

Original Research / Orijinal Araştırma

## Investigation of Cancer Attitudes and Affecting Factors of Women Registered In A Family Health Center In Erzurum

### Erzurum'da Bir Aile Sağlığı Merkezi'ne Kayıtlı Kadınların Kansere Tutumları ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi

Özlem Arı<sup>1</sup>, Meral Kılıç<sup>2</sup>

#### Abstract

**Introduction:** This study was conducted to evaluate the women's attitude towards cancer and to examine the influencing factors.

**Method:** The study was carried out in descriptive design. The study was conducted in Solakzade Family Health Center affiliated with Erzurum Palandöken District Health Directorate between December 01, 2018 and March 31, 2019. The sample of the study consisted of 380 women, who applied between the aforementioned dates, met the inclusion criteria and agreed to participate in the study. The data were collected using the 'Personal Information Form' and the 'Questionnaire for Measuring Attitudes Toward Cancer (Cancer Stigma)–Community Version' and were evaluated using frequency, percentage, t-test, One-Way Analysis of Variance, LSD Post Hoc test, Kruskal Wallis H test, Mann Whitney U test and Dunnet's T3 Post Hoc analyses. A mean score of 2.5 and above from the scale indicates a negative attitude towards cancer. **Results:** In the study, it was found that the women's total mean score of the Questionnaire for Measuring Attitudes Toward Cancer was 2.06±0.66, mean score of impossible recovery subscale was 2.30±0.91, mean score of discrimination subscale was 1.76±0.99, and mean score of revealing/spreading the cancer diagnosis subscale was 1.97±0.91. As a result of the statistical analysis, it was determined that there was a significant difference between the Impossible Recovery subscale scores and woman's age, educational background, marriage year, husband's age, husband's educational background, working condition, occupation, income status, and family type (p<0.05). **Conclusion:** In this study, the mean score of the survey measuring women's attitudes towards cancer was found to be 2.06±0.66 and it was seen that 24.2% of the participants had a negative attitude towards cancer. Since the sociodemographic characteristics of women affect their attitudes towards cancer, its effect on screening behaviors cannot be ignored. Women should be educated to reduce their negative attitudes towards cancer. The active role of health professionals who are in constant contact with women in these trainings will be beneficial in reducing women's negative attitudes towards cancer.

**Key words:** Woman, cancer screening, community, attitude

#### Özet

**Giriş:** Bu çalışma kadınların kansere tutumlarının değerlendirilmesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılmıştır. **Yöntem:** Bu araştırma tanımlayıcı 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 başvurana, 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 (Kansere Damgası)-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, Dunnet T3 Post Hoc analizleri kullanılmıştır. Ölçekten alınan puan ortalamasının 2.5 ve üzeri olması kansere karşı olumsuz bir tutumu ifade etmektedir. **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, kansere tanısını ortaya çıkarma/yayma alt boyutu puan ortalamasının 1.97±0.91 olduğu bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde katılımcılara uyguladığımız tutum ölçeğinin iyileşmenin imkânsız olması alt boyutu ile kadının yaşı, eğitim durumu, evlilik yılı, eşinin yaşı, eşinin eğitim durumu, çalışma durumu, meslek, gelir durumu ve aile tipi arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur (p<0.05). **Sonuç:** Bu çalışmada kadınların kansere ilişkin tutumları ölçme anketi toplam puan ortalaması 2.06±0.66 bulunmuş ve katılımcıların % 24.2'sinin kansere karşı olumsuz tutuma sahip olduğu görülmüştür. Kadınların sosyodemografik özellikleri kansere karşı tutumlarını etkilediğinden tarama davranışları üzerindeki etkisi de yok sayılamaz. Kadınlara kansere karşı olumsuz tutumlarını azaltmak için sağlık eğitim verilmesi ve bu eğitimlerde kadınlarla sürekli iletişim halinde olan sağlık profesyonellerinin aktif rol alması kadınların kansere ilişkin negatif tutumlarının azaltılmasında faydalı olabilir.

**Anahtar kelimeler:** Kadın, kanser tarama, toplum, tutum

Geliş tarihi / Received: 12.12.2021 Kabul tarihi / Accepted: 15.08.2022

<sup>1</sup>Erzurum Palandöken İlçe Sağlık Müdürlüğü / Türkiye

<sup>2</sup>Atatürk Üniversitesi / Türkiye

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Özlem Arı, Erzurum Palandöken İlçe Sağlık Müdürlüğü, Türkiye  
slymnyr.25@gmail.com

Ari O, Kilic M. Investigation of Cancer Attitudes and Affecting Factors of Women Registered In A Family Health Center In Erzurum. TJFMPC, 2022;16(3): 559-573

DOI: 10.21763/tjfmpr.1035670...

## Giriş

Dünyada her 5 kişiden biri yaşamı boyunca kanser tanısı almakta, 8 erkekten 1'i ve 11 kadından 1'i kanser nedeniyle yaşamını kaybetmektedir. 2020 yılında ülkemizde en sık görülen ilk beş kanser türü, akciğer kanseri, meme kanseri, kolorektal kanser, prostat kanseri ve tiroid kanseridir. Kadınlarda en yaygın görülen ilk beş kanser türü ise meme kanseri, tiroid kanseri, kolorektal kanser, akciğer kanseri ve rahim kanseridir. Kolorektal kanser hem erkeklerde hem de kadınlarda en sık görülen üçüncü kanserdir.<sup>1</sup> Ülkemizde 2020 yılında kadınlarda 101018 yeni kanser vakası görülmüştür. 24175(%23.9) yeni vaka ile meme kanseri ilk sırada, 11.034 (%10.9) yeni vaka ile tiroid kanseri ikinci sırada; 9202 (%9.1) yeni vaka ile kolorektal kanser üçüncü sırada, 7057(%7) yeni vaka ile akciğer kanseri dördüncü sırada, 5918(%5.9) yeni vaka ile rahim kanseri beşinci sırada, 43.632(%43.2) yeni vaka ile diğer kanser vakaları altıncı sırada görülmüştür.<sup>1</sup>

