
96. Holden DJ, Jonas DE, Porterfield DS, Reuland D, Harris R. Systematic review: enhancing the use and quality of colorectal cancer screening. *Annals of internal medicine*, 2010, 152: 668-676.
97. Walsh JM, Kaplan CP, Nguyen B, Gildengorin G, McPhee SJ, Pérez-Stable EJ. Barriers to colorectal cancer screening in Latino and Vietnamese Americans:

- compared with Non-Latino White Americans. *Journal of general internal medicine*, 2004, 19: 156-166.
98. Vahabi M. Knowledge of breast cancer and screening practices among Iranian immigrant women in Toronto. *Journal of Community Health*, 2011, 36: 265-273.
99. Ruggieri DG, Bass SB, Rovito MJ, Ward S, Gordon TF, Paranjape A, Lin K, Meyer B, Parameswaran L, Wolak C. Perceived colonoscopy barriers and facilitators among urban African American patients and their medical residents. *Journal of health communication*, 2013, 18: 372-390.
100. Jussim L, Nelson TE, Manis M, Soffin S. Prejudice, stereotypes, and labeling effects: Sources of bias in person perception. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1995, 68: 228.
101. EO T. İçselleştirilmiş damgalama ve damgalama algısı. *EO Taşkın (Ed.), Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama, İzmir: Meta Basım ve Matbaacılık*, 2007: 31-40.
102. Clark JC, Landis LL. Reintegration and maintenance of employees with breast cancer in the workplace. *AAOHN Journal*, 1989, 37: 186-193.
103. Hoffman B. Cancer survivors at work: a generation of progress. *CA: a cancer journal for clinicians*, 2005, 55: 271-280.
104. Hoffman B. Employment discrimination: another hurdle for cancer survivors. *Cancer investigation*, 1991, 9: 589-595.
105. Pardeck JA, Murphy JW. An analysis of the Americans with Disabilities Act (ADA) in the twenty-first century. İçinde: *Disability Issues for Social Workers and Human Services Professionals in the Twenty-First Century*, Routledge, 2012: 141-172.

106. Chambers SK, Dunn J, Occhipinti S, Hughes S, Baade P, Sinclair S, Aitken J, Youl P, O'Connell DL. A systematic review of the impact of stigma and nihilism on lung cancer outcomes. *BMC cancer*, 2012, 12: 184.
107. Else-Quest NM, LoConte NK, Schiller JH, Hyde JS. Perceived stigma, self-blame, and adjustment among lung, breast and prostate cancer patients. *Psychology and Health*, 2009, 24: 949-964.
108. Hamann HA, Ostroff JS, Marks EG, Gerber DE, Schiller JH, Lee SJC. Stigma among patients with lung cancer: A patient-reported measurement model. *Psycho-Oncology*, 2014, 23: 81-92.
109. Oran NT, Şenuzun F. Toplumda kırılması gereken bir zincir: HIV/AIDS stigmatı ve baş etme stratejileri. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 2008, 5: 1-16.
110. Bağ B, Ekinci M. Ruhsal Sorunlu Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeğinin (Rsttö) Türk Toplumunda Geçerlilik ve Güvenirliğinin Değerlendirilmesi. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 2006, 5: 63-83.
111. Bahar A. Şizofreni ve damgalama. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2007, 2: 101-110.
112. Kadioğlu M, Hotun Şahin N. Stigmatizasyon (Damgalama) ve Kadın. *Sağlık ve Toplum*, 2015, 25: 3-9.
113. Katkak B. Psikozlu Hasta Yakınlarında Stigmatizasyon. *Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü*, 2008.
114. McMahon B RR, Rumrill P, Hurley J, West S, Chan F, et al. Hiring discrimination against people with disabilities under the ADA: characteristics of charging parties. *J Occup Rehabil*. 2008.
115. Hays DM, Landsverk J, Sallan S, Hewett K, Patenaude A, Schoonover D, Zilber S, Ruccione K, Siegel S. Educational, occupational, and insurance status of childhood

