

**T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**KADINLARIN KADERCİLİK EĞİLİMLERİ İLE SERVİKAL
KANSERİN ERKEN TANISINA YÖNELİK TUTUMLARI
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Yüksek Lisans Tezi

Gökcem DURU

Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Serap TOPATAN

SAMSUN
2020

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

Gökcem DURU tarafından Dr.Öğr.Üyesi Serap TOPATAN danışmanlığında hazırlanan “Kadınların Kadercilik Eğilimleri ile Servikal Kanserin Erken Tanısına Yönelik Tutumları Arasındaki İlişki” başlıklı bu araştırma jürimiz tarafından 17/07/2020 tarihinde yapılan sınav ile Hemşirelik Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS Tezi olarak kabul edilmiştir

Başkan:
Dr.Öğr.Üyesi Serap TOPATAN, Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Üye :
Dr.Öğr.Üyesi Gülay AKMAN, Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Üye :
Dr.Öğr.Üyesi Dilek COŞKUNER POTUR, Marmara Üniversitesi

ONAY

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen ve yukarıda adları yazılı jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

.... / /2020

Prof. Dr. Ali BOLAT
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleri ile desteğini ve yardımını esirgemeyen, bana önderlik eden, beni sabırla ve anlayışla yönlendiren ve özveride bulunan, danışman hocam Sayın Dr. Öğretim Üyesi Serap TOPATAN'a,

Yüksek lisans eğitimimde mesleki birikimi ve deneyimleriyle bana yol gösteren ve eğitimimde büyük katkısı olan Sayın Prof. Dr. Özen KULAKAÇ'a,

İşlerini layıkıyla yapan Ordu Korgan Devlet Hastanesi ve Samsun Bafra Devlet Hastanesi mesai arkadaşlarıma,

Hayatımın her döneminde kendimi geliştirmem, daha ileri gitmem için maddi ve manevi desteğini her zaman hissettiğim babam Selim DURU'ya, benim için hiç bir fedakarlıktan kaçınmayan, sevgisini hep hissettiğim annem Gülüzar DURU'ya, hayatımın her döneminde beraber olduğumuz, motivasyon kaynağım kardeşim Gizem DURU'ya, hayatıma güneş gibi doğan ve neşe kaynağım olan minik kardeşim Duru Eslim DURU'ya sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

KADINLARIN KADERCİLİK EĞİLİMLERİ İLE SERVİKAL KANSERİN ERKEN TANISINA YÖNELİK TUTUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Amaç: Bu araştırmanın amacı kadınların kadercilik eğilimleri ile servikal kanserin erken tanısına yönelik tutumları arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Materyal ve Metot: Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte yapılan bu araştırma 1 Ağustos 2019-1 Aralık 2019 tarihleri arasında Samsun Bafra İlçesi Toplum Sağlığı Merkezi'ne bağlı Aile Sağlığı Merkez'lerine kayıtlı 602 kadın ile yapılmıştır. Araştırma verileri, araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen Soru Formu, Servikal Kanser Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği ve Kadercilik Eğilimi Ölçeği kullanılarak toplanmıştır.

Bulgular: Kadınların %83,4'ünün pap smear testini bildiği ve %54,3'ünün en az bir kez pap smear testi yaptırdığı belirlenmiştir. Servikal Kanser Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği toplam puan ortalaması $95,3 \pm 18,6$; Kadercilik Eğilimi Ölçeği toplam puan ortalaması $70,7 \pm 25,5$ olarak belirlenmiştir. Servikal Kanser Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği ve Kadercilik Eğilimi Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı negatif yönlü orta şiddette bir ilişki tespit edilmiştir ($p < 0,001$; $r = -0,646$).

Sonuç: Kadınların servikal kanserin erken tanısına ilişkin orta düzeyde olumlu tutuma ve orta düzeyde kadercilik eğilimine sahip oldukları belirlenmiştir. Yüksek kadercilik eğilimine sahip kadınların servikal kanserin erken tanısına ilişkin daha olumsuz tutuma sahip oldukları ve pap smear testi tarama programlarına katılım oranlarının düşük olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Erken tarama; Kadercilik; Pap smear; Serviks kanseri.

Gökcem, DURU, Yüksek Lisans Tezi

Ondokuz Mayıs Üniversitesi - Samsun, Temmuz-2020

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN WOMEN'S FATALISM TENDENCIES AND ATTITUDES TOWARDS EARLY DIAGNOSIS OF CERVICAL CANCER

Aim: The aim of this study is to determine the relationship between women's fatalism tendencies and their attitudes towards early diagnosis of cervical cancer.

Material and Method: This descriptive and relationship-seeker study was conducted with 602 women registered in the Family Health Center of Samsun Bafra District Community Health Center between 1 August 2019 and 1 December 2019. The research data were collected using the Questionnaire developed by the researcher in line with the literature, the Scale of Attitudes towards Early Diagnosis of Cervical Cancer and the Fatalism Tendency Scale.

Results: It was determined that 83.4% of women knew the pap smear test and 54.3% of them had at least one pap smear test. The total score average of the Scale of Attitudes towards Early Diagnosis of Cervical Cancer was 95.3 ± 18.6 and the total score average of the Fatalism Tendency Scale was 70.7 ± 25.5 . A statistically significant moderate negative correlation was found between the Scale of Attitudes towards Early Diagnosis of Cervical Cancer and the Fatalism Tendency Scale ($p < 0.001$; $r = -0.646$).

Conclusion: It was determined that women had a moderate positive attitude towards the early diagnosis of cervical cancer and a moderate tendency towards fatalism. It was determined that women with high fatalism tendencies had a more negative attitude towards the early diagnosis of cervical cancer and their participation rates in pap smear test screening programs were low.

Keywords: Cervical cancer; Early screening; Fatalism; Pap smear.

SİMGELER VE KISALTMALAR

AACN	:	The American Association of Colleges of Nursing
AANP	:	American Association of Nurse Practitioners
ACCP	:	Alliance for Cervical Cancer Prevention
ACOG	:	American College of Obstetricians and Gynecologists
ACS	:	American Cancer Society
ASCCP	:	American Society for Colposcopy and Cervical Pathology
ASM	:	Aile Sağlığı Merkezi
CCA	:	Cervical Cancer Action
CIN	:	Cervical Intraepithelial Neoplasia
CIS	:	Cervical Carcinoma In Situ
CKC	:	Cold Knife Conization
DSÖ	:	Dünya Sağlık Örgütü
FIGO	:	International Federation of Gynecology and Obstetrics
GLOBOCAN	:	Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide Project
HIV	:	Human immunodeficiency virüs
HPV	:	Human papilloma virüs
IARC	:	International Agency for Research on Cancer
KETEM	:	Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi
KEÖ	:	Kadercilik Eğilimi Ölçeği
LEEP	:	Loop Elektrocerrahi Eksizyon Prosedürü
M.Ö.	:	Milattan Önce
NIH	:	National Cancer Institute
NSW	:	New South Wales
NONPF	:	The National Organization of Nurse Practitioner Faculties
PAHO	:	Pan American Health Organization
PAP	:	Papanicolaou
RHO	:	Reproductive Health Outlook

SİM	:	Sağlık İnanç Modeli
TSM	:	Toplum Sağlığı Merkezi
TÜİK	:	Türkiye İstatistik Kurumu
WCRF	:	World Cancer Research Fund International
WHO	:	World Health Organization



İÇİNDEKİLER

ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
SİMGELER VE KISALTMALAR	vi
İÇİNDEKİLER	viii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırmanın Soruları	3
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1.Kanser Tanımı ve Epidemiyolojisi	4
2.2.Servikal Kanser	5
2.2.1. Servikal Kanser Epidemiyolojisi	5
2.2.2. Servikal Kanser Etiyolojisi	6
2.2.3. Servikal Kanser Klinik Görünüm ve Evrelemesi	7
2.2.4. Servikal Kanserden Korunma ve Erken Tanı Yöntemleri	10
2.2.5. Servikal Kanserde Tedavi Yöntemleri.....	15
2.3.Kadercilik Eğilimi	20
2.3.1. Hastalık, Sağlık ve Kadercilik Arasındaki İlişki	23
2.3.2. Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum ve Kadercilik Eğilimi Arasındaki İlişki.....	25
2.4. Servikal Kanserden Korunma ve Erken Tanıda Hemşirelerin Rollerini.....	28
3. MATERYAL VE METOT	33
3.1. Materyal	33
3.1.1. Araştırmanın Şekli	33
3.1.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	33
3.2. Metot	33
3.2.1. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	33
3.2.2. Verilerin Toplanması	36
3.2.3. Veri Toplama Araçları	36
3.2.4. Verilerin Analizi	38
3.2.5. Araştırmanın Etik Boyutu.....	38

3.2.6. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	38
4. BULGULAR.....	39
4.1. Kadınların Tanıtıcı Özellikleri ile Pap Smear Testi ve Servikal Kansere Yönelik Bulgular.....	39
4.2. Kadınların Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği'ne Yönelik Bulgular.....	45
4.3. Kadınların Kadercilik Eğilimi Ölçeği'ne Yönelik Bulguları.....	60
5. TARTIŞMA.....	78
5.1. Kadınların Pap Smear Testi ve Servikal Kansere Yönelik Bulgularının Tartışılması.....	78
5.2. Kadınların Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği'ne Yönelik Bulgularının Tartışılması	82
5.3. Kadınların Kadercilik Eğilimi Ölçeği'ne Yönelik Bulgularının Tartışılması.....	86
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	90
6.1. Sonuç.....	90
6.2. Öneriler	91
KAYNAKLAR.....	93
EKLER	117
ÖZGEÇMİŞ	124

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kanser, dünyada ölüm nedenleri arasında kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci sırada yer almaktadır (WHO, 2018). Kanser önlenebilir hastalıklar arasında yer almasına rağmen günümüzde yetişkin dönem ölüm nedenleri arasında üst sıralarda yer almaya devam etmektedir (Özkan ve ark., 2013; Kobayashi ve Smith, 2016; Ritchie ve Roser, 2017; Altınal, 2018). Özellikle serviks kanseri erken taramalar ile önlenebilen bir kanser türüdür ve küresel boyutta sekizinci sırada görülürken, kadınlarda en sık görülen dördüncü kanser türüdür. Dünyada 2018 yılı verilerine göre 500.000'den fazla yeni serviks kanseri vakası tespit edilmiştir (WCRF, 2018). Servikal kanser gelişimi yüksek riskli HPV tiplerinin sürekliliği ile yakından ilişkili olsa da bu virüsün servikal kanserin tek nedeni olmadığı, kadınların hepsinin risk altında olduğu ve bireysel farklılıkların servikal kansere yakalanma riskini etkilediği bilinmektedir. Servikal kanser riskini artıran öncelikli nedenler arasında; çok eşlilik, fazla doğum sayısı, cinsel yolla bulaşan enfeksiyon öyküsü, erken yaşta cinsel ilişkiye başlama ve sigara kullanma yer almaktadır (Kanbur ve Çapık, 2011; Arabacı, 2012; Kurt ve ark., 2013; Mavi Aydoğdu ve Özsoy, 2018).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), serviks kanseri taramalarının etkili bir şekilde planlandığında, uygun şekilde finanse edildiğinde ve uygulandığında kanserden kaynaklanan ölümleri ve kanser gelişme riskini azaltabileceğini vurgulayarak tarama programlarına katılımı önermektedir (WHO, 2019a). Çünkü servikal kanserin uzun bir preklinik döneminin olması prekanseröz servikal lezyonların taramalar yoluyla erken dönemde saptanmasına böylece serviks kanserinin hem insidansının hem de mortalitesinin azaltılmasına imkan vermektedir (Eroğlu ve Koç, 2014). Buna göre ulusal ve uluslararası tarama programları serviks kanseri taramalarına 21 yaşında başlanması ve son iki HPV veya pap smear testinin negatif olması durumunda 65 yaşında sona ermesi yönündedir (Tavafian, 2012). Ancak gelişmekte olan ülkelerde çeşitli nedenlerden dolayı tarama programlarına katılım istenen düzeyde değildir ve bu durum serviks kanserinin önemli bir sağlık sorunu olmaya devam etmesinin nedeni olarak gösterilmektedir (Açıkgöz ve Çehreli, 2011; Kanbur ve Çapık, 2011; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017; ACS, 2018). Literatürde kanser taramalarına katılımın önündeki engelleri belirlemek için yapılan çalışmalarda, toplumun eğitim ve farkındalık

eksikliğinin, tarama protokolünün anlaşılmasının, eğitimli personelin ve hatırlatıcıların yetersizliğinin yanı sıra kanser ile ilgili bilgi, inanç ve algıların, kadercilik eğiliminin ve korku gibi kişisel faktörlerin de etkili olduğu belirlenmiştir (Jia ve ark., 2013; Smith ve ark., 2015; Kobayashi ve Smith, 2016; Tuzcu ve ark., 2018). Ayrıca çalışmalarda kişisel faktörlerden kadercilik eğilimi düşük öz-yeterlilik ile ilişkilendirilmiş ve genellikle gelişmemiş, az gelişmiş sosyo-ekonomik koşullara sahip toplumlarda düşük öz-yeterlilik algısının buna bağlı olarak da kaderci eğilimin varlığı rapor edilmiştir. Buna karşılık batı toplumlarında kadercilik eğiliminin günlük yaşamda merkezi rol oynayacak düzeyde etkiye sahip olmadığı da bildirilmektedir (Bernard ve ark., 2012; Kulakçı Altıntaş ve Korkmaz Aslan, 2018).

Kadercilik eğilimi, olayları açıklama, olaylar karşısında tepki verme, eyleme geçme, karar verme açısından hemen her alanda toplumu etkilemektedir (Bernard ve ark., 2012; Orhan, 2017). Kaderci eğilime sahip bireyler, olanları ya da olacakları dışsal faktörlere (kadere) bağladığı için, bu eğilime sahip olmanın sağlıklı olma, hastalıklar için önlem alma veya tedavi imkânı arama davranışlarını da etkileyeceği düşünülmektedir (Powe ve Finnie, 2003; Mounger, 2012; Kuh ve Erdem, 2019). Bu düşünceden yola çıkılarak yapılan çalışmalarda kadercilik eğiliminin kanser önleme ve erken teşhis çabalarında potansiyel bir engel olabileceği sonucuna ulaşılmıştır. Özellikle erken teşhis ile kanser gelişme riskinin azaltılabildiği meme ve serviks kanseri taramasına yönelik yapılan araştırmalarda kanser kaderciliği algıları yüksek kadınların tarama kılavuzları hakkındaki bilgilerinin ve taramalara katılım oranlarının düşük olduğu belirlenmiştir (Powe ve ark., 2006; Espinosa de los Monteros ve Gallo, 2011; Jia ve ark., 2013; Chan ve So, 2017; Leung ve ark., 2017; Diana, 2018).

Kadın sağlığını ve dolayısıyla toplumun sağlığını etkileme ihtimali düşünüldüğünde; kadercilik eğilimi yaklaşımının sağlık profesyonelleri tarafından bilinmesinin önemi ortaya çıkmaktadır. Özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinde aktif rolü olan hemşirelerin, kanser ve tarama programlarına ilişkin bilgilendirme ve eğitim programları düzenlerken bireyin içinde bulunduğu toplumun değerlerini, din, kültür ve sağlık ilişkisini göz önünde bulundurmaları ve bütüncül bir yaklaşım içinde olmaları toplumun kanser algısının değişmesinde ve tarama programlarına katılımın artırılabilmesinde önemlidir. Ulusal boyutta konuya daha fazla dikkat çekmek ve bir

Çalışma bulgusu oluşturmak adına kadercilik eğilimi faktörü ile serviks kanseri erken tanılamasına ilişkin tutumlarının incelendiği bu araştırma gerçekleştirilmiştir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, kadınların kadercilik eğilimleri ile servikal kanserin erken tanısına yönelik tutumları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Soruları

Bu araştırmada aşağıda belirtilen sorulara yanıt aranmıştır.

1. Kadınların servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutumları nasıldır?
2. Kadınların kadercilik eğilim düzeyleri nasıldır?
3. Kadınların kadercilik eğilim düzeyleri ile servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutumları arasında bir ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Kanser Tanımı ve Epidemiyolojisi

Kanser, anormal hücrelerin normal sınırlarının ötesinde büyümesiyle karakterize edilen, daha sonra çevre doku ve organlara ve/veya diğer organlara yayılabilen geniş bir hastalık grubu için kullanılan genel bir terimdir. Ayrıca malign tümör ve neoplazma da kanser yerine kullanılan terimler arasındadır. Kanserler her biri farklı yönetim gerektiren anatomik ve moleküler alt türlere sahiptir ve vücudun hemen her bölümünü/organını etkilemektedir (WHO, 2018). Kanser farklı çeşitleri biliniyor olsa da bütün kanserler hücrelerin düzensiz bir şekilde çoğalmasıyla başlamakta, kanser hangi organ veya dokuda meydana geldiyse adını o organ veya dokudan almaktadır (Ayaz, 2019; Selvi, 2019; Yılmaz, 2019).

Kanser, dünya çapında ikinci önde gelen ölüm nedenidir ve 2018'de 9,6 milyon ölümün kansere bağlı gerçekleştiği tahmin edilmektedir. Önceki istatistikler incelendiğinde kanser teşhisi alan birey sayısının ülkemizde ve dünyada günden güne arttığı görülmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014; WHO, 2018). Yine yapılan çalışmalarda kanser türlerinin farklı gruplarda farklı insidanslara sahip olduğu; akciğer, prostat, kolorektal, mide ve karaciğer kanserinin erkeklerde; meme, kolorektal, akciğer, serviks ve tiroid kanserinin kadınlarda en sık görüldüğü belirlenmiştir (WHO, 2018).

Tablo 1'de ülkelerin gelişmişlik düzeyine ve cinsiyete göre en sık görülen kanser türleri yer almaktadır.

Tablo 1. Ülkelerin gelişmişlik düzeyine ve cinsiyete göre en sık görülen kanser türleri (Bray ve ark., 2018)

ERKEK			KADIN		
Sıra	Kanser Türü	Yeni Olgu 9.5 milyon	Sıra	Kanser Türü	Yeni Olgu 8.6 milyon
1.	Akciğer	% 14,5	1.	Meme	% 24,2
2.	Prostat	% 13,5	2.	Kolorektal	% 9,5
3.	Kolorektal	% 10,9	3.	Akciğer	% 8,4
4.	Mide	% 7,2	4.	Serviks	% 6,6
5.	Karaciğer	% 6,3	5.	Troit	% 5,1

2.2.Servikal Kanser

2.2.1. Servikal Kanser Epidemiyolojisi

DSÖ'nün Kanser Araştırmaları Uluslararası Ajansı (International Agency for Research on Cancer-IARC) tarafından 2018 yılında yayınlanan Global Kanser İnsidans, Prevelans ve Mortalite Projesi (Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide Project-GLOBOCAN) verilerine göre serviks kanseri, dünya genelinde kadınlarda görülen en yaygın dördüncü kanser türüdür ve tüm yeni kanser olgularının %3,2'sini oluşturmaktadır. Kadınlarda görülen kanserler arasında serviks kanserinin yüksek gelirli ülkelerdeki insidans hızı yüz binde 10,4 ve mortalite hızı yüz binde 18,2; düşük ve orta gelirli ülkelerde ise insidans hızı yüz binde 4,1 ve mortalite hızı yüz binde 12 olarak belirlenmiştir (GLOBOCAN, 2018).

Amerikan Kanser Birliği (American Cancer Society-ACS) (2018)'ne göre servikal kanser en sık 35-44 yaşları arasında teşhis edilmektedir. Servikal kanser tanısı alan tüm kadınlar için 5 yıllık sağ kalım oranı %66'dır. Ancak hayatta kalma oranları ırk, etnik köken ve yaş faktörlerine göre değişmektedir. Serviks kanser tanısı erken bir aşamada tespit edildiğinde invaziv servikal kanserli kadınlar için 5 yıllık sağ kalım

oranının %92, serviks kanseri çevreleyen dokulara veya organlara ve /veya bölgesel lenf düğümlerine yayılmışsa %56, kanser vücudun uzak bir kısmına yayılmışsa %17 olarak bildirilmektedir (ACS, 2019).

Ülkemizde 2014 yılında yaşa standardize kanser hızı kadınlarda yüz binde 173,6; serviks kanserinin ise yüz binde 4,0'dır. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı 2014 yılı kanser istatistiklerine göre; serviks kanseri, Türkiye'de kadınlarda en çok görülen kanserler arasında meme, tiroid, kolorektal, uterus korpusu, akciğer, over, mide, nonHodgkin lenfoma kanserlerinden sonra dokuzuncu sırada, jinekolojik kanserler arasında ise endometrium ve overden sonra üçüncü sırada yer almaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014).

2.2.2. Servikal Kanser Etiyolojisi

Serviks kanseri HPV ile ilişkili en yaygın hastalıktır ve neredeyse tüm serviks kanseri vakaları HPV enfeksiyonuna bağlanmaktadır (WHO, 2019b). HPV tipleri ilk kez 1980'lerin başında, Harald zur Hausen ve arkadaşları tarafından serviks kanserinin nedeni olarak tanımlanmıştır (RHO, 2012). HPV; vajinal, anal veya oral seks yoluyla yayılan 100'den fazla tipi olan bir virüstür (NIH, 2019; WHO, 2019b). HPV türlerinin bazıları kansere neden olma potansiyeli yüksek (yüksek riskli tipler), bazılarının ise düşüktür (düşük riskli tipler) vardır (Munoz ve ark., 2006; NSW, 2017). Yüksek riskli tipler çoğunlukla anogenital kansere neden olurken, düşük riskli tipler genital siğillere, anormal servikal sitolojiye, tekrarlayan solunum papillomatozisine veya en sık olarak enfeksiyonlara neden olmaktadır (Spitzer, 2006). Düşük riskli HPV enfeksiyonları genellikle, bulaştan sonraki birkaç ay içerisinde herhangi bir müdahale olmadan iyileşmekte ve 2 yıl içinde yaklaşık %90'ı kişinin immün sistemi sayesinde etkisiz hale gelebilmektedir. Ancak bazı HPV tipleri serviks yüzeyini kaplayan hücreleri enfekte ettiğinde, hücrelerinin değişmesine, normal işlevlerinin bozulmasına ve kontrolsüz bir şekilde büyümelerine neden olarak serviks kanserine kadar ilerleyebilmektedir. HPV 16 ve 18, tüm serviks kanseri vakalarının yaklaşık %70'i ile ilişkili iki yüksek riskli HPV türüdür (Clifford ve ark., 2006; Smith ve ark., 2007). En az 11 HPV tipi de yüksek riskli gruptadır ve bunlar arasında HPV 45 ve 31, tüm vakaların yaklaşık %4'ünü oluşturmaktadır (NSW, 2017). Cinsel olarak aktif kadın ve erkeklerin çoğu yaşamlarının bir noktasında enfekte olur ve bazıları tekrar tekrar enfekte olabilmektedir. Hem kadınlar hem de erkekler için enfeksiyon bulaşının en yoğun olduğu zaman cinsel

olarak aktif hale geldikten kısa bir süre sonradır ve HPV'nin penetrasyonu için cinsel ilişki gerekli değildir. Deriden cilde genital temas, iyi bilinen bir iletim şeklidir. İmmün sistemi normal olan kadınlarda serviks kanserinin gelişmesi ortalama 15 ile 20 yıl arası sürmektedir. Tedavi edilmemiş HIV enfeksiyonu olanlar gibi, zayıf bağışıklık sistemi olan kadınlarda yalnızca 5 ile 10 yıl arasında sürebilmektedir (WHO, 2019b). Enfekte bir kadının kanser geliştirip geliştirmemesini etkileyebilecek risk faktörleri aşağıda sıralanmıştır:

- Erken yaşta cinsel ilişkiye başlama,
- Erken yaşta doğum,
- Sigara içmek,
- Düşük sosyoekonomik düzey,
- Prekanseroz lezyonların taranmaması/tedavi edilmemesi,
- Uzun süreli hormonal kontraseptif kullanımı,
- Cinsel partner sayısının fazlalığı,
- Human immunodeficiency virüs (HIV) veya diğer cinsel yolla bulaşan enfeksiyon (Örneğin, Herpes virüsü veya Chlamydia Trachomatis vb.) geçirmiş olmak,
- HIV, diğer hastalıklar, kemoterapi veya başka nedenlerle immünosüpresyon kullanmak (Snijders ve ark., 2006; Smith ve ark., 2007; RHO, 2012; Bahıtlı, 2016).

2.2.3. Servikal Kanser Klinik Görünüm ve Evrelemesi

Kadınların serviks kanserinin belirti ve bulguları konusunda bilgilendirilmesi, kanser evresinin erken dönemlerinde tanınması ve böylece genel sağ kalım oranlarının yükselmesine katkı sağlayacağı için oldukça önemlidir (Çankaya, 2017). Bu nedenle servikal kanser belirti ve bulguları iki ayrı dönemde incelenmektedir. Preinvaziv kanser döneminde, hastalığın klinik bir bulgusu yoktur; yalnızca sitolojik servikal örnek sonuçları ve ultrasensitif PCR teknikleri ile HPV DNA'sı belirlenebilmektedir. Genital kondilom, gözle görülebilen lezyonlar ya da belirtilerin bulunduğu dönem ise invaziv kanser adı da verilen klinik dönemdir (Aref-Adib ve Freeman-Wang, 2016).

Serviksin preinvaziv lezyon belirti ve bulguları

Preinvaziv servikal lezyon kavramı olarak, 1947 yılında invaziv kanser görüntüsüne sahip ancak epitelle sınırlı olan epitelyal değişiklikleri ifade etmek için

kullanılmıştır. İnvaziv servikal kanserler, sıklıkla uzun süren preinvaziv hastalık evresine sahiptir ve mikroskopik görüntülemelerde, invaziv karsinomlara ilerlemeden önce hücresel değişikliklerden, farklı derecelerde servikal intraepitelyal neoplazilere (CIN) ilerleme ile karakterizedir (Tekin, 2009; Aggarwal, 2014). Servikal intraepitelyal neoplazilerde meydana gelen hücresel değişiklikler; epitelin alt 1/3'ünü kapsıyor ise CIN I, alt 2/3'ünü kapsıyor ise CIN II, epitelin bütününe yakınına kapsıyor ise CIN III, bütününe kapsıyor ise CIS (Cervical Carcinoma In Situ) olarak adlandırılmaktadır (Tekin, 2009). CIN ile ilgili görülebilir bulgular veya spesifik belirtiler bulunmamakta ve CIN tanısı serviksten alınmış olan biyopsi ve doku örneklerinin histopatolojik incelenmesinden sonra kesinleşmektedir (Murphy ve ark., 2003; Aggarwal, 2014). CIN I lezyonlarının büyük çoğunluğu kısa zamanda normale gerilemekte yüksek derecelere ilerlememektedir. Ancak yüksek dereceli CIN (II, III)'lerin bir kısmında gerileme ihtimali olsa da, büyük çoğunluğu invaziv kansere ilerleme potansiyeli taşımaktadır. Preinvaziv lezyonların invaziv kansere ilerlemesinin ortalama 10 ila 20 yıl kadar zaman aldığı bilinmektedir (Tekin, 2009).

Serviksin invaziv lezyon belirti ve bulguları

İnvaziv serviks kanseri genel olarak, servikal epitelde anormal hücre gelişimi ile başlayan, CIN I, II, III ve mikroinvaziv kanser ile devam eden bir süreç sonrası oluşmaktadır. Hızlı ilerleyen serviks kanserine nadir rastlanmaktadır (Çankaya, 2017). İnvazyonun çok erken evrelerinde serviks kanseri, belirgin belirti ve bulgu vermediği için gelişmekte olan çoğu ülkede hastaların büyük bir çoğunluğunun ilk muayenedeki evresi, Evre III ve Evre IV'tür (Tsikouraz ve ark., 2016). Gelişmiş ülkelerde ise tarama testleri daha düzenli yapıldığı için lezyonlar CIS veya mikroinvaziv dönemde iken tanılanmakta ve tedavi şansı yükselmektedir (FIGO, 2014).

Orta derecede ilerlemiş veya ilerlemiş invaziv serviks kanseri olan kadınlar sıklıkla bazı belirtilerden bir veya daha fazlasını göstermektedirler. Bu belirtiler; cinsel ilişki sonrasında kanama, anormal vajinal kanama, postmenapozal kanama, menstrüel periyodlar arasında kanama ve lekelenme, menstrüel kanamaların uzun sürmesi, vajinal yoldan alışılmadık akıntının olması, pelvik muayene sonrası kanama, cinsel ilişki sırasında ağrı olması, bel ağrısı, bacak ödemi ya da idrar yapmada güçlük obstrüktif üropati, barsak obstrüksiyonu, ciddi anemiye bağlı nefes darlığı ve kaşeksidir (Ersin, 2012; Tsikouraz ve ark., 2016). İnvazyon ilerledikçe, hastalık klinik olarak belirgin hale

gelerek spekulum muayenesinde çeşitli büyüme paternleri ile kendini göstermektedir (Murphy ve ark., 2003; Tekin, 2009).

İleri evrede; kötü kokulu akıntı ve kanama ile birlikte, servikste kabartı oluşturan, proliferen olan, karnabahar veya mantar benzeri büyüyen lezyonlar görülmektedir. İnvazyon arttıkça, vajina, parametrium, pelvik yan duvarlar, mesane ve rektum tutulumu görülür, ilerleyen bölgesel hastalık nedeniyle üreter kompresyonu, hidronefroz ile sonuçlanan üreteral obstrüksiyona bağlı böbrek yetmezliği gelişmektedir. Bölgesel invazyonun beraberinde bölgesel lenf düğümlerine olan metastaz lenf düğümünün kapsülünden dışarı yayılabilir ve doğrudan vertebrayı ve sinir köklerini tutarak sırt ağrısı oluşturabilmektedir. Siyatik sinir köklerinin dallarının doğrudan yayılımı sırt, bel ve bacak ağrısına; pelvik duvar venlerinin ve lenfatiklerinin sıkıştırılması ise bacaklarda ödeme neden olmaktadır. Servikal kanserin uzak metastazı ise geç dönemde akciğerler, karaciğer, kemik ve paraaortik nodlarda gerçekleşmektedir (Batkın Devrim, 2019).

Servikal Kanser Evrelemesi

Uluslararası Jinekoloji ve Obstetrik Federasyonu (International Federation of Gynecology and Obstetrics-FIGO) 2018 yılında uterin serviksin karsinomu için evreleme sistemini revize etmiştir (Bhatla ve ark., 2018). Önceki 2014 FIGO evreleme sistemindeki büyük değişikliklerden biri, evre IB hastalığının revize edilmiş evrelemede iki alt gruba ayrılmasıdır (FIGO, 2014; Bhatla ve ark., 2018). Ayrıca bu yeni evreleme sistemi, lenf nodu metastazının servikal kanserinde majör bir prognostik faktör olarak önemini açıkça yansıtmaktadır (Waggoner, 2003). Hem klinik olarak erken evre hem de lokal ileri evre hastalıkta, lenf nodu metastazı sağ kalımın azalmasıyla ilişkili ana prognostik faktör kabul edilmiştir (Peters ve ark., 2000; Singh ve ark., 2003). Özellikle evre IB ve evre III servikal kanser tanımlarında yapılan önemli değişikliklerle revize edilmiş güncel FIGO evreleme sistemi, Tablo 2’de sunulmuştur.

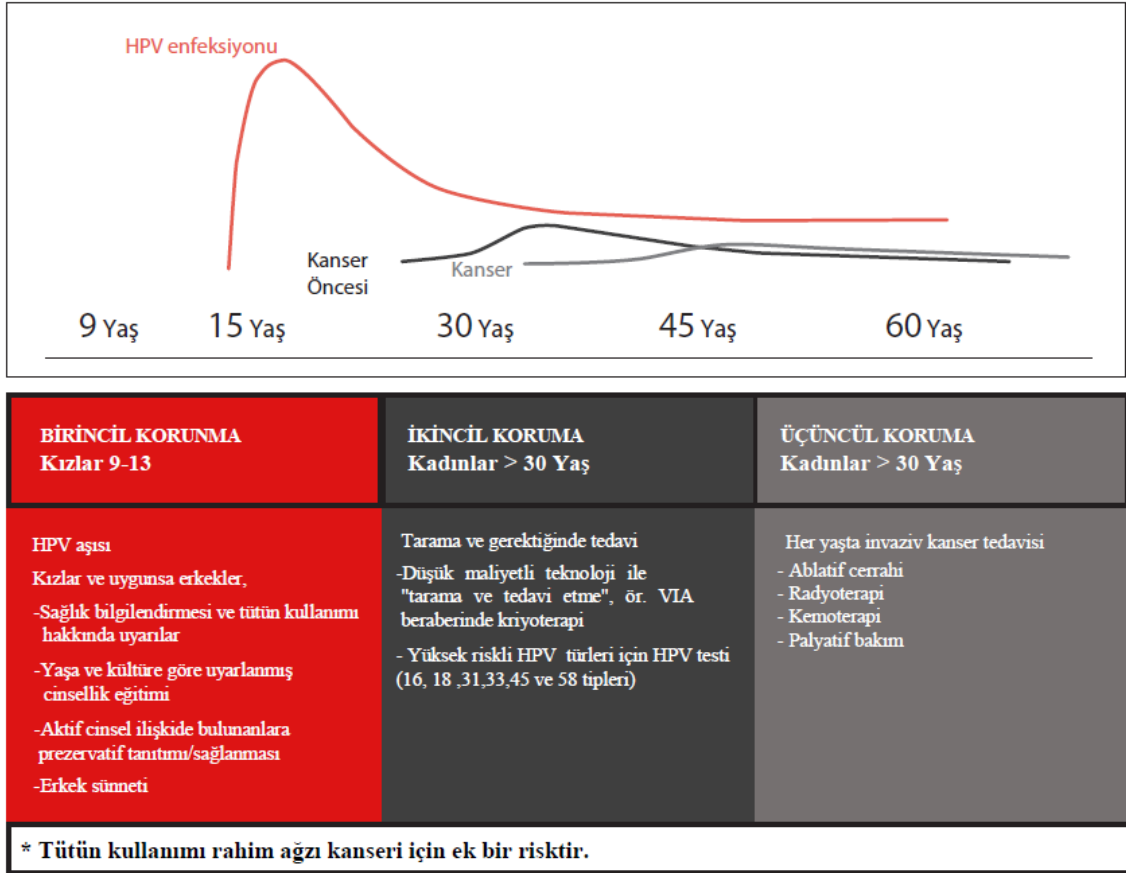
Tablo 2. Serviks kanserinde FIGO evrelemesi 2018 (Bhatla ve ark., 2018)

Evre 1	Servikse sınırlı tümör. Uterus korpusa yayılım dikkate alınmaz. IA1 ve IA2 tanıların konizasyon gibi tüm lezyonu içerecek bir numuneye dayandırılması tercih edilir.
1a	Yalnızca mikroskopik kanser; Stromal invazyon $\leq 5\text{mm}$ ve en geniş yatay uzanım $\leq 7\text{mm}$
1a1	Stromal invazyon $\leq 3\text{mm}$ ve en geniş yatay uzanım $\leq 7\text{mm}$ o
1a2	Stromal invazyon $> 3\text{mm}$ ve $\leq 5\text{mm}$ ve en geniş yatay uzanım $\leq 7\text{mm}$
1b	Servikte sınırlı ancak klinik olarak görülebilen veya preklinik (gözle görülmeyen) ancak evre 1a'dan daha ileri tümör (tüm klinik lezyonlar yüzeysel invazyon olsa bile IB'dir)
1b1	Tümör çapı $\leq 4\text{ cm}$
1b2	Tümör çapı $> 4\text{ cm}$
Evre 2	Serviksi aşmış ancak pelvik yan duvara veya vajen alt 1/3'e kadar uzanmayan tümör
2a	Parametrial tutulum yok ve serviksin üst 2/3 vajene kadar tutulum
2a1	Tümör çapı $\leq 4\text{ cm}$ o
2a2	Tümör çapı $> 4\text{ cm}$
2b	Parametrial tutulum var
Evre 3	Pelvik yan duvara ve/veya vajen alt 1/3'e kadar uzanan tümör (hidronefroz veya fonksiyon kaybı olan böbrek varlığı bu evreye girer)
3a	Vajen alt 1/3 tutulum var pelvik yan duvar tutulumu yok.
3b	Pelvik yan duvar tutulumu ve/veya hidronefroz veya böbrek fonksiyon kaybı
Evre 4	Gerçek pelvisi aşmış tümör yada klinik olarak rektum/mesane invazyonu
4a	Komşu pelvik organ yayılımı (mesane/rektum mukozası)
4b	Uzak organ metastazı

2.2.4. Servikal Kanserden Korunma ve Erken Tanı Yöntemleri

Servikal kanser taraması, hücrelerin arasında servikal kansere dönüşebilecek değişiklikleri tespit etmek için kullanılır. Tarama servikal sitolojiyi (pap test/pap smear) ve bazı kadınlar için HPV testini içermekte, her iki testte de serviksten alınan hücreler kullanılmaktadır. Servikal hücrelerdeki yüksek dereceli değişikliklerin kanser olması

genellikle yıllar sürmekte ve bu nedenle taramalar ile belirlenen değişiklikler kansere dönüşmeden önce tespit edilebilmektedir. Serviks kanseri öyküsü olan, HIV ile enfekte ve zayıf bir bağışıklık sistemine sahip veya doğumdan önce dietilstilbestrole (DES) maruz kalan kadınlarda daha sık tarama gerekebildiği için rutin yönergeler bu grubu kapsamamaktadır (WHO, 2014a; ACOG, 2017). DSÖ, ülke koşullarına bağlı olarak izleme ve değerlendirme için farklı yaklaşımları (saha ziyaretleri; akran değerlendirmesi; müşteri ve topluluk değerlendirmesi ve yeni bilgi ve iletişim teknolojilerinin kullanımı) önermektedir (Şekil 1) (WHO, 2014a).