Kanser, genellikle hastanın yaşamını etkileyen, acı çekmek ve ölümlü eş anlamlı olarak kabul edilen bir hastalıktır.<sup>2</sup> Kanserde damgalanma, kanserden korunma davranışlarını, semptomların varlığında yardım arama davranışlarını, hastalığın ortaya çıkmasını ve tanı sonrası iyilik halini etkileyebilir.<sup>3</sup> Erken tanı ve tedavideki gelişmelere rağmen, kanser teşhisi genellikle idam cezası gibi kabul edilmekte ve kanserle ilgili olumsuz imajlar ve mitler devam etmektedir.<sup>4</sup> Kansere karşı olumsuz tutumları, klişeleri ve ayrımcı tutumları olan kişilerin kanser tanılarını komşularına veya meslektaşlarına açıklama konusunda daha az istekli oldukları gösterilmiştir.<sup>5</sup> Dahası, kanserden kurtulanlar işe dönme konusunda ve tedaviden sonra genellikle meslektaşları ile kişiler arası sorunlar yaşarlar.<sup>6</sup> Damgalanma, sosyal izolasyon, utanç duygusu ve başkalarını yargılama gibi nedenler kişilerin çevre ile iletişimini azaltabilir ve bu durum kanserli bireylerde profesyonel hizmetlerden geri kalmaya ve kötü sağlık sonuçlarına yol açabilir.<sup>7</sup>

Kanser tarama programlarına katılmak ve olası bir kanser semptomu varken zamanında sağlık hizmeti almak, kansere daha erken zamanda teşhis konulmasına katkıda bulunur.<sup>8</sup>

Kanser tanısını çevreleyen belirsizliklerin ve damgalamanın, yardım arayan hastaların davranışlarını geciktirmesine ve buna bağlı olarak da destekleyici bakıma erişmelerinin engellenmesine neden olduğu bildirilmektedir.<sup>9</sup> Rahim ağzı kanseri taraması sırasında utanma korkusu, bir erkek doktora görünme isteksizliği ve kanser durumunu bilme konusundaki isteksizlik, önceki çalışmalarda tanımlanan yaygın psikolojik engeller olmuştur.<sup>10,11</sup> Başka bir çalışmada perioperatif dönemde kansere bağlı olumsuz inançların varlığının sonraki aylarda anksiyete, kanserin tekrarlama korkusu, depresyon ve uykusuzluk semptomlarının gelişimini etkilediği bulunmuştur.<sup>12</sup>

İnsanları yardım aramada neyin etkilediğini anlamak, kanserin erken teşhisini ve nihayetinde kanserden sağkalımı arttıran müdahaleler için kanıtlayabilir.<sup>13</sup> Kadınlar ve ailelerini sık temas gerektiren üreme sağlığı gibi sağlık hizmetleri ile yakından tanıma fırsatı olan sağlık profesyonellerinin kanserde erken tanı ve tedavi konusunda bilgilendirme ve desteklemede önemli bir rol oynayacakları açıktır. Bu rollerini tam anlamıyla yerine getirebilmeleri için sağlık profesyonellerinkadınların kanser tutumları hakkında bilgi sahibi olmaları gerekmektedir. Bu çalışma, kadınların kanser tutumlarını değerlendirmeyi ve onları etkileyen faktörleri incelemeyi amaçlamıştır.

Araştırma soruları;

- 1.Kadınların kanser tutumları ne yönde ve ne düzeydedir?
- 2.Kadınların kanser tutumlarını etkileyen faktörler nelerdir?

## Yöntem

### Araştırmanın Tipi, Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu çalışma tanımlayıcı nitelikte olup 1 Aralık 2018-31 Mart 2019 tarihleri arasında Erzurum Palandöken İlçe Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Solakzade Aile Sağlığı Merkezi'nde (SASM) yapılmıştır. ASM'nin merkezde olması, nüfusun bu ilçeye göre yoğun olduğu bir yere karşılık gelmesisebebiyle bu ASM seçilmiştir. Solakzade Aile Sağlığı Merkezi'nde dört aile hekimliği birimi, dört aile hekimi ve dört aile sağlığı çalışanı bulunmaktadır.

### Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Solakzade Aile Sağlığı Merkezi'ne 1 Aralık 2018-31 Mart 2019 tarihleri arasında başvuran kadınlar araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Örneklem alınmamış, araştırma, belirtilen tarihler içerisinde herhangi bir nedenle Solakzade Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran ve dahil edilme kriterlerini karşılayan gönüllü 380 kadın ile yürütülmüştür.

Araştırmaya katılmayı kabul eden, 18 yaş ve üzeri olan, onkolojik, nörolojik ve psikiyatrik hastalık tanısı olmayan, işitme, konuşma ve iletişim sorunu olmayan, okur-yazar olan kadınlar çalışmaya dahil edilmiştir. Transgender bireyler, kanser tanısı almış olan kadınlar araştırmaya dahil edilmemiştir. Araştırmada kadınların kansere karşı tutumları bağımlı değişkeni, sosyodemografik özellikleri ise bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır.

### **Veri Toplama Yöntemi ve Araçları**

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

Verilerin toplanması işlemi aile sağlığı merkezinde ayrı bir odada yüzyüze gerçekleştirilmiştir. Kişisel Bilgi Formu ve Kansere Yönelik Tutumları (Kanser Damgası) Ölçme Anketi-Toplum Versiyonu (KİTÖ) içeriği hakkında açıklama yapılarak onam alınmıştır. 10 dakika Kişisel Bilgi Formu ve 10 dakika ölçek olmak üzere veri toplama ortalama 20 dakika sürmüştür.

### **Kişisel Bilgi Formu**

Kişisel bilgi formu literatür taranarak oluşturulmuştur.<sup>6</sup> Kanser, toplum, tutum, engel ve bağlantılı kelimeler elektronik veri tabanlarında (Google Scholar, PubMed, Science Direct, Web of Science) taranmıştır. Form, kadınların yaş, eğitim durumu, medeni durumu, eşinin yaşı, çalışma durumu, mesleği gibi sosyodemografik özellikleri ve kansere yönelik tarama testlerini yaptırıp yaptırmadığı, tarama testleriyle ilgili bilgisinin olup olmadığı gibi tarama davranışları ile ilgili toplam 25 kapalı uçlu sorudan oluşmaktadır.