- cancer survivors in their fourth and fifth decades of life. *Journal of Clinical Oncology*, 1992, 10: 1397-1406.
116. Evans SE, Radford M. Current lifestyle of young adults treated for cancer in childhood. *Archives of disease in childhood*, 1995, 72: 423-426.
117. Goffman E. Stigma; notes on the management of spoiled identity. A Spectrum book. 1963.
118. Sontag S. Metafor Olarak Hastalık-Aids ve Metaforları, Çev. *Osman Akinhay, İstanbul: Agora Yayınları*, 2005.
119. Von Friederichs-Fitzwater MM, Navarro L, Taylor SL. A value-based approach to increase breast cancer screening and health-directed behaviors among American Indian women. *Journal of Cancer Education*, 2010, 25: 582-587.
120. Giuliano A PM, de Guernsey de Zapien J, Tilousi S., L. N. Breast cancer screening among southwest American Indian women living on-reservation. . 1998: 27: 135–143.
121. Paskett ED TC, Rushing J, et al. Racial differences in knowledge, attitudes, and cancer screening practices among atriracial rural population. *Cancer* 2004; . 2004: 101: 2650–2659.
122. Ishida DN T-MT, Braginsky NS. 262–66. Beliefs and attitudes of Samoan women toward early detection of breast cancer and mammography utilization. *Cancer* 2001: ; 91 (suppl): 262-266.
123. Puaina S AD, Pouesi D, Hubbell FA. . Impact of traditional Samoan lifestyle (fa'aSamoa) on cancer screening practices. *Cancer Detect Prev* 2008. 32 (suppl 31): S23–28.

124. Odedina FT, Yu D, Akinremi TO, Reams RR, Freedman ML, Kumar N. Prostate cancer cognitive-behavioral factors in a West African population. *Journal of immigrant and minority health*, 2009, 11: 258-267.
125. Shahid S, Finn L, Bessarab D, Thompson SC. Understanding, beliefs and perspectives of Aboriginal people in Western Australia about cancer and its impact on access to cancer services. *BMC Health Services Research*, 2009, 9: 132.
126. Christou A, Thompson SC. Colorectal cancer screening knowledge, attitudes and behavioural intention among Indigenous Western Australians. *BMC Public Health*, 2012, 12: 528.
127. Puaina S, Aga DF, Pouesi D, Hubbell FA. Impact of traditional Samoan lifestyle (fa'aSamoa) on cancer screening practices. *Cancer Detection and Prevention*, 2008, 32: 23-28.
128. Wu L, Colby E, Iongi-Filiaga A, Maskarinec GG. American Samoan women's health: experiences and attitudes toward breast and cervical cancer screening. *Hawaii medical journal*, 2010, 69: 17.
129. O'Brien BA MJ, Wilson T. . Cervical screening in Canadian First Nation Cree women. *J Transcult Nurs* 2009; 20. 83–92.
130. Henderson B, Davison K, Pennebaker J, Gatchel R, Baum A. Disease disclosure patterns among breast cancer patients. *Psychology and Health*, 2002, 17: 51-62.
131. Chin D, Kroesen KW. Disclosure of HIV infection among Asian/Pacific Islander American women: Cultural stigma and support. *Cultural diversity and ethnic minority psychology*, 1999, 5: 222.
132. Sontag S. *Illness as Metaphor* (New York: Farrar, Straus and Giroux, 1978). *Sontag, AIDS and its metaphors* (New York, Farrar, Strauss, Giroux, 1989), 1979.

133. Shepherd MA, Gerend MA. The blame game: cervical cancer, knowledge of its link to human papillomavirus and stigma. *Psychology & health*, 2014, 29: 94-109.
134. Phelan SM, Griffin JM, Jackson GL, Zafar SY, Hellerstedt W, Stahre M, Nelson D, Zullig LL, Burgess DJ, Van Ryn M. Stigma, perceived blame, self-blame, and depressive symptoms in men with colorectal cancer. *Psycho-Oncology*, 2013, 22: 65-73.
135. Corrigan PW. The impact of stigma on severe mental illness. *Cognitive and behavioral practice*, 1998, 5: 201-222.
136. Mak WW, Mo PK, Cheung RY, Woo J, Cheung FM, Lee D. Comparative stigma of HIV/AIDS, SARS, and tuberculosis in Hong Kong. *Social science & medicine*, 2006, 63: 1912-1922.
137. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annual review of Sociology*, 2001, 27: 363-385.
138. Park SG, Bennett ME, Couture SM, Blanchard JJ. Internalized stigma in schizophrenia: relations with dysfunctional attitudes, symptoms, and quality of life. *Psychiatry research*, 2013, 205: 43-47.
139. Baysal GÖD. Damgalanma ve ruh sağlığı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 2013, 22: 239-251.
140. Corrigan PW, Larson JE, Ruesch N. Self-stigma and the “why try” effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World psychiatry*, 2009, 8: 75-81.
141. Teachman BA, Wilson JG, Komarovskaya I. Implicit and explicit stigma of mental illness in diagnosed and healthy samples. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 2006, 25: 75-95.
142. Brohan E, Henderson C, Wheat K, Malcolm E, Clement S, Barley EA, Slade M, Thornicroft G. Systematic review of beliefs, behaviours and influencing factors