Şekil 1. DSÖ'nün HPV enfeksiyonunu önlemek için geliştirdiği yaşam boyu programatik müdahale programı (WHO, 2014a)

Birincil önleme; HPV enfeksiyonu riskini azaltmak amaçlıdır. Kalıcı HPV enfeksiyonları serviks kanserine neden olduğu için halk sağlığı için hedef HPV enfeksiyonlarını azaltmaktır. Birincil önleme kapsamındaki müdahaleler aşağıda sıralanmıştır:

- Cinsel aktiviteye başlamadan önce 9-13 yaş arası (veya ulusal yönergelerde belirtilen yaş aralığı) kızlar için aşı programı,
- Yaşa ve kültüre göre uyarlanmış cinsellik eğitimi ve HPV bulaşma riskini azaltmak amacıyla HIV dahil cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar hakkında eğitim yapılması,
- Cinsel aktivitenin başlama yaşının arttırılması ve yüksek riskli cinsel davranışların azaltılması doğrultusunda mesajlar verilmesi,
- Cinsel olarak aktif olanlar için prezervatif kullanımına ve ulaşılmasına yönelik bilgilendirme yapılması,
- Uygun olan merkezlerde ve koşullarda erkek sünnetinin yapılması önerilmektedir.

Sağlıklı kadınlar arasında dünya genelinde tahmini kesitsel HPV prevalansı %11,7 olduğu, yaşa özgü kesitsel HPV prevalansının 25 yaşın altındaki kadınlarda %25 oranında zirve yaptığı dikkate alındığında ve enfeksiyonun ağırlıklı olarak cinsel yaşam başladıktan sonra cinsel yolla bulaştığını göstermektedir. Bu nedenle, önleyici bir strateji olarak profilaktik HPV aşısı için hedef grup cinsel aktiviteye başlamadan önce 9-13 yaş arası kız çocukları olarak belirlenmiştir. Şu anda birçok ülkede, yüksek riskli HPV tiplerinin neden olduğu premalign lezyonların ve serviks, vulva, vajina ve anüsleri etkileyen kanserlerin önlenmesi için 9 yaşından itibaren kadın ve erkeklerde kullanılmak üzere üç profilaktik HPV aşısı mevcuttur. 9-14 yaş arası kız ve erkek çocuklar için iki dozlu bir program (0. 5. ve 13. aylarda 0,5 mL) önerilmektedir (Bhatla ve ark., 2018). İkinci aşı dozu, ilk dozdan 5 ay sonra verilirse, üçüncü bir doz önerilmektedir. Yine 15 yaş ve üstü çocuklar (kız ve erkekler) ile bağışıklığı baskılanmış hastalarda yaşa bakılmaksızın üç doz tavsiye edilmektedir (0., 1. ve 6. ayda 0,5 mL). DSÖ son verilerine göre HPV aşlarıyla ilgili herhangi bir güvenlik endişesi bulunmamaktadır (WHO, 2017; Bhatla ve ark., 2018).

İkincil korunma; kanser öncesi tarama ve tedavi amaçlıdır. Halk sağlığı hedefi, serviks kanseri insidansını ve prevalansını azaltmak, kanser öncesi dönemde invaziv duruma ilerlemeyi önleyerek mortalite oranını azaltmaya çalışmaktır. HPV aşısı olan kız çocukları da, hedeflenen yaşlara ulaştıklarında tarama ve tedavi kapsamına alınması önerilmektedir. İkincil önleme için müdahaleler aşağıda sıralanmıştır:

- Danışma ve bilgi paylaşımı,

- Genellikle asemptomatik olan prekanseröz lezyonları tanımlamak için; 30-49 yaş arası tüm kadınlar (veya ulusal olarak belirlenen standartlar) için tarama,
- Belirlenmiş prekanseröz lezyonların invaziv kansere ilerlemeden önce tedavisinin yapılması.

Üçüncül koruma; invaziv serviks kanserinin tedavisidir. Halk sağlığı hedefi serviks kanseri nedeniyle mortalite oranını azaltmaktadır. Üçüncül önleme için müdahaleler aşağıda sıralanmıştır:

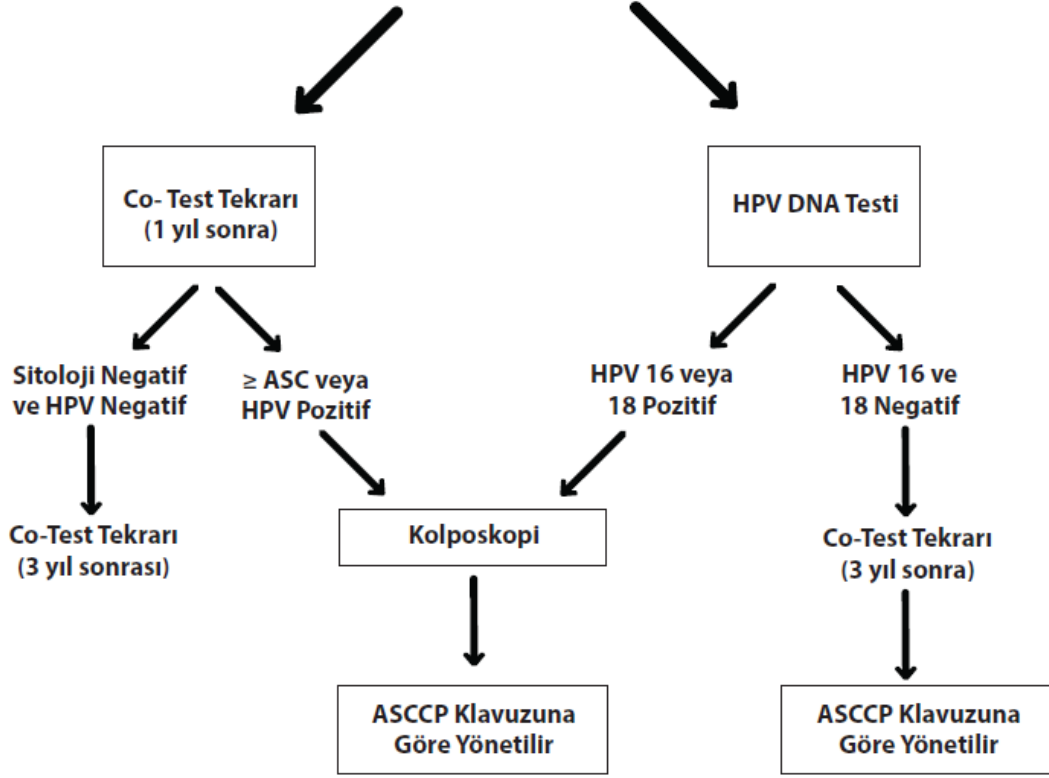
- Doğru ve zamanında kanser yayılan bölgenin teşhis edilmesi.
- Birinci basamak sağlık kuruluşlarından, kanser teşhis ve tedavisi sunan tesislere sevkinin sağlanması.
- Tanıya göre her aşamaya uygun tedavinin planlanması,
 - Kanserın erken döneminde: Kanser serviks ve etrafındaki alanlarla sınırlıysa (pelvik alan), tedavi iyileşmeyi sağlayabilmekte,
 - Kanserın ileri döneminde: Kanser serviks ve pelvik alanın ötesindeki dokuları içeriyorsa ve/veya metastazlar varsa, tedavi yaşam kalitesini artırarak, semptomları kontrol edebilir ve acı en aza indirebilir hale gelmektedir (WHO, 2013a; WHO, 2017).

Amerikan Obstetrisyenler ve Jinekolojistler Birliğı (American Collage of Obstetricians and Gynecologists-ACOG) tarafından kadınların sağlığı ile ilgili güncel bilgi ve düşünceleri aktarmak amaçlı bir kılavuz hazırlamıştır. Bu kılavuz Tablo 3’te yer almaktadır.

Tablo 3. ACOG servikal kanser tarama önerileri (ACOG, 2018)

Servikal kanser tarama kapsamına alınan kadınların özellikleri	Tarama Önerileri
21 yaşından küçük kadınlar	Tarama kapsamında olmayan grup
21-29 yaş arası kadınlar	Her 3 yılda bir Pap test
30-65 yaş arası kadınlar	Üç seçenek; • Pap testi ve HPV testi (co- test) 5 yılda bir • Her 3 yılda bir Pap test • Her 5 yılda bir tek başına HPV testi
65 yaş ve üzeri kadınlar	Son 5 yıl içinde yapılmış olan en son testte eğer servikal değişiklik öyküsü yoksa ve son 10 yıl içinde arka arkaya üç negatif pap testi sonucu veya arka arkaya iki negatif co-test sonucu varsa taramanın bırakılması önerilir
HPV aşısı yapılan kadınlar tarama kapsamındadır	
Histerektomi ameliyatı geçiren ve serviks alınmayan kadınlar tarama kapsamındadır	
Eğer; • HIV pozitiflik, • Zayıf bir bağışıklık sistemi, • Serviks kanseri geçmişi, • Doğumdan önce dietilstilbestrole maruz kalma durumu varsa	Daha sık tarama programı önerilir
Histerektomi operasyonu geçiren ve serviks alınan kadınlar için;	
• Orta ve şiddetli servikal değişikliklere veya serviks kanseri öyküsüne sahip olma durumunda	• Ameliyattan sonra 20 yıl boyunca taramaya devam edilmesi önerilir
• Orta ila şiddetli servikal değişiklikler veya serviks kanseri geçmişi yoksa	• Tarama önerilmez
Kadın Doğum Uzmanları serviks kanseri taraması dışında her yıl ziyaret edilmeli ve danışmanlık alınmalı (aşılar, sağlık taramaları, kişisel bakım ve üreme sağlığı hakkındaki en son bilgiler için)	

30 Yaş ve Üzeri, Sitoloji Negatif ama HPV Pozitif Kadınların Yönetimi



Şekil 2. Sitoloji negatif ancak HPV pozitif olan 30 yaş ve üstü kadınların yönetimi. ASC: atipik yassı hücreleri; ASCCP: American Society for Colposcopy and Cervical Pathology (Amerikan Kolposkopi Derneği ve Servikal Patoloji) (Topfedaisi Özkan, 2013)

Sağlık kurumlarında ASCCP kılavuzuna göre pap smear sonrası serviks kanseri tanısı için en sık kullanılan teşhis araçları arasında kolposkopi, biyopsi ve endoservikal küretaj yer almaktadır (Şekil 2) (Topfedaisi Özkan, 2013).

2.2.5. Servikal Kanserde Tedavi Yöntemleri

Preinvaziv ve İnvaziv servikal kanserin tedavi yönteminin seçimi ve tedaviye devamından önce karşılanması gereken uygunluk kriterleri bulunmaktadır. Bu kriterler:

- Her yöntemin avantajları ve dezavantajları,
- Lezyonun yeri ve ciddiyeti,
- Tedavi için gereken maliyet ve kaynaklar,
- Tedavi sürecini yöneten sağlık profesyonelinin eğitimi ve deneyimidir.

Ayrıca tedavi sürecini yöneten sağlık profesyoneli tarafından önerilen tedavi yönteminden bağımsız olarak, işlemten önce hastadan onay alınması için ve kadının bilinçli bir seçim yapabilmesi için prosedür hakkında bilgilendirilme ihtiyacı karşılanmalıdır (WHO, 2011; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014).

Kanserin erken döneminde: Kanser serviks ve etrafındaki alanlarla sınırlıysa (pelvik alan), yapılacak tedavi ile iyileşme sağlanabilmektedir. Ancak tarama hizmetlerinin tedavi ve tedavi sonrası takip ile bağlantılı olması sağlanmalıdır. Preinvaziv servikal kanser olan kadınlarda kriyoterapi, Loop Elektrocerrahi Eksizyon Prosedürü (Loop Electrosurgical Excision Procedure-LEEP) ve Soğuk Bıçak Konizasyonunun (Cold Knife Conization-CKC) sıklıkla tercih edilen tedavi yöntemleridir. Uterusu çıkarmak için geçerli başka nedenler olmadıkça, kanser öncesi histerektomi yapılması önerilmemektedir. Bu nedenle histerektomi kanser öncesi tedavi için nadiren seçilen bir tedavi yöntemidir. Kanserden şüphelenilen servikal bir anormallik varsa hasta kriyoterapi, LEEP veya CKC ile tedavi edilmemekte, kanser teşhisini doğrulamak veya ekarte etmek için servikal biyopsi önerilmektedir (WHO, 2011; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014).

Kriyoterapi: Servikste ki prekanseröz alanları dondurma yöntemi ile ortadan kaldıran bir yöntemdir. Servikse yüksek derecede soğutulmuş bir metal disk (kriyoprob) uygulanmasını içermektedir. Kriyoterapi, dünyada birçok ülkede pelvik muayenede uzman olan ve kriyoterapi eğitimi almış sağlık profesyoneli (doktorlar, hemşireler ve ebeler) tarafından sağlık kurumlarının tüm seviyelerinde yapılabilirken ülkemizde yalnızca uzman kadın doğum hekimleri tarafından II. ve III. Basamak sağlık hizmetleri kapsamında uygulanmaktadır (WHO, 2011; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014). Kriyoterapi yaklaşık 15 dakika sürmekte ve genellikle iyi tolere edilmektedir. Bu nedenle anesteziye ihtiyaç duyulmamaktadır. Kriyoterapiden sonra, donmuş alan normal epitelyuma dönüşmektedir (WHO, 2011).

LEEP: Elektrocerrahi aracına ait ince telden yapılmış bir halka kullanılarak serviksten anormal alanların çıkarılmasıdır. Eksizyon aracı dokuyu keserken aynı anda pıhtılaşmayı sağlamak için bir elektrot kullanılır. LEEP mevcut lezyonu ve tüm transformasyon alanını ortadan kaldırmayı amaçlamaktadır. Çıkarılan doku, lezyonun boyutunun değerlendirilmesine izin verecek şekilde histopatoloji laboratuvarına gönderilebilmektedir. Bu özelliği ile LEEP hem lezyonu gidermekte (böylece ön kanseri

tedavi eder) hem de patolojik muayene için örnek alınmasını sağlamaktadır. Prosedür ayaktan tedavi şeklinde lokal anestezi altında genellikle 30 dakikadan daha kısa sürede yapılabilmektedir. Bununla birlikte, LEEP'i takiben, kanamanın meydana gelmediğinden emin olmak için hasta sağlık kuruluşunda birkaç saat takip edilmelidir (WHO, 2014b).

CKC: Serviksin dış (ektokerviks) ve iç (endoserviks) kısımları dahil olmak üzere koni şeklindeki bir alanın çıkarılmasıdır. Çıkarılan doku miktarı lezyonun büyüklüğüne ve invaziv kanser bulma olasılığına bağlıdır. Çıkarılan doku histopatolojik tanı için ve anormal dokunun tamamen çıkarıldığından emin olmak için patoloji laboratuvarında incelenmelidir. Bir CKC genellikle gerekli altyapı, ekipman, malzeme ve eğitilmiş, kanama vb. komplikasyonları tanıma ve yönetme yeterliliğine sahip kadın doğum uzmanlarının olduğu hastanelerde yapılmaktadır. İşlem bir saatten az sürmekte, genel veya lokal (spinal veya epidural) anestezi altında gerçekleştirilmektedir. Hasta aynı gün veya ertesi gün taburcu edilmektedir (WHO, 2011; WHO, 2013a).

Tedavi sonrası takip: Tedavi sonrası kadını değerlendirmek ve nüksü tespit etmek için serviks kanseri taramasını içeren bir takip önerilmektedir. Bu takip sonucu negatifse, kadın rutin tarama programına yeniden yönlendirilebilir. Eğer hastanın tedavi sonrasında LEEP veya CKC'den alınan numunede CIN3 veya adenokarsinomu yerinde (AIS) gösteren histopatolojik bir sonuç olması durumunda, üç yıl boyunca her yıl yeniden tarama yapılması önerilmektedir. Eğer bu tarama sonuçları negatifse, o zaman rutin tarama programına yönlendirilir. Kanser öncesi tedavi edilen hastanın takip vizitinde pozitif bir taramaya sahip olması durumunda (serviks kanserinin sürekliliğini veya nüksünü gösterir), eğer ilk tedavi kriyoterapi ile yapılmışsa, mümkünse LEEP veya CKC kullanılarak yeniden tedavi yapılmalıdır. Punch biyopsisi, LEEP veya CKC prosedüründen elde edilen bir örnekten alınan histopatolojik sonuç kanseri gösteriyorsa, hastanın en kısa sürede bir üçüncü basamak hastaneye yönlendirilmesi önemlidir (WHO, 2013b; WHO, 2014b).

İnvaziv serviks kanser tedavisi

Erken invaziv serviks kanseri teşhisi konan kadınlar genellikle etkili tedavi ile tedavi edilebilmektedir. Her ülkede, invaziv serviks kanseri teşhisi konmuş kadınların üçüncü düzey sağlık kurumlarında tedavi edilmesi için sevkleri sağlanmalıdır (Wiebe ve ark., 2012). Bir hastaya sunulan terapötik seçenekler, nitelikli sağlık profesyonellerinin

(yani cerrahlar, tıbbi onkologlar ve/veya radyoterapi uzmanları) bulunmasına bağlı olarak ulusal veya uluslararası kurumsal kılavuz ilkelerine dayanmalıdır. Sağlık profesyonelleri tarafından seçilen tedavi, hastanın kanserden etkilenme düzeyini azaltırken, hastanın ağrısını ve acısını da azaltacağından emin olunmalıdır. Tedavi ve/veya yan etkileri hastalıktan daha büyük riskler taşıyorsa (yani hastanın ömrünü kısaltma veya kalan ömrünün tamamını kötüleştirme olasılığı daha yüksek), o zaman bu tedavi düşünülmemelidir. Tedavi hasta için kişiselleştirilmelidir. Tedavi jinekologlar, onkologlar ve radyoterapi uzmanlarından oluşan bir ekip tarafından planlanmalı, hastanın çıkarlarına yönelik oluşturulan tedavi planı hastaya aktarılmalı ve hastanın tercihleri doğrultusunda tartışılmalıdır. Serviks kanseri tedavisi hastalığın evresine ve serviks kanserinin yayılma derecesine göre; cerrahi tedaviye değerli bir yardımcı olarak radyasyon veya kemoterapi tedavisi ile beraber seçilebilmektedir (Wiebe ve ark., 2012; Barakat ve ark., 2013).

Mikroinvaziv servikal karsinom

FIGO Evre IA

Evre IA1: Cerrahi sınırdaki lenfovasküler boşluk invazyonu (LVSI) veya tümör hücreleri yoksa doğurganlık isteniyorsa, yakın takip ile servikal konizasyon yeterli olmaktadır. Doğurganlık tamamlanmışsa/istenmiyorsa veya kadın menopoz döneminde ise total ekstrapelvik histerektomi önerilebilir (Elliott ve ark., 2000).

Evre IA2: Bu vakalarda küçük bir lenf nodu metastazı riski bulunduğundan, radikal histerektomi veya radikal cerrahiye ek olarak pelvik lenfadenektomi yapılmaktadır (Bouchard-Fortier ve ark., 2014; Kato, 2015). Düşük riskli vakalarda, basit histerektomi veya trakelektomi, pelvik lenfadenektomi veya sentinel lenf nodu değerlendirmesi yeterli bir cerrahi tedavi olmaktadır (Coutant ve ark., 2009; Frumovitz ve ark., 2009). Hasta doğurganlık istediğinde, (1) laparoskopik (veya ekstrapelvik) pelvik lenfadenektomi ile servikal konizasyon; veya (2) pelvik lenfadenektomi ile birlikte radikal karın, vajinal veya laparoskopik trakelektomi yapılabilir.

Tedavi sonrası takip: Mikroinvaziv karsinom tedavisinden sonra hasta 2 ay boyunca 3 aylık pap smear ile, takip eden 3 yıl boyunca 6 aylık periyodlarla, beş yıllık sonuçların negatif çıkması durumunda ulusal yönergelerle göre rutin tarama programına göre takip edilmelidir.

FIGO Evre IB1, IB2, IIA1 lezyonlarının tedavisinde cerrahi tedavi tercih edilen yöntemdir. Genellikle pelvik lenfadenektomi ile tip C radikal histerektomiden (sıklıkla kanser tanısı alan hastalarda uterusun komşu dokuları da içerecek şekilde geniş bir alan ile beraber çıkarıldığı operasyon) oluşmaktadır. Cerrahi operasyon rutin prosedür uygulanabildiği gibi minimal invaziv, yani laparoskopik veya robotik cerrahi de kullanılabilir (Landoni ve ark., 2001).

FIGO Evre IB1, Standart tedavi tip C radikal histerektomidir, ancak bu olgularda modifiye radikal histerektomi düşünülmektedir. Yüksek lenf nodu tutulumu nedeniyle pelvik lenfadenektomi de cerrahiye dahil edilmelidir (Bouchard-Fortier ve ark., 2014; Kato, 2015). Doğurganlık isteyen genç kadınlarda, en büyük çapta 2 cm'ye eşit veya daha küçük olan Evre IA2-IB1 tümörleri için belirtilen radikal trakelektomi yapılabilmektedir (Abu-Rustum ve ark., 2006).

FIGO Evre IB2 ve IIA1 serviks kanseri, cerrahi veya radyoterapi, her ikisi de benzer sonuçlara sahip olduğundan, diğer hasta faktörlerine ve yerel kaynaklara bağlı olarak birincil tedavi olarak cerrahi seçilmektedir.

Cerrahi tedavinin avantajları aşağıda sıralanmıştır:

1. Postoperatif aşamayı kesin olarak histopatolojik bulgulara göre belirlemenin ve böylece her hasta için postoperatif tedavinin bireyselleştirilmesini mümkün kılması,
2. Radyoterapiye dirençli olması muhtemel kanserlerin tedavi edilmesinin mümkün olması,
3. Genç kadınlarda over fonksiyonunun korunmasının mümkün olduğu durumlarda cinsel işlevin korunması sağlandığı için cerrahi tercih edilen bir yöntemdir.

FIGO Evre IB3 ve IIA2: Tümörler bu evrede daha büyük ve nüks riskini artıran ve ameliyat sonrası adjuvan radyasyon gerektiren pozitif lenf nodları, pozitif parametreler veya pozitif cerrahi sınırlar gibi yüksek risk faktörleri olasılığı yüksektir. Evre IB3 ila IIA2 lezyona sahip hastaların prognozları için eşzamanlı platin bazlı kemoradyasyon tercih edilen tedavi seçeneğidir (Landoni ve ark., 1997; Peters ve ark., 2000; Rose ve ark., 2007).

Neoadjuvan kemoterapi aşağıdaki amaçlarla kullanılmaktadır:

1. Tümörün küçülmesini sağlamak, radikal cerrahinin güvenliğini ve iyileştirilebilirliğini artırmak,
2. Mikrometastaz ve uzak metastazın inhibisyonu.

FIGO Evre IVA veya rekürrens: Nadiren, Evre IVA hastalığı olan hastalarda pelvik yan duvar veya uzak yayılma olmadan merkezi hastalıkla sınırlı kalabilir. Böyle bir nüks durumunda pelvik eksenterasyon düşünülmekte, ancak bu grup hastalar genellikle kötü bir prognoza sahip olmaktadır (Benn ve ark., 2011).

Tedavi sonrası takip

Serviks kanseri nedeniyle tedavi edilen kadınların takip edildiği 17 retrospektif çalışmanın sistematik bir incelemesinde, primer tedaviden sonraki medyan rekürrens süresinin 7 ila 36 ay arasında değiştiği görülmüştür (Elit ve ark., 2009). Bu nedenle tedaviden 2-3 yıl sonra daha yakın klinik takip önemlidir. İlk 2-3 yıl için her 3-4 ayda bir, daha sonra 6-5 yıl arasında, sonra da ömür boyu yıllık rutin takip ziyaretleri önerilmektedir. Her ziyarette tedavi komplikasyonlarını ve psikoseksüel morbiditeyi tespit etmek ve tekrarlayan hastalıkları değerlendirmek için öykü almak ve klinik muayene yapmak önemlidir. Hastalar 5 yıl hastalıksız sağ kalımdan sonra yıllık nüfus temelli taramaya dönmelidir (Elit ve ark., 2009). Over fonksiyonunu kaybeden 50 yaşın altındaki kadınlar için hormon replasman tedavisi düşünülmelidir (Bhatla ve ark., 2018).

2.3.Kadercilik Eğilimi

İngilizce’de ‘fatalism’ olarak kullanılan kadercilik, aslı değişmeyen anlamına gelen latince “Fatum” kelimesinden türetilmiş, yaşanan her şeyin bireyin hayatı için önceden belirlenmiş olduğuna ve her koşulda yaşanması gereken olayların yaşanacağına olan inançtır. Bu inanca göre bireylerin düşünce ve davranışları olayların gerçekleşmesi üzerinde herhangi bir etkiye sahip değildir (Hançerlioğlu, 1998; Cevizci, 2015; Oxford Dictionaries, 2017). Bu yönü ile kadercilik, bireye tercihlerini belirleme ya da seçme hakkı sunmamaktadır (Yıldırım, 2004).

Kadercilik eğilimi, eski çağlardan bugüne kadar insanların eyleme geçiş niyetini de etkileyebilecek dinamik bir konumda olma özelliği ile mitoloji, psikoloji, felsefe, ilahiyat, sosyoloji ve antropoloji gibi birçok alanda incelenmiştir (Kaya ve Bozkur, 2015; Kuh ve Erdem, 2019). Bu doğrultuda konuyu mantıksal yasalar ve metafiziksel gereklilikler üzerinden, Tanrı’nın varlığı ve niteliği üzerinden (teolojik kadercilik) ve nedensel determinizm üzerinden ele alan üç farklı yaklaşım ortaya

çıkıştır (Rice, 2015). Çünkü, güçlü bir ilişki olsa da, kaderciliğin ortaya çıkması için dinsel motiflerin varlığının mutlak bir zorunluluk olmadığı bilinmektedir (Aycan ve ark., 2000). Bu nedenle literatürde, temel olarak üçüncü anlam üzerinde durulsa da nedenselliğin kökenine ilişkin algılarda felsefi ve teolojik tercihlerin etken rol oynadığı da düşünülmektedir (Orhan, 2017).

Filozoflar kaderciliği, bir şey yapmak için yeterli gücün olmaması olarak ele almaktadırlar (Rice, 2015). Socrates, Plato, Epikiros, Çiçero, Afrodisyaslı Alexander gibi birçok ilk çağ filozofunda kaderciliğin yansımaları görülmektedir. Felsefede kadercilik /fatalizm kavramı ele alındığında bunun genelde determinizm ile beraber incelendiği görülmektedir. Determinizm, evrende olup biten her şeyin bir nedensellik bağlantısı çerçevesinde gerçekleştiğini, fiziksel evrendeki ve dolayısıyla da insanın tarihindeki tüm olgu ve olayların mutlak olarak nedenlerine bağlı olduğunu ve nedenleri tarafından koşullandığını savunmaktadır (Ruiu, 2012). Ancak determinizm ve kaderciliğin benzer yönleri olduğu kadar farklı yönleri de bulunmaktadır. Örneğin, determinizmde her şeyin bir nedeni olduğu için nedene müdahale edince sonuçların da değişeceğine inanılırken kadercilikte olacak şeylerin kaçınılmaz olduğu ve önüne geçilemeyeceği inancı hâkimdir. Bu anlamda kaderciliğin geçmiş için bir açıklama, gelecek için bir tutum ve davranış olduğunu söylemek mümkündür (White, 2012; Macit, 2014).

Psikoloji alanında kadercilik ve determinizmin etkisini görülmüş, psikanalitik yaklaşımın kurucusu olan Freud özellikle “anatomi kaderdir” anlayışıyla cinsiyet rollerinin insanların kaderi olduğu yaklaşımını savunmuştur (Yıldız, 2015). Fromm (1994) ise, insanın diğer canlılardan farklı olarak kendisinin bağımlı olduğu güçleri anlayabilen ve kendi kaderine etkin bir biçimde katkıda bulunabilen tek varlık olduğunu belirtmiştir. Ayrıca Fromm, insanı kendi dışındaki güçlere bağımlı ilan eden ve böylece insanı pasifliğe iten kaderciliği, insanın kendine yabancılaşması olarak değerlendirmiştir (Macit, 2014). Psikoloji alanında kadercilik determinizm dışında kontrol odağı ile de ilişkilendirilmiş ve dış kontrollü olmak ile kaderci olmanın birçok noktada birbirleri ile kesiştiği görüşünde bildirilmiştir (Dağ, 2002; Kasapoğlu, 2008; Rougier, 2011; Sobol-Kwapinska, 2013).

Teolojik kadercilik kavramı ise ilahiyat alanında özellikle kader inancı ve kadercilik arasındaki ayrımın sıklıkla vurgulandığı bir yaklaşımdır. Dinlerde yer alan

kader inancı, genellikle “Tanrı’nın bizim ne yapacağımızı, başımıza hangi olayların geleceğini önceden bilmesi” olarak tanımlanmaktadır. Tanrının her şeyi önceden bilmesi ve insanlara iyi olanı emretmesi, kötü olanı yasaklaması şeklinde yorumlanabileceği belirtilmektedir (Sinanoğlu, 2002; Kasapoğlu, 2008; Kaya ve Bozkur, 2015). İnanç sistemleri incelendiğinde kadercilik ve kader inancı tartışmalarının sıklıkla yapıldığı görülmektedir. Hispanik Amerikalılar için kaderci eğilimin temel değerlerden biri olduğu, Latin kökenli Katolik dini inanca sahip olanlar için bireylerin çabaları olsa da kaderlerinin değişmeyeceği yönünde yüksek kaderci eğilimin etkin olduğu görülmektedir (Jackson, 2006). Yahudilikte insanların daha doğmadan aydınlık veya karanlık taraflardan birine ait olduğu, kaderlerinin ebediyete kadar belirlendiği, kaderin değiştirilemeyeceği bu nedenle özgür iradenin devre dışı bırakılması inancı bulunmaktadır. Bu inanışın diğer bir yönü de Yahudilerin Tanrı tarafından seçilmiş olduğudur (Daşbadem, 2008). İslam tarihinde ortaya çıkan ve insanın irade hürriyetini ve yapabilme gücünü kabul etmeyen, her şeyi kadere bağlayan Cebriyeciler ile insanın hür iradesiyle gerçekleştirdiği eylemlerin Tanrı’ya değil insanın kendisine ait olduğunu savunan ve “Kaderiler” olarak anılan grupların yer alması İslamiyet’te de kader ve kadercilik anlayışının tartışıldığına işaret etmektedir (Sinanoğlu, 2002; Kasapoğlu, 2008). Ancak İslamiyet’te kader inancının olduğu ama kaderciliğin yer almadığı ve insanın davranışlarının sorumluluğunu mahiyetini dahi bilmediği kadere yükleyemeyeceği belirtilmektedir (Sinanoğlu, 2002; Aydın, 2019). Hristiyanlıkta insanın irade özgürlüğüne sahip olduğunu ve asli günaha rağmen insanın doğru davranışları yapma potansiyeline sahip olduğunu savunan Pelagius (Milattan Önce-M.Ö. 420/440) ile aslî günahın bütün insanları etkilediğini ve aslî günahın tesiriyle insanların iyi ve doğru davranışları yapma yetisinden mahrum kaldıklarını iddia eden Augustine (M.Ö. 430) arasındaki tartışmalar kader ve kadercilik kavramlarının İslamiyet dışında da tartışıldığını göstermektedir (Tarakçı, 2010; Kaya ve Bozkur, 2015). Yaşanan tartışmaların nedeni olarak kadercilik ve kader inancının birbirinden farklı olmasının bilinmesine karşın kader inancının kadercilik olarak yansıtılıp insanların otoriteye boyun eğme aracı haline getirildiğine yönelik iddialar da bulunmaktadır (Kasapoğlu, 2008).

Kadercilik temel olarak kader inancına dayanması noktasında ilahi dinlerle ilgili bir düşünce sistemi olarak düşünülse de kader inancının “ilah” kavramının

olmadığı kültürlerde de karşımıza çıkması insan ve toplum bilimi olan Antropoloji ve Sosyoloji alanında konunun incelenme gereksinimini doğurmuştur (Macit, 2014). Antropoloji ve sosyolojide kadercilik, yoksulluk kültürü bağlamında ele alınmaktadır. Lewis (1965)'e göre yoksulluk kültürü, bir düzendeki aşağı sınıfın gösterdiği tepki ve koşullara uyma çabasıdır. Bu kültür, yüksek tabakanın koyduğu değer yargıları çerçevesinde, yüksek tabakanın hedefine ulaştığını görmekten doğan ve başarıya ulaşmanın imkânsızlığının verdiği hayal kırıklığını ve çaresizliği yenmek için harcanan çabaların yansımasıdır. Yoksulluk kültürünü niteleyen belli başlı özellikler ise; pasif tepki, kabullenmişlik, sabır ve kadercilik olarak öne çıkmaktadır. Kadercilik eğiliminin birçok çalışmada eğitim ve gelir ile olumsuz yönde ilişkili bulunması bu düşüncüyü destekler niteliktedir (Aslantekin ve ark., 2005; Savage ve ark., 2013). Cidade ve ark. (2016), yaptıkları çalışmada düşük umut ve düşük gelir düzeyi ile yüksek kadercilik eğilimi arasında ilişkili olduğunu belirlemiştir. Türkiye'de genel olarak düşük sosyo-ekonomik düzeyde bulunan kesimlerin sahiplendiği arabesk kültürde kadercilik söylemlerinin bulunuşu bu kapsamda değerlendirilmektedir (Öge, 2014).

Sonuç olarak kaderci yaklaşımın; öncelikle din olmak üzere, kültürel etkenlerin ve toplumun tarih boyunca yaşadığı olayların sonucunda oluştuğu ve birçok farklı alanda kadercilik eğiliminin olayları açıklamada toplumu etkileyebildiği görülmektedir (Ruiu, 2013). Kadercilik eğilimi yalnızca olayları anlama ve açıklama değil olaylar karşısında tepki verme, eyleme geçme, karar verme açısından da belirleyici rol oynamaktadır (Şimşekoğlu, ve Nordfjærn, 2017). Örneğin; sürücü davranışları, iş kazalarına ilişkin algıların oluşması ve bunlara dayalı önlemlerin alınması, insanların sağlıklarını koruyucu alışkanlıklar edinmesi, yaşadıkları sağlık problemleriyle baş edebilmesi, bireylerin tasarruf eğilimleri, insan kaynakları yönetimi, ekonomik kararların alınması gibi birçok alanda kadercilik eğiliminin bireylerin eylemleri üzerinde etkisi olduğu yapılan çalışmalarda tespit edilmiştir (Aycan ve Kanungo, 2001; Shapiro ve Wu, 2011; Bernard ve ark., 2012; Mounger, 2012; Orhan, 2017).

2.3.1.Hastalık, Sağlık ve Kadercilik Arasındaki İlişki

Bireyin yaşam biçimi davranışlarının sağlık üzerine olan etkisi eski tarihlere kadar dayanmış, Orta çağ ve Rönesans döneminde kişinin kendi sağlık durumu üzerindeki sorumluluk kavramı şeklinde ifade edilmiştir (Minkler, 1999). Bu sorumluluk kapsamında kişi doğru beslenmeli, gereken egzersizleri düzenli bir program

çerçevesinde yapabilmeli, kendisini olası stresli ortamlardan uzak tutabilmeli ve doktor kontrolüne gitmelidir. Bunların yapılması kişinin sağlığını koruması ve geliştirebilmesi için üzerine düşeni yapmış olacağı anlamına gelmektedir. Kişinin sağlıklı olma durumunu devam ettirmesi ve hastalığa yakalanmaması için uyguladığı davranışları olarak tanımlanan sağlıklı yaşam biçimi davranışları kadercilik ile yakından ilişkilidir (Bolsoy ve Sevil, 2006; Özkan ve Yılmaz, 2008). Çünkü kadercilik eğiliminde, olanlar ya da olacaklar dışsal faktörlere (kadere) bağlandığı için, bu eğilime sahip olmanın sağlıklı olma, hastalıklar için önlem alma veya tedavi imkânı arama davranışlarını etkileyebileceği düşünülmektedir (Kuh ve Erdem, 2019). Kadercilik kavramında sözü edilen dışsal faktör psikolojide geliştirilen kontrol odağı ile ilişkilendirilmektedir. Buna göre, kontrol odağı, bir kişinin yaşamında iyi ya da kötü sonuçlara neyin neden olduğuna dair inancı ifade etmektedir (Rotter, 1966; Ruiu, 2012). Bu doğrultuda, dış kontrol odağındaki insanların, davranışlarının sorumluluğunu almamasının, tembelliğinin, miskinliğinin, ataletinin, zulme ve haksızlığa boyun eğme davranışlarının bahanesini kadercilik olarak göstermelerinin, yaşamlarını riskli bir haline getirilebildiğine dair yorumlar literatürde yer almaktadır (Kandemir, 2006). Kader inancının ruh sağlığını olumlu yönde etkilediğini savunan araştırmalar bile kadercilik anlayışının razı olma ve pasiflik gibi özellikleri beraberinde getirdiğini dile getirmişlerdir (Kandemir, 2006; Batman 2008; Kaya ve Bozkur, 2015). Buradan yola çıkılarak kadercilik eğiliminin pasiflik, önlem almama ve risk alma gibi olumsuz davranış örüntüleriyle ilişkili olduğu düşünülmüş ve bu konuda çeşitli araştırmalar yapılmıştır. Sağlık davranışı ve kadercilik arasındaki ilişkiyi inceleyen 46 çalışmanın meta-analitik incelemesinde, kadercilik eğiliminin artmasının sağlığı tehdit edici davranışlar ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Cohn ve Villar, 2015).