### **Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi (KİTÖ) (Kanser Damgası)-Toplum Versiyonu**

Kansere Yönelik Tutumları (Kanser Damgası) Ölçme Anketi (KİTÖ)-Toplum Versiyonu kanser hastalarının akrabalarının ve toplumdaki bireylerin kansere karşı tutumlarını ölçmek için Cho ve ark. tarafından geliştirilerek 2013 yılında yayınlanmıştır.<sup>6</sup> Bu anket toplumda yaşayan bireylerin kansere karşı olumsuz/olumlu tutumları hakkında bilgi vermektedir. Anketin orijinal hali, 'iyileşmenin imkansızlığı (1-4. maddeler), kanser hastalarının damgalanması (5-8. maddeler), ayrımcılık (9-11. maddeler), kanser tanısını ortaya çıkarma/yayma (12-15. maddeler) olmak üzere dört alt boyuttan ve 15 maddeden oluşmaktadır. Orijinal ölçeğin Cronbach's alfa değeri 0.79'dur.<sup>6</sup> KİTÖ anketi-Toplum Versiyonunun Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Yılmaz ve ark. tarafından yapılmıştır. Yılmaz ve ark. tarafından yapılan çalışmada faktör yük değeri 30'un altında olduğu için 5., 6. ve 7. Maddeler anketten çıkarılmıştır. Cho ve ark. tarafından geliştirilen KİTÖ anketi 15 madde ve dört alt boyuttan oluşmaktadır.<sup>6</sup> Türkçe KİTÖ anketi ise 12 madde ve üç alt boyuttan oluşmaktadır. Anketin alt boyutları iyileşmenin imkansızlığı (1-5. maddeler), ayrımcılık (6-8. maddeler) ve kanser tanısını ortaya çıkarma/yayma (9-12. maddeler) şeklindedir. Ankette yer alan maddeler (1) Kesinlikle katılmıyorum, (2) Katılmıyorum, (3) Katılıyorum, (4) Kesinlikle katılıyorum şeklinde yanıtlanır. Ölçekte ters puanlanan madde bulunmamaktadır. Ölçek değerlendirilirken madde ortalamapuanı kullanılmaktadır. Ölçekten alınan puan ortalamasının 2.5 ve üzeri olması kansere karşı olumsuz bir tutumu ifade etmektedir. KİTÖ anketinin Cronbach's alpha değeri 0.78 olarak bulunmuştur.<sup>14</sup> Çalışmamızda, iyileşmenin imkansızlığı alt boyutunun Cronbach's alfa değeri 0.91 iken, ayrımcılık alt boyutunun Cronbach alfa değeri 0.95, kanser tanısını ortaya çıkarma/yayma alt boyutunun Cronbach alfa değeri ise 0.91 ve KİTÖ anketinin toplam Cronbach alfa değeri 0.86 bulunmuştur.

### **İstatistiksel Analizler**

Analizler SPSS 22.00 istatistik paket programı ile yapılmıştır. Analizlerde frekans, yüzde, t-testi, ikiden fazla grup anlamlılığını test edebilmek için tek yönlü varyans analizi (ANOVA), varyansların eşit dağıldığı durumda önemsiz farkın hangi gruplar arasında olduğunu göstermek için LSD post hoc testi, Kruskal-Wallis H testi, varyansların eşit olmadığı durumda Dunnett's T3 post hoc testine Mann-Whitney U testi yapılmıştır.

Tablo 1. Araştırmada kullanılan istatistiksel yöntemler		
	İstatistik	Nerede kullanıldı
1	Frekans, yüzde	Kadınların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımlarında Tablo 2 Kansere ilişkin özelliklerine göre dağılımları Tablo 3
2	Ortalama, SS	Kadınların KİTÖ'den aldıkları minimum, maksimum ve ortalama puanlar Tablo 4
3	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 yaptırma durumu, kendi kendine meme muayenesi yapma durumu, HPV aşısı ile ilgili bilgi durumu, Daha önce HPV aşısı yaptırma durumu, gaitada gizli kan testi yaptırma durumu değişkenlerine göre ve kansere ilişkin özelliklerine göre Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi puanları açısından farklar Tablo 5 ve Tablo 6
4	Tek Yönlü Varyans analizi (ANOVA)	Yaş, eğitim durumu, kaç yıldır evli olduğu, eşin eğitim durumu, gelir durumu değişkenlerine göre ve kansere ilişkin özelliklerine göre Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi puanları açısından farklar Tablo 5 ve Tablo 6
5	LSD Post Hoc testi	Tek Yönlü Varyans analizi sonucu anlamlı farkın hangi durumlardan kaynaklandığını anlamak için Tablo 5
6	Kruskal Wallis H testi	Eşin yaşı, meslek, yaşadığı yer, ailede kanser tanısı alan bireyin yakınlık derecesi, Mamografi yaptırma alışkanlığı, Papsmear yaptırma alışkanlığı değişkenlerine göre ve kansere ilişkin özelliklerine göre Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi puanları açısından farklar Tablo 5 ve Tablo 6
7	Dunnet T3 Post Hoc testi	Kruskal Wallis H testi sonucu anlamlı farkın hangi durumlardan kaynaklandığını anlamak için Tablo 5
8	Mann Whitney U testi	Sosyal güvence değişkenine göre ve kansere ilişkin özelliklerine göre Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi puanları açısından farklar Tablo 5

### Araştırmanın Etik İlkeleri

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). Ayrıca Erzurum İl Sağlık Müdürlüğü'nden 25.01.2019 tarih ve 44827528-604.02-85938902 sayılı yazısı ile izin alınmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlardan sözlü onam alınmıştır. Araştırmanın tüm aşamaları Helsinki Deklarasyonuna uygun olarak gerçekleştirilmiştir.

### Bulgular

Araştırmaya dahil edilen 380 kadının %30.5'i 40-49 yaşında, %41.1'i ilkokul mezunu, %87.6'sı evli, %33.6'sının evlilik süresi 1-10 yıl arasında, %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 düzeyde, %88.7'si ilde ikamet ediyor, %81.8'i çekirdek ailede yaşıyor, %84.7'sinin yaşayan çocuğunun var olduğu görülmektedir. Araştırmaya alınan kadınların yaş ortalaması  $42.62 \pm 11.44$ 'dür. (Tablo2.)