- associated with disclosure of a mental health problem in the workplace. *BMC psychiatry*, 2012, 12: 11.
143. Van Zelst C. Stigmatization as an environmental risk in schizophrenia: a user perspective. *Schizophrenia bulletin*, 2009, 35: 293-296.
144. Corrigan PW, Druss BG, Perlick DA. The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychological Science in the Public Interest*, 2014, 15: 37-70.
145. Topkaya N. Psikolojik yardım alma niyetinin sosyal damgalanma, tedavi korkusu, beklenen yarar, beklenen risk ve tutum faktörleriyle modellenmesi. *Đzmir, Türkiye: Yayınlanmamış doktora tezi, Ege Üniversitesi*, 2011.
146. Anderson B, Lutgendorf S. Quality of life as an outcome measure in gynecologic malignancies. *Current opinion in Obstetrics and Gynecology*, 2000, 12: 21-26.
147. Furniss K. Tomatoes, Pap Smears, and Tea? Adopting Behaviors That May Prevent Reproductive Cancers and Improve Health. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 2000, 29: 641-652.
148. Taşkın L. *Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği*. Baskı. [Yyy](Sistem Ofset Matbaacılık), 1997.
149. Reis N. Jinekolojik Kanserli Hastaların Bakım Ve Rehabilitasyonunda Hemşirenin Rolü. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2006, 9: 88-97.
150. (ACS) ACS. Colorectal Cancer Factsand Figures 2014-2016. (2014).
151. Glasper A. Can nurses help to promote earlier diagnosis of bowel cancer? *British Journal of Nursing*, 2012, 21: 50-51.
152. Bakanlığı S. Ulusal Kanser Kontrol Planı 2013-2018. 2015.

153. Koc S, Esin MN. Screening behaviors, health beliefs, and related factors of first-degree relatives of colorectal cancer patients with ongoing treatment in Turkey. *Cancer nursing*, 2014, 37: E51-E60.
154. Ertürk S, Kanserler K. Epidemiyoloji, Etiyolojide Rol Oynayan Etkenler, Tarama ve Kemoprevansiyon. Baykan A, Zoroğlu A, Geçim E, Terzi C (Editörler). *Kolon ve Rektum Kanserleri'nde. İstanbul: Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Derneği*, 2010: 15-30.
155. Romano R. The Cancer Prevention Awareness Program: Approaching public understanding with good news. İçinde: *Health Education and the Media II*, Elsevier, 1986: 93-100.
156. Korkmaz E ÖS. Kanser ve Kanser hastalarına ilişkin tutumların incelenmesi. 2010.
157. Kagawa-Singer M, Padilla GV, Ashing-Giwa K In *Health-related quality of life and culture*, Seminars in oncology nursing, (editör).^(editörler). Elsevier: 2010; 59-67.
158. Jackson T, Davis K, Haisfield L, Dawson D, Lynch J, Regan J, Kwart A, Lynch B, Taylor K. Disclosure of diagnosis and treatment among early stage prostate cancer survivors. *Patient education and counseling*, 2010, 79: 239-244.
159. Badihian S, Choi EK, Kim IR, Parnia A, Manouchehri N, Badihian N, Tanha JM, Guallar E, Cho J. Attitudes toward cancer and cancer patients in an urban Iranian population. *The oncologist*, 2017, 22: 944-950.
160. Vahabi M. Iranian women's perception and beliefs about breast cancer. *Health care for women international*, 2010, 31: 817-830.
161. Robb KA, Simon AE, Miles A, Wardle J. Public perceptions of cancer: a qualitative study of the balance of positive and negative beliefs. *BMJ open*, 2014, 4: e005434.