Farklı alanlarda yapılan çalışmalarda yüksek düzeyde kadercilik eğiliminin ergenlerde risk alma davranışını arttırdığı, kanser, AIDS gibi hastalıklarda hastalıkla ilgili bilgi ve önlem almayı azalttığını, depresyon ve/veya trafik kazalarında risk almayı arttırdığı ve önlem almayı azalttığı sonucu ortaya çıkmıştır (McClure ve ark., 2001; Türküm, 2006; Schmidt, 2007; Kayani ve ark., 2011; Haynie ve ark., 2014; Ramirez, 2014; Kaya ve Bozkur, 2015; Şimşekoğlu ve Nordfjærn, 2017). Bu sonuçlardan dolayı kadercilik, kanseri önleme ve kanserin erken tanısına ilişkin çaba göstermeye karşı potansiyel engel olarak görülmektedir (Espinosa de los Monteros ve Gallo, 2011;

Kobayashi ve Smith 2016; Alkan Yıldız, 2019). Ancak kadercilik ile sağlıklı yaşama davranışları arasındaki ilişkileri inceleyen çalışmalarda henüz bir konsensüs sağlanamamış olması kaderciliğin sağlıklı yaşama davranışları geliştirmenin önünde bir engel olarak görülme durumunun daha derinlemesine incelenmesi gereksinimini doğurmaktadır (Fairchild, 2015; Kuh ve Erdem, 2019).

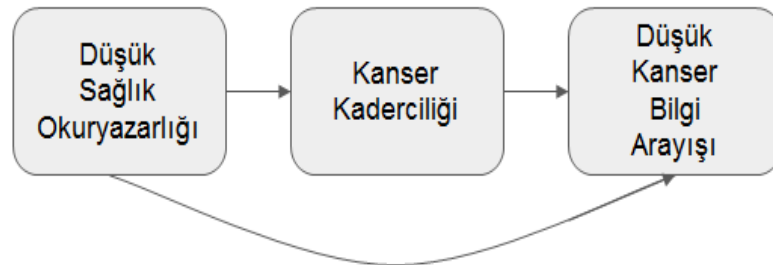
2.3.2. Servikal Kanserin Erkan Tanısına İlişkin Tutum ve Kadercilik Eğilimi Arasındaki İlişki

Kanser, dünya çapında ikinci önde gelen ölüm nedenleri arasında yer almasına karşın en az üçte birinin sigara içmeme, fiziksel aktiviteye katılma, sağlıklı beslenmeyi sürdürme ve kanser tarama yönergelerine uyma gibi davranışlarla önlenebileceği bildirilmektedir (Parkin ve ark., 2011; WHO, 2018). Bu sonuçlar bireylerin sağlığı geliştirici davranışlarının ve kanser tarama programlarına katılımının önemini açıkça gösterse de dünyada ve ülkemizde kanser tarama programlarına katılım oranları halen istendik düzeyde değildir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2016; GLOBOCAN, 2018). Özellikle tarama programı kapsamına giren meme, serviks ve kolorektal kanserlere ait ulusal veriler incelendiğinde; toplum tabanlı meme kanseri taramalarının kapsayıcılık oranının %30-35’ler arasında olduğu, 20 yıldan uzun zamandır smear tabanlı yapılan taramalarda hedef kadın nüfusunun yalnızca %20’sine ulaşılabildiği, kolorektal taramaların kapsamında da yine %20-30 arasında bir orana sahip olduğu görülmektedir. Bu nedenle ülkemizde teşhis edilen olguların yarısından çoğu ileri evrededir. Türkiye Kanser Kontrol Programı (2016)’na göre taramalarda olumlu sonuçlara ulaşılması için katılım hedefinin en az %70 oranında olması gerekmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2016).

Yapılan çalışmalarda, bireylerin tarama programlarına katılımlarının yetersizliği birçok nedenle ilişkilendirilmiştir. Servikal kanser tarama programlarına katılımın önündeki engeller; jinekolojik muayeneden çekinme, pap smear sırasında ağrı hissetme endişesi, olumsuz pap smear test sonucu alma korkusu, sağlık sigortası olmamasına bağlı mali kısıtlanma, zaman bulamama, HPV’nin cinsel yolla bulaşan bir enfeksiyon olması nedeni ile duyulan utanç hissi, serviks kanseri hakkında bilgi eksikliğine bağlı tarama programlarına katılım ihtiyacının bilinmemesi, bilgi arama davranışı ve sağlık okur yazarlığı düzeyi ile kanser kaderciliği olarak sıralanmıştır (Jia ve ark., 2013; Do, 2015; Visanuyothin ve ark., 2015; Gebru ve ark., 2016; Miri ve ark.,

2018). Özellikle bilgi arama davranışını gösteren bireylerin bilinçli kararlar verme yeteneklerini geliştirdikleri ve kanserin önlenmesi, erken tanı ve tedavisindeki yanlış inanç ve kaderci yaklaşımdan uzaklaştıkları, hayatta kalma süreleri boyunca davranış değişikliğine daha kolay dahil oldukları bilgisi yer almaktadır (Ramanadhan ve Viswanath, 2005; Rutten ve ark., 2005; Anker ve ark., 2011; Schmeler ve ark., 2011).

Kavramsal sağlık okuryazarlığı çerçeveleri, sağlık okuryazarlığını sosyobilişsel faktörlerle (bilgi, inanç vs.) ilişkilendirmekte ve kanser tarama, önleyici davranışlar ve bilgi arama gibi davranışsal sonuçları eşleştirmek için mevcut psikolojik teorilere inşa edilmesi üzerinde durmaktadır. Bu doğrultuda kansere ilişkin olumsuz inançlara sahip bireylerin kanseri önleme, erken tanı ve tedavisi hakkındaki önerilerine uyma olasılıklarının daha düşük olduğu bildirilmektedir (Von Wagner ve ark., 2009; Boxell ve ark., 2012; Morris ve ark., 2013; Smith ve ark., 2015). Örneğin bazı kültürlerde "kanser" kelimesinin kendisi bir korku nesnesidir ve bunun yerine "büyük C" veya "hastalık" ifadeleri kullanılmaktadır (Taha ve ark., 2012; Jones ve ark., 2014). Bu algının, toplumlarda, kanserle ilgili halk sağlığı mesajlarını okumada isteksizliğe yol açabildiği ve kanser korkusu ile beraber kaderci inançlar gelişmesine neden olabildiği görüşü de bildirilmektedir (Straughan ve Seow, 1998; Powe ve Finnie, 2003; Kobayashi ve Smith, 2016; Vrinten ve ark., 2016). Literatürde yer alan kavramsal modelde kaderciliğin kansere yönelik sağlık arama davranışları üzerindeki etkisine dikkati çekerek özellikle ele alınması gereken bir inanç olduğu belirtilmiştir (Şekil 3) (Beeken ve ark., 2011; Balasooriya-Smeekens ve ark., 2015; Lyratzopoulos ve ark., 2015; Kobayashi ve Smith, 2016; Kuh ve Erdem, 2019).



Şekil 3. Sağlık okuryazarlığı, kanser kadercilik ve bilgi arama arasında bağlantı kuran kavramsal model

Servikal kanser tarama programlarına katılımın önündeki engellerin araştırıldığı çeşitli çalışmalarda da, kadınların serviks kanserinin tedavi edilemeyeceğini veya ölüm cezası olarak algılayacağına yönelik kaderci inançlarının sıklıkla bildirildiği sonuçlara ulaşılmıştır (Boyer ve ark., 2000; Lee, 2000; Scarinci ve ark., 2003; Arredondo ve ark., 2008; Kish, 2012; Moore de Peralta ve ark., 2015). Kaderci tutumun gelişmesinde ise, bireyin inanç, kültür vesahip olduğu kanser korkusunun etkili rol oynamasının yanı sıra potansiyel bir nedeninin de haber medyası olduğu düşünülmektedir (Viswanath ve ark., 2006; Han ve ark., 2007; Niederdeppe ve ark., 2010). Çünkü ilerlemiş iletişim teknolojileri gittikçe daha zengin bir bilgi ortamına yol açmış ve birçok birey için mevcut bilgi patlamasına yol açmıştır (Viswanath ve ark., 2006). Bu zengin bilgi ortamı bir yandan hastaların tıbbi karar alma sürecine aktif katıldığı bir sağlık hizmeti sunumuna katkı sağlarken bir yandan da geçmiş bilgi ve deneyimleri olumsuz olan bireylerin karar verme sürecini olumsuz etkileyebileceği düşünülmektedir (Kelly ve ark., 2010). Bu doğrultuda geçmiş bilgi ve deneyimleri olumsuz olan, kaderci eğilime sahip bireylerin bilinçli kararlar almaları için ihtiyaç duydukları bilgiye ulaşacakları kaynakların profesyoneller tarafından gözden geçirilmesi gerekmektedir (Nagler ve ark., 2010).

Kanser gibi karmaşık ve yoğun şekilde araştırılmış ve kısmen sağlık önerilerinin değişmesine yol açabilecek konular, biliminin evrimsel doğası ile açıklanabilmektedir (Squiers ve ark., 2011). Bilim adamları ve sağlık profesyonelleri bu çelişkili ortamla başa çıkmak için eğitilirken, toplum bu kapsamlı eğitimden yoksun bırakıldığında, etkili bir şekilde başa çıkamamaktadır. Haber medyası genel halk için öncü ve tercüman olarak hizmet ederken, birçok gazeteci bu rolü üstlenmelerini sağlayacak bilimsel eğitimden yoksundur (Niederdeppe ve Levy, 2007; Arora ve ark., 2008; Espinosa de Los Monteros ve Gallo, 2011; Nagler ve Hornik, 2012; Ramondt ve Ramirez, 2017; Kuh ve Erdem, 2019). Bu nedenle tüm dünyada yaşam biçimi davranışlarını başarılı bir şekilde değiştirmek için halk sağlığı kampanyalarında ölümcül inançların ve kanser korkusu, kadercilik gibi duygusal faktörlerin ele alınmasının gerekliliği giderek daha fazla kabul görmektedir (Niederdeppe ve Levy, 2007; Robb ve ark., 2009). Bu yaklaşım ile kansere karşı geliştirebilecek olumsuz tutumların değişeceği, bireylerin korkmadan ve kaderci eğilimden uzaklaşarak bilgi arama

davranışını gösterebileceği, kanser tarama programlarına katılımda ve tedavi arayışında daha aktif olacakları düşünülmektedir.

2.4. Servikal Kanserden Korunma ve Erken Tanıda Hemşirelerin Roller

Her düzeydeki sağlık hizmeti sağlayıcıları, kurum yöneticileri ve eğitim birimleri ulusal bir serviks kanseri önleme ve kontrol programının etkinliğine katkıda bulunabilmektedir. Ancak, etkili bir program yürütülmesinde kilit rol oynayan sağlık hizmeti sağlayıcılarından özellikle aşağıda belirtilen tüm adımları uygulamaları beklenmektedir (WHO, 2014a).

- Ulusal yönergeler ve hizmet protokolleri tarafından belirlenen nüfusa uygun koruyucu, iyileştirici ve rehabilitasyon hizmetleri sunmak,
- Bilgi ve becerileri güncel tutmak için ilgili hizmet içi ve güncelleme eğitimlerine katılmak,
- Tarama önerileri veya müdahalelerinde yapılan değişiklikler hakkında bilgi sahibi olmak ve klinik uygulamaları buna göre uyarlamak,
- Hedef nüfustaki insanların bu hizmetleri kullanması (ve bu hizmetlerden faydalanması) için yerel dili kullanarak topluma açık bir şekilde doğru bilgi sunmak,
- Hizmetlerin zamanında verilmesini ve sevk hizmetlerinin verimli çalışmasını sağlamak,
- Programın hedeflerine ulaşıp ulaşılmadığını değerlendirmek, izleme göstergelerini hesaplamak için gereken kayıtları titizlikle tutmak,
- Her düzeyde sunulan hizmetin kalitesini artırmak ve sürekli iyileştirmek.

Bu rollere sahip sağlık hizmeti sağlayıcıları, doktorlar, hemşireler, eğitimli ebeler veya toplum sağlığı çalışanları (klinik veya toplum hizmeti sunan) olabilir. Ancak serviks kanseri insidansını azaltmak için kadınların kültürleri, inançları ve toplumun sağlık göstergeleri hakkında derinlemesine bir anlayış içeren daha yenilikçi ve düşünceli yaklaşımlara ihtiyaç duyulmaktadır. Bu anlayış kendi başına, hemşirelik uygulamalarının önemli bir yönünü oluşturmaktadır. Ayrıca sağlık eğitimi, kültürel yeterlilik ve bakım iş birliğinin hemşirelik için temel yetkinlik alanı olması, hemşirelerin servikal kanserin önlenmesi ve erken tanılanmasında aktif görev almalarının gerekliliğini ortaya koymaktadır (NONPF ve AACN, 2002; Hilton ve ark., 2003; Pehlivan ve ark., 2013; Başçı, 2018). Pelvik muayenelerin mahrem doğası göz

önünde bulundurulduğunda da hemşirelerin her hasta ile ilişki kurmak, konfor seviyesini en üst düzeye çıkarmak, psikososyal destek ve yeterli konsültasyon sağlamak için uygun sağlık profesyonelleri olduğu düşünülmektedir (Naylor ve Kurtzman 2010; AANP, 2013a). Kapsamlı bir literatür taramasında, hemşirelik profesyonellerinin aynı hizmetleri sunan diğer uygulayıcılara kıyasla daha düşük veya eşit maliyetle daha iyi kalitede bakım sağladıklarını göstermiştir (Bauer, 2010; AANP, 2013b). Bu doğrultuda DSÖ'nün kapsamlı serviks kanser önleme ve kontrol rehberinde hemşirelerin rolleri primer, sekonder ve tersiyer olmak üzere üç başlık altında toplanmıştır (WHO, 2013b).

Primer korunma, serviks kanseri risk faktörlerinden ve karsinojenlerden uzak durmayı, aşılama yöntemleri ve sağlık eğitimini kapsamaktadır (Arvas ve Gezer, 2004; Turgay ve ark., 2005). Primer korunmada hemşirenin temel sorumluluklarından biri olan sağlık eğitiminin de çok önemli bir yeri vardır. Toplum ve bireyle sürekli iletişimde bulunan hemşireler bu konuda sağlık danışmanlığı yaparak ve uygun veri toplayarak bireyleri doğru sağlık alışkanlıkları konusunda bilgilendirmelidir (Pınar ve ark., 2008). DSÖ dahil beş uluslararası örgütle iş birliği yapan Serviks Kanserlerini Önleme Örgütü, bilgi ve eğitim hizmetlerinde tüm sağlık çalışanlarının, kadınlara nerede ne zaman ulaşabilirse serviks kanserlerinden korunma konusunda eğitim vermeleri gerektiğini belirtmiştir (WHO, 2002; ACCP, 2004a; IARC, 2005; AANP, 2013c; CCA, 2015).

Sekonder korunmada ise hemşireler, bireylere düzenli sağlık taramalarının ve erken tanının önemini vurgulamalıdır (Pınar ve ark., 2008). Sıklıkla adölesan dönemde cinsel olarak aktif hale gelen ve çok eşli olma eğilimindeki yüksek risk altındaki kadınların; öncelikli olarak tarama programına alınması ve erken dönemde tedavilerinin sağlanmasında gerekli yönlendirmeleri yapma sorumlulukları hemşirelere aittir (WHO, 2002). Sekonder korunma kapsamında Amerika Birleşik Devletleri'nde, Amerikan Kolposkopi ve Servikal Patoloji Derneği Kapsamlı Kolposkopi Eğitim ve Mentorluk Programı gibi programlar aracılığıyla eğitim kurslarını tamamlayan ve kolposkopide yetkinlik gösteren hemşireleri devletin tıbbi tesislerinde istihdam etmektedir. Kilic ve ark. (2012), tarafından kolposkopi sırasında servikal displaziyi tanımada doktor ve hemşireleri karşılaştırmak için yaptıkları çalışmada, bu iki sağlık profesyonelinin de benzer şekilde yetenekli olduğunu göstermiştir. Birleşik Krallık ve Yeni Zelanda'da yapılan çalışmalar da benzer sonuçlara ulaşmıştır (Hartz, 1995; Jolley, 2004;

McPherson ve ark., 2005). Yine hemşireler prekanseröz lezyonların tedavisi kapsamında 1980'lerden beri serviks kanseri önleme programlarının bir parçası olarak kriyoterapi uygulamaktadırlar (Blumenthal, 2003). Amerikan Kolposkopi ve Servikal Patoloji Derneği, kurumsal politikalarına bağlı olarak bu becerilerini uygulamalarına dahil edebilen hemşireler LEEP konusunda eğitim de vermektedir (Huff, 2005; ASCCP, 2014).

Tersiyer korunma programı kapsamında hemşireler hastaları eğiterek ve düzenli izleyerek komplikasyonları önlemede sorumlulukları bulunmaktadır. Ayrıca, semptom kontrolünü sağlayarak ve komplikasyonlar için anında girişimde bulunarak morbidite oranlarını azaltmaya katkı sağlayabilmektedirler (Kanbur ve Çapık, 2011). Son dönem servikal kanserli hastaların bakım kalitelerinin artırılması için deneyimli ve eğitilmiş hemşirelerle toplum bakımı dahil olmak üzere tüm sağlık tesislerinde palyatif bakım hizmetlerinin güçlendirilmesi hemşirelik hizmetleri kapsamında değerlendirilmektedir (Kanbur ve Çapık, 2011; Zechariahgebakumar ve ark., 2014).

DSÖ serviks kanseri önleme ve kontrol programının tüm aşamalarında etkin yer alan hemşirelerin nitelikli hizmet sunabilmesi için iletişim becerilerine ve belirli niteliklere sahip olması gerektiğini vurgulamaktadır (WHO, 2014a). Bu nitelikler aşağıda sıralanmıştır:

- Bilgili: Servikal kanseri ve nasıl önleneceği konusunda, belirli yaş gruplarına hizmet almaya öncelik verilmesinin nedenleri de dahil olmak üzere doğru bir anlayışa sahip olan, soruları yeterli düzeyinde cevaplayabilen ve gerektiğinde daha fazla bilgi arayışına girebilen,
- Rahat: Kadın anatomisi, cinsiyet ve cinsellik hakkında rahat konuşabilen,
- Açık ve tutarlı: Anlaşılması kolay ve hizmet sunulan kitleye uygun olan önemli mesajları paylaşabilen ve bu mesajlarla tutarlı olan,
- Hassas ve yargılayıcı olmayan: Cinsel sağlıkla ilgili konular çok hassas olabilir. Uygun söz, beden dili ve ses tonu kullanabilen, ifadelerinin damgalamaya katkıda bulunmayan veya zararlı cinsiyet stereotiplerini desteklememesini sağlayabilen,
- Destekleyici: İyi bir dinleyici, sabırlı, anlayış gösteren, kadınların ve ailelerin sorunlarına çözüm bulmalarına ve ihtiyaç duydukları bakımı alma konusunda iyi kararlar almalarına yardımcı olabilen,

- Cesaretlendirici yaklaşım: Düzenli tarama ve tedavi programlarına başvuran kadınları karşılarken cesaretlendirici bir tavıra sahip olan hemşireler kadınların ihtiyaç duydukları bakımı almak için sağlık kurumuna tekrar gelme olasılıklarını artırır.

Ayrıca literatürde yer alan spesifik bulgular, servikal kanser tarama programlarında kullanılacak aşamalı müdahalelerde kültüre özgü konuları ele almanın, kültürel olarak hassas ve yetkin hizmetler sunmanın önemini ortaya koymaktadır (Türkistanlı ve ark., 2003; Betancourt ve ark., 2010; Tavafian, 2012; Lee, 2015). Çünkü konu ile ilgili yapılan çalışmada kadınların bir bölümü müdahalelerin serviks kanserini tedavi etme potansiyeline inanırken daha şüpheli olan ya da hastalığa yakalanan sosyal çevresinden edindiği olumsuz kişisel deneyime sahip kadınların kaderci bir eğilime sahip oldukları belirlenmiştir (Carvalho, 2016). Kaderci inanca sahip bireyin sağlık kontrolünün kendisinde olmadığı düşüncesi ile hastalıkları önlemeye yönelik davranış değişimi göstermekte dirençli olduğu bildirilmektedir (Aydoğdu ve Bahar, 2011; Beeken ve ark., 2011; Kobayashi ve Smith, 2016).

“Kadercilik inancı” birçok kültürde yaygın ve baskın bir eğilimdir ve tüm dünya da bireylerin kanser taramalarına gitmesini engellemekte, tedaviyi reddetmelerine ya da tedavi sonrası takip sürecinde aksamalara neden olmaktadır (Beeken ve ark., 2011; Kobayashi ve Smith, 2016). Bu yönü ile kültürel özelliklerin, kanserin ölümcül olduğu görüşünün ve kaderci tutumun servikal kansere yakalanma oranlarını azaltmak ve tarama programlarına katılımı artırmak için mücadele eden sağlık profesyonellerinin önünde zorlu bir engel oluşturduğu söylenebilir (Carvalho, 2016). Hemşireler bu engeli aşabilmek için sundukları sağlık bakım hizmeti, eğitim ve danışmanlıklarda bireylerin manevi gereksinimlerine ve kültürel farklılıklarına odaklanmalıdır (Türkistanlı ve ark., 2003; Ersin ve Bahar, 2013b). Böylece kansere yönelik olumsuz tutum, korku ve kaderci yaklaşım sergileyen kadınlar farkedilebilecek ve bu kadınlar için farklı müdahaleler geliştirilebilecektir. Ancak literatürde kaderci inanç gibi kültürel olarak hassas ve yetkin bir konuda hizmet sunmak için hemşirelerin ve sağlık profesyonellerinin yanı sıra çok sektörlü yaklaşımların kullanılmasının gerekliliği de bildirilmektedir (Türkistanlı ve ark., 2003; Aştı ve ark., 2005; Betancourt ve ark., 2010; Tavafian, 2012; Ersin ve Bahar, 2013b; Lee, 2015). Bu kapsamda toplum sağlığı çalışanları, gönüllüler ve kurum yöneticilerinin toplum eğitimi ve sosyal yardım

sağlamak için seferber edilmesi önemlidir. Topluluk liderleri, dini liderler, öğretmenler ve yerel kadın gruplarının üyeleri de dahil olmak üzere, toplum ortaklarının tümü hedef kitlenin üyelerini bilgilendirmeye yardımcı olabileceği, ortak dil oluşturularak sağlık hizmetine erişim ve tedavinin önündeki engellerin giderilmesine katkı sağlanabileceği vurgulanmaktadır (ACCP, 2004b; WHO, 2014a). Kadercilik gibi sağlığı koruma, bilgi arama ve tedavi arayışını engelleyecek inançlara sahip toplumlarda bilgilendirme ve müdahale çalışmalarının bu alana özgü yapılması üzerinde durulmuş ve bu doğrultuda sağlık hizmeti sunucularının aşağıdaki seçenekleri değerlendirmeleri önerilmiştir:

- Karmaşık anatomi ve virüs resimlerindense tarama ve tedavi görecekle bir vakanın hikayesinin incelenmesi,
- Broşürlerin basit bilgi ve önlemler için kullanılması,
- Topluluk toplantılarında kamuya açık alanlarda insanların dikkatini çekebilecek hikaye anlatımı yoluyla drama ve rol play yapılması,
- Drama ve rol play kurgularının özellikle kültürel değerler ve inançların sağlığı koruma ve geliştirme üzerindeki etkisine vurgu yapılması,
- Radyo ve video programlarında hikayeler anlatmak, kısa mesaj ya da duyurular iletirken toplumun inanç ve özelliklerine uygun bilgilendirme yapılmasının, taramalara katılımı hatırlatmada yararlı yöntemler olabileceği düşünülerek önerilmektedir (Bradley ve ark., 1998; Hilton ve ark., 2003; ACCP, 2004b; Luciani ve Winkler, 2006; Burns ve ark., 2010; Vasconcelos ve ark., 2011; WHO, 2014a).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Materyal

3.1.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, kadınların kadercilik eğilimleri ile servikal kanserin erken tanısına yönelik tutumları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte yapılmıştır.

3.1.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu araştırma, 1 Ağustos 2019-1 Aralık 2019 tarihleri arasında Samsun Bafra İlçe Toplum Sağlığı Merkezi'ne bağlı 20 Aile Sağlığı Merkez (ASM)'inde gerçekleştirilmiştir (Tablo 4).

3.2. Metot

3.2.1. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Bu araştırmanın evrenini Bafra İlçe Toplum Sağlığı Merkezi'ne bağlı Aile Sağlığı Merkez'lerine 2018 yılı için kayıtlı 21-65 yaş arası 32.835 sağlıklı kadın oluşturmuştur. Örneklem hesabında evreni bilinen örneklem formülü kullanılmış ve 32.835 sayısı üzerinden %95 güven aralığı ve %4 kabul edilebilir hata payı ile yapılan hesaplama sonucunda minimum 589 kadına ulaşılması gerektiği tespit edilmiştir. Örneklem sayısının belirlenmesi için yapılan hesaplama aşağıda verilmiştir.

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot Q}{d^2(N-1) + t^2 \cdot p \cdot q}$$

Formüldeki simgelerin açılımı şöyledir:

N= Evrendeki birey sayısı

n= Örneklem alınacak birey sayısı

p= İncelenecek olayın görülüş sıklığı (olasılığı)

q= İncelenecek olayın görülmeyiş sıklığı (1-p)

t= Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosu teorik değeri

d= Olayın görölüş sıklığına göre yapılmak istenen + sapma olarak simgelenmiştir.

$$p= 0.50$$

$$q= 0.50$$

$$t= 1.96 \text{ tablo değeri}$$

$$d= 0.05$$

$$\frac{32583 (1,96)^2 \cdot 0,50 \cdot 0,50}{(0,04)^2 \cdot (32583-1) + (1,96)^2 \cdot 0,50 \cdot 0,50} = 589$$

Evrenin içinden belirlenen örneklem sayısına ulaşmak için evrendeki alt grupların/tabakaların evrendeki ağırlıkları oranında örnekleme temsil edilmelerini amaçlayan tabakalı örnekleme yöntemi kullanılmış, örnekleme alınacak kadınlar saptanan alt tabakalardan gelişigüzel (haphazard) örnekleme yöntemi ile seçilmiştir. Araştırma örneklem kriterlerine uyan 602 kadın ile tamamlanmıştır (Tablo 4).

Tablo 4'te araştırmanın yürütüldüğü birimlerde, tabakalı örneklem yöntemi ile belirlenen 21-65 yaş arası kadın sayılarının dağılımı sunulmuştur.

Tablo 4. Araştırmanın yürütüldüğü birimlerde, tabakalı örneklem yöntemi ile belirlenen 21-65 yaş arası kadın sayılarının dağılımı

Bafra İlçe Toplum Sağlığı Merkezi'ne bağlı Aile Sağlığı Merkez'leri	Evren	Örneklem	Yüzde
Cumhuriyet ASM	5900	107	17,8
Gaziosmanpaşa ASM	4700	88	14,6
Bafra stad ASM	2600	48	8,0
Çilhane ASM	4900	88	14,6
Burhan Kadriye Yelken ASM	685	12	2,0
Emirefendi ASM	1200	26	4,3
Kızılırmak ASM	4100	74	12,3
Bahçeler ASM	1700	30	5,0
Çetinkaya ASM	340	6	1,0
Dededağ ASM	620	11	1,8
Doğanca ASM	500	9	1,5
Elifli ASM	550	11	1,8
Kaygusuz ASM	280	5	0,8
Kelikler ASM	320	6	1,0
Kolay ASM	750	13	2,2
Örencik ASM	370	7	1,2
Cezaevi ASM	310	6	1,0
Şeyhören ASM	670	12	2,0
Şeyhulaş ASM	340	6	1,0
Mevlana ASM	2000	37	6,1
Toplam	32835	602	100

Örnekleme Alınma Kriterleri

- 21-65 yaş aralığında olmak,
- Cinsel deneyim yaşamış olmak
- Herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı bulunmamak,
- Türkçe konuşma, anlama ve iletişim problemi yaşamamak,
- Gönüllü olmaktır.

Örneklem Dışı Bırakma Kriterleri

- 21-65 yaş aralığı dışında olmak,
- Cinsel deneyim yaşamamış olmak,
- Herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı bulunmak,

- Türkçe konuşma, anlama ve iletişimde problem yaşamak,
- Araştırmaya katılımı kabul etmemektir.

3.2.2. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri, araştırmacı tarafından hazırlanan Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek 1), Özmen (2004) tarafından geliştirilen “Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği” (Ek 2) ile Kaya ve Bozkur (2015) tarafından geliştirilen “Kadercilik Eğilimi Ölçeği (KEÖ)” (Ek 2) kullanılarak toplanmıştır. Araştırmada kullanılan soru formlarının anlaşılabilirliğini değerlendirmek için 10 kadın ile ön uygulama yapılmış, daha sonra veri toplama sürecine başlanmıştır. Araştırmacı tabakalı örneklem yöntemi ile belirlenen sayılara ulaşmak için ilgili ASM’de hazır bulunmuş, veriler kadınların sağlık bakım hizmeti (15-49 yaş kadın izlemleri, poliklinik işlemleri vb.) almak için bağlı bulundukları ASM’ye ziyaretleri sırasında toplanmıştır. Veri toplama formları, araştırma ile ilgili gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra kadınlara verilmiş, yaklaşık 15 dk’da tamamlanan formlar araştırmacı tarafından teslim alınmıştır.

3.2.3. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri, araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek 1) “Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği” (Ek 2) (Özmen, 2004) ve “Kadercilik Eğilimi Ölçeği” (Ek 3) (Kaya ve Bozkur, 2015) kullanılarak toplanmıştır.

Tanıtıcı Bilgi Formu: Kadınların sosyodemografik özellikleri ile pap smear testi ve servikal kansere yönelik bilgilerini sorgulamaya yönelik araştırmacı tarafından, literatür doğrultusunda geliştirilen form 18 sorudan oluşmaktadır (Ersin, 2012; Ayaz, 2019; Selvi, 2019; Yılmaz, 2019).

Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği: Ölçek, Özmen (2004), tarafından Sağlık İnanç Modeli yaklaşımı ile kadınların servikal kanserin erken tanısına yönelik tutumlarını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçekte “Algılanan Duyarlılık” alt boyutu için 9 madde, “Algılanan Ciddiyet” alt boyutu için 8 madde, “Algılanan Engel” alt boyutu için 7 madde, “Algılanan Yarar” alt boyutu için 6 madde bulunmaktadır. Belirlenen 30 maddenin 19 tanesi olumlu, 11 tanesi olumsuz (3, 6, 8, 13, 15, 17, 20, 24, 25, 27 ve 30 numaralı sorular) ifadeden oluşmakta, olumsuz soruların puanlaması tersten yapılmaktadır. Likert tipi ölçekte kesinlikle katılmıyorum

“1”, katılmıyorum “2”, kararsızım “3”, katılıyorum “4” ve tamamen katılıyorum “5” şeklinde puanlanmıştır. Ölçekten alınacak en yüksek puan 150, en düşük puan ise 30’dur. Ölçek toplam ve tüm alt boyutlarda yüksek puanları alınması kadının ilgili alanda olumlu tutuma sahip olduğunu göstermektedir. Özmen (2004), tarafından yapılan ölçek geliştirme çalışmasında, ölçeğin iç tutarlılık katsayısı $\alpha=0,89$ olarak saptanmıştır. Bu araştırma kapsamına alınan kadınların için Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı $\alpha=0,85$ olarak bulunmuştur.

Kadercilik Eğilimi Ölçeği (KEÖ): Bu ölçek Kaya ve Bozkur tarafından, 2015 yılında kadercilik eğiliminin ölçülebilmesini sağlamak amacıyla geliştirilmiştir. Bu formda “Önceden Belirlenmişlik” boyutu 1, 4, 12, 15, 18,19, 22 ve 24’üncü maddelerden oluşmaktadır. Bu boyutta maddeler doğrudan puanlanmakta olup alınabilecek maksimum puan 40 minimum puan 8’dir. Bu boyuttan alınan yüksek puan her şeyin önceden belirlenmiş olduğuna yönelik algının yüksek olduğunu göstermektedir. Kişisel Kontrol alt boyutu 2, 6, 8, 11, 14 ve 21. maddelerden oluşmaktadır ve bu boyuttan alınabilecek maksimum puan 30, minimum puan ise 6’dır. Bu boyutta maddeler tersten puanlanmaktadır. Bu boyuttan alınan yüksek puan kişisel kontrol algısının zayıf olduğunu göstermektedir. Ölçeğin üçüncü Alt boyutu “Batıl İnanç” boyutudur. Bu boyut 3, 5, 10, 17, 20 ve 23. maddelerden oluşmaktadır. Bu boyutta maddeler doğrudan puanlanmakta olup alınabilecek maksimum puan 30 minimum puan 6’dır. Bu boyuttan alınan yüksek puan batıl inançlara inanma eğiliminin yüksek olduğunu göstermektedir. Dördüncü alt boyut ise “Şans” alt boyutudur. Bu boyut 7, 9, 13 ve 16. maddelerden oluşmaktadır. Bu alt boyutta maddeler doğrudan puanlanmakta olup alınabilecek maksimum puan 20, minimum puan 4’tür. Bu alt boyuttan alınan yüksek puan şans faktörüne inanma eğiliminin yüksek olduğunu göstermektedir. Sonuç olarak tüm alt boyutlar kadercilik eğilimini ölçmektedir. Ölçekten alınabilecek maksimum puan 120 minimum puan ise 24’tür. Ölçeğin tüm alt boyutlarından alınan puanlar toplanarak toplam kadercilik eğilimi puanı elde edilmektedir. Puan yükseldikçe kadercilik eğilimi yükselmektedir. Kaya ve Bozkur (2015) tarafından yapılan ölçek geliştirme çalışmasında, bu ölçeğin iç tutarlılık katsayısı $\alpha=0,86$ olarak saptanmıştır. Bu araştırma kapsamına alınan kadınlar için Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı $\alpha=0,96$ olarak bulunmuştur.

3.2.4. Verilerin Analizi

Veriler IBM SPSS V23 ile analiz edilmiştir. Normal dağılıma uygunluk Kolmogorov Smirnov testi ile incelenmiştir. Gruplara göre kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-Kare testi kullanılmıştır. İkili gruba göre nicel değişkenlerin karşılaştırılmasında normal dağılmayan veriler için Mann-Whitney U testi ve normal dağılan veriler için Bağımsız örneklem t testi kullanılmıştır. Üç ve üzeri gruplara göre nicel değişkenlerin karşılaştırılmasında normal dağılan veriler için Tek yönlü varyans analizi ve normal dağılmayan veriler için Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Normal dağılan nicel veriler arasındaki ilişkinin incelenmesinde Pearson korelasyon katsayısı ve normal dağılmayan veriler arasındaki ilişkinin incelenmesinde Spearman's rho korelasyon katsayısı kullanılmıştır. Analiz sonuçları nicel veriler için ortalama $\pm$ s. sapma ve ortanca (minimum-maksimum) şeklinde, kategorik veriler için frekans (yüzde) olarak sunulmuştur. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3.2.5. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya başlamadan önce, Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi İlaç Dışı Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 2019/540 sayılı etik kurul onayı (Ek 4), Samsun İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Bafra İlçe Toplum Sağlığı Merkezi'nden yazılı kurum izni alınmıştır (Ek 5). Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği'ni geliştiren Sayın Dilek ÖZMEN'den ve "Kadercilik Eğilimi Ölçeği'ni geliştiren Sayın Binaz BOZKUR'dan e-posta vasıtasıyla ölçek kullanım izni alınmıştır (Ek 6 ve Ek 7). Veri toplama araçları uygulanmadan önce, araştırmanın amacı ve kullanılacak soru formları kadınlara tanıtılmış, kadınlardan araştırmaya katılmayı kabul etmeleri durumunda, istedikleri zaman araştırmadan çekilebilme haklarının olduğu, elde edilen verilerin gizli kalacağı ve araştırma kapsamı dışında kullanılmayacağına yönelik bilgi verilerek sözlü onamları alınmış, gönüllü katılımları sağlanmıştır.

3.2.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışma kesitsel nitelikte olduğu için değişkenler arasındaki ilişkinin zamansal yönleri ile değerlendirilememiş olması araştırmanın sınırlılığı olarak kabul edilebilir.

4. BULGULAR

Bu bölüm, araştırmaya katılan kadınların tanıtıcı özellikleri ile pap smear testi ve servikal kansere yönelik bilgilerine ait bulgular, Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği'ne yönelik bulgular ve Kadercilik Eğilimi Ölçeği (KEÖ)'ne yönelik bulgular olmak üzere üç başlık altında ele alınmıştır.

4.1. Kadınların Tanıtıcı Özellikleri ile Pap Smear Testi ve Servikal Kansere Yönelik Bulguları

Bu bölümde araştırmaya katılan kadınların tanıtıcı özellikleri ile pap smear testi ve servikal kansere yönelik bilgilerine ait verilere yer verilmiştir.