Tablo 2. Kadınların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı		
ÖZELLİKLER	S	%
<b>Yaş (n=380)</b>		
19-29 yaş	51	13,4
30-39 yaş	103	27,2
40-49 yaş	116	30,5
50-69 yaş	110	28,9
<b>Eğitim Durumu(n=380)</b>		
İlkokul	156	41,0
Ortaokul	39	10,3
Lise	63	16,6
Üniversite	122	32,1
<b>Medeni Durum(n=380)</b>		
Evli	333	87,6
Bekar	47	12,4
<b>Evlilik yılı (n=351)</b>		
1-10	118	33,6
11-20	79	22,5
21-30	97	27,6
31-45	57	16,2
<b>Eşin Yaşı(n=333)</b>		
19-29	18	5,4
30-39	83	24,9
40-69	232	69,7
<b>Eş Eğitim Durumu(n=351)</b>		
İlkokul	83	23,6
Ortaokul	43	12,3
Lise	111	31,6
Üniversite	114	32,5

Tablo 2. Kadınların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı (Devamı)		
ÖZELLİKLER	S	%
<b>Çalışma Durumu(n=380)</b>		
Evet	172	45,3
Hayır	208	54,7
<b>Eş Çalışma Durumu(n=333)</b>		
Evet	285	85,6
Hayır	48	14,4
<b>Meslek(n=380)</b>		
İşçi	20	5,3
Memur	130	34,2
Serbest meslek	22	5,8
Ev hanımı	208	54,7
<b>Sosyal Güvence(n=380)</b>		
Var	357	93,9
Yok	23	6,1
<b>Gelir Durumu(n=380)</b>		
Gelir giderden az	72	18,9
Gelir gidere denk	260	68,5
Gelir giderden fazla	48	12,6

<b>Yaşadığı Yer(n=380)</b>		
İl	337	88,7
İlçe	30	7,9
Köy	13	3,4
<b>Aile Tipi(n=380)</b>		
Çekirdek aile	311	81,8
Geniş aile	69	18,2
<b>Yaşayan Çocuk(n=380)</b>		
Var	322	84,7
Yok	58	15,3

\*Frekans, yüzde

Araştırmaya dahil edilen 380 kadının %52.4'ünün ailesinde kanser tanısı almış kimse yokken, %60.8'inin birinci derece akrabalarında kanser tanısı olduğu, %67.4'ünün kanser eğitim programlarına katılmadığı, %67.4'ünün kendi beyanına göre meme muayenesi yaptığı, %68.4'ünün Human Papilloma Virüs (HPV) aşısı hakkında bilgisinin olmadığı belirlendi (Tablo 3) .

**TABLO 3: Araştırmaya dahil edilen kadınların kansere bağlı özelliklerinin dağılımı.**

Özellikler	S	%
<b>Ailede kanser teşhisi konan birey (n=380)</b>		
Evet	181	47,6
Hayır	199	52,4
<b>Ailede kanser teşhisi konan bireyin akrabalık derecesi (n=181)</b>		
Birinci derece	110	60,8
İkinci derece	51	28,2
Üçüncü derece	20	11,0
<b>Kanserle ilgili eğitim programlarına katılım (n=380)</b>		
Evet	124	32,6
Hayır	256	67,4
<b>Kendi kendine meme muayenesi (n=380)</b>		
Evet	256	67,4
Hayır	124	32,6
<b>HPV aşısı hakkında bilgi (n=380)</b>		
Evet	120	31,6
Hayır	260	68,4
<b>HPV aşılama durumu (n=380)</b>		
Evet	15	3,9
Hayır	365	96,1
<b>Mamografi çekme alışkanlığı (n=380)</b>		
Hiç	190	50,0
İki yılda bir	97	25,5
Düzensiz aralıklarla	93	24,5
<b>Klinik meme muayenesi yaptırma alışkanlığı (n=380)</b>		
Hiç	196	51,6
Yılda bir	18	4,7
İki yılda bir	68	17,9
Düzensiz aralıklarla	98	25,8
<b>Papsmear / HPV taraması yaptırma alışkanlığı (n=380)</b>		
Hiç	178	46,8
Yılda bir	11	2,9
İki yılda bir	17	4,5
Beş yıllık aralıklarla	41	10,8
5 yıldan daha fazla aralıklarla	133	35,0
<b>Gaita da gizlik testi yaptırma (n=380)</b>		
Hiç	284	74,7
Yaptırdım	96	25,3

\*Frekans, yüzde

Araştırmaya dahil edilen 380 kadından 288'inin (%75,8) KİTO anketine göre kansere karşı olumlu tutuma sahip olduğu ve 92'sinin (%24,2) kansere karşı olumsuz tutuma sahip olduğu belirlenmiştir. Kadınların KİTO' den aldıkları minimum, maksimum ve ortalama puanları incelendiğinde, iyileşmenin

İmkansızlığı alt boyutu puan ortalamasının  $2.30 \pm 0.91$ , ayrımcılık alt boyutu puan ortalamasının  $1.76 \pm 0.99$ , kanser teşhisini ortaya çıkarma/yayma alt boyutu ortalama puanının  $1.97 \pm 0.91$  ve KİTÖ anketinin toplam ortalama puanının  $2.06 \pm 0.66$  olduğu bulunmuştur. (Tablo 4).

	<b>Minimum</b>	<b>Maksimum</b>	<b>Puan ortalaması</b>	<b>S.S.</b>
İyileşmenin imkansızlığı alt boyutu( <b>n=380</b> )	1	4	2,30	0,91
Ayrımcılık alt boyutu( <b>n=380</b> )	1	4	1,76	0,99
Kanser teşhisini ortaya çıkarma/yayma alt boyutu( <b>n=380</b> )	1	4	1,97	0,91
Toplam puan( <b>n=380</b> )	1	4	2,06	0,66

Kadınların yaşı, eğitim durumu, medeni durumu, eşlerin yaşı, eşlerin eğitim durumları ve çalışma durumları değerlendirildiğinde, ilerleyen yaşta, düşük eğitim seviyesine sahip olan ve çalışmayan kadınlarda 'iyileşmenin imkansızlığı alt boyutu', 'ayrımcılık alt boyutu' ve 'KİTÖ' toplam puanlarının daha yüksek olduğu yani kansere karşı tutumlarının daha olumsuz olduğu görülmüştür. (Tablo 5).