162. Miles A, Rainbow S, von Wagner C. Cancer fatalism and poor self-rated health mediate the association between socioeconomic status and uptake of colorectal cancer screening in England. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*, 2011, 20: 2132-2140.
163. Ndukwe EG, Williams KP, Sheppard V. Knowledge and perspectives of breast and cervical cancer screening among female African immigrants in the Washington DC metropolitan area. *Journal of Cancer Education*, 2013, 28: 748-754.
164. Moser RP, Arndt J, Han PK, Waters EA, Amsellem M, Hesse BW. Perceptions of cancer as a death sentence: prevalence and consequences. *Journal of health psychology*, 2014, 19: 1518-1524.
165. Gany FM, Herrera AP, Avallone M, Changrani J. Attitudes, knowledge, and health-seeking behaviors of five immigrant minority communities in the prevention and screening of cancer: a focus group approach. *Ethnicity and Health*, 2006, 11: 19-39.
166. Bayrami R, Taghipour A, Ebrahimipour H. Personal and socio-cultural barriers to cervical cancer screening in Iran, patient and provider perceptions: a qualitative study. *Asian Pac J Cancer Prev*, 2015, 16: 3729-3734.
167. Rastad H, Khanjani N, Khandani BK. Causes of delay in seeking treatment in patients with breast cancer in Iran: a qualitative content analysis study. *Asian pacific journal of cancer prevention*, 2012, 13: 4511-4515.
168. Crane M, Scott N, O'Hara BJ, Aranda S, Lafontaine M, Stacey I, Varlow M, Currow D. Knowledge of the signs and symptoms and risk factors of lung cancer in Australia: mixed methods study. *BMC Public Health*, 2016, 16: 508.
169. Carter-Harris L, Ceppa DP, Hanna N, Rawl SM. Lung cancer screening: what do long-term smokers know and believe? *Health Expectations*, 2017, 20: 59-68.

170. Kagawa-Singer M. Providing resources for Asian Americans and Pacific Islanders. *Cancer practice*, 2001, 9: 100-103.
171. Çelik GO, Malak AT, Öztürk Z, Yılmaz D. Menapoz Sonrası Dönemdeki Kadınların Kendi Kendine Meme Muayenesini Uygulama, Mamografi Çektirme Ve Pap Smear Yaptırma Durumlarının İncelenmesi. *Anatolian Journal of Clinical Investigation*, 2009, 3.
172. Dündar PE, Özmen D, Öztürk B, Haspolat G, Akyıldız F, Çoban S, Çakıroğlu G. The knowledge and attitudes of breast self-examination and mammography in a group of women in a rural area in western Turkey. *BMC cancer*, 2006, 6: 43.
173. Chidyaonga-Maseko F, Chirwa ML, Muula AS. Underutilization of cervical cancer prevention services in low and middle income countries: a review of contributing factors. *Pan African medical journal*, 2015, 21.
174. Marlow LA, Wardle J. Development of a scale to assess cancer stigma in the non-patient population. *BMC cancer*, 2014, 14: 285.
175. Donnelly TT. The health-care practices of Vietnamese-Canadian women: cultural influences on breast and cervical cancer screening. *CJNR (Canadian Journal of Nursing Research)*, 2006, 38: 82-101.
176. Donnelly TT. Vietnamese women living in Canada: Contextual factors affecting Vietnamese women's breast cancer and cervical cancer screening practices. University of British Columbia, 2004.
177. Enjezab B. Cancer screening practice among Iranian middle-aged women. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 2016, 4: 770-778.
178. Kawar LN. Barriers to breast cancer screening participation among Jordanian and Palestinian American women. *European Journal of Oncology Nursing*, 2013, 17: 88-94.

179. Else-Quest NM, Jackson TL. Cancer stigma. *The stigma of disease and disability: Understanding causes and overcoming injustices*, 2014: 165-181.
180. Matthews AK, Berrios N, Darnell JS, Calhoun E. A qualitative evaluation of a faith-based breast and cervical cancer screening intervention for African American women. *Health Education & Behavior*, 2006, 33: 643-663.
181. Perrin KM, Daley EM, Naom SF, Packing-Ebuen JL, Rayko HL, McFarlane M, McDermott RJ. Women's reactions to HPV diagnosis: insights from in-depth interviews. *Women & health*, 2006, 43: 93-110.
182. Kwok C, White K, Roydhouse JK. Chinese-Australian women's knowledge, facilitators and barriers related to cervical cancer screening: a qualitative study. *Journal of immigrant and minority health*, 2011, 13: 1076.
183. Goldman RE, Diaz JA, Kim I. Perspectives of colorectal cancer risk and screening among Dominicans and Puerto Ricans: stigma and misperceptions. *Qualitative health research*, 2009, 19: 1559-1568.