Tablo 5'te kadınların tanıtıcı özelliklerinin dağılımları sunulmuştur.

Tablo 5. Kadınların tanıtıcı özelliklerinin dağılımları (N=602)

Tanıtıcı özellikler	Ort. $\pm$ S. sapma	Ort. (Min.– Maks.)
Yaş	43,3 $\pm$ 11,1	44 (21 - 64)
İlk cinsel ilişki yaşı	21,1 $\pm$ 3,9	20 (12 - 45)
	Frekans (n)	Yüzde (%)
Eğitim durumu		
İlkokul	209	34,7
Ortaokul	148	24,6
Lise	148	24,6
Üniversite	97	16,1
Çalışma durumu		
Evet	190	31,6
Hayır	412	68,4
Gelir durumu		
Gelir giderden az	43	7,2
Gelir gidere eşit	468	77,7
Gelir giderden fazla	91	15,1
Medeni durum		
Evli	541	89,9
Bekar	61	10,1
Çocuk sahibi olma durumu		
Evet	541	89,9
Hayır	61	10,1
Çocuk sayısı		
1	81	15,0
2	195	36,0
3	154	28,5
4 ve üzeri	111	20,5

Kadınların yaş ortalaması 43,3 $\pm$ 11,1 ve ilk cinsel ilişki yaş ortalaması 21,1 $\pm$ 3,9 olarak elde edilmiştir. Kadınların %89,9'unun evli, %34,7'sinin ilkokul mezunu, %68,4'ünün çalışmadığı, %77,7'sinin gelirini giderine eşit algıladığı, %89,9'unun çocuk sahibi olduğu ve %36'sının çocuk sayısının 2 olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 6'da kadınların pap smear testi ve servikal kansere ilişkin bilgilerinin dağılımları sunulmuştur.

Tablo 6. Kadınların pap smear testi ve servikal kansere ilişkin bilgilerinin dağılımları (N=602)

Pap smear testi ve servikal kansere ilişkin bilgileri	Frekans (n)	Yüzde (%)
Pap smear testini bilme durumu		
Evet	502	83,4
Hayır	100	16,6
Pap smear testi yaptıрма durumu		
Evet	327	54,3
Hayır	275	45,7
En son pap smear testi yaptıрма zamanı		
Son 6 ay	56	17,1
Son 1 yıl	83	25,4
Son 2 yıl	89	27,2
Son 3 yıl	56	17,2
Son 4 yıl	21	6,4
Son 5 yıl ve üzeri	22	6,7
Pap smear testi yapılan yer		
KETEM	179	54,7
Hastane	148	45,3
Pap smear testi yaptıрма nedeni		
Doktor önerdiği için.	59	18,0
Genel kontrol için kendi isteği ile	75	22,9
Jinekolojik bir yakınma nedeni ile	98	30,0
Hemşire-ebe önerdiği için	95	29,1
Ailede servikal kanser tanısı varlığı		
Evet	27	4,5
Hayır	575	95,5
Ailede servikal kanser tanısı alan kişi		
Abla	8	29,6
Anne	3	11,1
Anneanne	2	7,5
Babaanne	1	3,7
Hala	8	29,6
Teyze	5	18,5
Sosyal çevrede servikal kanser tanısı varlığı		
Evet	62	10,3
Hayır	540	89,7

Tablo 6. (devam) Kadınların pap smear testi ve servikal kansere ilişkin bilgilerinin dağılımları (N=602)

Pap smear testi ve servikal kansere ilişkin bilgileri	Frekans (n)	Yüzde (%)
Servikal kanser konusunda bilgi alma durumu		
Evet	335	55,6
Hayır	267	44,4
Pap smear testi konusunda bilgi alma durumu		
Evet	386	64,1
Hayır	216	35,9
Servikal kanser ve/veya pap smear testi konusunda bilgi alınan kaynak		
Kitap dergi, broşür	32	7,8
Sağlık personelinden	300	73,5
Televizyon, radyo, internet	33	8,1
Sosyal çevre	43	10,6

Kadınların %83,4'ünün pap smear testini bildiği, %54,3'ünün pap smear testi yaptırdığı, %27,2'sinin son 2 yıl içerisinde pap smear testi yaptırdığı, %54,7'sinin pap smear testini Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM)'nde yaptırdığı, %30'unun jinekolojik bir yakınma nedeni ile pap smear testi yaptırdığı, %95,5'inin ailesinde servikal kanser tanısının olmadığı, olanların %29,6'sının abla ve halasında servikal kanser tanısının olduğu, %89,7'sinin sosyal çevresinde servikal kanser tanısının olmadığı, %55,6'sının servikal kanser %64,1'inin pap smear testi konusunda bilgi aldığı ve %73,5'inin bilgiyi sağlık personelinden aldığı elde edilmiştir.

Tablo 7'de kadınların yaş ve ilk cinsel ilişki yaşına göre pap smear testi yaptırmama durumlarının dağılımları sunulmuştur.

Tablo 7. Kadınların yaş ve ilk cinsel ilişki yaşına göre pap smear testi yaptırmama durumlarının dağılımları

Yaş ve ilk cinsel ilişki yaşı		Evet	Hayır	Toplam	Test istatistiği	p
Yaş	Ort. $\pm$ S. sapma	45,7 $\pm$ 9	40,6 $\pm$ 12,7	43,3 $\pm$ 11,1	U=33684,5	<0,001
	Ort. (Min. - Maks.)	46 (22 - 64)	40 (21 - 64)	44 (21 - 64)		
İlk cinsel ilişki yaşı	Ort. $\pm$ S. sapma	20,9 $\pm$ 3,7	21,4 $\pm$ 4,2	21,1 $\pm$ 3,9	U=47611,0	0,210
	Ort. (Min. - Maks.)	20 (13 - 39)	20 (12 - 45)	20 (12 - 45)		

U: Mann-Whitney U testi, p<0,05

Kadınların pap smear testi yaptıırma durumuna göre kadınların yaş ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,001$). Pap smear testi yaptııranların yaş ortancası 46 ve yaptıırmayanların yaş ortancası 40 olarak elde edilmiştir. Bu farklılık pap smear testi yaptııranların yaş ortancasının, yaptıırmayanların yaş ortancasından yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. Kadınların pap smear testi yaptıırma durumuna göre kadınların ilk cinsel ilişki yaşı ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,050$).

Tablo 8’de Kadınların tanıtıcı özelliklerine göre pap smear testi yaptıırma durumlarının dağılımları sunulmuştur.

Tablo 8. Kadınların tanıtıcı özelliklerine göre pap smear testi yaptıırma durumlarının dağılımları

Tanıtıcı özellikler	Evet (n=327)	Hayır (n=275)	Toplam (n=602)	Test istatistiğı	P
Eğitim durumu					
İlkokul	117 (35,8)	92 (33,5)	209 (34,7)	$\chi^2=3,054$	0,383
Ortaokul	84 (25,7)	64 (23,3)	148 (24,6)		
Lise	81 (24,8)	67 (24,4)	148 (24,6)		
Üniversite	45 (13,8)	52 (18,9)	97 (16,1)		
Çalışma durumu					
Evet	106 (32,4)	84 (30,5)	190 (31,6)	$\chi^2=0,242$	0,623
Hayır	221 (67,6)	191 (69,5)	412 (68,4)		
Gelir durumu					
Gelir giderden az	23 (7)	20 (7,3)	43 (7,1)	$\chi^2=0,657$	0,720
Gelir gidere eşit	258 (78,9)	210 (76,4)	468 (77,7)		
Gelir giderden fazla	46 (14,1)	45 (16,4)	91 (15,1)		
Medeni durum					
Evli	291 (89)	250 (90,9)	541 (89,9)	$\chi^2=0,604$	0,437
Bekar	36 (11)	25 (9,1)	61 (10,1)		
Çocuk sahibi olma durumu					
Evet	314 (96)	227 (82,5)	541 (89,9)	$\chi^2=29,803$	<0,001
Hayır	13 (4)	48 (17,5)	61 (10,1)		

χ^2 : Ki-kare test istatistiğı, $p<0,05$

Kadınların eğitim, çalışma, gelir ve medeni durumuna göre pap smear testi yaptıırma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,050$).

Kadınların çocuk sahip olma durumuna göre pap smear testi yaptıрма durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,001$). Pap smear testi yaptıranların %96'sının çocuğu varken, yaptırmayanların %82,5'inin çocuğu vardır.

Tablo 9'da Kadınların pap smear testi ve servikal kansere ilişkin bilgilerine göre pap smear testi yaptıрма durumlarının dağılımları sunulmuştur.

Tablo 9. Kadınların pap smear testi ve servikal kansere ilişkin bilgilerine göre pap smear testi yaptıрма durumlarının dağılımları

Pap smear testi ve servikal kansere ilişkin bilgileri	Evet (n=327)	Hayır (n=275)	Toplam (n=602)	Test istatistiği	P
Pap smear testini bilme durumu					
Evet	323 (98,8)	179 (65,1)	502 (83,4)	$\chi^2=122,368$	<0,001
Hayır	4 (1,2)	96 (34,9)	100 (16,6)		
Ailede servikal kanser tanısı varlığı					
Evet	20 (6,1)	7 (2,5)	27 (4,5)	$\chi^2=4,446$	0,035
Hayır	307 (93,9)	268 (97,5)	575 (95,5)		
Sosyal çevrede servikal kanser tanısı varlığı					
Evet	34 (10,4)	28 (10,2)	62 (10,3)	$\chi^2=0,008$	0,931
Hayır	293 (89,6)	247 (89,8)	540 (89,7)		
Servikal kanser konusunda bilgi alma durumu					
Evet	227 (69,4)	108 (39,3)	335 (55,6)	$\chi^2=55,003$	<0,001
Hayır	100 (30,6)	167 (60,7)	267 (44,4)		
Pap smear testi konusunda bilgi alma durumu					
Evet	271 (82,9)	115 (41,8)	386 (64,1)	$\chi^2=109,446$	<0,001
Hayır	56 (17,1)	160 (58,2)	216 (35,9)		
Servikal kanser ve/veya pap test konusunda bilgi alınan kaynak					
Kitap, dergi, broşür	17 (6,1)	15 (11,5)	32 (7,8)	$\chi^2=55,531$	<0,001
Sağlık personelinin	231 (83,4)	69 (52,7)	300 (73,5)		
Televizyon, radyo, internet	19 (6,9)	14 (10,7)	33 (8,1)		
Sosyal çevre	10 (3,6)	33 (25,2)	43 (10,5)		

χ^2 : Ki-kare test istatistiği, $p<0,05$

Kadınların pap smear testini bilme durumuna göre pap smear testi yaptıрма dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,001$). Testi yaptıranların %98,8'i pap smear testini bilmekte iken yaptırmayanların %65,1'i testi bilmektedir. Kadınların ailede servikal kanser tanısı varlığı durumuna göre pap smear testi yaptıрма dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p=0,035$). Pap smear testi yaptıranların %93,9'unun ailesinde servikal kanser tanısı yokken, yaptırmayanların %97,5'inin ailesinde servikal kanser tanısı yoktur. Kadınların servikal kanser konusunda bilgi alma durumuna göre pap smear testi yaptıрма dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,001$). Pap smear testi yaptıranların %69,4'ü servikal kanser konusunda bilgi almışken, test yaptırmayanların %60,7'si servikal kanser konusunda bilgi almamıştır. Kadınların pap smear testi konusunda bilgi alma durumuna göre pap smear testi yaptıрма dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,001$). Pap smear testi yaptıranların %82,9'u pap smear testi konusunda bilgi almışken, test yaptırmayanların %58,2'si pap smear testi konusunda bilgi almamıştır. Kadınların servikal kanser ve/veya pap test konusunda bilgi alınan kaynaklarına göre pap smear testi yaptıрма dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,001$). Pap smear testi yaptıranların %83,4'ü sağlık personelinden bilgi almışken, yaptırmayanların %52,7'si sağlık personelinden bilgi almıştır.

4.2. Kadınların Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği'ne Yönelik Bulguları

Bu bölümde araştırmaya katılan kadınların Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği ve alt boyutlarının değerlerine yönelik bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 10'da Kadınların Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği toplam ve alt boyut değerlerinin dağılımı sunulmuştur.

Tablo 10. Kadınların Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği toplam ve alt boyut değerlerinin dağılımı

Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği	Ort. $\pm$ S. Sapma	Ort. (Min. – Maks.)
Algılanan Duyarlılık	27,7 $\pm$ 7,1	29 (9 - 43)
Algılanan Ciddiyet	25,1 $\pm$ 5,1	25 (12 - 39)
Algılanan Engel	22,7 $\pm$ 7,1	24 (7 - 35)
Algılanan Yarar	19,7 $\pm$ 4,4	20 (6 - 30)
Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği toplam	95,3 $\pm$ 18,6	98 (38 - 141)

Kadınların Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği toplam puanının ortalaması 95,3 $\pm$ 18,6, ortancası 98, minimum değeri 38 ve maksimum değeri 141 olarak elde edilmiştir. Algılanan Duyarlılık alt boyut puanının ortalaması 27,7 $\pm$ 7,1, ortancası 29, minimum değeri 9 ve maksimum değeri 43 olarak elde edilmiştir. Algılanan Ciddiyet alt boyut puanının ortalaması 25,1 $\pm$ 5,1, ortancası 25, minimum değeri 12 ve maksimum değeri 39 olarak elde edilmiştir. Algılanan Engel alt boyut puanının ortalaması 22,7 $\pm$ 7,1, ortancası 24, minimum değeri 7 ve maksimum değeri 35 olarak elde edilmiştir. Algılanan Yarar alt boyut puanının ortalaması 19,7 $\pm$ 4,4, ortancası 20, minimum değeri 6 ve maksimum değeri 30 olarak elde edilmiştir.

Tablo 11’de Kadınların yaş ve ilk cinsel ilişki yaşı ile Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişki sunulmuştur.

Tablo 11. Kadınların yaş ve ilk cinsel ilişki yaşı ile Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişki

Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği		Yaş	İlk cinsel ilişki yaşı
Algılanan Duyarlılık	r	0,053	-0,020
	p	0,190	0,618
Algılanan Ciddiyet	r	0,019	0,003
	p	0,634	0,950
Algılanan Engel	r	0,045	-0,026
	p	0,266	0,522
Algılanan Yarar	r	0,037	0,002
	p	0,365	0,953
Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği toplam	r	0,050	-0,019
	p	0,219	0,636

r: Spearman's rho korelasyon katsayısı, $p < 0,05$

Yaş ve ilk cinsel ilişki yaşı ile Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği toplam ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p > 0,050$).

Tablo 12'de kadınların tanıtıcı özelliklerine göre Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği toplam ve alt boyut değerlerinin dağılımı sunulmuştur.

Tablo 12. Kadınların tanıtıcı özelliklerine göre Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği toplam ve alt boyut değerlerinin dağılımı

Tanıtıcı özellikler		Algılanan Duyarlılık	Algılanan Ciddiyet	Algılanan Engel	Algılanan Yarar	Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği toplam
Eğitim durumu						
İlkokul	Ort. ± S. sapma	27,2 ± 7,1	24,8 ± 5,3	22 ± 7,1	19,2 ± 4,1 ^a	93,2 ± 17,9 ^a
	Ort. (Min. - Maks.)	28 (9 - 42)	25 (12 - 38)	23 (7 - 35)	19 (10 - 27)	97 (38 - 131)
Ortaokul	Ort. ± S. sapma	27,2 ± 7,8	24,8 ± 5,4	22,6 ± 7,7	19,6 ± 4,9 ^{ab}	94,1 ± 21,2 ^{ab}
	Ort. (Min. - Maks.)	28 (9 - 43)	25 (12 - 37)	24 (7 - 35)	20 (7 - 30)	97 (38 - 141)
Lise	Ort. ± S. sapma	28,7 ± 6,6	25,4 ± 4,8	23,7 ± 6,6	20,4 ± 4,2 ^b	98,2 ± 17,3 ^b
	Ort. (Min. - Maks.)	29 (13 - 42)	26 (14 - 37)	25 (9 - 34)	21 (8 - 30)	101 (54 - 136)
Üniversite	Ort. ± S. sapma	28,3 ± 6,7	25,6 ± 5	23,1 ± 6,9	20,2 ± 4,1 ^{ab}	97,2 ± 17,1 ^{ab}
	Ort. (Min. - Maks.)	30 (10 - 42)	25 (14 - 39)	24 (7 - 35)	21 (6 - 26)	100 (49 - 138)
Test istatistiği		F=1,879	F=0,882	F=1,886	F=3,054	F=2,93
p		0,132	0,450	0,132	0,029	0,034
Çalışma durumu						
Evet	Ort. ± S. sapma	28,5 ± 6,7	25,5 ± 4,6	23,3 ± 6,8	19,9 ± 4,3	97,1 ± 17,7
	Ort. (Min. - Maks.)	30 (9 - 43)	26 (12 - 39)	24 (7 - 35)	20 (6 - 26)	100 (38 - 138)
Hayır	Ort. ± S. sapma	27,4 ± 7,3	24,9 ± 5,3	22,5 ± 7,2	19,7 ± 4,4	94,4 ± 18,9
	Ort. (Min. - Maks.)	28 (9 - 43)	25 (12 - 38)	23,5 (7 - 35)	20 (8 - 30)	97 (38 - 141)
Test istatistiği		t=-0,025	t=0,04	t=-0,701	t=-0,817	t=-0,46
p		0,980	0,968	0,483	0,415	0,646

t: bağımsız iki örnek t test istatistiği, F: Varyans analizi test istatistiği, χ^2 : Kruskal Wallis test istatistiği, a-b: aynı harfe sahip durumlar arasında fark yoktur, p<0,05

Tablo 12. (devam) Kadınların tanıtıcı özelliklerine göre Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği toplam ve alt boyut değerlerinin dağılımı

Tanıtıcı özellikler		Algılanan Duyarlılık	Algılanan Ciddiyet	Algılanan Engel	Algılanan Yarar	Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği toplam
Gelir durumu						
Gelir giderden az	Ort. $\pm$ S. sapma	28,3 $\pm$ 6,3	27,4 $\pm$ 5,4 ^b	22,8 $\pm$ 7,1	20 $\pm$ 4	98,5 $\pm$ 16,6
	Ort. (Min. - Maks.)	29 (14 - 41)	26 (17 - 38)	24 (9 - 35)	21 (8 - 27)	101 (54 - 138)
Gelir gidere eşit	Ort. $\pm$ S. sapma	27,8 $\pm$ 7,1	24,9 $\pm$ 5,1 ^a	22,8 $\pm$ 7,1	19,7 $\pm$ 4,4	95,2 $\pm$ 18,5
	Ort. (Min. - Maks.)	29 (9 - 43)	25 (12 - 39)	24 (7 - 35)	20 (8 - 30)	98 (38 - 141)
Gelir giderden fazla	Ort. $\pm$ S. sapma	27,1 $\pm$ 7,5	25,1 $\pm$ 4,8 ^a	22,4 $\pm$ 7,5	19,7 $\pm$ 4,7	94,2 $\pm$ 19,7
	Ort. (Min. - Maks.)	29 (9 - 42)	26 (12 - 36)	23 (7 - 35)	20 (6 - 30)	97 (38 - 136)
Test istatistiği		F=0,536	F=4,936	F=0,151	F=0,072	F=0,79
p		0,586	0,007	0,860	0,930	0,454
Medeni durum						
Evli	Ort. $\pm$ S. sapma	27,4 $\pm$ 7,1	25 $\pm$ 5,2	22,5 $\pm$ 7,1	19,6 $\pm$ 4,4	94,6 $\pm$ 18,6
	Ort. (Min. - Maks.)	28 (9 - 43)	25 (12 - 39)	24 (7 - 35)	20 (6 - 30)	97 (38 - 141)
Bekar	Ort. $\pm$ S. sapma	30,3 $\pm$ 6,5	26 $\pm$ 4,6	24,6 $\pm$ 7	20,9 $\pm$ 4,4	101,7 $\pm$ 17,6
	Ort. (Min. - Maks.)	32 (15 - 41)	26 (15 - 37)	26 (10 - 34)	22 (11 - 29)	106 (54 - 135)
Test istatistiği		t=-2,949	t=-1,452	t=-2,11	t=-2,239	t=-2,87
p		0,003	0,147	0,035	0,026	0,004

t: bağımsız iki örnek t test istatistiği, F: Varyans analizi test istatistiği, χ^2 : Kruskal Wallis test istatistiği, a-b: aynı harfe sahip durumlar arasında fark yoktur, p<0,05

Tablo 12. (devam) Kadınların tanıtıcı özelliklerine göre Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği toplam ve alt boyut değerlerinin dağılımı

Tanıtıcı özellikler		Algılanan Duyarlılık	Algılanan Ciddiyet	Algılanan Engel	Algılanan Yarar	Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği toplam
Çocuk sahibi olma durumu						
Evet	Ort. $\pm$ S. sapma	27,6 $\pm$ 7,1	25,1 $\pm$ 5,2	22,7 $\pm$ 7,2	19,7 $\pm$ 4,4	95,2 $\pm$ 18,8
	Ort. (Min. - Maks.)	29 (9 - 43)	25 (12 - 38)	24 (7 - 35)	20 (6 - 30)	98 (38 - 141)
Hayır	Ort. $\pm$ S. sapma	28,8 $\pm$ 7,2	24,5 $\pm$ 4,5	22,8 $\pm$ 6,2	20 $\pm$ 3,9	96 $\pm$ 17
	Ort. (Min. - Maks.)	30 (10 - 42)	25 (14 - 39)	24 (12 - 33)	20 (11 - 30)	100 (54 - 136)
Test istatistiği		t=-1,241	t=0,996	t=-0,091	t=-0,411	t=-0,331
p		0,215	0,319	0,927	0,682	0,741
Çocuk sayısı						
1	Ort. $\pm$ S. sapma	26,6 $\pm$ 7,7	24,5 $\pm$ 5,2	22,2 $\pm$ 7,4	19,3 $\pm$ 4,3	92,6 $\pm$ 20,3
	Ort. (Min. - Maks.)	26 (10 - 42)	25 (14 - 37)	23 (10 - 35)	20 (10 - 29)	94 (54 - 135)
2	Ort. $\pm$ S. sapma	27,7 $\pm$ 7,1	24,7 $\pm$ 5,3	23,1 $\pm$ 7,2	19,7 $\pm$ 4,4	95,3 $\pm$ 19,1
	Ort. (Min. - Maks.)	29 (9 - 43)	25 (12 - 36)	24 (7 - 35)	20 (7 - 26)	98 (38 - 138)
3	Ort. $\pm$ S. sapma	28,3 $\pm$ 6,8	26,1 $\pm$ 4,8	22,8 $\pm$ 7,2	20 $\pm$ 4,5	97,2 $\pm$ 17,7
	Ort. (Min. - Maks.)	29,5 (14 - 43)	26 (14 - 38)	24 (7 - 35)	20 (6 - 30)	99 (49 - 141)
4 ve üzeri	Ort. $\pm$ S. sapma	27,2 $\pm$ 7	25 $\pm$ 5,4	22,2 $\pm$ 7,2	19,6 $\pm$ 4,5	94,1 $\pm$ 18,3
	Ort. (Min. - Maks.)	28 (13 - 43)	25 (13 - 37)	23 (9 - 35)	19 (8 - 30)	97 (50 - 139)
Test istatistiği		F=1,19	F=2,503	F=0,541	F=0,536	F=1,251
p		0,313	0,059	0,655	0,658	0,291

t: bağımsız iki örnek t test istatistiği, F: Varyans analizi test istatistiği, p<0,05

Kadınların medeni durumuna göre Algılanan Duyarlılık alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p=0,003$). Evli olanların puan ortalaması $27,4\pm7,1$ ve bekar olanların puan ortalaması $30,3\pm6,5$ olarak elde edilmiştir. Medeni durumuna göre Algılanan Engel alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p=0,035$). Evli olanların puan ortalaması $22,5\pm7,1$ ve bekar olanların puan ortalaması $24,6\pm7$ olarak elde edilmiştir. Medeni durumuna göre Algılanan Yarar alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p=0,026$). Evli olanların puan ortalaması $19,6\pm4,4$ ve bekar olanların puan ortalaması $20,9\pm4,4$ olarak elde edilmiştir. Medeni durumuna göre Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği toplam puanlarının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p=0,004$). Evli olanların puan ortalaması $94,6\pm18,6$ ve bekar olanların puan ortalaması $101,7\pm17,6$ olarak elde edilmiştir. Eğitim durumuna göre Algılanan Yarar alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p=0,029$). İlkokul mezunu olanların puan ortalaması $19,2\pm4,1$, ortaokul mezunu olanların puan ortalaması $19,6\pm4,9$, lise mezunu olanların puan ortalaması $20,4\pm4,2$ ve üniversite mezunu olanların puan ortalaması $20,2\pm4,1$ olarak elde edilmiştir. Eğitim durumuna göre Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği toplam puanlarının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p=0,034$). İlkokul mezunu olanların puan ortalaması $93,2\pm17,9$ ortaokul mezunu olanların puan ortalaması $94,1\pm21,2$, lise mezunu olanların puan ortalaması $98,2\pm17,3$ ve üniversite mezunu olanların puan ortalaması $97,2\pm17,1$ olarak elde edilmiştir. Gelir durumuna göre Algılanan Ciddiyet alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p=0,007$). Geliri giderinden az olanların puan ortalaması $27,4\pm5,4$, geliri giderine eşit olanların puan ortalaması $24,9\pm5,1$ ve geliri giderinden fazla olanların puan ortalaması $25,1\pm4,8$ olarak elde edilmiştir.

Tablo 13'te Kadınların pap smear testi ve servikal kansere ilişkin bilgilerine göre Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği toplam ve alt boyut değerlerinin dağılımları sunulmuştur.

Tablo 13. Kadınların pap smear testi ve servikal kansere ilişkin bilgilerine göre Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği toplam ve alt boyut değerlerinin dağılımları

Pap smear testi ve servikal kansere ilişkin bilgileri		Algılanan Duyarlılık	Algılanan Ciddiyet	Algılanan Engel	Algılanan Yarar	Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği toplam
Pap smear testini bilme durumu						
Evet	Ort. $\pm$ S. sapma	28,1 $\pm$ 7,1	25,1 $\pm$ 5,1	23,4 $\pm$ 7	19,9 $\pm$ 4,4	96,6 $\pm$ 18,7
	Ort. (Min. - Maks.)	29 (9 - 43)	25 (12 - 39)	25 (7 - 35)	20 (6 - 30)	100 (38 - 141)
Hayır	Ort. $\pm$ S. sapma	25,7 $\pm$ 6,6	24,8 $\pm$ 5,4	19,5 $\pm$ 6,9	18,7 $\pm$ 4	88,7 $\pm$ 16,7
	Ort. (Min. - Maks.)	26 (9 - 38)	25 (12 - 36)	19 (7 - 34)	18,5 (10 - 26)	92 (38 - 125)
Test istatistiği		t=3,231	t=0,488	t=5,174	t=2,52	t=3,946
p		0,001	0,626	<0,001	0,012	<0,001
Pap smear testi yaptıırma durumu						
Evet	Ort. $\pm$ S. sapma	28,6 $\pm$ 6,9	25,1 $\pm$ 4,9	24,1 $\pm$ 6,8	20, 5 $\pm$ 4,3	98,3 $\pm$ 18,2
	Ort. (Min. - Maks.)	30 (9 - 43)	25 (12 - 38)	25 (7 - 35)	21 (6 - 30)	101 (38 - 141)
Hayır	Ort. $\pm$ S. sapma	26,7 $\pm$ 7,2	25,1 $\pm$ 5,4	21,1 $\pm$ 7,1	18,8 $\pm$ 4,2	91,7 $\pm$ 18,4
	Ort. (Min. - Maks.)	27 (9 - 43)	25 (12 - 39)	21 (7 - 35)	19 (7 - 29)	95 (38 - 135)
Test istatistiği		t=3,193	t=0,094	t=5,288	t=4,885	t=4,415
p		0,001	0,925	<0,001	<0,001	<0,001

t: bağımsız iki örnek t test istatistiği, p<0,05

Tablo 13. (devam) Kadınların pap smear testi ve servikal kansere ilişkin bilgilerine göre Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği toplam ve alt boyut değerlerinin dağılımları

Pap smear testi ve servikal kansere ilişkin bilgileri		Algılanan Duyarlılık	Algılanan Ciddiyet	Algılanan Engel	Algılanan Yarar	Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği toplam
En son pap smear testi yaptırma zamanı						
Son 6 ay	Ort. $\pm$ S. Sapma	28 $\pm$ 7,3	23,7 $\pm$ 4,9	24,3 $\pm$ 7,1	19,9 $\pm$ 4,5	95,8 $\pm$ 19,6
	Ort. (Min. - Maks.)	30 (13 - 43)	24 (13 - 35)	26 (8 - 35)	20 (10 - 30)	98,5 (50 - 141)
Son 1 yıl	Ort. $\pm$ S. Sapma	29 $\pm$ 6,7	26 $\pm$ 5	24,1 $\pm$ 6,5	21,3 $\pm$ 3,9	100,4 $\pm$ 16,4
	Ort. (Min. - Maks.)	30 (11 - 42)	26 (14 - 37)	25 (10 - 35)	21 (11 - 30)	102 (54 - 139)
Son 2 yıl	Ort. $\pm$ S. Sapma	27,5 $\pm$ 7,2	25,1 $\pm$ 4,6	23,5 $\pm$ 7,3	20,1 $\pm$ 4,7	96,1 $\pm$ 19,4
	Ort. (Min. - Maks.)	29 (10 - 43)	26 (15 - 37)	25 (7 - 35)	21 (6 - 30)	100 (49 - 139)
Son 3 yıl	Ort. $\pm$ S. Sapma	29,6 $\pm$ 6,8	24,7 $\pm$ 4,8	24,9 $\pm$ 6,6	20,8 $\pm$ 3,9	100,1 $\pm$ 17,4
	Ort. (Min. - Maks.)	31 (9 - 42)	25 (12 - 36)	27 (7 - 34)	22 (10 - 30)	102,5 (38 - 136)
Son 4 yıl	Ort. $\pm$ S. Sapma	30,4 $\pm$ 6,7	24,8 $\pm$ 5,2	24,6 $\pm$ 6,9	21 $\pm$ 4,8	100,8 $\pm$ 20,1
	Ort. (Min. - Maks.)	32 (14 - 43)	26 (14 - 34)	26 (11 - 35)	21 (11 - 30)	104 (52 - 140)
Son 5 yıl ve üzeri	Ort. $\pm$ S. Sapma	27,9 $\pm$ 6,6	26,7 $\pm$ 5,3	23,1 $\pm$ 6,8	19,5 $\pm$ 4,6	97,1 $\pm$ 16,3
	Ort. (Min. - Maks.)	25,5 (16 - 39)	25,5 (18 - 38)	23,5 (13 - 32)	18,5 (12 - 26)	98 (72 - 127)
Test istatistiği		F=1,169	F=2,091	F=0,401	F=1,382	$\chi^2=3,682$
P		0,324	0,066	0,848	0,231	0,596

t: bağımsız iki örnek t test istatistiği, F: Varyans analizi test istatistiği, χ^2 : Kruskal Wallis test istatistiği, p<0,05

Tablo 13. (devam) Kadınların pap smear testi ve servikal kansere ilişkin bilgilerine göre Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği toplam ve alt boyut değerlerinin dağılımları

Pap smear testi ve servikal kansere ilişkin bilgileri		Algılanan Duyarlılık	Algılanan Ciddiyet	Algılanan Engel	Algılanan Yarar	Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği toplam
Pap smear testi yapılan yer						
KETEM	Ort. $\pm$ S. sapma	28,6 $\pm$ 7,1	25,4 $\pm$ 4,9	24,5 $\pm$ 7,1	20,7 $\pm$ 4,4	99,3 $\pm$ 19
	Ort. (Min. - Maks.)	30 (9 - 43)	26 (12 - 38)	26 (7 - 35)	22 (6 - 30)	104 (38 - 141)
Hastane	Ort. $\pm$ S. sapma	28,4 $\pm$ 6,8	24,8 $\pm$ 4,9	23,5 $\pm$ 6,5	20,3 $\pm$ 4,3	96,9 $\pm$ 17,2
	Ort. (Min. - Maks.)	29,5 (13 - 43)	25 (13 - 37)	24 (8 - 35)	21 (10 - 30)	99 (50 - 139)
	Test istatistiği	t=0,252	t=1,206	t=1,376	t=0,9	t=1,155
	p	0,802	0,229	0,170	0,369	0,249
Pap smear testi yaptıрма nedeni						
Doktor önerdiği için	Ort. $\pm$ S. sapma	27,8 $\pm$ 7,3	25,2 $\pm$ 5,5	23,7 $\pm$ 7,2	20,5 $\pm$ 4,1	97,3 $\pm$ 18,9
	Ort. (Min. - Maks.)	29 (13 - 43)	25 (13 - 37)	25 (11 - 35)	21 (11 - 30)	102 (50 - 139)
Genel kontrol için kendi isteği ile	Ort. $\pm$ S. sapma	28,8 $\pm$ 6,4	25,4 $\pm$ 4,7	25,3 $\pm$ 6,7	20,6 $\pm$ 3,9	100,1 $\pm$ 17,4
	Ort. (Min. - Maks.)	30 (9 - 42)	26 (12 - 36)	27 (7 - 35)	21 (10 - 27)	102 (38 - 138)
Jinekolojik bir yakınma nedeni ile	Ort. $\pm$ S. sapma	28,2 $\pm$ 7,2	25 $\pm$ 4,8	23 $\pm$ 6,3	20 $\pm$ 4,5	96,3 $\pm$ 17,8
	Ort. (Min. - Maks.)	29 (14 - 42)	25 (14 - 36)	24 (10 - 33)	21 (10 - 30)	98 (58 - 136)
Hemşire-ebe önerdiği için	Ort. $\pm$ S. sapma	29,1 $\pm$ 7	24,9 $\pm$ 5	24,4 $\pm$ 7,3	20,9 $\pm$ 4,6	99,3 $\pm$ 18,8
	Ort. (Min. - Maks.)	30 (10 - 43)	25 (15 - 38)	26 (7 - 35)	22 (6 - 30)	104 (49 - 141)
	Test istatistiği	F=0,513	F=0,144	F=1,635	F=0,659	F=0,812
	p	0,674	0,934	0,181	0,578	0,488

t: bağımsız iki örnek t test istatistiği, F: Varyans analizi test istatistiği, p<0,05

Tablo 13. (devam) Kadınların pap smear testi ve servikal kansere ilişkin bilgilerine göre Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği toplam ve alt boyut değerlerinin dağılımları

Pap smear testi ve servikal kansere ilişkin bilgileri		Algılanan Duyarlılık	Algılanan Ciddiyet	Algılanan Engel	Algılanan Yarar	Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği toplam
Ailede servikal kanser tanısı varlığı						
Evet	Ort. $\pm$ S. sapma	26,6 $\pm$ 6,8	24 $\pm$ 5,7	23,5 $\pm$ 6	19 $\pm$ 4,6	93,1 $\pm$ 19,1
	Ort. (Min. - Maks.)	27 (13 - 37)	24 (14 - 37)	25 (13 - 32)	20 (11 - 28)	95 (51 - 121)
Hayır	Ort. $\pm$ S. sapma	27,8 $\pm$ 7,1	25,1 $\pm$ 5,1	22,7 $\pm$ 7,2	19,8 $\pm$ 4,4	95,4 $\pm$ 18,6
	Ort. (Min. - Maks.)	29 (9 - 43)	25 (12 - 39)	24 (7 - 35)	20 (6 - 30)	98 (38 - 141)
Test istatistiği		t=-0,852	t=-1,157	t=0,581	t=-0,845	t=-0,622
p		0,395	0,248	0,562	0,399	0,534
Sosyal çevrede servikal kanser tanısı alan kişi veya kişilerin varlığı						
Evet	Ort. $\pm$ S. sapma	27,9 $\pm$ 7	25,2 $\pm$ 5,3	22,9 $\pm$ 7,1	20,2 $\pm$ 5	96,2 $\pm$ 19,9
	Ort. (Min. - Maks.)	30 (9 - 41)	25 (12 - 38)	25 (7 - 34)	21 (8 - 29)	102 (38 - 135)
Hayır	Ort. $\pm$ S. sapma	27,7 $\pm$ 7,1	25,1 $\pm$ 5,1	22,7 $\pm$ 7,1	19,7 $\pm$ 4,3	95,2 $\pm$ 18,4
	Ort. (Min. - Maks.)	29 (9 - 43)	25 (12 - 39)	24 (7 - 35)	20 (6 - 30)	98 (38 - 141)
Test istatistiği		t=0,237	t=0,236	t=0,171	t=0,876	t=0,428
p		0,813	0,813	0,864	0,382	0,669

t: bağımsız iki örnek t test istatistiği, F: Varyans analizi test istatistiği, p<0,05

Tablo 13. (devam) Kadınların pap smear testi ve servikal kansere ilişkin bilgilerine göre Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği toplam ve alt boyut değerlerinin dağılımları