**TABLO 5: Kadınların tanımlayıcı özelliklerine göre KİTÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması.**

		İyileşmenin imkansızlığı alt boyutu	Ayrımcılık alt boyutu	Kanser teşhisini ortaya çıkarma/ yayma alt boyutu	Toplam puan
		$\bar{X} \pm S.S^*$	$\bar{X} \pm S.S$	$\bar{X} \pm S.S$	$\bar{X} \pm S.S$
Yaş (n=380)	19-29 yıl	1,87±0,70	1,39±0,69	2,01±0,85	1,79±0,50
	30-39 yıl	2,03±0,65	1,48±0,71	2,00±0,86	1,88±0,57
	40-49 yıl	2,31±0,90	1,88±1,11	2,04±0,94	2,11±0,64
	50-69 yıl	2,76±0,99	2,08±1,06	1,84±0,94	2,28±0,73
	Test p-değeri Fark	<b>F=18,922**</b> <b>p=0,000</b> <b>3&gt;1-2 4&gt;1-2-3</b>	<b>F=10,205</b> <b>p=0,000</b> <b>3-4&gt;1-2</b>	F=0,98 p=0,40 -	<b>F=10,399</b> <b>p=0,000</b> <b>3&gt;1-2 4&gt;1-2-3</b>
Eğitim durumu(n=380)	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 p-değeri	<b>F=19,14**</b> <b>p=0,000</b>	<b>F=14,66**</b> <b>p=0,000</b>	F=0,26 p=0,85	<b>F=16,22</b> <b>p=0,000</b>
	Fark	<b>1&gt;2-3-4</b>	<b>1&gt;2-3-4</b>	-	<b>1&gt;2-3-4</b>
Medeni Durumu (n=380)	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 p-değeri	t=1,45*** p=0,14	t=0,58 p=0,56	t=-0,30 p=0,75	t=0,90 p=0,36
	p-değeri	p=0,14	p=0,56	p=0,75	p=0,36

**TABLO 5: Kadınların tanımlayıcı özelliklerine göre KİTÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması (devamı).**

		İyileşmenin imkansızlığı alt boyutu	Ayrımcılık alt boyutu	Kanser teşhisini ortaya çıkarma/yayma alt boyutu	Toplam puan
		$\bar{X} \pm S.S$	$\bar{X} \pm S.S$	$\bar{X} \pm S.S$	$\bar{X} \pm S.S$
Eşin yaşı (n=333)	19-29 yıl	1,86±0,64	1,37±0,48	1,83±0,74	1,73±0,49
	30-39 yıl	1,96±0,67	1,45±0,73	2,05±0,87	1,86±0,58

	40-69 yıl Test p-değeri Fark	2,50±0,93 <b>KW=26,80****</b> <b>p=0,000</b> <b>3&gt;1-2</b>	1,92±1,05 <b>KW=14,37****</b> <b>p=0,001</b> <b>3&gt;1-2</b>	1,94±0,91 KW=1,80 p=0,406 -	2,17±0,66 <b>KW=19,51</b> <b>p=0,000</b> <b>3&gt;1-2</b>
<b>Eşin eğitim durumu (n=351)</b>	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 p-değeri Fark	<b>F=13,27**</b> <b>p=0,000</b> <b>1&gt;3-4 2-3&gt;4</b>	<b>F=13,28</b> <b>p=0,000</b> <b>1-2&gt;3-4</b>	F=0,82 p=0,47 -	<b>F=13,92</b> <b>p=0,000</b> <b>1&gt;3-4 2-3&gt;4</b>
<b>Çalışma durumu (n=380)</b>	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 p-değeri	<b>t=-3,60</b> <b>p=0,000</b>	<b>t=-4,86***</b> <b>p=0,000</b>	t=0,10 p=0,91	<b>t=-3,74</b> <b>p=0,000</b>

\*Ortalama, Standart deviasyon. \*\*Tek Yönlü Varyans Analizi(ANOVA). \*\*LSD Post Hoc testi \*\*\*t Testi. \*\*\*\*Kruskal Wallis H testi.. \*\*\*\* Dunnet T3 Post Hoc testi

Kadınların kanserle ilgili özellikleri ile KİTÖ toplam ve alt boyut puanları incelendiğinde ailede kanser öyküsü bulunan kadınlarda 'iyileşmenin imkansızlığı alt boyutu', 'ayrımcılık alt boyutu' ve 'KİTÖ anketi'toplam puanlarının daha yüksek olduğu yani kansere karşı tutumlarının daha olumsuz olduğu; buna karşın kanserle ilgili eğitim programlarına katılanların 'ayrımcılık alt boyutu' ve 'KİTÖ anketi' toplam puanlarının daha düşük olduğu yani kanser tutumlarının daha olumlu olduğu görülmüştür.(Tablo 6).

**TABLO 6: Kadınların kanserle ilgili tanımlayıcı özelliklerine göre KİTÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması.**