EKLER

EK-1. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler	
Adı Soyadı:	Özlem Arı
Doğum tarihi:	5 Nisan 1991
Doğum Yeri:	Erzurum
Medeni Hali:	Evli
Uyruğu:	T.C.
Adres:	Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Anabilim Dalı
Tel:	5076402512
Faks:	-
E-mail:	slymnkyr.25@gmail.com
Eğitim	
Lise:	M.Akif Ersoy Anadolu Lisesi
Lisans:	Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi
Yüksek lisans:	Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı
Doktora:	
Yabancı Dil Bilgisi	
İngilizce:	63,75
Almanca:	-
Rusça:	-
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar	
İlgi Alanları ve Hobiler	
Yüzme, Kültürel Geziler	

EK-2. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU

Yüksek Lisans Tezi olarak Dr. Öğr. Üyesi Meral KILIÇ danışmanlığında sunulan “Kadınların kanser tutumlarının değerlendirilmesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi” başlıklı çalışmanın tarafımızdan bilimsel etik ilkelere uyularak yazıldığını, yararlanılan eserlerin kaynakçada gösterildiğini, Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından belirlenmiş olan Turnitin Programı benzerlik oranlarının aşılmadığını ve aşağıdaki oranlarda olduğunu beyan ederiz.

Tez Bölümleri	Tezin Benzerlik Oranı (%)	Maksimum Oran (%)
Giriş	4	15
Genel Bilgiler	28	30
Materyal ve Metod	24	35
Bulgular	8	10
Tartışma	7	15

Beyan edilen bilgilerin doğru olduğunu, aksi halde doğacak hukuki sorumlulukları kabul ve beyan ederiz. 28/08/2019

Öğrenci Adı-Soyadı

İmza

Özlem ARI



Danışman Adı-Soyadı

İmza

Dr. Öğr. Üyesi Meral KILIÇ



* Tez ile ilgili YÖKTEZ’de yayınlamasına ilişkin bir engelleme var ise aşağıdaki alanı doldurunuz.

Tezle ilgili patent başvurusu yapılması / patent alma sürecinin devam etmesi sebebiyle Enstitü Yönetim Kurulunun .../.../.... tarih ve sayılı kararı ile teze erişim 2 (iki) yıl süreyle engellenmiştir.

Enstitü Yönetim Kurulunun .../.../.... tarih ve sayılı kararı ile teze erişim 6 (altı) ay süreyle engellenmiştir.

EK-3. ETİK KURUL ONAY FORMU



ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU



KARAR

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı
	TELEFON	+90 442 234 65 11
	FAKS	+90 442 236 09 68
	E-POSTA	atatipetikkurul@gmail.com
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yük. Lis. Öğr. Özlem ARI	
ARAŞTIRMACININ AÇIK ADI	Kadınların Kanser Tutumlarının Değerlendirilmesi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi	
KARAR BİLGİLERİ	Toplantı Sayısı: 06 Karar No: 37	Tarih: 04.10.2018
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve çalışmanın bütçesinin Kendisi tarafından karşılanması koşulu ile yapılmasında bilimsel ve etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verildi. Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir. Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.	

Prof.Dr.Mustafa GÜL
Üye

Prof.Dr.Zekai HALICI
Üye

Prof.Dr.M.Hamidullah UYANIK
Üye

Doç.Dr.Ayşenur AKSOY
Üye

Doç.Dr.Atilla ÇAYIR
Üye

Dr.Öğr.Üy.Binali FIRINCI
Üye

Dr.Öğr.Üy.Zahide KOŞAN
Üye

Emrah MELETLİOĞLU
Üye

EK-4. İZİN YAZISI



T.C.
ERZURUM VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 44827528-604.02
Konu : Araştırma İzin Talebi (Dr. Öğr. Üyesi Meral KILIÇ)

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi : 21.11.2018 tarihli ve E.1800333590 sayılı yazınız.

İlgide kayıtlı yazınızda, Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Anabilim Dalı Dr. Öğretim Üyesi Meral KILIÇ sorumluluğunda Özlem ARI tarafından "Kadınların Kanser Tutumlarının Değerlendirilmesi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi" başlıklı araştırmanın yapılabilmesi için izin talebinde bulunulduğu tarafımıza bildirilmiştir.

Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğü ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması gerekmektedir. Ayrıca, 25.01.2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmi Gazete' de yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin 31 inci maddesi, 5 inci fıkrasında belirtilen "Aile hekimleri, bakmakla yükümlü olduğu vatandaşlara ait, bilgi sisteminde tuttuğu tüm verilerin ilgili mevzuatı çerçevesinde gizliliğini, bütünlüğünü, güvenliğini ve mahremiyetini sağlamakla yükümlüdür." hükmü ile 01.08.1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmi Gazete' de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "Bilgilerin Gizli Tutulması" başlıklı 23 üncü maddesi 1 inci fıkrasında belirtilen "Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında hiçbir şekilde açıklanamaz" hükmü ile 07.04.2016 tarihli Resmi Gazete' de yayımlanmış olan 6698 sayılı "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu" hükümleri doğrultusunda ilgili veriler şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılamaz. Ayrıca işlenecek Kişisel Verilerin Korunması Kanununun 6. maddesinin (4) numaralı fıkrası ile 22 nci maddesinin (1) numaralı fıkrasının (ç) bendi kapsamında hazırlanan "Özel Nitelikli Kişisel Verilerin İşlenmesinde Veri Sorumlularınca Alınması Gereken Önlemler" konulu 31.01.2018 tarih ve 2018/10 sayılı kurul kararları mevcuttur. Konuya ilişkin olarak yapılan değerlendirme neticesinde, araştırmacının katılımcılara kendi imkanları ile ulaşması gerektiği kararı alınmıştır..

Bununla birlikte, aile sağlığı merkezinde gerçekleştirilecek olan araştırmalarda, bu merkezde çalışan personelden ve araştırmaya katılacak hastalardan gönüllü olduklarına dair belge alınması, aile sağlığı Merkezinin işleyişi ve güvenilirliğine zarar verilmemesi ve aile hekimleri ile aile sağlığı çalışanlarının onayı çerçevesinde mesai saatleri içerisinde ve hizmeti aksatmadan bizzat araştırma sahibi tarafından araştırmanın yürütülmesi gerekmektedir.

Erzurum İl Sağlık Müdürlüğü
Telefon: Faks No:
e-Posta: Emine.Sat@saglik.gov.tr İnternet Adresi: erzurum.saglik.gov.tr

Bilgi için: Emine ŞAT CANCAN
EBE
Telefon No: 0442-234 39 25- Dahili : 1131

Bu değerlendirmeler doğrultusunda yukarıda yer alan ilkelere bağlı kalmak koşuluyla araştırma izin talebi uygun bulunmuştur. Söz konusu çalışma sonucu hazırlanan araştırma raporundan, toplam 2 (iki) nüsha Müdürlüğümüze teslim edilmesi ve uyarılarımıza hassasiyetle uyulması gerekmektedir. İlgili kişilere bilgi verilmesi hususunda;
Gereğini rica ederim.

e-imzalıdır.
Yıldız BÜYÜKER
Vali a.
Vali Yardımcısı

Erzurum İl Sağlık Müdürlüğü

Telefon: Faks No:

e-Posta: Emine.Sat@saglik.gov.tr İnternet Adresi: erzurum.saglik.gov.tr

Bilgi için: Emine şAT CANCA

EE

Telefon No: 0442-234 39 25- Dahili : 11.

EK-5. TANICI BİLGİ FORMU

KADINLARIN KANSER TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

Bu Çalışma “Kadınların Kanser Tutumlarının Değerlendirilmesi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi” amacıyla planlanmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden kişilerin bilgileri gizli tutulacaktır. Sorulara objektif ve samimi cevaplar vermeniz araştırmanın doğruluğu ve niteliği açısından önem arz etmektedir. Katkılarınız için şimdiden teşekkür ederim.

Özlem ARI

Yüksek Lisans Öğrencisi

(EK-I) BİLGİ FORMU

- 1- Yaşınız.....?
- 2- Eğitim durumunuz nedir?
 - a) İlkokul b)Ortaokul c)Lise d)Üniversite
- 3- Medeni durumunuz nedir?
 - a) Evli b)Bekar
- 4- Kaç yıldır evlisiniz.....?
- 5- Eşinizin yaşı.....?
- 6- Eşinizin eğitim durumu nedir?
 - a) İlkokul b)Ortaokul c)Lise d)Üniversite
- 7- Çalışıyor musunuz?
 - a) Evet b) Hayır

8- Eşiniz çalışıyor mu?