Pap smear testi ve servikal kansere ilişkin bilgileri		Algılanan Duyarlılık	Algılanan Ciddiyet	Algılanan Engel	Algılanan Yarar	Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği toplam
Servikal kanser konusunda bilgi alma durumu						
Evet	Ort. $\pm$ S. Sapma	28,8 $\pm$ 7,1	25,3 $\pm$ 5,1	23,8 $\pm$ 6,9	20,3 $\pm$ 4,4	98,2 $\pm$ 18,4
	Ort. (Min. - Maks.)	30 (10 - 43)	26 (13 - 39)	25 (7 - 35)	21 (6 - 30)	102 (49 - 141)
Hayır	Ort. $\pm$ S. Sapma	26,4 $\pm$ 6,9	24,8 $\pm$ 5,2	21,4 $\pm$ 7,1	19 $\pm$ 4,3	91,7 $\pm$ 18,2
	Ort. (Min. - Maks.)	27 (9 - 43)	25 (12 - 38)	22 (7 - 35)	19 (7 - 30)	95 (38 - 139)
Test istatistiği		t=4,0	t=1,204	t=4,087	t=3,783	t=4,333
p		<0,001	0,229	<0,001	<0,001	<0,001
Pap smear testi konusunda bilgi alma durumu						
Evet	Ort. $\pm$ S. Sapma	28,6 $\pm$ 7,1	25,3 $\pm$ 5,1	23,7 $\pm$ 6,9	20,2 $\pm$ 4,4	97,7 $\pm$ 18,3
	Ort. (Min. - Maks.)	30 (10 - 43)	25,5 (13 - 39)	25 (7 - 35)	21 (6 - 30)	100 (49 - 141)
Hayır	Ort. $\pm$ S. Sapma	26,3 $\pm$ 6,9	24,8 $\pm$ 5,3	21,1 $\pm$ 7,2	18,8 $\pm$ 4,2	90,9 $\pm$ 18,4
	Ort. (Min. - Maks.)	27 (9 - 43)	25 (12 - 38)	21,5 (7 - 35)	19 (7 - 30)	95 (38 - 139)
Test istatistiği		t=3,833	t=1,163	t=4,277	t=3,894	t=4,356
p		<0,001	0,245	<0,001	<0,001	<0,001

t: bağımsız iki örnek t test istatistiği, F: Varyans analizi test istatistiği, p<0,05

Tablo 13. (devam) Kadınların pap smear testi ve servikal kansere ilişkin bilgilerine göre Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği toplam ve alt boyut değerlerinin dağılımları

Pap smear testi ve servikal kansere ilişkin bilgileri		Algılanan Duyarlılık	Algılanan Ciddiyet	Algılanan Engel	Algılanan Yarar	Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği toplam
Servikal kanser ve/veya pap test konusunda bilgi alınan kaynak						
Kitap, dergi, broşür	Ort. $\pm$ S. sapma	28,4 $\pm$ 6,5	26,8 $\pm$ 4,3	23,3 $\pm$ 6,7	20,7 $\pm$ 4,3	99,3 $\pm$ 16,5
	Ort. (Min. - Maks.)	31 (15 - 38)	26 (19 - 39)	25,5 (9 - 32)	21,5 (8 - 26)	104,5 (54 - 119)
Sağlık personelinden	Ort. $\pm$ S. sapma	28,5 $\pm$ 7,1	25,3 $\pm$ 5,1	23,6 $\pm$ 6,9	20,2 $\pm$ 4,4	97,6 $\pm$ 18,4
	Ort. (Min. - Maks.)	30 (10 - 43)	25 (13 - 38)	25 (7 - 35)	21 (6 - 30)	99,5 (49 - 141)
Televizyon, radyo ve internet	Ort. $\pm$ S. sapma	27,6 $\pm$ 6,2	24,3 $\pm$ 4,4	24,1 $\pm$ 6,9	19,3 $\pm$ 3,7	95,2 $\pm$ 15,1
	Ort. (Min. - Maks.)	29 (10 - 38)	24 (16 - 36)	24 (12 - 34)	20 (12 - 26)	98 (57 - 118)
Sosyal çevre	Ort. $\pm$ S. sapma	29,5 $\pm$ 8,2	24,7 $\pm$ 5,3	23,6 $\pm$ 7,3	20 $\pm$ 4,9	97,9 $\pm$ 20,8
	Ort. (Min. - Maks.)	31 (13 - 43)	24 (13 - 36)	25 (9 - 34)	21 (7 - 29)	102 (53 - 135)
Test istatistiği		F=0,49	F=1,602	F=0,069	F=0,609	F=0,278
p		0,690	0,188	0,977	0,609	0,841

t: bağımsız iki örnek t test istatistiği, F: Varyans analizi test istatistiği, p<0,05

Kadınların pap smear testini bilme durumuna göre Algılanan Duyarlılık alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p=0,001$). Pap smear testini bilenlerin puan ortalaması $28,1\pm7,1$ ve bilmeyenlerin puan ortalaması $25,7\pm6,6$ olarak elde edilmiştir. Pap smear testini bilme durumuna göre Algılanan Engel alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,001$). Pap smear testini bilenlerin puan ortalaması $23,4\pm7$ ve bilmeyenlerin puan ortalaması $19,5\pm6,9$ olarak elde edilmiştir. Pap smear testini bilme durumuna göre Algılanan Yarar alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p=0,012$). Pap smear testini bilenlerin puan ortalaması $19,9\pm4,4$ ve bilmeyenlerin puan ortalaması $18,7\pm4$ olarak elde edilmiştir. Pap smear testini bilme durumuna göre Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği toplam puanlarının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p=<0,001$). Pap smear testini bilenlerin puan ortalaması $96,6\pm18,7$ ve bilmeyenlerin puan ortalaması $88,7\pm16,7$ olarak elde edilmiştir. Pap smear testi yaptıрма durumuna göre Algılanan Duyarlılık alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p=0,001$). Pap smear testi yaptıranların puan ortalaması $28,6\pm6,9$ ve yaptırmayanların puan ortalaması $26,7\pm7,2$ olarak elde edilmiştir. Pap smear testi yaptıрма durumuna göre Algılanan Engel alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,001$). Pap smear testi yaptıranların puan ortalaması $24,1\pm6,8$ ve yaptırmayanların puan ortalaması $21,1\pm7,1$ olarak elde edilmiştir. Pap smear testi yaptıрма durumuna göre Algılanan Yarar alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,001$). Pap smear testi yaptıranların puan ortalaması $20,5\pm4,3$ ve yaptırmayanların puan ortalaması $18,8\pm4,2$ olarak elde edilmiştir. Pap smear testi yaptıрма durumuna göre Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,001$). Pap smear testi yaptıranların puan ortalaması $98,3\pm18,2$ ve yaptırmayanların puan ortalaması $91,7\pm18,4$ olarak elde edilmiştir. Servikal kanser konusunda bilgi alma durumuna göre Algılanan Duyarlılık alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,001$). Servikal kanser konusunda bilgi alanların puan ortalaması $28,8\pm7,1$ ve almayanların puan ortalaması $26,4\pm6,9$ olarak elde edilmiştir. Servikal kanser konusunda bilgi alma durumuna göre Algılanan Engel alt boyut puan ortalamaları

arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,001$). Servikal kanser konusunda bilgi alanların puan ortalaması $23,8\pm6,9$ ve almayanların puan ortalaması $21,4\pm7,1$ olarak elde edilmiştir. Servikal kanser konusunda bilgi alma durumuna göre Algılanan Yarar alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,001$). Servikal kanser konusunda bilgi alanların puan ortalaması $20,3\pm4,4$ ve almayanların puan ortalaması $19\pm4,3$ olarak elde edilmiştir. Servikal kanser konusunda bilgi alma durumuna göre Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği toplam puanlarının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,001$). Servikal kanser konusunda bilgi alanların puan ortalaması $98,2\pm18,4$ ve almayanların puan ortalaması $91,7\pm18,2$ olarak elde edilmiştir. Pap smear testi konusunda bilgi alma durumuna göre Algılanan Duyarlılık alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,001$). Pap smear testi konusunda bilgi alanların puan ortalaması $28,6\pm7,1$ ve almayanların puan ortalaması $26,3\pm6,9$ olarak elde edilmiştir. Pap smear testi konusunda bilgi alma durumuna göre Algılanan Engel alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,001$). Pap smear testi konusunda bilgi alanların puan ortalaması $23,7\pm6,9$ ve almayanların puan ortalaması $21,1\pm7,2$ olarak elde edilmiştir. Pap smear testi konusunda bilgi alma durumuna göre Algılanan Yarar alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,001$). Pap smear testi konusunda bilgi alanların puan ortalaması $20,2\pm4,4$ ve almayanların puan ortalaması $18,8\pm4,2$ olarak elde edilmiştir. Pap smear testi konusunda bilgi alma durumuna göre Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği toplam puanlarının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,001$). Pap smear testi konusunda bilgi alanların puan ortalaması $97,7\pm18,3$ ve almayanların puan ortalaması $90,9\pm18,4$ olarak elde edilmiştir. Kadınların diğer tanıtıcı özelliklerine, Pap smear testi ve Servikal kanser bilgilerine göre Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,050$).

4.3. Kadınların Kadercilik Eğilimi Ölçeği'ne Yönelik Bulguları

Bu bölümde araştırmaya katılan kadınların Kadercilik Eğilimi Ölçeği (KEÖ) ve alt boyutlarının değerlerine yönelik bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 14'te Kadınların Kadercilik Eğilimi Ölçeği toplam ve alt boyut değerlerinin dağılımı sunulmuştur.

Tablo 14. Kadınların Kadercilik Eğilimi Ölçeği toplam ve alt boyut değerlerinin dağılımı

KEÖ	Ort. $\pm$ S. Sapma	Ort. (Min. – Maks.)
Önceden Belirlenmişlik	25,1 $\pm$ 9,3	25 (8 - 40)
Kişisel Kontrol	16,9 $\pm$ 6,9	17 (6 - 30)
Batıl İnanç	17 $\pm$ 7,8	15 (6 - 30)
Şans	11,8 $\pm$ 5,1	12 (4 - 20)
KEÖ toplam	70,7 $\pm$ 25,5	69 (24 - 117)

Kadınların Kadercilik Eğilimi Ölçeği toplam puan ortalamaları 70,7 $\pm$ 25,5 ortancası 69, minimum değeri 24 ve maksimum değeri 117 olarak elde edilmiştir. Önceden Belirlenmişlik alt boyut puan ortalaması 25,1 $\pm$ 9,3, ortancası 25, minimum değeri 8 ve maksimum değeri 40 olarak elde edilmiştir. Kişisel Kontrol alt boyut puan ortalaması 16,9 $\pm$ 6,9, ortancası 17, minimum değeri 6 ve maksimum değeri 30 olarak elde edilmiştir. Batıl İnanç alt boyut puan ortalaması 17 $\pm$ 7,8, ortancası 15, minimum değeri 6 ve maksimum değeri 30 olarak elde edilmiştir. Şans alt boyut puan ortalaması 11,8 $\pm$ 5,1, ortancası 12, minimum değeri 4 ve maksimum değeri 20 olarak elde edilmiştir.

Tablo 15'te kadınların yaş ve ilk cinsel ilişki yaşı ile Kadercilik Eğilimi Ölçeği (KEÖ) toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişki sunulmuştur.

Tablo 15. Kadınların yaş ve ilk cinsel ilişki yaşı KEÖ toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişki

KEÖ		Yaş	İlk cinsel ilişki yaşı
Önceden Belirlenmişlik	r	-0,004	0,003
	p	0,918	0,938
Kişisel Kontrol	r	0,022	-0,038
	p	0,587	0,352
Batıl İnanç	r	0,002	-0,016
	p	0,969	0,696
Şans	r	-0,015	-0,006
	p	0,716	0,879
KEÖ toplam	r	-0,004	-0,011
	p	0,912	0,781

r: Spearman's rho korelasyon katsayısı, $p < 0,05$

Yaş ve ilk cinsel ilişki yaşı ile Kadercilik Eğilimi Ölçeği toplam ve alt boyut puanlarının dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p > 0,050$).

Tablo 16'da Kadınların tanıtıcı özelliklerine göre Kadercilik Eğilimi Ölçeği toplam ve alt boyut değerlerinin dağılımları sunulmuştur.

Tablo 16. Kadınların tanıtıcı özelliklerine göre Kadercilik Eğilimi Ölçeği toplam ve alt boyut değerlerinin dağılımları

Tanıtıcı özellikler		Önceden Belirlenmişlik	Kişisel Kontrol	Batıl İnanç	Şans	KEÖ toplam
Eğitim durumu						
İlkokul	Ort. ± S. sapma	26,5 ± 9,1	17,9 ± 6,9 ^a	17,7 ± 7,8 ^a	12,5 ± 5,1	74,5 ± 25,4 ^a
	Ort. (Min. - Maks.)	28 (8 - 40)	19 (6 - 30)	16 (6 - 30)	14 (4 - 20)	73 (27 - 115)
Ortaokul	Ort. ± S. sapma	25,1 ± 9,7	17,1 ± 7,1 ^a	17,7 ± 8 ^a	11,9 ± 5,2	71,8 ± 27 ^{ab}
	Ort. (Min. - Maks.)	25,5 (9 - 40)	17 (6 - 29)	15 (6 - 30)	12 (4 - 20)	71 (26 - 117)
Lise	Ort. ± S. sapma	24 ± 9,2	16,2 ± 6,8 ^{ab}	16,9 ± 7,9 ^{ab}	11,1 ± 4,9	68,1 ± 24,7 ^{ab}
	Ort. (Min. - Maks.)	23 (8 - 40)	15 (6 - 29)	14 (6 - 30)	9 (4 - 20)	66 (26 - 115)
Üniversite	Ort. ± S. sapma	23,6 ± 9	15,3 ± 6,3 ^b	14,5 ± 7,1 ^b	11 ± 4,7	64,5 ± 22,9 ^b
	Ort. (Min. - Maks.)	22 (8 - 40)	14 (6 - 30)	12 (6 - 30)	10 (4 - 20)	60 (24 - 115)
Test istatistiği		F=3,105	F=3,825	F=4,793	F=3,034	F=4,559
p		0,050	0,010	0,003	0,051	0,004
Çalışma durumu						
Evet	Ort. ± S. sapma	23 ± 8,9	15,9 ± 6,6	15,5 ± 6,9	10,8 ± 4,5	65,2 ± 22
	Ort. (Min. - Maks.)	21,5 (8 - 40)	15 (6 - 30)	13 (6 - 30)	9 (4 - 20)	61,5 (24 - 115)
Hayır	Ort. ± S. sapma	26 ± 9,4	17,3 ± 6,9	17,7 ± 8,1	12,2 ± 5,2	73,2 ± 26,6
	Ort. (Min. - Maks.)	28 (8 - 40)	18 (6 - 30)	16 (6 - 30)	13 (4 - 20)	72,5 (26 - 117)
Test istatistiği		t=1,348	t=1,039	t=-0,027	t=1,109	t=0,974
p		0,179	0,300	0,979	0,268	0,331

t: bağımsız iki örnek t test istatistiği, F: Varyans analizi test istatistiği, a-b: aynı harfe sahip durumlar arasında fark yoktur, p<0,05

Tablo 16. (devam) Kadınların tanıtıcı özelliklerine göre Kadercilik Eğilimi Ölçeği toplam ve alt boyut değerlerinin dağılımları

Tanıtıcı özellikler		Önceden Belirlenmişlik	Kişisel Kontrol	Batıl İnanç	Şans	KEÖ toplam
Gelir durumu						
Gelir giderden az	Ort. $\pm$ S. sapma	26 $\pm$ 9,3	15,4 $\pm$ 6,3	17,4 $\pm$ 7,6	12,9 $\pm$ 4,4	71,7 $\pm$ 23
	Ort. (Min. - Maks.)	26 (8 - 40)	15 (6 - 28)	16 (6 - 30)	14 (4 - 20)	69 (31 - 113)
Gelir gidere eşit	Ort. $\pm$ S. sapma	24,9 $\pm$ 9,4	17 $\pm$ 6,8	17 $\pm$ 7,9	11,7 $\pm$ 5,1	70,6 $\pm$ 25,6
	Ort. (Min. - Maks.)	24 (8 - 40)	17 (6 - 30)	15 (6 - 30)	11,5 (4 - 20)	69 (26 - 117)
Gelir giderden fazla	Ort. $\pm$ S. sapma	25,5 $\pm$ 9,1	16,7 $\pm$ 7,2	16,8 $\pm$ 7,6	11,6 $\pm$ 5,1	70,5 $\pm$ 26
	Ort. (Min. - Maks.)	26 (8 - 40)	15 (6 - 30)	14 (6 - 30)	12 (4 - 20)	66 (24 - 115)
Test istatistiği		F=0,393	F=1,261	F=0,094	F=1,502	F=0,036
p		0,675	0,288	0,910	0,228	0,964
Medeni durum						
Evli	Ort. $\pm$ S. sapma	25,3 $\pm$ 9,4	17 $\pm$ 6,9	17,2 $\pm$ 7,8	11,8 $\pm$ 5,1	71,2 $\pm$ 25,7
	Ort. (Min. - Maks.)	26 (8 - 40)	17 (6 - 30)	15 (6 - 30)	12 (4 - 20)	70 (24 - 117)
Bekar	Ort. $\pm$ S. sapma	23,2 $\pm$ 8,8	16 $\pm$ 6,3	15,4 $\pm$ 7,5	11 $\pm$ 4,9	65,6 $\pm$ 22,9
	Ort. (Min. - Maks.)	23 (9 - 38)	15 (6 - 29)	13 (6 - 30)	8 (5 - 20)	58 (39 - 113)
Test istatistiği		t=1,659	t=1,098	t=1,629	t=1,239	t=1,783
p		0,098	0,275	0,104	0,216	0,079

t: bağımsız iki örnek t test istatistiği, F: Varyans analizi test istatistiği, p<0,05

Tablo 16. (devam) Kadınların tanıtıcı özelliklerine göre Kadercilik Eğilimi Ölçeği toplam ve alt boyut değerlerinin dağılımlar

Tanıtıcı özellikler		Önceden Belirlenmişlik	Kişisel Kontrol	Batıl İnanç	Şans	KEÖ toplam
Çocuk sahibi olma durumu						
Evet	Ort. ± S. sapma	25,1 ± 9,4	16,8 ± 6,9	17,1 ± 7,8	11,8 ± 5,1	11,3 ± 4,8
	Ort. (Min. - Maks.)	26 (8 - 40)	17 (6 - 30)	15 (6 - 30)	70,8 ± 25,7	69,3 ± 23,8
Hayır	Ort. ± S. sapma	24,3 ± 8,7	17,4 ± 6,5	16,3 ± 7,5	12 (4 - 20)	9 (4 - 20)
	Ort. (Min. - Maks.)	23 (9 - 40)	19 (6 - 29)	13 (6 - 30)	69 (24 - 117)	65 (36 - 115)
Test istatistiği		t=0,627	t=-0,609	t=0,762	t=0,676	t=0,433
p		0,531	0,542	0,446	0,499	0,665
Çocuk sayısı						
1	Ort. ± S. sapma	26 ± 9,5	18,3 ± 6,9 ^a	18 ± 7,8	12,8 ± 5,1	75 ± 25,9
	Ort. (Min. - Maks.)	28 (8 - 40)	20 (6 - 29)	17 (6 - 30)	14 (4 - 20)	72 (24 - 113)
2	Ort. ± S. sapma	24,5 ± 9,5	15,8 ± 6,9 ^b	15,9 ± 7,7	11,2 ± 5	67,4 ± 25
	Ort. (Min. - Maks.)	24 (8 - 40)	15 (6 - 30)	13 (6 - 30)	10 (4 - 20)	63 (24 - 115)
3	Ort. ± S. sapma	25,2 ± 9,5	16,9 ± 6,8 ^{ab}	17,7 ± 7,8	11,8 ± 5,1	71,6 ± 25,7
	Ort. (Min. - Maks.)	26 (8 - 40)	17 (6 - 30)	17 (6 - 30)	12 (4 - 20)	70 (27 - 117)
4 ve üzeri	Ort. ± S. sapma	25,8 ± 9	17,4 ± 6,9 ^{ab}	17,7 ± 8,1	12,2 ± 5,1	73,1 ± 26,1
	Ort. (Min. - Maks.)	26 (8 - 40)	18 (6 - 30)	15 (6 - 30)	13 (4 - 20)	73 (27 - 115)
Test istatistiği		F=0,747	F=2,989	F=2,32	F=2,085	F=2,255
p		0,525	0,031	0,074	0,101	0,081

t: bağımsız iki örnek t test istatistiği, F: Varyans analizi test istatistiği, a-b: aynı harfe sahip durumlar arasında fark yoktur, p<0,05

Kadınların eğitim durumuna göre Kişisel Kontrol alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p=0,01$). İlkokul mezunu olanlarının puan ortalaması $17,9\pm6,9$, ortaokul mezunu olanların puan ortalaması $17,1\pm7,1$, lise mezunu olanların puan ortalaması $16,2\pm6,8$ ve üniversite mezunu olanların puan ortalaması $15,3\pm6,3$ olarak elde edilmiştir. Eğitim durumuna göre Batıl İnanç alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p=0,003$). İlkokul mezunu olanlarının puan ortalaması $17,7\pm7,8$, ortaokul mezunu olanların puan ortalaması $17,7\pm8$, lise mezunu olanların puan ortalaması $16,9\pm7,9$ ve üniversite mezunu olanların puan ortalaması $14,5\pm7,1$ olarak elde edilmiştir. Eğitim durumuna göre Kadercilik Eğilimi Ölçeği toplam puanlarının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p=0,004$). İlkokul mezunu olanlarının puan ortalaması $74,5\pm25,4$, ortaokul mezunu olanların puan ortalaması $71,8\pm27$, lise mezunu olanların puan ortalaması $68,1\pm24,7$ ve üniversite mezunu olanların puan ortalaması $64,5\pm22,9$ olarak elde edilmiştir. Çocuk sayısına göre Kişisel Kontrol alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p=0,031$). Bir çocuğu olanlarının puan ortalaması $18,3\pm6,9$, iki çocuğu olanların puan ortalaması $15,8 \pm 6,9$, üç çocuğu olanların puan ortalaması $16,9\pm6,8$, 4 ve üzeri çocuğu olanların puan ortalaması $17,4\pm6,9$ olarak elde edilmiştir.

Tablo 17’de Kadınların pap smear testi ve servikal kansere ilişkin bilgilerine göre Kadercilik Eğilimi Ölçeği toplam ve alt boyut değerlerinin dağılımları sunulmuştur.

Tablo 17. Kadınların pap smear testi ve servikal kansere ilişkin bilgilerine göre Kadercilik Eğilimi Ölçeği toplam ve alt boyut değerlerinin dağılımları

Pap smear testi ve servikal kansere ilişkin bilgileri		Önceden Belirlenmişlik	Kişisel Kontrol	Batıl İnanç	Şans	KEÖ toplam
Pap smear testi bilme durumu						
Evet	Ort. $\pm$ S. sapma	24,1 $\pm$ 9,3	16,4 $\pm$ 6,9	16,4 $\pm$ 7,7	11,3 $\pm$ 5	68,2 $\pm$ 25,1
	Ort. (Min. - Maks.)	23 (8 - 40)	16 (6 - 30)	14 (6 - 30)	10 (4 - 20)	63 (24 - 117)
Hayır	Ort. $\pm$ S. sapma	29,6 $\pm$ 8,1	19,5 $\pm$ 6,3	19,8 $\pm$ 8	14,1 $\pm$ 4,7	82,9 $\pm$ 24
	Ort. (Min. - Maks.)	33 (9 - 40)	21 (7 - 30)	22 (6 - 30)	15 (4 - 20)	88,5 (27 - 115)
Test istatistiği		t=-6,004	t=-4,205	t=-3,966	t=-5,269	t=-5,396
p		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Pap smear testi yaptırma durumu						
Evet	Ort. $\pm$ S. sapma	23,9 $\pm$ 9,1	15,8 $\pm$ 6,8	15,9 $\pm$ 7,7	10,8 $\pm$ 5	66,4 $\pm$ 24,8
	Ort. (Min. - Maks.)	23 (8 - 40)	14 (6 - 30)	13 (6 - 30)	9 (4 - 20)	60 (24 - 117)
Hayır	Ort. $\pm$ S. sapma	26,5 $\pm$ 9,4	18,2 $\pm$ 6,7	18,2 $\pm$ 7,7	12,9 $\pm$ 4,9	75,7 $\pm$ 25,4
	Ort. (Min. - Maks.)	29 (8 - 40)	20 (6 - 30)	19 (6 - 30)	14 (4 - 20)	73 (24 - 115)
Test istatistiği		t=-3,415	t=-4,328	t=-3,652	t=-5,045	t=-4,552
p		0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

t: bağımsız iki örnek t test istatistiği, F: Varyans analizi test istatistiği, p<0,05

Tablo 17. (devam) Kadınların pap smear testi ve servikal kansere ilişkin bilgilerine göre Kadercilik Eğilimi Ölçeği toplam ve alt boyut değerlerinin dağılımları

Pap smear testi ve servikal kansere ilişkin bilgileri		Önceden Belirlenmişlik	Kişisel Kontrol	Batıl İnanç	Şans	KEÖ toplam
En son pap smear testi yaptırma zamanı						
Son 6 ay	Ort. $\pm$ S. sapma	24,5 $\pm$ 9,8	16 $\pm$ 7,3	16,5 $\pm$ 8	11,6 $\pm$ 5,5	68,6 $\pm$ 26,5
	Ort. (Min. - Maks.)	24 (8 - 40)	15 (6 - 30)	14 (6 - 30)	12 (4 - 20)	64 (26 - 116)
Son 1 yıl	Ort. $\pm$ S. sapma	23,3 $\pm$ 8,9	15,4 $\pm$ 6,6	16 $\pm$ 7,9	10,8 $\pm$ 4,7	65,5 $\pm$ 24,6
	Ort. (Min. - Maks.)	22 (8 - 40)	14 (6 - 29)	13 (6 - 30)	9 (4 - 20)	55 (26 - 117)
Son 2 yıl	Ort. $\pm$ S. sapma	24,9 $\pm$ 9,1	16,2 $\pm$ 7,4	16,2 $\pm$ 7,9	10,7 $\pm$ 5	67,9 $\pm$ 26
	Ort. (Min. - Maks.)	24 (8 - 40)	15 (6 - 29)	13 (6 - 29)	8 (4 - 20)	61 (24 - 111)
Son 3 yıl	Ort. $\pm$ S. sapma	22,8 $\pm$ 9	15,3 $\pm$ 6,1	15,8 $\pm$ 7,8	10,5 $\pm$ 4,9	64,4 $\pm$ 23
	Ort. (Min. - Maks.)	21 (8 - 40)	13,5 (6 - 28)	14 (6 - 30)	8 (4 - 20)	59,5 (26 - 115)
Son 4 yıl	Ort. $\pm$ S. sapma	24,2 $\pm$ 8,4	15,9 $\pm$ 5,4	14 $\pm$ 6,8	10,5 $\pm$ 5	64,7 $\pm$ 21,7
	Ort. (Min. - Maks.)	21 (13 - 37)	13 (9 - 27)	13 (6 - 28)	8 (5 - 19)	60 (43 - 111)
Son 5 yıl ve üzeri	Ort. $\pm$ S. sapma	23,7 $\pm$ 9,6	16,6 $\pm$ 6,8	15,9 $\pm$ 7,2	11,5 $\pm$ 5	67,7 $\pm$ 26
	Ort. (Min. - Maks.)	27,5 (10 - 36)	16,5 (7 - 27)	15 (6 - 30)	13 (4 - 19)	69 (29 - 104)
Test istatistiği		F=0,505	F=0,246	F=0,32	F=0,4	F=0,274
p		0,773	0,941	0,901	0,849	0,927

t: bağımsız iki örnek t test istatistiği, F: Varyans analizi test istatistiği, p<0,05

Tablo 17. (devam) Kadınların pap smear testi ve servikal kansere ilişkin bilgilerine göre Kadercilik Eğilimi Ölçeği toplam ve alt boyut değerlerinin dağılımları

Pap smear testi ve servikal kansere ilişkin bilgileri		Önceden Belirlenmişlik	Kişisel Kontrol	Batıl İnanç	Şans	KEÖ toplam
Pap smear testi yapılan yer						
KETEM	Ort. $\pm$ S. Sapma	23,6 $\pm$ 9,1	15,6 $\pm$ 6,9	15,9 $\pm$ 8	10,9 $\pm$ 5,1	66 $\pm$ 25,3
	Ort. (Min. - Maks.)	23 (8 - 40)	14 (6 - 30)	12 (6 - 30)	9 (4 - 20)	60 (26 - 117)
Hastane	Ort. $\pm$ S. Sapma	24,3 $\pm$ 9,1	16,2 $\pm$ 6,7	16 $\pm$ 7,5	10,8 $\pm$ 4,8	67,3 $\pm$ 24,4
	Ort. (Min. - Maks.)	23 (8 - 40)	14 (6 - 29)	13 (6 - 30)	8 (4 - 20)	61 (24 - 115)
Test istatistiği		t=-0,687	t=-0,824	t=-0,061	t=0,157	t=-0,464
p		0,492	0,410	0,952	0,875	0,643
Pap smear testi yaptıрма nedeni						
Doktor önerdiği için.	Ort. $\pm$ S. Sapma	23,4 $\pm$ 9,7	15,6 $\pm$ 6,5	15,9 $\pm$ 8,1	10,6 $\pm$ 4,9	65,4 $\pm$ 26
	Ort. (Min. - Maks.)	21 (8 - 40)	14 (6 - 28)	12 (6 - 30)	8 (4 - 20)	53 (27 - 112)
Genel kontrol için kendi isteği ile	Ort. $\pm$ S. Sapma	23,5 $\pm$ 8,2	16,1 $\pm$ 6,6	15,8 $\pm$ 7,6	11,1 $\pm$ 4,5	66,5 $\pm$ 22,5
	Ort. (Min. - Maks.)	22 (8 - 40)	15 (6 - 30)	12 (6 - 30)	10 (4 - 20)	61 (24 - 115)
Jinekolojik bir yakınma nedeni ile	Ort. $\pm$ S. Sapma	24,9 $\pm$ 9,2	16,2 $\pm$ 6,8	16,3 $\pm$ 7,6	11,3 $\pm$ 5,2	68,7 $\pm$ 25,1
	Ort. (Min. - Maks.)	25 (8 - 40)	15 (6 - 29)	14 (6 - 30)	8,5 (4 - 20)	62,5 (26 - 115)
Hemşire-ebe önerdiği için	Ort. $\pm$ S. Sapma	23,6 $\pm$ 9,4	15,5 $\pm$ 7,2	15,7 $\pm$ 8	10,4 $\pm$ 5,2	65,3 $\pm$ 26
	Ort. (Min. - Maks.)	23 (9 - 40)	14 (6 - 29)	14 (6 - 30)	8 (4 - 20)	60 (26 - 117)
Test istatistiği		F=0,534	F=0,212	F=0,093	F=0,661	F=0,361
p		0,660	0,888	0,964	0,577	0,782

t: bağımsız iki örnek t test istatistiği, F: Varyans analizi test istatistiği, p<0,05

Tablo 17. (devam) Kadınların pap smear testi ve servikal kansere ilişkin bilgilerine göre Kadercilik Eğilimi Ölçeği toplam ve alt boyut değerlerinin dağılımları

Pap smear testi ve servikal kansere ilişkin bilgileri		Önceden Belirlenmişlik	Kişisel Kontrol	Batıl İnanç	Şans	KEÖ toplam
Ailede servikal Kanser tanısı varlığı						
Evet	Ort. ± S. sapma	28,1 ± 7,6	17,9 ± 5,8	17,2 ± 8,4	12,1 ± 5,1	75,4 ± 22,2
	Ort. (Min. - Maks.)	28 (8 - 40)	19 (6 - 27)	17 (6 - 29)	14 (5 - 19)	80 (39 - 104)
Hayır	Ort. ± S. sapma	24,9 ± 9,4	16,8 ± 6,9	17 ± 7,8	11,7 ± 5,1	70,4 ± 25,6
	Ort. (Min. - Maks.)	24 (8 - 40)	16 (6 - 30)	15 (6 - 30)	12 (4 - 20)	69 (24 - 117)
Test istatistiği		t=2,129	t=0,968	t=0,136	t=0,409	t=0,99
p		0,042	0,341	0,892	0,683	0,323
Sosyal çevrede servikal kanser tanısı varlığı						
Evet	Ort. ± S. sapma	23,3 ± 8,8	16,1 ± 7,2	15,5 ± 7,6	11,2 ± 5,1	66,1 ± 25,1
	Ort. (Min. - Maks.)	21,5 (8 - 40)	13,5 (6 - 29)	12 (6 - 29)	9 (4 - 20)	54 (31 - 113)
Hayır	Ort. ± S. sapma	25,3 ± 9,4	17 ± 6,8	17,2 ± 7,8	11,8 ± 5	71,2 ± 25,5
	Ort. (Min. - Maks.)	26 (8 - 40)	17 (6 - 30)	15 (6 - 30)	12 (4 - 20)	70 (24 - 117)
Test istatistiği		t=-1,546	t=-0,934	t=-1,583	t=-0,878	t=-1,478
p		0,123	0,350	0,114	0,380	0,140

t: bağımsız iki örnek t test istatistiği, F: Varyans analizi test istatistiği, p<0,05

Tablo 17. (devam) Kadınların pap smear testi ve servikal kansere ilişkin bilgilerine göre Kadercilik Eğilimi Ölçeği toplam ve alt boyut değerlerinin dağılımları

Pap smear testi ve servikal kansere ilişkin bilgileri		Önceden Belirlenmişlik	Kişisel Kontrol	Batıl İnanç	Şans	KEÖ toplam
Servikal kanser konusunda bilgi alma durumu						
Evet	Ort. $\pm$ S. sapma	23,7 $\pm$ 9,2	15,9 $\pm$ 6,7	15,7 $\pm$ 7,6	10,8 $\pm$ 5	66,1 $\pm$ 24,7
	Ort. (Min. - Maks.)	23 (8 - 40)	15 (6 - 30)	13 (6 - 30)	9 (4 - 20)	60 (24 - 117)
Hayır	Ort. $\pm$ S. sapma	26,7 $\pm$ 9,2	18,1 $\pm$ 6,8	18,6 $\pm$ 7,7	13 $\pm$ 4,9	76,3 $\pm$ 25,3
	Ort. (Min. - Maks.)	29 (8 - 40)	19 (6 - 30)	20 (6 - 30)	14 (4 - 20)	78 (27 - 115)
Test istatistiği		t=-3,984	t=-3,855	t=-4,591	t=-5,32	t=-4,981
p		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Pap smear testi konusunda bilgi alma durumu						
Evet	Ort. $\pm$ S. sapma	23,8 $\pm$ 9,3	16,1 $\pm$ 6,7	15,8 $\pm$ 7,7	10,9 $\pm$ 5	66,7 $\pm$ 24,8
	Ort. (Min. - Maks.)	23 (8 - 40)	15 (6 - 30)	13 (6 - 30)	9 (4 - 20)	61 (24 - 117)
Hayır	Ort. $\pm$ S. sapma	27,2 $\pm$ 9,1	18,2 $\pm$ 6,9	19,1 $\pm$ 7,6	13,3 $\pm$ 4,8	77,8 $\pm$ 25,2
	Ort. (Min. - Maks.)	30 (9 - 40)	20 (6 - 30)	20 (6 - 30)	14 (4 - 20)	80 (27 - 115)
Test istatistiği		t=-4,309	t=-3,577	t=-5,041	t=-5,707	t=-5,224
p		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

t: bağımsız iki örnek t test istatistiği, F: Varyans analizi test istatistiği, p<0,05

Tablo 17. (devam) Kadınların pap smear testi ve servikal kansere ilişkin bilgilerine göre Kadercilik Eğilimi Ölçeği toplam ve alt boyut değerlerinin dağılımları

Pap smear testi ve servikal kansere ilişkin bilgileri		Önceden Belirlenmişlik	Kişisel Kontrol	Batıl İnanç	Şans	KEÖ toplam
Servikal kanser ve/veya pap test konusunda bilgi alınan kaynak						
Kitap, dergi, broşür	Ort. $\pm$ S. sapma	23 $\pm$ 8,5	14,8 $\pm$ 7	15,1 $\pm$ 7	11,4 $\pm$ 4,8	64,4 $\pm$ 22,7
	Ort. (Min. - Maks.)	20,5 (11 - 38)	13 (6 - 27)	13 (6 - 27)	9 (4 - 20)	61 (31 - 107)
Sağlık personelinin	Ort. $\pm$ S. sapma	23,8 $\pm$ 9,4	16,2 $\pm$ 6,8	16,1 $\pm$ 7,8	10,9 $\pm$ 5	66,9 $\pm$ 25,1
	Ort. (Min. - Maks.)	23 (8 - 40)	15,5 (6 - 30)	13 (6 - 30)	9 (4 - 20)	61 (24 - 117)
Televizyon, radyo, internet	Ort. $\pm$ S. sapma	27,6 $\pm$ 8,4	18,1 $\pm$ 6,4	16,3 $\pm$ 8	11,9 $\pm$ 5,7	73,9 $\pm$ 23,1
	Ort. (Min. - Maks.)	31 (9 - 40)	18 (7 - 30)	14 (6 - 30)	12 (5 - 20)	70 (37 - 115)
Sosyal çevre	Ort. $\pm$ S. sapma	23,1 $\pm$ 9,4	15,7 $\pm$ 6,6	16,1 $\pm$ 7,7	11,1 $\pm$ 5,2	66 $\pm$ 27,1
	Ort. (Min. - Maks.)	20 (10 - 39)	12 (6 - 29)	12 (7 - 30)	8 (4 - 20)	51 (29 - 113)
Test istatistiği		F=1,964	F=1,348	F=0,161	F=0,466	F=0,959
p		0,119	0,258	0,923	0,706	0,412

t: bağımsız iki örnek t test istatistiği, F: Varyans analizi test istatistiği, p<0,05