		İyileşmenin imkansızlığı alt boyutu	Ayrımcılık alt boyutu	Kanser teşhisini ortaya çıkarma/yayma alt boyutu	Toplam puan
		$\bar{X}\pm S.S$	$\bar{X}\pm S.S$	$\bar{X}\pm S.S$	$\bar{X}\pm S.S$
Ailede kanser teşhisi konan birey (n=380)	Evet	2,45±0,96	1,87±1,05	1,99±0,96	2,15±0,70
	Hayır	2,17±0,83	1,66±0,91	1,95±0,86	1,97±0,61
	Test ve p-değeri	<b>t=3,01*</b> <b>p=0,00</b>	<b>t=1,98</b> <b>p=0,04</b>	t=0,38 p=0,69	<b>t=2,65</b> <b>p=0,008</b>
Kanserle ilgili eğitim programlarına katılım (n=380)	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	<b>t=-3,54</b> <b>p=0,00</b>	t=-0,97 p=0,33	<b>t=-2,59</b> <b>p=0,01</b>
Kanser taraması yapıturma durumu (n=380)	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	<b>t=2,41*</b> <b>p=0,01</b>	t=1,15 p=0,25	t=-1,01 p=0,31	t=1,33 p=0,18
Kendi kendine meme muayenesi yapma durumu (n=380)	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	<b>t=-3,47*</b> <b>p=0,001</b>	t=-1,45 p=0,14	<b>t=-2,65</b> <b>p=0,009</b>
Mamografi çekirme alışkanlığı(n=380)	Hiç	2,12±,779	1,64±,917	2,01±,890	1,96±,599
	İkiyıldabir	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	<b>KW=8,770**</b> <b>p=0,000</b>	KW=2,887 p=0,05	KW=,901 p=0,40	<b>KW=3,830</b> <b>p=0,023</b>
	Fark	<b>2-3&gt;1</b>	-	-	<b>2-3&gt;1</b>
Klinik meme muayenesi yapıturma alışkanlığı (n=380)	Hiç	2,18±0,83	1,68±0,94	2,04±0,90	2,01±0,64
	Yıldabir	1,91±0,79	1,41±0,95	1,60±0,78	1,68±0,63
	İkiyıldabir	2,55±0,96	1,82±0,99	1,94±0,99	2,16±0,66
	Düzensiz aralıklarla	2,44±0,96	1,94±1,05	1,90±0,87	2,14±0,68
	Test	<b>KW=12,371**</b> <b>p=0,006</b>	<b>KW=7,892</b> <b>p=0,04</b>	KW=6,513 p=0,08	<b>KW=14,101</b> <b>p=0,003</b>
	Fark	<b>3-4&gt;1-2</b>	<b>4&gt;1-2</b>		<b>1-3-4&gt;2</b>

Papsnear yaptırma alışkanlığı (n=380)	Hiç yaptırmadım	2,20±0,89	1,61±0,93	2,02±0,94	1,99±0,65
	Yıldabir	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
	Beş yıllık aralıklarla	2,36±0,81	1,82±0,79	2,05±0,61	2,12±0,54
	Beş yıldan fazla aralıklarla	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	<b>KW=13,68**</b> <b>p=0,008</b>	KW=4,31 p=0,36	KW=9,14 p=0,05
Fark	-	<b>5&gt;1-3</b>	-	-	
Gaitada gizli kan testi yaptırma (n=380)	Hiç yaptırmadım	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	<b>t=-3,64</b> <b>p=0,00</b>	<b>t=-1,96*</b> <b>p=0,05</b>	t=1,08 p=0,28	<b>t=-2,28</b> <b>p=0,02</b>

\*t Testi. \*\* Kruskal Wallis H testi

## Tartışma

Araştırmaya dahil edilen 380 kadından 288'inin (%75.8) KİTO anketine göre kansere karşı olumlu tutuma sahip olduğu ve 92'sinin (%24.2) kansere karşı olumsuz tutuma sahip olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların KİTÖ ölçeği puan aralığı dikkate alındığında, kansere yönelik tutumlarının orta düzeyde olduğu söylenebilir. Bu sonuç bizim çalışma grubumuzun gerek Türkiye'de Yılmaz ve ark.'nın (2017) yaptığı ve KİTÖ anketi puan ortalaması sonucuna göre çalışma grubundaki bireylerin kansere karşı olumsuz tutuma sahip olduklarını belirledikleri<sup>14</sup> gerekse Kore'de genel nüfus üzerine yapılan bir çalışmada, hayatta kalanların klinik olarak ilerlemesine ve iyileşmesine rağmen, insanların yarısından fazlasının kanser hastalarına karşı hala olumsuz tutum, klişe ve ayrımcı tutumlara sahip olduğunutesbit eden çalışmalara<sup>6</sup> göre daha olumlu bir tutuma sahip olduğunu düşündürmüştür. Öte yandan, Badihian ve arkadaşlarının (2017) İran'da halkın kansere karşı tutumları üzerine yaptığı bir araştırmanın raporunda, genel popülasyonda kansere ve iyileşme imkansızlığına yönelik olumsuz tutumların da yaygın olduğu belirtilmiştir.<sup>4</sup> Kansere yönelik olumsuz tutumların nedeni, genellikle hastanın yaşamını etkilemesi ve genellikle acı ve ölümle eş anlamlı bir hastalık olarak kabul edilmesidir.<sup>2</sup> Sağlık profesyonelleri tarafından olumsuz tutumları olan kadınlara kansere yönelik eğitim programlarının düzenlenmesi ve kansere tedavi edilebilir bir hastalık olarak odaklanması gerekmektedir.

Kadınların yaşı, eğitim durumu, evlilik süresi, eşlerin yaşı, eşlerin eğitim durumu, çalışma durumu, meslek ve gelir durumu ile KİTÖ anketi toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulundu (Tablo 5). Başka bir çalışmada, mavi yakalı çalışanların kansere karşı olumsuz tutumlarının beyaz yakalı çalışanlara göre daha yüksek olduğu, fakat istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur.<sup>6</sup> Farkındalığın artmasının damgalanmayı azaltmada etkili faktörlerden biri olduğu belirtilmektedir. Kamusal tutumlar ve klişeler, daha az eğitilmiş hastalarda daha yaygındır. Bununla birlikte, bazı insanlar eğitilmiş insanları eşit şekilde etkileyebileceklerine inanmaktadır.<sup>7</sup> Kadınların sosyodemografik özellikleri kansere karşı tutumlarını etkilediğinden tarama davranışları üzerindeki etkisi de yok sayılamaz. Bir çalışmada damgalanma, anser teşhisinin korkulan bir sonucu olarak rapor edilmiş ve semptomları olan kadınlar için tarama, erken teşhis ve tedavi aramanın önündeki bir engel olarak tanımlanmıştır.<sup>15</sup> Yapılan iki nitel çalışmada, kadınların kanseri tedavi edilemez olarak gördüklerinden<sup>16</sup> serviks kanseri taraması yaptırmadıkları ve meme kanseri teşhisinin erken evrelerde konulmasının engellendiği böylece tedavinin de

geciktiği tespit edilmiştir.<sup>17</sup> Bu çalışmada kadınların kanser taraması yaptırma durumlarına göre iyileşmenin imkansızlığı alt boyutu puanları açısından kanser taraması yaptıranlar lehine farklılık olduğu yani kansere karşı olumsuz tutumları olan kadınların daha fazla tarama yaptırdıkları görülmüştür. Araştırmada kendi kendine meme muayenesi (KKMM) yapmayanların kansere karşı olumsuza yakın tutumlara sahip oldukları belirlendi. Yapılan başka bir çalışmada, kadınların hastalığın doğası hakkında bilgi sahibi olmadıkları, uygun teşhis fırsatlarından habersiz oldukları, kanser olduklarını duymaktan ve insanlar tarafından damgalanmaktan korktukları için meme kanseri tanı yöntemlerinden hiçbirini kullanmadıkları saptanmıştır.<sup>18</sup> Bu nedenle sağlık profesyonelleri tarafından KKMM hakkında bilgi verilmeli, 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.