- a) Evet b) Hayır

9- Mesleğiniz nedir?

- a) İşçi b)Memur c)Serbest Meslek d) Ev hanımı

10- Sosyal güvenceniz var mı?

- a) Var b)Yok

11- Gelir durumunuz nasıl?

- a) Gelir giderden az b)Gelir gidere denk c)Gelir giderden fazla

12- Yaşadığınız yer

- a) İl b)İlçe c)Köy

13- Aile tipiniz nedir?

- a) Çekirdek aile b)Geniş aile

14- Yaşayan çocuk?

- a) Var b)Yok

15- Ailede kanser tanısı almış birey var mı?

- a) Var b)Yok

16- Cevap (Var) ise ailede kanser tanısı alan bireylerin yakınlığı nedir?

- a) Birinci derece b) İkinci derece c) Üçüncü derece

17- Kansere ilişkin eğitim öğretim programlarına katılıyor musunuz?

- a) Evet b)Hayır

18- Kansere yönelik tarama yaptırdınız mı?

- a) Evet b)Hayır

19- KKMM (Kendi Kendine Meme Muayenesi) yaptınız mı?

- a) Evet b) Hayır

20- HPV aşısı ile ilgili bilginiz var mı?

- a) Var b) Yok

21- Daha önce HPV aşısı yaptırdınız mı?

- a) Evet b)Hayır

22- Mamografi yaptırma alışkanlığınız nedir?

- a) Hiç b)Yılda bir c) İki yılda bir d) Düzensiz aralıklarla

23- Klinik meme muayenesi yaptırma alışkanlığınız nedir?

- a) Hiç b)Yılda bir c) İki yılda bir d) Düzensiz aralıklarla

24- Pap smear yaptırma alışkanlığınızı nedir?

- a) Hiç b)Yılda bir c)İki yılda bir d) Üç beş yıl aralığında
e) Beş yıldan fazla aralıkta

25- Gaitada Gizli Kan Testi yaptırma durumunuz nedir?

- a) Hiç yaptırmadım b) Yaptırdım

**EK-6. KANSERE İLİŞKİN TUTUMLARI ÖLÇME ANKETİ
(KANSER ETİKETİ) – TOPLUM VERSİYONU**

Alanlar	Maddeler	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
İyileşmenin imkânsız olması	1.Kanser tedavisi ne kadar gelişmiş olursa olsun tedavi edilmesi mümkün değildir				
	2.Kanser hastaları bir kez tanı aldı mı bir daha sosyal olarak aktif olamazlar				
	3.Kanser hastalarının başarılı kanser tedavisinden sonra bile işyerinde görev yeteneği azalabilir				
	4.Kanser tanısı olan bir kişinin bir daha sağlıklı olması çok zordur				
	5.Kanser hastalarının topluma katkıda bulunması mümkün olmaz				
Ayrımcılık	6.Kanser hastaları ile birlikte olduğumda rahatsızlık hissederim				
	7.Kanser tanısı olan komşularla iletişim kurmaktan kaçınma eğilimindeyim				
	8.Kanserli kişilerle çalışmaktan kaçınırım				
Kanser tanısını ortaya çıkarma, yayma	9.Eğer kanser tanısı alırsam aileme söylemem				
	10.Eğer kanser tanısı alırsam arkadaşlarıma söylemem				
	11.Eğer kanser tanısı alırsam komşularıma söylemem				
	12.Eğer kanser tanısı alırsam iş arkadaşlarıma/meslektaşlarıma söylemem				

EK-7 ÖLÇEK İZİNİ

medine.cyilmaz@ikc.edu.tr X

Ölçek izni Gelen Kutusu x

medine.cyilmaz@ikc.edu.tr
Alıcı: ben

Sayın Özlem Arı;

Yapacağınız çalışmada "Kansere İlişkin Tutumları (Kanser Damgası) Ölçme Anketi- Toplum Versiyonu" ölçeğini kullanabilirsiniz. Ekte anketin yayınlanmış şekli bulunmaktadır.

Çalışmalarınızda kolaylıklar dilerim.

Doç.Dr. Medine YILMAZ
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü
Çiğli- İzmir

Medine YILMAZ, RN, PhD, Assoc. Prof.
Izmir Katip Celebi University
Health Sciences Faculty
Nursing Department
Cigli-Izmir- TURKEY