Kadınların pap smear testini bilme durumuna göre Önceden Belirlenmişlik alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,001$). Pap smear testini bilenlerin puan ortalaması $24,1\pm9,3$ ve pap smear testini bilmeyenlerin puan ortalaması $29,6\pm8,1$ olarak elde edilmiştir. Pap smear testini bilme durumuna göre Kişisel Kontrol alt boyut puanlarının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,001$). Pap smear testini bilenlerin puan ortalaması $16,4\pm6,9$ ve pap smear testini bilmeyenlerin puan ortalaması $19,5\pm6,3$ olarak elde edilmiştir. Pap smear testini bilme durumuna göre Batıl İnanç alt boyut puanlarının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,001$). Pap smear testini bilenlerin puan ortalaması $16,4\pm7,7$ ve pap smear testini bilmeyenlerin puan ortalaması $19,8\pm8$ olarak elde edilmiştir. Pap smear testini bilme durumuna göre Şans alt boyut puanlarının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,001$). Pap smear testini bilenlerin puan ortalaması $11,3\pm5$ ve pap smear testini bilmeyenlerin puan ortalaması $14,1\pm4,7$ olarak elde edilmiştir. Pap smear testini bilme durumuna göre Kadercilik Eğilimi Ölçeği toplam puanlarının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,001$). Pap smear testini bilenlerin puan ortalaması $68,2\pm25,1$ ve pap smear testini bilmeyenlerin puan ortalaması $82,9\pm24$ olarak elde edilmiştir. Pap smear testini yaptıрма durumuna göre Önceden Belirlenmişlik alt boyut puanlarının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p=0,001$). Pap smear testini yaptıranların puan ortalaması $23,9\pm9,1$ ve pap smear testini yaptırmayanların puan ortalaması $26,5\pm9,4$ olarak elde edilmiştir. Pap smear testi yaptıрма durumuna göre Kişisel Kontrol alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,001$). Pap smear testini yaptıranların puan ortalaması $15,8\pm6,8$ ve pap smear testini yaptırmayanların puan ortalaması $18,2\pm6,7$ olarak elde edilmiştir. Pap smear testini bilme durumuna göre Batıl İnanç alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,001$). Pap smear testini yaptıranların puan ortalaması $15,9\pm7,7$ ve pap smear testini yaptırmayanların puan ortalaması $18,2\pm7,7$ olarak elde edilmiştir. Pap smear testini bilme durumuna göre Şans alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,001$). Pap smear testini yaptıranların puan ortalaması $10,8\pm5$ ve pap smear testini yaptırmayanların puan ortalaması $12,9\pm4,9$ olarak elde edilmiştir. Pap smear testini bilme durumuna göre Kadercilik Eğilimi Ölçeği toplam puanlarının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,001$). Pap smear testini yaptıranların puan ortalaması $66,4\pm24,8$ ve pap smear testini yaptırmayanların puan ortalaması $75,7\pm25,4$ olarak elde edilmiştir. Ailede servikal kanser tanısı varlığına göre Önceden Belirlenmişlik alt boyut puan ortalamaları

arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p=0,042$). Ailesinde servikal kanser tanısı olanların puan ortalaması $28,1\pm7,6$ ve olmayanların puan ortalaması $24,9\pm9,4$ olarak elde edilmiştir. Servikal kanser konusunda bilgi alma durumuna göre Önceden Belirlenmişlik alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,001$). Servikal kanser konusunda bilgi alanların puan ortalaması $23,7\pm9,2$ ve almayanların puan ortalaması $26,7\pm9,2$ olarak elde edilmiştir. Servikal kanser konusunda bilgi alma durumuna göre Kişisel Kontrol alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,001$). Servikal kanser konusunda bilgi alanların puan ortalaması $15,9\pm6,7$ ve almayanların puan ortalaması $18,1\pm6,8$ olarak elde edilmiştir. Servikal kanser konusunda bilgi alma durumuna göre Batıl İnanç alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,001$). Servikal kanser konusunda bilgi alanların puan ortalaması $15,7\pm7,6$ ve almayanların puan ortalaması $18,6\pm7,7$ olarak elde edilmiştir. Servikal kanser konusunda bilgi alma durumuna göre Şans alt boyut puanlarının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,001$). Servikal kanser konusunda bilgi alanların puan ortalaması $10,8\pm5$ ve almayanların puan ortalaması $13\pm4,9$ olarak elde edilmiştir. Servikal kanser konusunda bilgi alma durumuna göre Kadercilik Eğilimi Ölçeği toplam puanlarının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,001$). Servikal kanser konusunda bilgi alanların puan ortalaması $66,1\pm24,7$ ve almayanların puan ortalaması $76,3\pm25,3$ olarak elde edilmiştir. Pap smear testi konusunda bilgi alma durumuna göre Önceden Belirlenmişlik alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,001$). Pap smear testi konusunda bilgi alanların puan ortalaması $23,8\pm9,3$ ve almayanların puan ortalaması $27,2\pm9,1$ olarak elde edilmiştir. Pap smear testi konusunda bilgi alma durumuna göre Kişisel Kontrol alt boyut puanlarının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,001$). Pap smear testi konusunda bilgi alanların puan ortalaması $16,1\pm6,7$ ve almayanların puan ortalaması $18,2\pm6,9$ olarak elde edilmiştir. Pap smear testi konusunda bilgi alma durumuna göre Batıl İnanç alt boyut puanlarının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,001$). Pap smear testi konusunda bilgi alanların puan ortalaması $15,8\pm7,7$ ve almayanların puan ortalaması $19,1\pm7,6$ olarak elde edilmiştir. Pap smear testi konusunda bilgi alma durumuna göre Şans alt boyut puanlarının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,001$). Pap smear testi konusunda bilgi alanların puan ortalaması $10,9\pm5$ ve almayanların puan ortalaması $13,3\pm4,8$ olarak elde edilmiştir. Pap smear testi konusunda bilgi alma durumuna göre Kadercilik Eğilimi Ölçeği toplam puanlarının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,001$). Pap smear testi

konusunda bilgi alanların puan ortalaması $66,7 \pm 24,8$ ve almayanların puan ortalaması $77,8 \pm 25,2$ olarak elde edilmiştir. Kadınların diğer tanıtıcı özelliklerine, pap smear testi ve servikal kanser bilgilerine göre Kadercilik Eğilimi Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p > 0,050$).

Tablo 18’de Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği ile Kadercilik Eğilimi Ölçeği (KEÖ) toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişki sunulmuştur.



Tablo 18. Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği ile Kadercilik Eğilimi Ölçeği toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişki

KEÖ alt boyutları		Algılanan Duyarlılık	Algılanan Ciddiyet	Algılanan Engel	Algılanan Yarar	Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği Toplam
Önceden Belirlenmişlik	r	-0,558	-0,050	-0,596	-0,435	-0,558
	p	<0,001	0,223	<0,001	<0,001	<0,001
Kişisel Kontrol	r	-0,510	0,019	-0,590	-0,505	-0,535
	p	<0,001	0,636	<0,001	<0,001	<0,001
Batıl İnanç	r	-0,601	-0,046	-0,621	-0,537	-0,607
	p	<0,001	0,258	<0,001	<0,001	<0,001
Şans	r	-0,560	-0,086	-0,552	-0,479	-0,562
	p	<0,001	0,034	<0,001	<0,001	<0,001
KEO	r	-0,637	-0,044	-0,677	-0,555	-0,646
	p	<0,001	0,278	<0,001	<0,001	<0,001

r: Pearson korelasyon katsayısı, p<0,05

Kadınların Önceden Belirlenmişlik ile Algılanan Duyarlılık alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı negatif yönlü orta şiddette bir ilişki vardır ($p<0,001$; $r=-0,558$). Önceden Belirlenmişlik ile Algılanan Engel alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı negatif yönlü orta şiddette bir ilişki vardır ($p<0,001$; $r=-0,596$). Önceden Belirlenmişlik ile Algılanan Yarar alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı negatif yönlü orta şiddette bir ilişki vardır ($p<0,001$; $r=-0,435$). Önceden Belirlenmişlik alt boyutu ile Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı negatif yönlü orta şiddette bir ilişki vardır ($p<0,001$; $r=-0,558$). Kişisel Kontrol ile Algılanan Duyarlılık alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı negatif yönlü orta şiddette bir ilişki vardır ($p<0,001$; $r=-0,51$). Kişisel Kontrol ile Algılanan Engel alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı negatif yönlü orta şiddette bir ilişki vardır ($p<0,001$; $r=-0,59$). Kişisel Kontrol ile Algılanan Yarar alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı negatif yönlü orta şiddette bir ilişki vardır ($p<0,001$; $r=-0,505$). Kişisel Kontrol alt boyut puan ortalaması ile Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı negatif yönlü orta şiddette bir ilişki vardır ($p<0,001$; $r=-0,535$). Kişisel Kontrol ile Önceden Belirlenmişlik alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü orta şiddette bir ilişki vardır ($p<0,001$; $r=0,552$). Batıl İnanç ile Algılanan Duyarlılık alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı negatif yönlü yüksek bir ilişki vardır ($p<0,001$; $r=-0,601$). Batıl İnanç ile Algılanan Engel alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı negatif yönlü yüksek bir ilişki vardır ($p<0,001$; $r=-0,621$). Batıl İnanç ile Algılanan Yarar alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı negatif yönlü orta şiddette bir ilişki vardır ($p<0,001$; $r=-0,537$). Batıl İnanç alt boyut puan ortalaması ile Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı negatif yönlü yüksek bir ilişki vardır ($p<0,001$; $r=-0,607$). Batıl İnanç ile Önceden Belirlenmişlik alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü yüksek bir ilişki vardır ($p<0,001$; $r=0,734$). Batıl İnanç ile Kişisel Kontrol alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü yüksek bir ilişki vardır ($p<0,001$; $r=0,676$). Şans ile Algılanan Duyarlılık alt boyut puan ortalamaları arasında

istatistiksel açıdan anlamlı negatif yönlü orta şiddette bir ilişki vardır ($p<0,001$; $r=-0,56$). Şans ile Algılanan Engel alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı negatif yönlü orta şiddette bir ilişki vardır ($p<0,001$; $r=-0,552$). Şans ile Algılanan Yarar alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı negatif yönlü orta şiddette bir ilişki vardır ($p<0,001$; $r=-0,479$). Şans ile Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı negatif yönlü orta şiddette bir ilişki vardır ($p<0,001$; $r=-0,562$). Şans ile Önceden Belirlenmişlik alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü yüksek bir ilişki vardır ($p<0,001$; $r=0,756$). Şans ile Kişisel Kontrol alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü yüksek bir ilişki vardır ($p<0,001$; $r=0,629$). Şans ile Batıl İnanç alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü çok yüksek bir ilişki vardır ($p<0,001$; $r=0,801$). Kadercilik Eğilimi Ölçeği toplam ile Algılanan Duyarlılık alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı negatif yönlü yüksek bir ilişki vardır ($p<0,001$; $r=-0,637$). Kadercilik Eğilimi Ölçeği toplam ile Algılanan Engel alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı negatif yönlü yüksek bir ilişki vardır ($p<0,001$; $r=-0,677$). Kadercilik Eğilimi Ölçeği toplam ile Algılanan Yarar alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı negatif yönlü orta şiddette bir ilişki vardır ($p<0,001$; $r=-0,555$). Kadercilik Eğilimi Ölçeği toplam ile Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı negatif yönlü yüksek bir ilişki vardır ($p<0,001$; $r=-0,646$). Kadercilik Eğilimi Ölçeği toplam ile Önceden Belirlenmişlik alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü çok yüksek bir ilişki vardır ($p<0,001$; $r=0,89$). Kadercilik Eğilimi Ölçeği toplam ile Kişisel Kontrol alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü çok yüksek bir ilişki vardır ($p<0,001$; $r=0,804$). Kadercilik Eğilimi Ölçeği toplam ile Batıl İnanç alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü çok yüksek bir ilişki vardır ($p<0,001$; $r=0,917$). Kadercilik Eğilimi Ölçeği toplam ile Şans alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü çok yüksek bir ilişki vardır ($p<0,001$; $r=0,89$).

5. TARTIŞMA

Kanser, önemli kronik hastalıklardan biridir ve dünya çapında ikinci önde gelen ölüm nedenidir. İstatistikler incelendiğinde kanser teşhisi alan birey sayısının ülkemiz ve dünyada günden güne arttığı ve 2018 yılında yaklaşık 10 milyon ölümün kansere bağlı gerçekleştiği görülmektedir. Bazı kanser türleri erken dönemde yapılan taramalar ile kansere dönüşmeden tanılanabilmekte, kanser gelişme riski ve kansere bağlı ölümler azaltılabilmektedir. Kadınlarda 4. sırada görülen serviks kanseri de erken taramanın yapılabilirdi kanser türlerindendir. Ancak ülkemizde ve dünyada tarama programlarına katılım oranları halen istendik düzeyde değildir. Toplumun farkındalığının olmaması, tarama protokolünün anlaşılabilmesi, eğitimli personelin ve hatırlatıcıların yetersizliği ve kansere yönelik inanç ve algılar kanser tarama programlarına katılım oranlarının düşük olmasının nedenleri arasındadır. Kişisel bir faktör olan kadercilik eğilimi de bu engeller arasındadır. Literatürde kaderciliğin hastalık ve sağlık ilişkisine yönelik çalışmalar yapılmış, hatta “kanser kaderciliği” kavramına yer verilmiştir. Ancak kadercilik eğilimi ile farklı kanser türleri arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar yapılmışsa da serviks kanseri ile olan ilişkisine yönelik uluslararası literatürün çok sınırlı olduğu, ulusal literatürde ise herhangi bir kaynağın olmadığı belirlenmiştir. Literatürdeki bu boşluktan yola çıkılarak kadınların kadercilik eğilimleri ile servikal kanserin erken tanısına yönelik tutumları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen bulgular 3 başlık altında tartışılmıştır.

5.1. Kadınların Pap Smear Testi ve Servikal Kansere Yönelik Bulgularının Tartışılması

Araştırmada kapsamına alınan kadınların %83,4'ünün pap smear testini bildiği belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde pap smear testi bilme oranının %24,7-%86 arasında değiştiği görülmüştür (Al-Meer ve ark., 2011; Donta ve ark., 2012; Moore de Peralta ve ark., 2015; Bathija ve ark., 2016; Krishnaveni ve ark., 2018; Çeki, 2019; Dahiya ve ark., 2019; Gemici, 2019; Göl ve Erkin, 2019). Kadınların serviks kanserinin erken tanılanmasında kullanılan pap smear testini bilme durumunun farklı bölgelerde, farklı popülasyonlarda yapılması dolayısıyla değişiklik göstermesinin beklenen bir

sonuç olduğu düşünülmektedir (Donta ve ark., 2012; Bathija ve ark., 2016; Krishnaveni ark., 2018; Dahiya ve ark., 2019).

Bu araştırmada en az bir kez pap smear testi yaptıırma oranı %54,3 olarak tespit edilmiştir. ACOG servikal kanserin erken taramalarının için pap smear tarama oranlarının %70'in üzeri oranları başarı olarak kabul etmektedir (ACOG, 2019). Gelişmiş ülkelerde yapılan araştırmalarda pap smear tarama oranları %70'in üzerinde iken, gelişmekte olan ülkelerde bu oran %70'in altındadır (Urasa ve Darj, 2011; Donta ve ark., 2012; Gonzalez ve ark. 2012; Gan ve Dahlui, 2013; Shekhar ve ark. 2013; Suh ve ark., 2013; Wongwatcharanukul ve ark., 2014; Moore de Peralta ve ark., 2015; Bathija ve ark., 2016; Krishnaveni ark., 2018; Aldohaian ve ark., 2019). Türkiye'de yapılan çalışmalarda da pap smear testi yaptıırma oranları %24,8-%66,1 arasında değişmektedir (Güvenç ve ark., 2010; Demirtaş ve Açıkgöz, 2013; Karabulutlu, 2013; Demirgöz Bal, 2014; Onsuz ve ark., 2014; Büyükkayacı Duman ve ark., 2015; Gökgöz ve Aktaş, 2015; Montgomery ve ark., 2015; Göl ve Erkin, 2019). Bu araştırma ve Türkiye'deki diğer araştırma sonuçlarının gelişmekte olan ülkelerdeki sonuçlarla benzerlik gösterdiği ancak halen pap smear tarama testi için evrensel hedef olan %70 oranına ulaşamadığı görülmektedir.

Bu araştırmada kadınların %25,4'ünün son bir yıl içerisinde, %27,2'sinin son 2 yıl içerisinde pap smear testi yaptırdığı belirlenmiştir. Literatürde 1 yıl ve daha kısa süre önce pap smear testi yaptıranların oranını Kızılırmak ve Kocaöz (2018) %46,4; Nazilli (2016) %32,4; Gemici (2019) ise %39,4 olarak belirlemiştir. Bu araştırmanın sonuçlarını destekler nitelikte Türkiye'de 20 yıldan uzun zamandır smear tabanlı yapılan taramalarda hedef kadın nüfusunun yalnızca %20'sine ulaşılabilirdiği belirlenmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2016). Özellikle servikal kanser taramasını bilme oranlarının yüksek olmasına rağmen düzenli test yaptıırma oranlarının düşük olması, kadınların utanma ve mahremiyet duygusu ile kültürel ve psiko-sosyal engellere sahip olduğunu düşündürmektedir (İmam ve ark., 2008; Gonzalez ve ark. 2012; Gan ve Dahlui, 2013; Shekhar ve ark. 2013; Suh ve ark. 2013; Wongwatcharanukul ve ark., 2014).

Bu araştırmada kadınların %30'unun jinekolojik bir yakınma nedeni ile doktora gittiğinde, %29,1'inin ise ebe/hemşire önerisi ile pap smear testini yaptırdığı belirlenmiştir. Kızılırmak ve Kocaöz (2018) %40,6'sının jinekolojik bir yakınma

nedeniyle pap smear testi yaptırdığını ifade etmişlerdir. Gemici (2019), yaptığı çalışmada pap smear testi yaptıran kadınların %47,1'inin düzenli sağlık kontrolü için, %25,9'unun doktor istemi ile, %12,4'ünün akıntı-kaşıntı ve kanama sebebiyle, %5,7'si kanser endişesinden ve %2,6'sı ailesinde kanser hastası olmasından dolayı yaptırdıklarını belirlemiştir. Kadınların pap smear testini yaptıırma nedenlerini bilmek düzenli smear tarama oranlarının artırılması için önemlidir. Çünkü sahada doktorlar tarafından muayene sırasında pap-smear alınmış olması kadınların test yaptırdıklarını düşünerek KETEM'lere yeniden test olmak için başvurmalarını ve servikal kanser ve düzenli pap smear testi yaptıırma konusundaki farkındalıklarının artırılmasını engelleyebilmektedir (Kırımlı, 2019; Ulutaş ve Ünal, 2019)

Bu araştırmada kadınların %45,3'ü hastanede ve %54,7'si KETEM'de pap smear testi yaptırmıştır. Gemici (2019), çalışmasında kadınların %50,7'sinin Doğumevi'nde, %25,7'sinin KETEM'de, %13,6'sının özel hastanede ve %10'unun Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde test yaptırdığını belirlemiştir. Pap smear testi yaptıırma oranlarının KETEM' de yüksek olması kadınların kanser erken taraması için smear aldıldığını, testlerin hastanelerde yapılmış olması ise herhangi bir yakınma nedeni ile doktora başvurması nedeni ile yapıldığını düşündürmektedir. Bu doğrultuda çalışma kapsamına alınan kadınların yarısının KETEM'de test yaptırmış olması iyi bir sonuç olarak değerlendirilebilir.

Bu araştırmada kadınların %55,6'sının serviks kanser hakkında, %64,1'inin pap smear testi hakkında bilgi aldığı belirlenmiştir. Kadınların serviks kanseri ve pap smear testi hakkındaki bilgi kaynaklarının sırasıyla sağlık personeli (%73,5), sosyal çevre (%10,5), televizyon ve radyo, internet (%8,1), kitap, dergi, broşür (%7,8) olduğu belirlenmiştir. Gemici (2019), yaptığı çalışmada pap-smear testi hakkında bilgi sahibi olan kadınların %75,6'sının sağlık personelinden, %14'ünün arkadaş/akraba çevresinden, %2,7'sinin televizyon/radyo aracılığıyla, %1,6'sının gazete/broşürden bilgi aldıkları belirlenmiştir. Çeki (2019), çalışmasında kadınların serviks kanseri hakkındaki bilgi kaynaklarının %55,4'ünün sağlık personeli, %28,9'unun sosyal medya ve %15,7'sinin aile/arkadaş olduğunu saptamıştır. Babacan Gümüş ve Çam (2011), kadınların %47,7'sinin serviks kanseri hakkında bilgi sahibi olduğunu, bilgi kaynaklarının ise sırasıyla sağlık personeli (%45,7), televizyon/radyo (%39,8) ve kitap/broşür (%14,5) olduğunu belirlemiştir. Bu araştırma ve literatür sonuçları bireylerin farklı yollarla

bilgiye ulaştığını ancak temel bilgi kaynaklarının büyük oranda sağlık personeli olduğunu göstermektedir (Urasa ve Darj, 2011; Aluko ve ark., 2014; Kolutek ve Aydın Avcı, 2015; Göl ve Erkin, 2019) Günümüzde sosyal medya, gazete ve televizyonlarda kanserle ilgili çeşitli yayınların kadınların bilgi gereksinimlerini ne derece karşıladığı tartışma konusudur. Bu nedenle çalışmalarda bilgi kaynağı olarak sağlık personelinin bilgi alma oranlarının yüksek olması olumlu bir sonuç olarak değerlendirilebilir.

Bu çalışmada pap smear testi yaptırmaları ile yaş arasında, pap smear testi yaptıran kadınların yaş ortancasının yaptırmayanların yaş ortancasından yüksek olmasından kaynaklı istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Literatürde birçok çalışmada kadınların pap smear testi yaptırmaları ile yaş arasında pozitif bir ilişki tespit edilmiştir. (Karabulutlu ve Reis, 2011; Mupepi ve ark., 2011; Demirci Bal, 2014; Singh ve ark., 2014; Almobarak ve ark., 2016; Yiğitbaş ve ark., 2016; Tadesse ve ark., 2020). Toplumda kanser açısından riskli grubun ileri yaşlardaki bireyler olduğu inancından dolayı genç yaş grubunda taramalara katılım oranlarının daha düşük olması beklenen bir sonuç olarak düşünülmüştür.

Bu çalışmada çocuk sahibi olan kadınların pap smear testi yaptırmaları oranlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Literatürde yapılan çalışmalarda benzer sonuçlar elde edilmiştir (Güvenç ve ark., 2010; Babacan Gümüş ve Çam, 2011; Ersin ve Bahar, 2013a). Bu sonuçlar jinekolojik muayeneyi yaptırmayı engelleyen algıların aynı zamanda jinekolojik bir girişim olan pap smear testinin yapılmasını da engellediği düşünülmektedir. Gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde düzenli doktor kontrolleri nedeni ile daha sık jinekolojik muayeneye gidilmesi ile ilişkilendirilebilir. Bu nedenle jinekolojik muayeneye yönelik engellerin kaldırılmasına yönelik yapılacak girişimlerin, pap smear testinin yapılmasındaki engelleri aşmada önemli olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada ailede kanser tanısı varlığı ile kadınların pap smear testi yaptırmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır. Literatürdeki çalışma sonuçları ailede kanser öyküsü olan kadınların serviks kanseri tarama uygulaması yapma oranlarının fazla olduğu kansere karşı daha fazla duyarlılık algıladıkları yönünde ve araştırma sonuçlarımızı destekler niteliktedir (Tuna Oran ve ark., 2008; Jia ve ark., 2013; Tadesse ve ark., 2020).

Bu çalışmada kadınların pap testini bilme ve pap smear testi hakkında bilgi sahibi olma durumuna göre pap smear testi yaptırmaları arasında istatistiksel

olarak anlamlı bir farklılık vardır. Ülkemizde yapılan benzer çalışmalarda pap testi hakkında bilgi yokluğunun kadınların pap testi yaptıрма oranını azalttığı bildirilmiştir (Karaca ve ark., 2008; Erbil ve ark. 2010, Babacan Gümüş ve Çam, 2011; Ersin ve Bahar, 2013a; Çeki, 2019). Yine kadınların servikal kanser hakkında bilgi sahibi olma durumu ile pap smear testi yaptıрма durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır. Yapılan benzer çalışmalarda servikal kanser hakkında bilgi yokluğunun kadınların pap testi yaptıрма oranını azalttığı bildirilmiştir (Gökgöz ve Aktaş, 2015; Tadesse ve ark., 2020). Literatürde hem servikal kanser hem de pap smear testi hakkında bilgi eksikliğinin kadınların kültürel faktörlere bağlı olarak yanlış inançlar ve ön yargılar geliştirmeleri, utanma, mahremiyet ve jinekolojik muayene korkusu gibi nedenlerden dolayı tarama programlarına katılımlarının önünde engel oluşturduğu kabul edilmektedir (Azaiza ve Cohen, 2008; Açıkgöz ve Ergör, 2011; Aydoğdu ve Bahar, 2011; Güvenç ve ark., 2012; Sönmez ve ark., 2012; Wellensiek ve ark., 2002; Getahun ve ark., 2013; Gyenwali ve ark., 2013; Karabulutlu ve Pasinlioğlu, 2016; Shrestha ve Dhakal, 2017).

Bu araştırmada kadınların servikal kanser ve pap smear testine ilişkin bilgi kaynaklarına göre pap smear testi yaptıрма durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır. Servikal kanser ve pap smear testine ilişkin bilgi kaynağı sağlık personeli olan kadınların pap smear testi yaptıрма oranları daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç sağlık profesyonellerinin kadınların bilgi gereksinimlerinin karşılanmasında ve servikal kanserin erken tanısına ilişkin tarama müdahalelerine katılımlarının sağlanmasında önemli bir yeri olduğunu göstermektedir. Literatürde de hemşireler başta olmak üzere tüm sağlık profesyonellerinin serviks kanserinden korunma ve erken tarama programlarına katılımdaki rol ve sorumlulukları vurgulanmıştır (WHO, 2002; ACCP, 2004a; IARC, 2005; AANP, 2013c; CCA, 2015).

5.2. Kadınların Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği'ne Yönelik Bulgularının Tartışılması

Beklenen sağlık davranışının gerçekleşmesinde, bireyin hastalıkları önleme ve sağlığı sürdürmeye ilişkin konularda kendini nasıl algıladığı önemlidir. Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği, servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutumu Yarar Algısı, Engel Algısı, Duyarlılık Algısı ve Ciddiyet Algısı alt boyutları ile değerlendirmektedir. “Yarar Algısı” bir kişinin davranış değişikliğini ne kadar yararlı

algıladığı, eğer o davranış değişikliğini gerçekleştirirse hastalık riskini önleyebileceğine ne kadar inandığıdır. “Engel Algısı” davranış değişikliğinin ana unsurlarından olan ve sağlıkla ilgili harekete geçmede hissettiği engelleri ifade etmektedir. “Duyarlılık Algısı” bir hastalığa yakalanma olasılığı hakkında kişinin inançlarını ifade etmektedir. “Ciddiyet Algısı” kişinin hastalığa yakalanma ciddiyeti, hastalığın tedavisi yok ve hastalığın ölüm, sakatlık, ağrı gibi tıbbi/klinik sonuçları hakkındaki değerlendirmesi, iş, aile, sosyal ilişkilerine hastalığın etkisi hakkında hissettiği duyguları ifade etmektedir. Ölçek ve tüm alt boyutlardan yüksek puanlar alınması kadınların ilgili alanda beklenen olumlu tutumu sergilediklerini göstermektedir (Özmen, 2004).

Bu araştırmada Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği toplam puan ortalaması $95,3 \pm 18,6$, alt boyutlarından Ciddiyet Algısı puan ortalaması $25,1 \pm 5,1$; Engel Algısı puan ortalaması $22,7 \pm 7,1$; Yarar Algısı puan ortalaması $19,7 \pm 4,4$ ve Duyarlılık Algısı puan ortalaması $27,7 \pm 7,1$ olarak saptanmıştır. Bu araştırmada kadınların Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği toplam ve tüm alt boyutlarda orta düzeyde olumlu tutuma sahip oldukları tespit edilmiştir. Ölçeğin geliştirildiği Özmen (2004)’in çalışmasında Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği toplam puanı $104,97 \pm 10,69$, ölçeğin alt boyutlarından Ciddiyet Algısı ($28,42 \pm 5,15$) Engel Algısı ($24,31 \pm 4,79$) ve Yarar Algısı ($22,81 \pm 3,47$) yüksek iken, Duyarlılık Algısı ($28,71 \pm 5,02$) orta düzeyde belirlenmiştir. Ersin ve ark. (2016)’nın yaptığı çalışmada kadınların Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği Duyarlılık Algısı ($26,88 \pm 4,56$) ve Engel Algısı ($21,73 \pm 4,85$) puan ortalamasını orta düzeyde, Ciddiyet Algısı ($19,23 \pm 4,81$) ve Yarar Algısı ($17,86 \pm 3,27$) puan ortalamasının düşük düzeyde olduğu saptanmıştır. Gözüyeşil ve ark. (2019) çalışmalarında kadınların Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği toplamını $77,49 \pm 11,2$ puan ortalaması, alt boyutlarından Ciddiyet Algısı ($19,42$), Yarar Algısı ($12,68$) ve Duyarlılık Algısı ($24,29$) düşük ve Engel Algısı ($21,09$) orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Ersin ve ark. (2016) ile Gözüyeşil ve ark. (2019)’nın alt boyutlarda elde ettikleri farklı sonuçların araştırma kapsamına alınan kadınların yaş ortalamalarının bu araştırmadaki örneklem grubundan daha düşük olmasından kaynaklandığı, servikal kansere yakalanmada yaşlarından dolayı kendilerini risk grubunda görmemelerine bağlı olarak duyarlılık ve ciddiyet algılarının daha düşük düzeyde olabileceği düşünülmüştür. Literatürde Sağlık İnanç Modeli (SİM)’e dayalı farklı ölçme araçları ve örneklem grupları ile yapılan

çalışmalarda da kadınların serviks kanseri taramalarına yönelik olumlu tutumlarının orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir (İbekwe ve ark., 2010; İflazoğu, 2015; Krishnaveni ve ark., 2018; Thapa ve ark., 2018; Mengesha ve ark., 2020; Tadesse ve ark., 2020).

Bu araştırmada kadınların eğitim durumuna göre Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum leği toplam ve Algılanan Yarar alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Ersin ve ark. (2016), eğitim durumuna göre Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum leği Algılanan Engel alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit etmiştir. Literatürde araştırmamızı destekler nitelikte eğitim durumunun servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutum üzerinde etkisi olduğuna yönelik çok sayıda çalışma yer almaktadır. (Ersin ve ark., 2016; Thapa ve ark., 2018; Gözüyeşil ve ark., 2019; Tadesse ve ark., 2020). Bu veriler doğrultusunda eğitim düzeyi yüksek olan kadınların serviks kanserinin hayatlarını önemli ölçüde etkileyeceğinin bilincinde olarak tarama testlerini önemsemeleri, pap smear tarama testi hakkında bilgi sahibi olmak ve sağlıklarını geliştirebilmek için yeni araştırmalar yaptıklarını akla getirmektedir.

Bu araştırmada kadınların gelir durumuna göre Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum leği Algılanan Ciddiyet alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Ersin ve ark. (2016), gelir durumuna göre Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum leği Algılanan Engel ve Algılanan Yarar alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit etmişlerdir. Literatürde gelir durumunun servikal kanser erken tanısına yönelik tutumun üzerinde etkisi olduğuna yönelik çalışmalar yer almaktadır (Ersin ve ark., 2016; Thapa ve ark., 2018; Gözüyeşil ve ark., 2019; Tadesse ve ark., 2020).

Bu araştırmada medeni durumuna göre Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum leği toplam ve Algılanan Duyarlılık, Algılanan Engel, Algılanan Yarar puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiş, bekar kadınların daha olumlu tutuma sahip olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde Tadesse ve ark. (2020) bekar kadınların evli olanlara göre servikal kanser erken taramasına daha olumlu tutum sergilediklerini saptamışlardır. Ancak literatür incelendiğinde hem evli olanların bekar olan kadınlara göre servikal kanser erken tanısına yönelik olumlu tutum sergilediklerine, hem de servikal kanser erken tanısına yönelik tutumların medeni durumuna göre değişmediği yönünde bulgulara rastlanmaktadır (Reis ve ark., 2012;

Acar, 2014; Ersin ve ark., 2016; Kızılırmak ve Kocaöz, 2018; Thapa ve ark., 2018). Bu farklı sonuçların çalışmaların yapıldığı örneklem gruplarındaki evli ve bekar kadınların oransal olarak farklılığından kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Bu nedenle medeni durumun kadınların servikal kanserin erken tanısına yönelik tutumları üzerine olan etkisi eşitlenmiş örneklem gruplarıyla yapılan çalışmalarla incelenmelidir.

Bu araştırmada kadınların pap test bilme, pap test ve servikal kanser hakkında bilgi alma durumu ile Servikal Kanser Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği toplam, Algılanan Duyarlılık, Algılanan Engel, Algılanan Yarar alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmiştir. Demirgöz Bal (2014), halk eğitim merkezine gelen kadınlar üzerinde yaptığı araştırmasında kadınların pap smear testi hakkındaki haberdarlık durumlarının engel algıları üzerinde etkili olduğunu saptamıştır. Literatürde Rahim Ağzı Kanseri ve Pap-Smear Testi Sağlık İnanç Modeli ölçeği kullanılarak yapılan çalışmalarda pap smear hakkında bilgisi olmayan kadınlarda Engel Algısı puan ortalamaları yüksek; bilgi sahibi kadınlarda Yarar Motivasyon Algısı daha yüksek tespit edilmiştir (Demirtaş ve Açıkgöz, 2013; Acar, 2014; Demirgöz Bal, 2014; Egelioglu Çetişli ve ark., 2016; Kızılırmak ve Kocaöz, 2018; Yanikkerem ve ark., 2013). Literatürde serviks kanseri konusunda sahip olunan bilginin, serviks kanseri taramasına yönelik tutumun önemli yordayıcısı olduğu tespit edilmiştir (Sawadogo ve ark., 2014; Bansal ve ark., 2015; Dibaba ve Wondu, 2016; Tadesse ve ark., 2020). Tüm bu sonuçlara dayanarak hem servikal kanser hem de pap smear testleri konusunda bilgilendirme yapmanın kadınların servikal kanser erken taramaya yönelik yarar algılarının artırılması, tarama testlerine katılımlarının önündeki engellerinin azaltılmasında önemli etkiye sahip olduğu söylenebilir.

Bu araştırmada pap test taramalarına katılım oranları ile Servikal Kanser Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği toplam, Algılanan Duyarlılık, Algılanan Engel, Algılanan Yarar alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmiştir. Ersin ve ark. (2016), yaptıkları çalışmada Servikal Kanser Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği Algılanan Engel ve Algılanan Yarar puanları düşük olan kadınların pap smear taramalarına katılım oranlarının da düşük olduğu belirlenmiştir. Diana (2018), çalışmasında pap smear testi taramalarına katılım oranları ile SİM ölçeği Duyarlılık ve Engel alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlemiştir. Literatürde kadınların servikal kanserin erken

tanısına yönelik geliştirdikleri olumlu tutumun pap smear testi taramalarına katılım oranlarını artırdığına yönelik benzer sonuçlar elde edilmiştir (Ibekwe ve ark., 2010; Demirtaş ve Açıkgöz, 2013; Acar, 2014; Demirgöz Bal, 2014; Kızılırmak ve Kocaöz, 2018).

5.3. Kadınların Kadercilik Eğilimi Ölçeği'ne Yönelik Bulgularının Tartışılması

Kadercilik Eğilimi Ölçeği, kaderciliğın ölçüsünü Önceden Belirlenmişlik, Kişisel Kontrol, Şans ve Batıl İnanç alt boyutları ile değerlendirmektedir. Kanser kaderciliğında Önceden Belirlenmişlik alt boyutu insan eylemleri de dahil olmak üzere tüm olayların, hastalıkların önceden tesis edildiğı veya kararlaştırıldığı inancını; Şans alt boyutu, hastalık edinimi, yaşam beklentisi ve sağlık durumunun şansla olan ilişkisini; Batıl İnanç alt boyutu batıl inançlara yönelik düşüncelerin kaderci inançlara katkısını; Kişisel kontrol alt boyutu da sağlık ve hastalık üzerinde bireyin kontrol ve güç duygusunu ölçmektedir. Ölçek toplam ve tüm alt boyutlarda alınan puanlar arttıkça bireyin kaderci eğiliminin yükseldiğini göstermektedir (Kaya ve Bozkurt, 2015).