Yapılan bir araştırmada HPV aşısı hakkında bilgisi olmayanların kansere karşı olumsuz tutumları olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte HPV ile cinsel aktivite arasındaki bağlantı, HPV aşısının damgalanmasına da neden olmaktadır.<sup>19</sup> Kadınların çoğu HPV'yi Human Immunodeficiency Virüs (HIV) ile ilişkilendirmektedir ve hastalıkla ilgili bir damgalanma söz konusudur. Kırsal yerleşimlerde HIV, cinsel ahlaksızlık veya düşük cinsel ahlak seviyesi ile ilişkilendirilmektedir. Bu sebepten kadınları HPV ve serviks kanseri ilişkisi hakkında bilgilendirmek, tutum ve algılarını değiştirmek aşı alımını iyileştirmek için gereklidir.<sup>20</sup>

Kadınların kansere yönelik kültürel inançları ve toplumsal damgalanmalarının onların meme kanseri taramasına katılımını etkilediği bildirilmektedir.<sup>21</sup> Bir çalışmada, yüksek riskli birçok kadının yetersiz bilgi, yetersiz sağlık hizmeti alma, damgalanma ve eş ihmali nedeniyle erken tanı ve tedavi fırsatını kaçırdığı tespit edilmiştir.<sup>22</sup>

Nabaave Shelleh tarafından yapılan çalışmada katılımcılar, sosyal damgalanma ile ilgili sorunların mamografi çektirmelerini engellediğini belirtmişlerdir. Birçok kadının, kendilerine kanser teşhisi konursa kocalarının olası ikinci evliliğine ve kanser teşhisinin kızlarının evliliği üzerindeki potansiyel olumsuz etkilerine ilişkin aile normları ve değerleri konusunda endişeleri olduğu tespit edilmiştir.<sup>23</sup> Bu araştırmada literatürden farklı olarak iki yılda bir ve düzensiz aralıklarla mamografi yaptıran kadınların hiç mamografi yaptırmamış kadınlara göre kansere karşı olumsuz tutumlarının daha fazla olduğu belirlendi. Meme kanserinde erken teşhisin önemi göz önüne alındığında sağlık profesyonellerinin kadınların kansere yönelik olumsuz tutumlarını tarama davranışları üzerinde nasıl bir etkisi olduğunun farkında olmaları ve özellikle taramalara gelmeyen kadınlara yaklaşımlarını bu bilgilere dikkat ederek oluşturmaları gerekmektedir.

Araştırmada beş yıldan fazla aralıklarla papsmear/HPV testi yaptıran kadınların kansere karşı olumsuz tutuma sahip oldukları belirlenmiştir. Rahim ağzı taraması pelvik muayeneyi içerdiğinden ve üreme veya cinsel yolla bulaşan enfeksiyon tedavisi ile kombine edilebildiğinden, kadınlarda olumsuz bir ilişkilendirmeye neden olabilmektedir.<sup>24</sup> Hem Pakistanlı hem de Somalili kadınların serviks kanseri taramasına katılmalarını engelleyen sosyo-kültürel önyargılara sahip oldukları belirtilmektedir. Bu engeller arasında hastalık riski altında olmama, dini inancı islam olma, evli olmama, genital mutilasyon (yalnızca Somaliler için) ve hastalıkla ilgili damgalanma sayılabilir.<sup>25</sup> Rahim ağzı kanseri teşhisi konan kadınların kanser hakkındaki bilgi ve inançlarının incelendiği çalışmada, herhangi bir belirti göstermeden papsmear testi yaptıranın gereksiz olduğu inancı yaygın olarak bulunmuştur.<sup>26</sup> Yapılan bir çalışmada kadınların Papsmear testi yaptırmama nedenleri araştırıldığında %73'ünün doktor isteğiyle, %10'unun kontrol amaçlı yaptırdığı görülmüştür.<sup>27</sup> Yapılan başka bir çalışmada hastalar Pap-smear testi ile ilgili %82 oranında sağlık personelinin bilgi aldıklarını ifade etmişlerdir.<sup>28</sup> Tarama yaptırmama konusundaki teşvik ve eğitimlerinin bilgi edinme ve tarama yaptırmama davranışları üzerine olumlu etkileri sebebiyle sağlık personelinin taramanın yararlarının vurgulanması için yapacağı danışmanlık olumsuz tutumları azaltabilir.

## Sonuç

Bu çalışmada, araştırmaya katılan kadınların dörtte birine yakınının kansere karşı olumsuz tutuma sahip olduğu görülmüştür. Sağlık profesyonellerinin kadınların kanser ve kanser taramaları hakkında bilgi edinme ve yönlendirme noktasındaki etkinliği çalışmalarla ortaya konulmuştur. Kadınların kansere karşı olumsuz tutumlarını azaltmak için sağlık profesyonelleri tarafından eğitim verilmesi ve kadınların kanser taramalarına katılmaları konusunda cesaretlendirilebilmeleri için düzenlenecek eğitimlerde iyileşmenin imkansız olması, hastalık korkusu gibi kanser ile ilgili yanlış inanışlar üzerine odaklanılmalıdır. Kadınların kansere yönelik olumsuz tutumlarının bilgilendirme ile azaldığını gösteren bu çalışma ve benzerlerine dayanarak özellikle ana-çocuk sağlığı hizmetlerinde aktif rol almaları sebebiyle sağlık profesyonellerinin eğitimci rolünden yararlanılabilir. Sağlık profesyonellerinin kadınlarla her türlü karşılaşmalarını fırsat bilerek kadınlara kanser,

risk faktörleri ve tarama yöntemleri hakkında bilgi vermesi kadının bedenini tanması, kendinde olan değişiklikleri erken fark edip sağlık kurumuna başvurması ve tarama testlerini düzenli yaptırması hususunda önemli ve gereklidir.