Bu araştırmada kadınların Kadercilik Eğilimi Ölçeği toplam puan ortalamaları $70,7 \pm 25,5$; Önceden Belirlenmişlik alt boyut puan ortalamaları $25,1 \pm 9,3$, Kişisel Kontrol alt boyutu puan ortalamaları $16,9 \pm 6,9$; Batıl İnanç alt boyutu puan ortalamaları $17 \pm 7,8$ ve Şans alt boyutu puan ortalamaları $11,8 \pm 5,1$ olarak tespit edilmiştir. Ölçek puan ortalamalarına göre değerlendirildiğinde kadınların Kadercilik Eğilimi Ölçeği toplam ve tüm alt boyutlarda orta düzeyde kaderci eğilime sahip oldukları söylenebilir. Bu araştırma ile benzer şekilde Selvi (2019), çalışmasında Kadercilik Eğilimi Ölçeği toplam puanı ortalamasını $68,18 \pm 10,72$; Önceden Belirlenmişlik alt boyutu $31,18 \pm 5,24$, Kişisel Kontrol alt boyutu $14,75 \pm 2,92$, Batıl İnanç alt boyutu $11,37 \pm 3,66$ ve Şans alt boyutu için $10,88 \pm 2,50$ puan ortalaması ile araştırma kapsamına alınan kadınların orta düzeyde kadercilik eğilimine sahip olduklarını belirlemiştir. Çarkoğlu ve Kalaycıoğlu (2009) da yaptıkları çalışmada kadınların %50'sinin hayatının gidişatını değiştirebilmek için çok az şey yapabileceğı görüşüne katılırken, %18'i bu konuda kararsız kalmış, sadece %28'i değiştirebileceğı düşüncesine inanmıştır. Kadercilik eğilimi, sosyal hayatın hemen her yerinde rastlanan, yaşamı büyük ölçüde biçimlendirebilen temel bir olgudur. Uluslararası literatürde farklı ölçme araçları ile yapılmış çalışmalarda da bireylerin kadercilik eğilimlerinin sadece Türkiye'de değil, özellikle sosyo-ekonomik

gelişmenin yeterli olmadığı pek çok coğrafyada benzer seviyelerde olduğu görülmektedir (Bernard ve ark., 2012; Ruiiu, 2012; Fairchild, 2015; Cidade ve ark., 2016; Kayani ve ark., 2017).

Bu araştırmada kadınların eğitim durumu ile Kadercilik Eğilimi Ölçeği toplam, Kişisel Kontrol ve Batıl İnanç alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalarda benzer şekilde eğitim düzeyinin artması ile kadercilik eğiliminin azaldığı sonucuna ulaşılmıştır (Powe ve ark., 2006; Niederdeppe ve Levy, 2007; Emanuel ve ark., 2016; Kulakçı Altıntaş ve ark., 2017; Amuta ve ark., 2017; Orhan, 2017; Selvi, 2019). Bu sonuçlar, eğitim düzeyi yükseldikçe bireyin kadercilik eğiliminin azaldığını, dolayısıyla aktif olarak bilgi arayışında bulunarak sağlığını yükseltecek ve gereksinimlerini karşılayacak davranışlar sergilemesi ile ilişkilendirilebilir.

Bu araştırmada kadınların sahip olduğu çocuk sayısı ile Kadercilik Eğilimi Ölçeği Kişisel Kontrol alt boyutu puan ortalamaları arasında, 2 çocuk sahibi olan kadınların puan ortalamalarından kaynaklı istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Kişisel kontrol alt boyutu bireyin sağlık ve hastalıkları üzerinde hissettikleri kontrol ve güç duygusunu ölçmektedir. Bu doğrultuda 2 çocuk sahibi olan kadınların kontrol algılarının daha yüksek olduğu daha düşük kaderci eğilim gösterdiği ve gebeliklerinin planladığı sonucu çıkarılabilir. Araştırma bulgularımızı destekler nitelikte literatürde kadercilik eğiliminin kontraseptif yöntem kullanımı arasında ilişki olduğunu gösteren çalışma sonuçları yer almaktadır (Frost ve ark., 2012; Rocca ve Harper, 2012; Bellizzi ve ark., 2015; Jones, 2015; Jones, 2018).

Bu araştırmada kadınların ailede servikal kanser tanısı varlığı ile Kadercilik Eğilimi Ölçeği Önceden Belirlenmişlik alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Literatürde de ailesinde kanser öyküsü olan kadınların Kadercilik Eğilimi Ölçeği Önceden Belirlenmişlik ve Kişisel Kontrol alt boyutlarında farklılık tespit edilmiştir (Hall ve ark., 2008; Kulakçı Altıntaş ve ark., 2017; Selvi, 2019). Bu sonuç ailesinde kanser öyküsü olan kadınların, kendilerinde bireysel kanser riskini daha yüksek görmeleri ve hastalığa yakalanma durumunun önceden belirlendiği dolayısıyla kişisel kontrolün kendilerinde olmadığı hissini daha yoğun yaşamaları ile ilişkilendirilebilir.

Bu araştırmada kadınların pap smear testi yaptıırma durumuna göre Kadercilik Eğilimi leği toplam, önceden Belirlenmişlik, Batıl İnanç, şans ve Kişisel Kontrol alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Diana (2018) yaptığı çalışmada Kadercilik Eğilimi leği, nceden Belirlenmişlik ve şans alt leği puan ortalamaları ile serviks kanseri tarama davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğunu tespit etmiştir. Malezya’da 21 ila 56 yaşları arasında hiç pap smear testi yaptıırmamış 20 kadın ile yapılan derinlemesine görüşmelerde de kadınların serviks tarama testi yaptıırmamalarının temel nedenleri arasında serviks kanserine ilişkin yanlış inanışların ve kaderci tutumların yer aldığı belirlenmiştir (Wong ve ark., 2009). Literatürde kaderciliğin servikal kanser erken tanısı tarama programlarının katılımın önünde bir engel teşkil ettiği yönünde çok sayıda çalışma yer almaktadır (Boyer ve ark., 2000, Scarinci ve ark., 2003; Arredondo ve ark., 2008; Jia ve ark., 2013; Chan ve So, 2017; Leung ve ark., 2017).

Bu araştırmada pap smear testini bilme, servikal kanser ve pap smear testi konusunda bilgi alma durumuna göre Kadercilik Eğilimi leği toplam, önceden Belirlenmişlik, Batıl İnanç, şans, Kişisel Kontrol alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Bu düşünceden yola çıkılarak New York’ta yapılan bir çalışmada kanserin erken taramasının önündeki kültürel engellere yönelik Powe Kadercilik Envanteri’ne göre hazırladıkları bir sağlık eğitimi materyalinin etkisi araştırılmıştır. Takip görüşmeleri telefonla ya da yüz yüze gerçekleştirilmiş ve üç aylık takipte dört kişiden birinin erken tarama müdahalelerine katılarak kanser taraması yaptırdığı, kaderci inançlarında önemli bir azalma, kişisel kontrol ve karar dengesinde artış olduğu sonucuna ulaşmışlardır (Philip ve ark., 2010). Ayrıca yapılan çalışmalarda eğitim durumundan bağımsız olarak, sınırlı sağlık okuryazarlığı olan kişilerin kadercilik eğilimlerinin yüksek ve kanserin önlenebilir olduğuna inançlarının daha düşük olduğuna ilişkin sonuçlara ulaşılması literatürde kadercilik eğilimi ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişki ile açıklanmaktadır (Viswanath ve ark., 2006; Niederdeppe ve Levy, 2007; Paasche-Orlow ve Wolf, 2007; Beeken ve ark., 2011; Viswanath ve ark., 2012; Kobayashi ve Smith, 2016).

Bu araştırmada Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum leği toplam, Algılanan Duyarlılık, Algılanan Engel ve Algılanan Yarar alt boyut puan ortalamaları

ile Kadercilik Eğilimi Ölçeği toplam ve tüm alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı negatif yönlü orta şiddette bir ilişki tespit edilmiştir. Diana (2018) yaptığı çalışmada Kadercilik Eğilimi Ölçeği ile Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nin Engel ve Duyarlılık alt boyutları arasında negatif yönde orta şiddette bir ilişki tespit edilmiştir. Önceden belirlemişlik alt boyutundan yüksek puan alan kadınlar, sağlıklarının önceden belirlendiğine, Şans alt boyutundan yüksek puan alan kadınlar kanser edinimi, yaşam beklentisi ve sağlık durumunun şans meselesi olduğuna, kişisel kontrol boyutundan yüksek puan alan kadınlar kişisel eylemlerden bağımsız olarak kanserin kaçınılmaz olduğu ya da kanser geliştiğinde ölümün kesin olduğuna ve Batıl İnanç alt boyutundan yüksek puan alan kadınlar kanser taraması, tespiti ve tedavisinde yanlış inançları nedeni ile servikal kanserin erken tanısına yönelik olumsuz tutum sergilediklerini görülmektedir. Bu çalışmada Algılanan Ciddiyet puan ortalaması ile Kadercilik Eğilimi Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel yönden anlamlı bir ilişki olmaması, kadınların büyük çoğunluğunun (%82,9) servikal kanser hakkında bilgi aldığını ve hastalığın ciddiyetinin farkında olmaları ile ilişkilendirilebilir. Literatürde farklı ölçme araçları kullanarak yapılan çalışmalarda da kadınların kadercilik eğilimleri ile servikal kanser taramalarına yönelik tutumları arasında ilişki olduğunu gösteren sonuçlar bulunmaktadır (Johnson ve ark., 2008; Wong ve ark., 2008; Tavafian, 2012; Jun ve Oh, 2013; Moore de Peralta ve ark., 2015).

Mevcut literatür bilgileri ışığında özellikle erken tanılamının yapılabildiği kanser türlerinde kadercilik eğiliminin bireylerin kanser tarama davranışlarına katılımının önünde önemli bir engel olduğu söylenebilir. Ancak konu ile ilgili yapılmış sistematik derleme sonuçları kadercilik eğiliminin kanser tanı ve tedavisine yönelik bir engel oluşturduğuna dair güçlü kanıtlar olmadığı ve daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu yönündedir (Mayo ve ark.,2001; Tanner-Smith ve Brown, 2010; Espinosa de los Monteros ve Gallo, 2011; Sorensen ve ark., 2012; Cohn ve Villar 2015; D'Emilia, 2015; Chan ve So, 2017). Bu doğrultuda Türkiye'de kadınların kadercilik eğilimleri ile servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutumları arasındaki ilişkiye yönelik yapılan bu araştırma sonuçlarının ulusal literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Kadınların kadercilik eğilimleri ile servikal kanserin erken tanısına yönelik tutumları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bu araştırma sonucunda;

- Kadınların %83,4'ünün pap smear testini bildiği ve %54,3'ünün en az bir kez pap smear testi yaptırdığı belirlenmiştir.
- Kadınların %45,3'ü hastanede ve %54,7'si KETEM'de pap smear testi yaptırmıştır.
- Kadınların %55,6'sının servikal kanser hakkında, %64,1'inin pap smear testi hakkında bilgi aldığı ve %73,5'inin bilgi kaynağının sağlık personeli olduğu belirlenmiştir.
- İleri yaşta ve çocuk sahibi olan, ailesinde kanser tanısı almış birey bulunan, pap smear testini bilen, pap smear testi ve serviks kanseri hakkında bilgi sahibi olan ve bilgi kaynağı sağlık personeli olan kadınların pap smear testi yaptırma oranları daha yüksek bulunmuştur.
- Kadınların Servikal Kanser Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği toplam puan ortalamasının $95,3 \pm 18,6$ olduğu bulunmuştur. Bu sonuca göre kadınlar servikal kanserin erken tanısına yönelik orta düzeyde olumlu tutuma sahiplerdir.
- Geliri giderinden daha az olan kadınların Servikal Kanser Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği Algılanan Ciddiyet alt boyutlarında daha olumlu tutum gösterdikleri belirlenmiştir.
- Lise mezunu olan kadınların Servikal Kanser Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği toplam ve Algılanan Yarar alt boyutlarında daha olumlu tutum gösterdikleri belirlenmiştir.
- Bekar olan, pap smear testini bilen ve yaptıran, servikal kanser ve pap smear testi hakkında bilgi alan kadınların Servikal Kanser Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği toplam, Algılanan Duyarlılık, Algılanan Engel, Algılanan Yarar alt boyutlarında daha olumlu tutum gösterdikleri belirlenmiştir.

- Kadınların Kadercilik Eğilimi Ölçeği toplam puan ortalamasının $70,7 \pm 25,5$ olduğu belirlenmiştir. Bu sonuca göre kadınlar orta düzeyde kaderci eğilime sahiplerdir.
- Üniversite mezunu kadınların Kadercilik Eğilimi Ölçeği toplam, Kişisel kontrol ve Batıl İnanç alt boyutlarında daha düşük düzeyde kaderci eğilim gösterdikleri belirlenmiştir.
- 2 çocuk sahibi olan kadınların Kadercilik Eğilimi Ölçeği Kişisel Kontrol alt boyutunda daha düşük düzeyde kaderci eğilime sahip oldukları belirlenmiştir.
- Ailede kanser tanısı olmayan kadınların Kadercilik Eğilimi Ölçeği Önceden Belirlenmişlik alt boyutunda daha düşük düzeyde kaderci eğilim gösterdikleri belirlenmiştir.
- Yüksek kadercilik eğilimine sahip kadınların pap smear testini bilme, servikal kanser ve pap smear testi hakkında bilgi alma oranlarının daha düşük olduğu bulunmuştur.
- Yüksek kadercilik eğilimine sahip kadınların pap smear testini yaptırma oranlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir.
- Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği toplam, Algılanan Duyarlılık, Algılanan Engel ve Algılanan Yarar alt boyut puan ortalamaları ile Kadercilik Eğilimi Ölçeği toplam ve Önceden Belirlenmişlik, Batıl İnanç, Şans, Kişisel Kontrol alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı negatif yönlü orta şiddette bir ilişki tespit edilmiştir.
- Yüksek kadercilik eğilimine sahip kadınların servikal kanserin erken tanısına ilişkin daha olumsuz tutuma sahip oldukları belirlenmiştir.

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

Klinik ve sahada görevli hemşireler için öneriler:

- Serviks kanseri risk faktörleri, korunma ve pap smear testi yaptırmaları konusunda kadınlara her fırsatta bilgilendirme yapılması,
- Serviks kanseri ve pap smear testi hakkında bilgilendirme yaparken kadınların kültürel faktörlerinin göz önünde bulundurulması,

- Hastanelerde pap smear testi yaptıran kadınlara düzenli tarama testi yaptırmalarının önemi anlatılarak, KETEM, toplum sağlığı merkezi gibi birinci basamak sağlık hizmeti birimlerine yönlendirilmesi,
- Daha önce pap smear testi yaptırmayan kadınların tarama testi yaptırmalarının önündeki engellerin belirlenmesi,
- Birim sorumlularının, kadınların serviks kanseri ve pap smear testi hakkındaki yanlış bilgi ve inançları ile kadercilik eğilimlerinin düzenli pap smear testi yaptırmalarının önünde engel oluşturduğu konusunda hizmet içi eğitimler düzenleyerek hemşirelerin farkındalıklarını artırması,
- Kaderciliğin psikolojik yönetiminin klinisyenler tarafından bilinmesi önerilmektedir.

Araştırmacı hemşireler için öneriler:

- Kadınların servikal kanserin erken tanısına yönelik tarama programlarına katılımlarının önündeki engellerin incelenmesi için farklı örneklem grupları ile çalışmalar yapılması,
- Kadercilik eğiliminin kanser taramalarına katılmanın önünde engel teşkil ettiğine dair kanıtlar oluşturabilmesi için hem nicel hem de nitel araştırma yöntemleri ile yeniden daha fazla sayıda çalışma yapılması,
- Kadınların servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutumları ve pap smear testi yaptırma durumları ile belirlenen değişkenler arasındaki ilişkinin zamansal yönleriyle değerlendirilebilmesi için prospektif araştırmaların yapılması,
- Bilimsel araştırmaların sonucunda elde edilen veriler ışığında kültürel eğitim materyallerinin hazırlanarak klinik ve sahadaki hemşirelerle paylaşılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- AANP 2013a. Nurse practitioners in primary care. Updated 2013.
www.aanp.org/images/documents/publications/primarycare.pdf, 2013. Erişim Tarihi: 13.05.2020.
- AANP 2013b. Nurse practitioner cost effectiveness.
www.aanp.org/images/documents/publications/costeffectiveness.pdf, 2013. Erişim Tarihi: 13.05.2020.
- AANP 2013c. Scope of practice for nurse practitioners. Retrieved April 2013.
<https://www.aanp.org/advocacy/advocacy-resource/position-statements/scope-of-practice-for-nurse-practitioners>, 2013. Erişim Tarihi: 13.05.2020.
- Abu-Rustum NR, Sonoda Y, Black D, Levine DA, Chi DS, Barakat RR. Fertility-sparing radical abdominal trachelectomy for cervical carcinoma: Technique and review of the literature. *Gynecol Oncol* 2006;103(3):807-813.
- Acar GB. Reprodüktif dönemdeki kadınların serviks kanseri taramasına yönelik sağlık inanışları ve etkileyen faktörler. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi; 2014.
- ACCPa. Planning And Implementing Cervical Cancer Prevention And Control Programs: A Manuel For Managers. Seattle, ACCP. 2004; 130-146.
- ACCPb. Women's Stories, Women's Lives: Experiences With Cervical Cancer Screening And Treatment. Seattle, ACCP. 2004; 10-33.
- ACOG 2017. Cervical cancer screening.
<https://www.acog.org/media/ForPatients/faq085.pdf?dmc=1&ts=20191225T0357558518>, 2017. Erişim tarihi: 20.12.2019
- ACOG 2018. Cervical cancer screening.
<https://www.acog.org/Patients/FAQs/Cervical-Cancer-Screening-Infographic>, 2018. Erişim tarihi: 20.12.2019
- ACOG 2019 Cervical cancer screening (update).
<https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-advisory/articles/2018/08/cervical-cancer-screening-update>, 2019. Erişim Tarihi: 25.05.2020.
- ACS 2018. Early detection, diagnosis, and staging.
<https://www.cancer.org/cancer/colon-rectalcancer/detection-diagnosis-staging.html>, 2018. Erişim Tarihi: 20.08.2019.
- ACS 2019. Cancer facts & figures 2019
<https://www.cancer.net/cancer-types/cervical-cancer/statistics>, 2019. Erişim Tarihi: 07.11.2019.

- Açıkgöz A, Çehreli R, Ellidokuz H. Kadınların kanser konusunda bilgi ve tutumları ile erken tanı yöntemlerine yönelik davranışları. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2011;25(3):145-154.
- Açıkgöz A, Ergör G. Cervical cancer risk levels in Turkey and compliance to the national cancer cervical screening standard” *Asian Pac J Cancer Prev* 2011;12:923-327.
- Aggarwal P. Cervical cancer: Can it be prevented? *World J Clin Oncol* 2014;5(4):775-780. DOI:10.5306/wjco.v5.i4.775.
- Aldohaian AI, Alshammari SA, Arafah D. Using the health belief model to assess beliefs and behaviors regarding cervical cancer screening among saudi women: A cross-sectional observational study. *BMC Womens Health* 2019;19(1):6.
- Alkan Yıldız F. Gebelerin fetal sağlığın denetimine ilişkin tutumları ve kaderci yaklaşımı olanlara verilen eğitimin gebelik süreçlerindeki etkinliği. Türkiye Cumhuriyeti Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2019; 10-40.
- Al-Meer FM, Aseel MT, Al-Khalaf J, Al-Kuwari MG, Ismail MF. Knowledge, attitude and practices regarding cervical cancer and screening among women visiting primary health care in Qatar. *East Mediterr Health J* 2011;17:855-61.
- Almobarak AO, Elbadawi AA, Elmadhoun WM, Elhoweris MH, Ahmed MH. Knowledge, attitudes and practices of Sudanese women regarding the pap smear test and cervical cancer. *Asian Pac J Cancer Prev* 2016;17:625-630.
- Aluko J, Ojelade M, Sowunmi C, Oluwatosin O. Awareness, knowledge and practices of breast cancer screening measures among female postgraduate students of a Nigerian Federal University: A cross-sectional study. *Afr J Med Med Sci* 2014;43(1):79-86.
- Altinel B. Serviks kanseri yönünden riskli kadınlara yönelik çoklu girişimlerin sağlık sorumluluğu, serviks kanserine ilişkin inanç ve tarama yaptırtmasına etkisi: Randomize kontrollü deney. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya, Doktora Tezi, 2018; 4-14.
- Amuta AO, Chen X, Mkuu, R. The effect of cancer information seeking on perceptions of cancer risks, fatalism, and worry among a U.S. national sample. *Am J Health Educ* 2017;48(6):366-373.
- Anker AE, Reinhart AM, Feeley TH. Health information seeking: a review of measures and methods. *Patient Educ Couns* 2011;82(3):346-354.
- Arabacı Z. Kadınların pap smear testi deneyimlerinin betimlenmesi: Nitel bir çalışma. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Yüksek Lisans Tezi, 2012; 9-14.

- Aref-Adib M, Freeman-Wang T. Cervical cancer prevention and screening: The role of human papillomavirus testing. *The Obstet Gynaecol* 2016; 18: 251–63.
- Arora NK, Hesse BW, Rimer BK, Viswanath K, Clayman ML, Croyle RT. Frustrated and confused: The American public rates its cancer-related information-seeking experiences. *J Gen Intern Med* 2008;23(3):223-228.
- Arredondo EM, Pollak K, Costanzo PR. Evaluating a stage model in predicting monolingual Spanish-speaking Latinas's cervical cancer screening practices: The role of psychosocial and cultural predictors. *Health Educ Behav* 2008;35(6):791-805.
- Arvas M, Gezer A. Ailevi (Hereditör) over kanserlerinde yönetim over kanserlerinin önlenmesi–cerrahi yaklaşımlar ve kemoprevensiyon. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi* 2004;7(3):89-98.
- ASCCP 2014. Loop electrosurgical excision procedure. <http://www.asccp.org/Education/Meetings-and-Courses/Loop-Electrosurgical-Excision-Procedure-LEEP,2014>. Erişim Tarihi: 01.05.2020.
- Aslantekin F, Erdem R, Aslan G, Göktaş B. Hastane çalışanlarının toplumsal kültürel özellikleri. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi* 2005;8(2):149-164.
- Aştı N, Pektekin Ç, Adana F. Cerrahi hemşirelik bakımının manevi boyutu. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2005;54:27-34.
- Ayaz Ö. Kadın sağlık çalışanlarının serviks kanser erken tanısına ve HPV aşısına ilişkin bilgi, uygulama durumları ve tutumlarının belirlenmesi. *Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi*, 2019;8-27.
- Aycan Z, Kanungo R. Cross-cultural industrial and organizational psychology: A critical appraisal of the field and future directions. In: Anderson N, Ones DS, Sinangil HK, Viswesvaran C, editors. *International Handbook of Work and Organizational Psychology*. London, Sage Publications. 2001;285-409.
- Aycan Z, Kanungo R, Mendonca M, Yu K, Deller J, Stahl G, Khursid A. Impact of culture on human resource management practices: A ten-country comparison. *Appl Psychol* 2000;49(1):192-220.
- Aydın C. Kader inancının savunma mekanizması ve dini başa çıkma kavramları açısından değerlendirilmesi. *Hitit Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi* 2019;1(35):105-126.
- Aydoğdu NG, Bahar Z. Yoksul kadınlarda sağlık inanç modeli ve sağlığı geliştirme modeli kullanımının meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarındaki değişime etkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 2011;4(1):34-40.

- Azaiza, F, Cohen M. Between traditional and modern perceptions of breast and cervical cancer screenings: A qualitative study of Arab women in Israel. *Psycho-Oncol* 2008;17:34-41.
- Babacan Gümüş A, Çam O. Relationships between early diagnosis attitudes in cervical cancer of women and levels of self-esteem, body perception and hopelessness. *Nobel Med* 2011;7(3):46-52.
- Bahıtlı B, Jinekolojik kanser tanı ve tedavisine ilişkin bazı özelliklerin kadınların cinsel yaşam kalitesine etkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Yüksek Lisans Tezi*, 2016; 6-14.
- Balasooriya-Smeekens C, Walter FM, Scott S. The role of emotions in time to presentation for symptomssuggestive of cancer: A systematic literature review ofquantitative studies. *Psycho-Oncology* 2015;24:1594-1604.
- Bansal AB, Pakhare AP, Kapoor N, Mehrotra R, Kokane AM. Knowledge, attitude, and practices related to cervical cancer among adult women: A hospital-based cross-sectional study. *J Nat Sci Biol Med* 2015;6(2):324.
- Barakat RR, Berchuck A, Markman M, Randall ME. Principles And Practice Of Gynecologic Oncology, 6th Edition, Philadelphia (PA), Lippincott Williams & Wilkins. 2013, 42-50.
- Başçı AB. Hemşirelerin değişik gruplara hizmet verirken din, kültür ve sağlık ilişkisini bilmelerinin önemi. *Hitit Üniversitesi 4. Adli Hemşirelik Kongresi, Çorum*, 2018; 249-254.
- Bathija GV, Mallesh S, Gajula M. A study on awareness of cervical cancer among women of reproductive age group in urban slums of old Hubli, Karnataka, India. *Int J Community Med Public Health* 2016;3(9):2579-2583.
- Batkın Devrim S. Çankaya ilçesi birinci basamak sağlık kuruluşlarındaki sağlık çalışanlarının ve hastaların serviks kanserinin erken tanısına yönelik bilgi ve tutumlarının araştırılması. *Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi*, 2019; 13-51.
- Batman E. Yaşamın zorluklarıyla başa çıkmada kader inancının rolü. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, 2008.
- Bauer JC. Nurse practitioners as an underutilized resource for health reform: Evidence-based demonstrations of cost-effectiveness. *J Am Acad Nurse Pract* 2010;22(4):228-231.
- Beeken RJ, Simon AE, Von Wagner C, Whitaker KL, Wardle J. Cancer fatalism: Deterring early presentation and increasing social inequalities? *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention* 2011;20(10):2127-2131.

- Bellizzi S, Sobel HL, Obara H, Temmerman M. Underuse of modern methods of contraception: Underlying causes and consequent undesired pregnancies in 35 low- and middle-income countries. *Hum Reprod* 2015;30(4):973-86.
- Benn T, Brooks RA, Zhang Q, Powell MA, Thaker PH, Mutch DG, Zigelboim I. Pelvic exenteration in gynecologic oncology: A single institution study over 20 years. *Gynecol Oncol* 2011;122(1):14-18.
- Bernard T, Dercon S, Taffesse AS. Beyond fatalism: An empirical exploration of self-efficacy and aspirations failure in Ethiopia.
<http://ebrary.ifpri.org/utils/getfile/collection/p15738coll2/id/127273/filename/127484.pdf>, 2012. Erişim Tarihi: 20.02.2020
- Betancourt H, Flynn PM, Riggs M, Garberoglio C. A cultural research approach to instrument development: The case of breast and cervical cancer screening among Latino and Anglo women. *Health Educ Res* 2010;25(6):991-1007.
- Bhatla N, Aoki D, Sharma DN, Sankaranarayanan R. Cancer of the cervix uteri. *Gynecol Obstet* 2018;143(2):22–36. DOI: 10.1002/ijgo.12611.
- Blumenthal PD. Treatment with cryotherapy by midlevel clinicians in low-resource settings. *Int J Gynecol Obstet* 2003;83(3):3.
- Bolsoy N, Sevil Ü. Sağlık-hastalık ve kùltür etkileşimi. *Atatùrk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2006;9(3):78-86.
- Bouchard-Fortier G, Reade CJ, Covens A. Non- radical surgery for small early- stage cervical cancer. Is it time? *Gynecol Oncol* 2014;132:624-627.
- Boxell EM, Smith SG, Morris M, Kummer S, Rowlands G, Waller J, Wardle J, Simon AE. Increasing awareness of gynecological cancer symptoms and reducing barriers to medical help seeking: Does health literacy play a role? *Journal of Health Communication* 2012;17(3):265-279.
- Boyer LE, Williams M, Calker LC, Marshall ES. Hispanic women’s perceptions regarding cervical cancer screening. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2000;30:240-245.
- Bradley J, Lynam PF, Dwyer JC, Wambwa GE. Whole-site training: A new approach to the organization of training. AVSC.
http://www.engenderhealth.org/pubs/workpap/wp11/wp_11.html, 1998. Erişim Tarihi: 20.03.2020.
- Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel R, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *Ca Cancer J Clin* 2018;68:394-424.

- Burns AA, Lovich R, Maxwell J, Shapiro K. Where Women Have No Doctor: A Health Guide For Women. 4rd Ed., Berkeley (CA), Hesperian Foundation. 2010.
- Büyükayacı Duman N, Yüksek Koçak D, Albayrak SA, Topuz Ş, Yılmazel G. Kırk yaş üstü kadınların meme ve serviks kanseri taramalarına yönelik bilgi ve uygulamaları. *Journal of Academic Research İn Nursing* 2015;1(1):30-38.
- Carvalho MME. Shaping service delivery for cervical cancer screening: understanding knowledge, acceptability and preferences among women in the Neno District of Malawi. Yale University, New Haven, Public Health Theses, 2016; 20-28.
- CCA 2015. Cervical cancer prevention initiative.
[Hhttp://cervicalcanceraction.org/initiative/index.php](http://cervicalcanceraction.org/initiative/index.php), 2015. Erişim Tarihi: 15.05.2020
- Cevizci A. Felsefe Sözlüğü, 5. Baskı, İstanbul, Say Yayınları. 2015.
- Chan DNS, So WKW. A systematic review of the factors influencing ethnic minority women's cervical cancer screening behavior. *Cancer Nursing* 2017;40(6):1-30.
- Cidade EC, Nepomuceno BB, Ximenes VM, Sarriera JC. Poverty and fatalism: Impacts on the community dynamics and on hope in Brazilian residents. *Journal of Prevention & Intervention İn The Community* 2016;44(1):51-62.
- Clifford G, Franceschi S, Diaz M, Munoz N, Villa LL. Chapter 3: HPV type-distribution in women with and without cervical neoplastic diseases. *Vaccine* 2006;24(3):26-S34.
- Cohn L, Villar OE. Fatalism and health behavior: A meta-analytic review.
https://www.researchgate.net/publication/313838796_Fatalism_and_health_behavior_a_meta-analytic_review, 2015. Erişim Tarihi: 17.05.2020.
- Coutant C, Cordier AG, Guillo E, Ballester M, Rouzier R, Darai E. Clues pointing to simple hysterectomy to treat early-stage cervical cancer. *Oncol Rep* 2009;22:927-934.
- Çankaya S. Serviks kanserine yönelik verilen eğitimin Kuran kursundaki kadınların bilgi, tutum ve davranışlarına etkisi. *Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi* 2017; 14(4): 176-181.
- Çarkoğlu A, Kalaycıoğlu E. Türkiye’de dindarlık: Uluslararası bir karşılaştırma.
https://www.researchgate.net/publication/279463117_Turkiye'de_dindarlik_uluslararası_bir_karsilastirma, 2009. Erişim Tarihi: 04.06.2020.
- Çeki L. 21-65 yaş arası kadınların serviks kanserine yönelik bilgi ve davranışlarının sağlık inanç modeline göre değerlendirilmesi. Balıkesir Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Balıkesir, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2019; 39-76.

- Dağ İ. Kontrol odağı ölçeği (KOÖ): Ölçek geliştirme, güvenirlik ve geçerlik çalışması. Türk Psikoloji Dergisi 2002;17(49):77-90.
- Dahiya N, Aggarwal K, Singh MC, Garg S, Kumar R. Knowledge, attitude, and practice regarding the screening of cervical cancer among women in New Delhi, India. Tzu Chi Medical Journal 2019;31(4):240-3.
- Daşbadem E. Geçmişten günümüze yahudi mezheplerinin mesih anlayışı ve mesihi hareketler. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2008.
- D’Emilia BJ. A systematic review of barriers and facilitators to mammography in Hispanic women. J Transcult Nurs 2015;26(1):73-82.
- Demirgöz Bal M. Kadınların Pap smear testi yaptıрма durumlarının sağlık inanç modeli ölçeği ile değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2014;4(3):133-138.
- Demirtaş B, Açıkgöz İ. Promoting attendance at cervical cancer screening: understanding the relation with Turkish womens’ health beliefs. Asian Pac J Cancer Prev 2013;14(1):333-340.
- Diana F. Fatalism and cervical cancer screening beliefs and behaviors in a medically underserved population in Southern California: A pilot study. California State University, San Marcos, Master Of Science In Nursing, 2018.
- Dibaba B, Wondu Y. Knowledge, attitude and practice towards cervical cancer screening among Arsi University female students. J Women’s Health Care 2016;5(6):6.
- Do M. Predictors of cervical cancer screening among Vietnamese American women. Journal of Immigrant and Minority Health 2015;17(3):756-820.
- Donta B, Begum S, Nair S, Naik DD, Mali BN, Bandiwadekar A. Awareness of cervical cancer among couples in a slum area of Mumbai. Asian Pac J Cancer Prev 2012;13:4901-4903.
- Egelioğlu Çetişli N, Top ED, Işık G. Cervical cancer and pap smear test health beliefs and health- promoting lifestyle of women in Turkey. International Journal of Caring Sciences 2016;9(2):630-639.
- Elit L, Fyles AW, Devries MC, Oliver TK, Fung-Kee-Fung M. Follow- up for women after treatment for cervical cancer: A systematic review. Gynecol Oncol 2009;114(3):528-535.
- Elliott P, Coppleson M, Russell P, Liouros P, Carter J, Macleod C, Jones M. Early invasive (FIGO stage IA) carcinoma of the cervix: A clinico- pathologic study of 476 cases. Int J Gynecol Cancer 2000;10(1):42-52.

- Emanuel AS, Godinho CA, Steinman C, Updegraff JA. Education differences in cancer fatalism: The role of information-seeking experiences. *Journal of Health Psychology* 2016;1-12.
- Eroğlu K, Koç G. Jinekolojik kanser kontrolü ve hemşirelik. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2014; 1(2):77-90.
- Erbil N, Tezcan Y, Gür EN, Yıldırım M, Alish N. Factors affecting cervical screening among Turkish women. *Asian Pac J Cancer Prev* 2010;11:1641-1644.
- Ersin F, Bahar Z. Barriers and facilitating factors perceived in Turkish women's behaviors towards early cervical cancer detection: A qualitative approach. *Asian Pac J Cancer Prev* 2013a;14(9):4977-4982.
- Ersin F, Bahar Z. Odak grup görüşmeleri ve kültürel bakım farklılık-evrensellik teorisi ilişkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 2013b;6(3):172-175.
- Ersin F, Kızıl A, Polat P, Koca Bd, Erdoğan M. Kadın sağlık personelinin servikal kansere yönelik algıları ve bunu etkileyen faktörler. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2016;18(2-3):31-43.
- Ersin F. Sağlığı geliştirme modelleri ile yapılan hemşirelik girişimlerinin kadınların meme ve serviks kanserine yönelik erken tanı davranışlarına etkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Doktora Tezi*, 2012; 19-100.
- Espinosa de los Monteros K, Gallo LC. The relevance of fatalism in the study of latinas' cancer screening behavior: A systematic review of the literature. *Int J Behav Med* 2011;18:310-318.
- Fairchild R. Fatalism and health behaviors: exploring the context for clinician-patient interactions. *Annals of Nursing and Practice* 2015;2(4):1032.
- FIGO Staging for carcinoma of the vulva, cervix and corpus uteri. *Int. J. Gynaecol Obstet* 2014;125:97-98.
- Fromm E. Erdem ve Mutluluk. Ayda Yörük (Çeviri)'de, Ankara, Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları. 1994; 21-38.
- Frost JJ, Lindberg LD, Finer LB. Young adults' contraceptive knowledge, norms and attitudes: associations with risk of unintended pregnancy. *Perspect Sex Reprod Health* 2012;44:107-16.
- Frumovitz M, Sun CC, Schmeler KM, Deavers MT, Dos Reis R, Levenback CF, Ramirez PT. Parametrial involvement in radical hysterectomy specimens for women with early-stage cervical cancer. *Obstet Gynecol* 2009;114(1):93-99.

- Gan DEH, Dahlui M. Cervical screening uptake and its predictors among rural women in Malaysia. *Singapore Med J* 2013;54(3):163-168
- Gebbru Z, Gerbaba M, Dirar A. Barriers to cervical cancer screening in Arba Minch Town, Southern Ethiopia: A qualitative study. *Journal of Community Medicine & Health Education* 2016;6:401.
- Gemici G. Kadınların pap smear testi öncesi kaygı düzeylerinin incelenmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Isparta, Yüksek Lisans Tezi, 2019.
- Getahun F, Mazengia F, Abuhay M, Birhanu Z. Comprehensive knowledge about cervical cancer is low among women in Northwest Ethiopia. *BMC Cancer* 2013;13(1):2. DOI:10.1186/1471-2407-13-2.
- GLOBOCAN 2018. Cervix Uteri. <https://gco.iarc.fr/today/fact-sheets-cancers>, 2018. Erişim Tarihi: 17.10.2019.
- Gonzalez P, Castaneda SF, Mills PJ, Talavera GA, Elder JP, Gallo LC. Determinants of breast, cervical and colorectal cancer screening adherence in Mexican American women. *J Community Health* 2012;37(2):421-433.
- Gökgöz N, Aktaş D. Kadınların serviks kanseri ve pap smear testi yaptıрма durumlarına yönelik farkındalık düzeylerinin belirlenmesi. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi 2015;3(2):11-23.
- Göl İ, Erkin Ö. Yetişkinler kanser tarama programları hakkında ne biliyor? *TJFMPC* 2019;13(2):167-176.
- Gözüyeşil E, Arıöz Düzgün A, Ünal Aslan K. Kadınların serviks kanserinden korunma ve erken tanıya yönelik tutumlarının değerlendirilmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2019;28(4):229-238.
- Güvenç G, Akyüz A, Açikel CH. Health belief model scale for cervical cancer and pap smear test: Psychometric testing. *J Adv Nurs* 2010;67(2):428-437.
- Güvenç G, Seven M, Kılıç A, Aygül A, Gülçin A. Breast, cervical, and colorectal cancer screening status of a group of Turkish women. *Asian Pac J Cancer Prev* 2012;13(9):4273-4279.
- Gyenwali D, Pariyar J, Onta SR. Factors associated with late diagnosis of cervical cancer in Nepal *Asian Pac J Cancer Prev* 2013;14:4373-4377.
- Hall AS, Khoury AJ, Lopez EDS, Lisovicz N, Williams AA, Mitra A. Breast cancer fatalism: The role of women's perceptions of the health care. *J Health Care Poor Underserved* 2008;19(4):1321-1335. DOI: 10.1353/hpu.0.0091.