### **Çıkar çatışması**

Yazarlar arasında çıkar çatışması yoktur.

### **Teşekkür**

Çalışmaya katılan tüm katılımcılara teşekkür ederiz.

### **Araştırmanın sınırlılıkları**

Araştırmanın sadece araştırma kapsamındaki katılımcılara genellenmesi ve tek bir ASM'de yürütülmüş olması araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

### **Kaynaklar**

1. World Health Organization. The Global Cancer Observatory (Globocan) 2020.Database. <https://gco.iarc.fr/> Erişim Tarihi:07.12.2021
2. Sette CP, Capitão CG, de Francisco Carvalho L. Depressive symptoms in patients with cancer. *Open Journal of Medical Psychology*. 2016;5(1):7-16.
3. Marlow LA, Waller J, Wardle J. Does lung cancer attract greater stigma than other cancer types? *Lung Cancer*. 2015;88(1):104-7.
4. Badihian S, Choi EK, Kim IR, Parnia A, Manouchehri N, Badihian N, et al. Attitude toward Cancer and Cancer patients in an urban Iranian population. *The Oncologist*. 2017;22(8):944-50.
5. Yılmaz M, Dişsiz G, Demir F, Iriz S, Alacacioglu A. Reliability and validity study of a tool to measure cancer stigma: Patient version. *Asia-Pacific journal of oncology nursing*. 2017a;4(2):155-161
6. Cho J, Smith K, Choi EK, Kim IR, Chang YJ, Park HY et al. Public attitude toward cancer and cancer patients: a national survey in Korea. *Psycho-Oncology* 2013;22(3): 605-13.
7. Shiri FH, Mohtashami J, Nasiri M, Manoochehri H, Rohani C. Stigma and related factors in Iranian people with cancer. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*. 2018; 19(8):2285-90
8. Hvidberg L, Wulff CN, Pedersen AF, Vedsted P. Barriers to healthcare seeking, beliefs about cancer and the role of socio-economic position. A Danish population-based study. *Preventive medicine*. 2015;71:107-13.
9. Broom A, Doron A. The rise of cancer in urban India: Cultural understandings, structural inequalities and the emergence of the clinic. *Health*. 2012;16(3):250-66.
10. William M, Kuffour G, Ekuadzi E, Yeboah M, El Duah M, Tuffour P. Assessment of psychological barriers to cervical cancer screening among women in Kumasi, Ghana using a mixed methods approach. *African Health Sciences*. 2013;13(4):1054-61.
11. Williams MS. A qualitative assessment of the social cultural factors that influence cervical cancer screening behaviors and the health communication preferences of women in Kumasi, Ghana. *Journal of Cancer Education*. 2014;29(3): 555-62.
12. Desautels C, Trudel-Fitzgerald C, Ruel S, Ivers H, Savard J. Do cancer-related beliefs influence the severity, incidence, and persistence of psychological symptoms? *Cancer nursing* 2017;40(4):E50-E58.
13. Pedersen AF, Forbes L, Brain K, Hvidberg L, Wulff CN, Lagerlund M. et al. Negative cancer beliefs, recognition of cancer symptoms and anticipated time to help-seeking: an international cancer benchmarking partnership (ICBP) study. *BMC cancer* 2018;18(1):1-10
14. Yılmaz M, Dişsiz G, Göçmen F, Usluoğlu A, Alacacioğlu A. The study Turkish version of validation and reliability of a questionnaire for measuring attitude toward cancer (cancer stigma)- community version. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*. 2017b;20(2):99-106.
15. Nyblade L, Stockton M, Travasso S, Krishnan S. A qualitative exploration of cervical and breast cancer stigma in Karnataka, India. *BMC Women's Health* 2017;17(1):1-15
16. 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 Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2015;16(9):3729-34.
17. 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 Pac J Cancer Prev*. 2012;13(9):4511-15.
18. Meacham E, Orem J, Nakigudde G, Zujewski JA, Rao D. Exploring stigma as a barrier to cancer service engagement with breast cancer survivors in Kampala, Uganda. *Psycho-oncology*. 2016;25(10):1206-11.
19. Loke AY, Chan ACO, Wong YT. Facilitators and barriers to the acceptance of human papillomavirus (HPV) vaccination among adolescent girls: a comparison between mothers and their adolescent daughters in Hong Kong. *BMC Research Notes*. 2017;10(1):1-13.

20. Ramathuba DU, Ngambi D. Knowledge and attitudes of women toward human papilloma virus and HPV vaccine in thulamela municipality of vhembe district in Limpopo province, South Africa. *African Journal of Reproductive Health* 2018;22(3): 111-19.
21. Kwar LN. Barriers to breast cancer screening participation among Jordanian and Palestinian American women. *European Journal of Oncology Nursing*. 2013;17(1): 88-94.
22. Enjebab B. Cancer screening practice among Iranian Middle-aged women. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*. 2016;4(4):770-78.
23. Nabaa HA, Shelleh N. Barriers preventing Palestinian women from having a mammogram: a qualitative study. *The Lancet*. 2018;391:S16. sayfa??kaça kadar
24. Lim JN, Ojo AA. Barriers to utilisation of cervical cancer screening in Sub Sahara Africa: a systematic review. *European Journal of Cancer Care*. 2017;26(1):1-15
25. Gele AA, Qureshi SA, Kour P, Kumar B, Diaz E. Barriers and facilitators to cervical cancer screening among Pakistani and Somali immigrant women in Oslo: a qualitative study. *International Journal of Women's Health*. 2017;9:487-96
26. 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(6):1076-83
27. Ünal P, Baş G, Atalay A, Kasapbaş T, Kurt S, Uzuner A. Marmara Üniversitesi kadın doğum polikliniğine başvuranların papsmear konusundaki bilgileri ve test sonuçları. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*. 2005; 36(4): 147-151.
28. Kalyoncu C, Işıklı B, Özalp S, Küçük N. Osmangazi Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Başvuranların PapSmear Hakkında Bilgi Tutum ve Davranışları. *Sağlık ve Toplum* 2003;13:60-66.