- Han PK, Moser RP, Klein WM. Perceived ambiguity about cancer prevention recommendations: Associations with cancer-related perceptions and behaviors in a U.S. population survey. *Health Expectations* 2007;10(4):321-336.
- Hançerlioğlu O. Felsefe Ansiklopedisi Kavramlar ve Akımlar. Cilt 1, İstanbul, Remzi Kitabevi. 1998; 124.
- Hartz L. Quality of care by nurse practitioners delivering colposcopy services. *J Am Acad Nurse Pract* 1995;7(1):23-27.
- Haynie DL, Soller B, Williams K. Anticipating early fatality: Friends, schoolmates' and individual perceptions of fatality on adolescent risk behaviors. *Journal Youth Adolescence* 2014;43:175-192.
- Hilton LW, Jenninngs-Dozier K, Bradley PK, Lockwood-Rayermann S, Dejesus Y, Stephens DL, Rabel K, Sandella J, Sbach A, Widmark C. The role of nursing in cervical cancer prevention and treatment. *Cancer* 2003;98(9):2070-2074.
- Huff B. Can advanced practice clinicians perform loop electrosurgical excision procedures and cryotherapy? *J Low Genit Tract Disease* 2005;9(3):143-144.
- IARC. IARC Handbooks Of Cancer Prevention, Volume 10: Cervix Cancer Screening. 1. Baskı, Lyon, IARC. 2005: 230-241.
- Ibekwe CM, Hoque ME, Ntuli-Ngcobo B. Perceived benefits of cervical cancer screening among women attending Mahalapye District Hospital, Botswana. *Asian Pac J Cancer Prev* 2010;11(4):1021-1027.
- İflazoğlu F. Sağlığı geliştirme modeline göre yoksul ve yoksul olmayan kadınların pap smear yaptırma durumları ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Yüksek lisans Tezi, 2015.
- İmam SZ, Rehman F, Zeeshan MM, Maqsood B, Asrar S Fatima N, Aslam F, Rizwanul M, Khwaja H. Perceptions and practices of a Pakistani population regarding cervical cancer screening. *Asian Pac J Cancer Prev* 2008;9(1):42-44.
- Jackson Y. Encyclopedia of multicultural psychology. London, Sage Publications. 2006; 228.
- Jia Y, Li S, Yang R, Zhou H, Xiang Q, Hu T, Zhang Q, Chen Z, Ma D, Feng L. Knowledge about cervical cancer and barriers of screening program among women in Wufeng County, a high-incidence region of cervical cancer in China. *PloS One* 2013;8(7):67005.
- Johnson CE, Mues KE, Mayne SL, Kiblawi AN. Cervical cancer screening among immigrants and ethnic minorities a systematic review using the health belief model. *J Low Genit Tract Dis* 2008;12(3):232-241.

- Jolley S. Quality in colposcopy. *Nurs Stand* 2004;18(23):39-44.
- Jones CE, Maben J, Jack RH, Davies EA, Forbes LJ, Lucas G, Ream E. A systematic review of barriers to early presentation and diagnosis with breast cancer among black women. *BMJ Open* 2014;4(2):e004076.
- Jones RK. Is pregnancy fatalism normal? An attitudinal assessment among women trying to get pregnant and those not using contraception. *Contraception* 2018; 98(4): 255-259. DOI:10.1016/j.contraception.2018.05.015.
- Jones RK, Tapales A, Lindberg LD, Frost J. Using longitudinal data to understand changes in consistent contraceptive use. *Perspect Sex Reprod Health* 2015;47(3):131-139.
- Jun J, Oh KM. Asian and Hispanic Americans' cancer fatalism and colon cancer screening. *American Journal Of Health Behavior* 2013;37(2):145-154.
- Kanbur A, Çapık C. Servikal kanserden korunma, erken tanı-tarama yöntemleri ve ebe/hemşirenin rolü. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 2011;61-72.
- Kandemir Y. Kader inancının psikoterapik açıdan fonksiyonu. Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Erzurum, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2006.
- Karabulutlu Ö, Pasinlioğlu T. Alanı sağlıkla ilgili olmayan akademisyenlerin serviks kanserine ilişkin bilgi düzeylerinin ve farkındalığının incelenmesi. *Kafkas J Med Sci* 2016; 6(3): 175-180. DOI: 10.5505/Kjms.2016.40326.
- Karabulutlu Ö, Reis N. The investigation of life styles adopted by women living in Erzurum as regards cervical cancer risk. *J Health MED* 2011;5(6):1625-1631.
- Karabulutlu Ö. Evaluation of the pap smear test status of Turkish women and related factors. *Asian Pac J Cancer Prev* 2013;14(2):981-986.
- Karaca M, Palancı Y, Aksu SR. How common is pap smear test known and performed. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2008;8:22-28.
- Kasapoğlu A. Kur'an açısından fatalizm-inkârcıların bir tutumu olarak kadercilik. *Hikmet Yurdu* 2008;1(1):87-107.
- Kato T, Takashima A, Kasamatsu T, Kasamatsu T, Nakamura K, Mizusawa J, Nakanishi T, Fujiwara K, Yokoyama M, Itamochi H, Takehara K, Yokota H, Mizunoe T, Takeda S, Sonoda K, Shiozawa T, Kawabata T, Honna S, Fukuda H, Yaegashi N, Yoshikawa H, Konishi I, Kamura T. Gynecologic Oncology Study Group of the Japan Clinical Oncology Group. Clinical tumor diameter and prognosis of patients with FIGO stage IB1 cervical cancer (JCOG0806- A). *Gynecol Oncol* 2015;137(1):34-39.

- Kaya A, Bozkur, B. Kadercilik eğilimi ölçeğinin geliştirilmesi: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2015;11(3):935-946.
- Kayani A, Fleiter JJ, King M. Superstitious beliefs and practices in Pakistan: Implications for road safety. J Australas Coll Road Saf 2017;28(3):22-29.
- Kayani A, King MJ, Fleiter Judy J. Fatalism and road safety in developing countries, with a focus on Pakistan. J Australas Coll Road Saf 2011;22(2):41-47.
- Kelly B, Hornik R, Romantan A. Schwartz SJ, Armstrong K, DeMichele A, Fishbein M, Gray S, Hull S, Kim A, Nagler R, Niederdeppe J, Smith-McLallen A, Wong, N. Cancer information scanning and seeking in the general population. J Health Commun 2010;15(7):734-753.
- Kızılrnak A, Kocaöz S. Bir üniversitedeki kadınların serviks kanseri ve pap smear testine ilişkin sağlık inançlarını etkileyen faktörler. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2018;27(3):165-175.
- Kilic G, England J, Borahay M, Pedraza D, Freeman D, Snyder R, Ertan AK. Accuracy of physician and nurse practitioner colposcopy to effect improved surveillance of cervical cancer. Eur J Gynaecol Oncol 2012;33(2):183-186.
- Kish JK. Culture and context: Upstream determinants of cervical cancer among Haitian immigrants living in Miami, Florida. Miami Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Coral Gables, Doktora Tezi, 2012; 759.
- Kobayashi LC, Smith SG. Cancer fatalism, literacy, and cancer information seeking in the American Public. Health Education & Behavior 2016;43(4):461-470.
- Kolutek R, Aydın Avcı İ. Eğitim ve evde izlemin, evli kadınların meme ve serviks kanseri ile ilgili bilgi düzeylerine ve uygulamalarına etkisi. J Breast Health 2015;11:155-62.
- Krishnaveni K, Roy P, Sambathkumar R. Knowledge, attitude and practice related to cervical cancer and screening among women: community based cross - sectiona85l study. Int J Pharm Sci & Res 2018;9(2):722-29. DOI: 10.13040/IJPSR.0975-8232.9(2).722-29.
- Kulakçı Altıntaş H, Korkmaz Aslan G. The effect of breast cancer fatalism perception on breast cancer health beliefs of the midwives and nurses. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2019;6(1):10-19.
- Kulakçı Altıntaş H, Kuzlu Ayyıldız T, Veren F, Köse Topan A, The effect of breast cancer fatalism on breast cancer awareness among Turkish women. J Relig Health 2017;56(5):1537-1552. DOI: 10.1007/s10943-016-0326-4.
- Kuh Z, Erdem R. Fatalizm eğiliminin sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine etkisi. SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi 2019;1(1):1-16.

- Kurt AS, Canbulut N, Savaşer S. Adolesan dönem cinselliğiyle öne çıkan serviks kanseri ve risk faktörleri. *Bakırköy Tıp Dergisi* 2013;9(2):59-63. DOI:10.5350/BTDMJB 201309204.
- Landoni F, Maneo A, Colombo A, Plaça F, Milani R, Perego P, Favini G, Ferri L, Mangioni CI. Randomised study of radical surgery versus radiotherapy for stage Ib- IIA cervical cancer. *Lancet* 1997;350(9077):535-540.
- Landoni F, Maneo A, Cormio G, Perego P, Milani R, Caruso O, Mangioni C. Class II versus class III radical hysterectomy in stage IB- IIA cervical cancer: A prospective randomized study. *Gynecol Oncol* 2001;80(1):3-12.
- Lee MC. Knowledge, barriers, and motivators related to cervical cancer screening among Korean-American women. A focus group approach. *Cancer Nurs* 2000;23(3):168-175.
- Lee SY. Cultural factors associated with breast and cervical cancer screening in Korean American women in the US: An integrative literature review. *Asian Nursing Research* 2015;9(2):81-90.
- Leung DYP, Chow TT, Wong EML. Cancer-related information seeking and scanning behaviors among older Chinese adults: Examining the roles of fatalistic beliefs and fear. *Geriatrics* 2017;2(4):38.
- Lewis O. İşte Hayat. Vahit Çelikbaş (Çeviri)'de, İstanbul, E Yayınları. 1965.
- Luciani S, Winkler J. Cervical cancer prevention in Peru: Lessons learned from the TATI Demonstration Project. PAHO. http://www.rho.org/files/PAHO_PATH_TATI_report_2006.pdf, 2006.
- Lyratzopoulos G, Liu MP, Abel GA, Wardle J, Keating NL. The association between fatalistic beliefs and late stage at diagnosis of lung and colorectal cancer. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention* 2015;24(4):720-726.
- Macit M. Boyun Eğme-Başa Çıkma Sarkacında Kadercilik: Sosyal Psikolojik Bir Yaklaşım. İstanbul, Ötüken Neşriyat. 2014
- Mavi Aydoğdu SG, Özsoy Ü, Serviks kanseri ve HPV. *Androl Bul* 2018;20:25-29.
- Mayo RM, Ureda JR, Parker VG. Importance of fatalism in understanding mammography screening in rural elderly women. *J Women Aging* 2001;13(1):57-72.
- Mengesha A, Messele A, Beletew B. Knowledge and attitude towards cervical cancer among reproductive age group women in Gondar town, North West Ethiopia. *BMC Public Health* 2020;20:209.

- McPherson G, Horsburgh M, Tracy C. A clinical audit of a nurse colposcopist. Colposcopy: cytology: Histology correlation. *Nurs Prax N Z* 2005;21(3):13-23.
- McClure J, Allen MW, Walkey F. Countering fatalism: Causal information in news reports affects judgments about earthquake damage. *Basic and Applied Social Psychology* 2001; 23(2): 109-121. DOI: 10.1207/S15324834BASP2302_3
- Minkler M. Personal responsibility for health a review of the arguments and the evidence at century's end. *Health Education & Behavior* 1999;26(1):121-140.
- Miri MR, Moodi M, Sharif-Zadeh GR, Malaki Moghadam H, Miri M, Norozi E. Cognitive predictors of cervical cancer screening's stages of change among sample of Iranian women health volunteers: A path analysis. *Plos One* 2018;13(3):0193638.
- Montgomery MP, Dune T, Shetty PK, Shetty AK. Knowledge and acceptability of human papilloma virus vaccination and cervical cancer screening among women in Karnataka, India. *J Cancer Educ* 2015;30(1):130-137. DOI: 10.1007/s13187-014-0745-4.
- Moore de Peralta A, Holaday B, McDonell JR. Factors affecting Hispanic women's participation in screening for cervical cancer. *J Immigrant Minority Health* 2015;17(3):684-695.
- Mounger DA. Correlational pilot study of fatalism and self-efficacy among appalachians with type II diabetes mellitus. undergraduate honors theses. <http://dc.etsu.edu/honors/56>,2012. Erişim Tarihi: 21.08.2019.
- Morris NS, Field TS, Wagner JL, Cutrona SL, Roblin DW, Gaglio B, Williams AE, Han PJ, Costanza ME, Mazor KM. The association between health literacy and cancer-related attitudes, behaviors, and knowledge. *Journal of Health Communication* 2013;18(1):223-241.
- Munoz N, Castellsague X, de Gonzalez AB, Gissmann L. Chapter 1: HPV in the etiology of human cancer. *Vaccine* 2006;24(3):1-10.
- Mupepi SC, Sampselle CM, Johnson TRB. Knowledge, attitudes, and demographic factors influencing cervical cancer screening behavior of Zimbabwean women. *Journal of Women's Health* 2011;20(6):943-953.
- Murphy N, Ring M, Killalea AG, Uhlmann V, Donovan M, Mulcahy F, Turner M, McGuinness E, Griffin M, Martin C. As a marker for cervical dyskaryosis: CIN and cgin in cervical biopsies and thinprep smears. *J Clin Pathol* 2003;56:53-63.
- Nagler RH, Hornik RC. Measuring media exposure to contradictory health information: A comparative analysis of four potential measures. *Communication Methods and Measures* 2012;6(1):56-75.

- Nagler RH, Romantan A, Kelly BJ, Stevens RS, Gray SW, Hull SJ, Susana Ramirez A, Hornik RC. How do cancer patients navigate the public information environment? understanding patterns and motivations for movement among information sources. *J Cancer Educ* 2010;25(3):360-370.
- Naylor MD, Kurtzman ET. The role of nurse practitioners in reinventing primary care. *Health Aff* 2010;(29)5:893-899.
- Nazilli B. Hemşire ve ebelerin rahim ağzı kanseri ve papsmear testi ile ilgili sağlık inançları. Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2016.
- Niederdeppe J, Fowler EF, Goldstein K, Pribble J. Does local television news coverage cultivate fatalistic beliefs about cancer prevention? *J Commun* 2010;60(2):230-253.
- Niederdeppe J, Levy AG. Fatalistic beliefs about cancer prevention and three prevention behaviors. *Cancer Epidemiol Biomarkers* 2007;16(5):998-1004.
- NIH 2019. HPV and Cancer.
<https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/infectious-agents/hpv-and-cancer>, 2019. Erişim Tarihi: 28.10.2019.
- NONPF, AACN 2002. Nurse practitioner primary care competencies in specialty areas: adult, family, gerontological, pediatric, and women's health.
<https://cdn.ymaws.com/www.nonpf.org/resource/resmgr/competencies/primarycarecomps02.pdf>, 2002. Erişim Tarihi: 14.05.2020
- NSW 2017. HPV and cervical cancer.
<https://www.cancer.nsw.gov.au/cervical-screening-nsw/cervical-cancer/about-cervical-cancer>, 2017. Erişim Tarihi: 28.10.2019.
- Onsuz M, Hidiroglu S, Sarioz A, Metintas S, Karavus M. Knowledge, attitudes and behaviors of women over 20 years old on cervix cancer in Istanbul, Turkey. *Asian Pac J Cancer Prev* 2014; 15: 8801-8807.
- Orhan K. Validity and reliability study of fatality tendency scale. *The Journal of International Civilization Studies* 2017;2(2):84-102.
- Oxford Dictionaries 2017. Fatalism.
<https://www.oxfordlearnersdictionaries.com/definition/english/fatalism> Erişim Tarihi: 01.03.2020
- Öge S. Arabesk kader algısı-Orhan Gencebay örneği. *Atatürk Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi* 2014;41:47-76.
- Özkan S, Yılmaz E. Hastanede çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2008;3(7):88-105.

- Özkan İA, Teskereci G, Kulakaç Ö. Varoluşçu felsefe bakış açısına göre jinekolojik kanser yaşantıları: Bir niteliksel meta-sentez çalışması. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2013;5(3):313-329.
- Özmen D. Sağlık inanç modeli yaklaşımı ile servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutumlara yönelik ölçek çalışması. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Yüksek Lisans Tezi, 2004.
- Paasche-Orlow MK, Wolf MS. The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *American Journal of Health Behavior* 2007;31(1):19-26.
- Parkin DM, Boyd L, Walker LC. The fraction of cancer attributable to lifestyle and environmental factors in the UK in 2010. *Br J Cancer* 2011;105:77-81.
- Pehlivan S, Yıldırım Y, Fadiloğlu Ç. Kanser, kültür ve hemşirelik. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2013;4(4):168-174.
- Peters WA, Liu PY, Barrett RJ, Stock RJ, Monk BJ, Berek JS, Souhami L, Grigsby P, Gordon W, Alberts DS. Concurrent chemotherapy and pelvic radiation therapy compared with pelvic radiation therapy alone as adjuvant therapy after radical surgery in high-risk early-stage cancer of the cervix. *J. Clin. Oncol* 2000;18:1606-1613.
- Philip ER, DuHamel K, Jandorf L. Evaluating the impact of an educational intervention to increase CRC screening rates in the African American community: A preliminary study. *Cancer Causes Control* 2010;21(10):1685-1691.
- Pinar G, Algier L, Doğan N, Kaya N. Jinekolojik kanserli bireylerde risk faktörlerinin belirlenmesi. *Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi* 2008;18(4):208-216.
- Powe BD, Finnie R. Cancer fatalism: The state of the science. *Nurs* 2003;26(6):454-467.
- Powe BD, Hamilton J, Brooks P. Perceptions of cancer fatalism and cancer knowledge: A comparison of older and younger African American women. *J Psychosoc Oncol* 2006; 24(4):1-13.
- Ramanadhan S, Viswanath K. Disparities in information-seeking among persons with a history of cancer: Evidence from a national survey. *American Public Health Association Annual Meeting, Philadelphia, Paper presented, 2005.*
- Ramirez SA. Fatalism and cancer risk knowledge among a sample of highly acculturated latinas. *Journal Cancer Education* 2014;29:50-55.
- Ramondt S, Ramirez AS. Fatalism and exposure to health information from the media: examining the evidence for causal influence. *Annals of the International Communication Association* 2017;41(3-4):298-320.

- Reis N, Bebis H, Kose S, Sis A, Engin R, Yavan T. Knowledge, behavior and beliefs related to cervical cancer and screening among Turkish women. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 2012;13:1463-1470.
- RHO 2012. About cervical cancer.
<http://www.rho.org/about-cervical-cancer.htm>, 2012. Erişim Tarihi: 28.10.2019.
- Rice H. Fatalism.
<https://plato.stanford.edu/archives/sum2015/entries/fatalism/>, 2015 Erişim Tarihi: 20.02.2020
- Ritchie H, Roser M. Causes of death.
<https://ourworldindata.org/causes-of-death#causes-of-death-by-age-group>, 2017. Erişim Tarihi: 21.08.2019.
- Robb K, Stubbings S, Ramirez A, Macleod U, Austoker J, Waller J, Hiom J, Wardle S. Public awareness of cancer in Britain: A population-based survey of adults. *British Journal of Cancer* 2009;101:18-23
- Rocca CH, Harper CC. Do racial and ethnic differences in contraceptive attitudes and knowledge explain disparities in method use? *Perspect Sex Reprod Health* 2012; 44:150-158. DOI: 10.1363/4415012.
- Rotter JB. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs* 1966;80(1):1-28.
- Rougier C. Cultural values religiosity and spirituality as predictors of professional psychological help- seeking behavior of black adults in the united states. Columbia University, School of Arts and Sciences, New York, Unpublished Doctoral Disseratation, 2011.
- Rose PG, Ali S, Watkins E, Thigpen JT, Deppe G, Clarke-pearson DL, Insalaco S, Gynecologic Oncology Group. Long- term follow- up of a randomized trial comparing concurrent single agent cisplatin, cisplatin- based combination chemotherapy, or hydroxyurea during pelvic irradiation for locally advanced cervical cancer: A Gynecologic Oncology Group Study. *J Clin Oncol* 2007;25(19):2804-2810.
- Ruii G. Is fatalism a cultural belief? An empirical analysis on the origin of fatalistic tendencies.
https://mpira.ub.uni-muenchen.de/41705/1/MPRA_paper_41705.pdf, 2012. Erişim Tarihi: 20.02.2020
- Ruii G. The origin of fatalistic tendencies: An empirical investigation. *Economics & Sociology* 2013; 6(2): 103-125. DOI:10.14254/2071-789X.2013/6-2/10.

- Rutten L, Arora NK, Bakos AD, Aziz N, Rowland J. Information needs and sources of information among cancer patients: A systematic review of research (1980–2003). *Patient Education and Counseling* 2005;57:250-261.
- Savage M, Dumas A, Stuart SA. Fatalism and short-termism as cultural barriers to cardiac rehabilitation among underprivileged men. *Sociology of Health & Illness* 2013;35(8):1211-1226.
- Sawadogo B, Gitta SN, Rutebemberwa E, Sawadogo M, Meda N. Knowledge and beliefs on cervical cancer and practices on cervical cancer screening among women aged 20 to 50 years in Ouagadougou, Burkina Faso, 2012: A cross-sectional study. *Pan Afr Med J* 2014;18:175.
- Scarinci IC, Beech BM, Kovach KW, Bailey TL. An examination of sociocultural factors associated with cervical cancer screening among low-income Latina immigrants of reproductive age. *J Immigr Health* 2003;5(3):119-128.
- Schmeler KM, Frumovitz M, Ramirez PT. Conservative management of early stage cervical cancer: Is there a role for less radical surgery? *Gynecol Oncol* 2011;120(3):321-325.
- Schmidt C. Fatalism may fuel cancer-causing behaviors. *Journal of the National Cancer Institute* 2007;99(16):3-1222. DOI:10.1093/jnci/djm123.
- Selvi A. Yakınında meme kanseri olan kadınların öğrenim gereksinimleri ile kadercilik eğilimi arasındaki ilişki. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2019; 3-8.
- Shapiro J, Wu S. Fatalism and savings. *The Journal of Socio-Economics* 2011; 40(5): 645-651. DOI:10.1016/j.socec.2011.05.003.
- Shekhar S, Sharma C, Thakur S, Raina N. Cervical cancer screening: Knowledge, attitude and practices among nursing staff in a tertiary level teaching institution of Rural India. *Asian Pac J Cancer Prev* 2013;14(6):981-1006.
- Shrestha S, Dhakal P. Knowledge, attitude and practice regarding cervical cancer screening among women attending a teaching hospital, Bharatpur, Chitwan. *J Family Reprod Health* 2017;11:18-23.
- Sinanoğlu A. İslam'ın ilk siyasallaştırılma sürecinde "kader" inancı. *Ankara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi* 2002; XLIII (2): 249-276.
- Singh AK, Grigsby PW, Dehdashti F, Herzog TJ, Siegel BA, FDG-PET lymph node staging and survival of patients with FIGO stage IIb cervical carcinoma. *Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys* 2003;56:489-493.

- Singh M, Ranjan R, Das B, Gupta K. Knowledge, attitude and practice of cervical cancer screening in women visiting a tertiary care hospital of Delhi. *Indian Journal of Cancer* 2014;51(3):319-324.
- Smith JS, Lindsay L, Hoots B, Keys J, Franceschi S, Winer R, Clifford GM. Human papilloma virus type distribution in invasive cervical cancer and high-grade cervical lesions: A meta-analysis update. *Int J Cancer* 2007;121(3):621-632.
- Smith SG; Forster AS; Kobayashi LC. Predictors of human papilloma virus awareness and knowledge in 2013: The importance of health literacy. *Am J Prev Med* 2015;49(1):5-7.
- Snijders PJF, Steenbergen RDM, Heideman DAM, Meijer CJLM. HPV-mediated cervical carcinogenesis: concepts and clinical implications. *Journal of Pathology* 2006;208(2):152-164.
- Sobol-Kwapinska M. Hedonism, fatalism and 'carpe diem': Profiles of attitudes towards the present time. *Time & Society* 2013;22(3):271-290.
- Sorensen K, Broucke VD, Fullam S, Doyle J, Pelikan G, Slonska J, Consortium Health Literacy Project European. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BioMed Central Public Health* 2012;25:12-80.
- Sönmez Y, Keskin Y, Lüleci E. Kadın ve aile sağlığı merkezine başvuranların serviks kanseri erken tanı yöntemleri konusunda bilgi, tutum ve davranışları. *Maltepe Tıp Dergisi* 2012;4(2):15-21.
- Spitzer M. Human papilloma virus: Epidemiology, natural history and clinical sequelae. *OBG Management* 2006; 5-10.
- Straughan PT, Seow A. Fatalism reconceptualized: A Concept to predict health screening behavior. *Journal of Gender, Culture and Health* 1998;3:85-100.
- Suh M, Choi KS, Lee YY, Park B, Jun JK. Cancer screening in Korea, 2012: Results from the Korean National Cancer Screening Survey. *Asian Pac J Cancer Prev* 2013;14:6459-6463.
- Squiers LB, Holden DJ, Dolina SE, Kim AE, Bann C M, Renaud JM. The Public's response to the US Preventive Services Task Force's 2009 recommendations on mammography screening. *Am J Prev Med* 2011;4(5):497-504.
- Şimşekoğlu Ö, Nordfjærn T. The role of safety culture/climate and social cognitive factors for driving behaviors of Turkish professional drivers transporting petroleum products. *J Risk Res* 2017;20(5):650-663.
- Tadesse T, Wolka E, Nega B, Kumma WP, Koyira MM. Knowledge, attitude and practice towards cervical cancer screening among women and associated factors in

- hospitals of Wolaita Zone, Southern Ethiopia. *Cancer Management and Research* 2020;12:993-1005.
- Taha H, Al-Qutob R, Nyström L, Wahlström R, Berggren V. ‘Voices of Fear and Safety’ women’s ambivalence towards breast cancer and breast health: A qualitative study from Jordan. *BMC Womens Health* 2012;12:21.
- Tanner-Smith EE, Brown TN. Evaluating the health belief model: A critical review of studies predicting mammographic and pap screening. *Social Theory & Health* 2010;8:95-125.
- Tarakçı M. Kalvinizmde kader anlayışı. *Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi* 2010;19(2):93-119.
- Tavafian SS. Predictors of cervical cancer screening: An application of health belief model.
<http://www.intechopen.com/books/topics-on-cervical-cancer-with-anadvocacy-for-prevention/predictors-of-cervical-cancer-screening-an-application-of-health-belief-model>, 2012. Erişim Tarihi: 13.05.2020.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü 2014. Kanser Dairesi Başkanlığı 2014 yılı Türkiye kanser istatistikleri.
<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-istatistikleri/yillar/2014-yili-turkiye-kanser-istatistikleri.html> Erişim Tarihi: 17.10.2019, 2014.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı 2016. Türkiye kanser kontrol programı.
https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/yayinlar/raporlar/Ulusal_Kanser_Kontrol_Plani_2013_2018.pdf, 2016. Erişim tarihi: 14.05. 2020.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı 2017. Serviks kanseri tarama programı ulusal standartları.
<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari/listesi/483-serviks-kanseri-tarama-program%C4%B1-ulusal-standartlar%C4%B1.html>, 2017. Erişim tarihi: 10.05. 2019.
- Tekin B. Anormal servikal smear sonuçlu hastaların bir yıllık takipleri. *Taksim Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları Ve Doğum Kliniği. İstanbul, Uzmanlık Tezi*, 2009; 10-15.
- Thapa N, Maharjan M, Petrini MA, Shah S, Mharjan N, Shrestha N, Cai H. Knowledge, attitude, practice and barriers of cervical cancer screening among women living in mid-western rural, Nepal *J Gynecol Oncol* 2018;29(4):57.
- Topfedaisi Özkan N. ACOG Practice bulletin no 157: Serviks kanserinde tarama ve önleme çeviri özeti. *Türk Jinekolojik Onkoloji Derneği*.

<http://www.trsgo.org/1/haber/63/acog-practice-bulletin-no-157-serviks-kanserinde-tarama-ve-onleme-ceviri-ozet>, 2013. Erişim Tarihi: 10.01.2020.

- Tsikouraz P, Zervoudis S, Manav B, Tomara E, Iatrakis G, Constantinos Romanidis C, Anastasia Bothou A, Galazios G. Cervical cancer: Screening, diagnosis and staging. *J BUON* 2016;21(2):320-325.
- Tuna Oran N, Öztürk Can H, Senuzun Aykar F, Durmaz Aylaz R. Health promotion lifestyle and cancer screening behaviors: A survey among academician women. *Asian Pacific Journal Of Cancer Prevetion* 2008;9(3):515-518.
- Turgay A, Sarı D. Türkistanlı Ç. Knowledge attitudes, risk factors, and early detection of cancer relevant to the school teachers in İzmir, Turkey. *Preventive Medicine* 2005; 40(6): 636-641.
- Türkistanlı EC, Soğukpınar N, Saydam BK, Aydemir G. Cervical cancer prevention and early detection - the role of nurses and midwives. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 2003;4(1):15-21.
- Tuzcu A, Sümen A, Demir Avcı Y. Kanser tarama programlarına katılımı artırmada bir sağlık davranış değişim modeli: Precede-Proceed. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi* 2018;15(2):123-130.
- Türküm AS. Are fatalism and optimism an obstacle to developing self-protecting behaviors? Study with a turkish sample. *Social Behavior and Personality* 2006;34(1):51-58.
- Ulutaş Y, Ünal F. (Ed.) Birinci Basamakta Toplum Tabanlı Kanser Taramaları Sempozyumu. 1. Baskı, Ankara, Türk Tabipleri Birliği Yayınları. 2019.
- Urasa M ve Darj E. Knowledge of cervical cancer and screening practices of nurses at a regional hospital in Tanzania. *African Health Sciences* 2011;11(1):48-57.
- Vasconcelos CTM, Damasceno MMC, Lima FMC, Pinheiro AKB. Integrative review of the nursing interventions used for the early detection of cervical uterine cancer. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2011;19(2):437-44.
- Vrinten C, Wardle J, Marlow L. Cancer fear and fatalism among ethnic minority women in the United Kingdom. *British Journal of Cancer* 2016;114:597-604.
- Visanuyothin S, Chompikul J, Mongkolchati A. Determinants of cervical cancer screening adherence in urban areas of Nakhon Ratchasima Province, Thailand. *Journal Of İnfection And Public Health* 2015;8(6):543-552.
- Von Wagner C, Steptoe A, Wolf MS, Wardle J. Health literacy and health actions: A review and a framework from health psychology. *Health Education & Behavior* 2009;36(5):860-877.

- Viswanath K, Breen N, Meissner H, Moser RP, Hesse B, Steele WR, Rakowski W. Cancer knowledge and disparities in the information age. *J Health Commun* 2006;11:1-17.
- Viswanath K, Nagler R, Bigman Galimore C, McCauley M, Jung M, Ramanadhan S. The communications revolution and health inequalities in the 21st century: Implications for cancer control. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2012;21(10):1701-1708.
- Waggoner SE. Cervical cancer. *Lancet* 2003;361:2217-2225.
- WCRF 2018. Cervical cancer statistics.
<https://www.wcrf.org/dietandcancer/cancer-trends/cervical-cancer-statistics>, 2018.
Erişim Tarihi: 21.08.2019.
- Wellensiek N, Moodley M, Moodley J, Nkwanyana N. Knowledge of cervical cancer screening and use of cervical screening facilities among women from various socioeconomic backgrounds in Durban, Kwazulu Natal, South Africa. *Int J Gynecol Cancer* 2002;12:376-382.
- White MJ. Agency and Integrality: Philosophical Themes in the Ancient Discussions of Determinism and Responsibility. Hollanda, Springer Science & Business Media 2012:296.
- WHO. Human papilloma virus vaccines: WHO position paper. May 2017. *Wkly Epidemiol Rec* 2017;92:241-268.
- WHO. National Cancer Control Programmes Policies and Managerial Guidelines. 2. Baskı, Geneva, WHO. 2002: 117-127
- WHO 2011. WHO guidelines, use of cryotherapy for cervical intraepithelial neoplasia.
<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241502856/en/>, 2011. Erişim Tarihi: 03.01.2020.
- WHO 2013a. Guidelines For Screening And Treatment Of Precancerous Lesions For Cervical Cancer Prevention.
www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/en/index.html, 2013. Erişim tarihi: 20.12.2019.
- WHO 2013b. Comprehensive cervical cancer prevention and control a healthier future for girls and women.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/78128/9789241505147_eng.pdf;jsessionid=6F619F6593AC964C38AF186EFEF0AF1C?sequence=3, 2013. Erişim Tarihi: 04.01.2020
- WHO 2014a. Comprehensive cervical cancer control.
<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/cervical-cancer-guide/en/>, 2014. Erişim Tarihi: 20.12.2019.

- WHO 2014b. Guidelines, treatment of cervical intraepithelial neoplasia 2–3 and adenocarcinoma in situ: cryotherapy, large loop excision of the transformation zone, and cold knife conization.
https://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/treatment_CIN_2-3/en/, 2014. Erişim Tarihi: 03.01.2020.
- WHO 2018. Cancer.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>, 2018. Erişim Tarihi: 05.04.2019.
- WHO 2019a. Cancer screening.
<https://www.who.int/cancer/prevention/diagnosis-screening/screening/en/>, 2019. Erişim Tarihi: 21.08.2019.
- WHO 2019b. Human papillomavirus (HPV) and cervical cancer.
[https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-\(hpv\)-and-cervical-cancer](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer), 2019. Erişim Tarihi: 28.10.2019.
- Wiebe E, Denny L, Thomas G. Cancer of the cervix uteri. *Int J Gynecol Obstet* 2012;119(2):100-109. DOI:10.1016/S0020-7292(12)60023-X.
- Wong L, Wong Y, Low W, Khoo E, Shuib R. Cervical cancer screening attitudes and beliefs of Malaysian women who have never had a pap smear: A qualitative study. *International Journal of Behavioral Medicine* 2008;15(4):289-292.
- Wong LP, Wong YL, Low WY, Khoo EM, Shuib R. Knowledge and awareness of cervical cancer and screening among Malaysian women who have never had a pap smear: A qualitative study. *Singapore Med J* 2009;50(1):49-53.
- Wongwatcharanukul L, Promthet S, Bradshaw P, Jirapornkul C, Tungsrihong N. Factors affecting cervical cancer screening uptake by Hmong Hilltribe women in Thailand. *Asian Pac J Cancer Prev* 2014;15(8):3753-3756.
- Yanikkerem E, Goker A, Piro N, Dikayak S, Koyuncu FM. Knowledge about cervical cancer, pap test and barriers towards cervical screening of women in Turkey. *J Canc Educ* 2013;28:375-383.
- Yıldırım C. Çağdaş Felsefe Sözlüğü, 2. Baskı, Ankara, Doruk Yayımcılık. 2004; 211.
- Yıldız F. Freud'da ahlak duygusunun kaynağı ve Kant'ın ahlak düşüncesi. *Felsefe ve Sosyal Bilimler Dergisi (FLSF)* 2015;19:137-151.
- Yılmaz İ. Serviks kanseri, servikojenital smear ile HPV farkındalık ve bilinç düzeyinin araştırılması: Anket çalışması. Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Afyonkarahisar, Yüksek Lisans Tezi, 2019; 6-21.

Yiğitbaşı Ç, Bulut A, Bulut A, Semerci M. Bingöl devlet hastanesine başvuran yetişkinlerin kanser tarama testlerine ilişkin bilgi ve tutumları. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi 2016;2:29-38.

Zechariahjebakumar A, Nondo HS, Sarfo SK. Nurses role in cervical cancer prevention and its treatment-a critical review. Asia Pac Nurs 2014;1(1):1-5.



EKLER

EK 1: Soru Formu

ANKET FORMU

Anket No:

Anket formunda kiři ismi sorulmamaktadır. Bu nedenle sorulan sorularla ilgili gerçek dūřuncelerinizi belirtmeniz ve soruların tūmūnū cevaplamanız arařtırma sonuçlarının doėruluėu için çok önemlidir. Arařtırmaya katıldığınız için TEřEKKūR EDERİM.

Sorumlu Araştırmacı: Serap TOPATAN- TLF: 05324032723

ASM adı

1. Yaşınız:
2. İlk evlilik yaşınız (.....) (ilk cinsel ilişki)
3. Eğitim durumunuz:
a- İlkokul mezunu c- Lise mezunu
b- Orta okul mezunu d- Őniversite mezunu
4. Çalışma durumunuz : a-Evet b-Hayır
5. Gelir durumunuz:
a- Gelir Giderden Az b- Gelir Gidere Eşit c- Gelir Giderden Fazla
6. Medeni durumunuz :
a- Evli b- Bekar
7. ocuk sahibi olma durumunuz?
a- Evet b- Hayır
8. ocuk sayısı? (6. soruya evet cevabı verenler yanıtlayacak)
a- 1 b- 2 c-3 d- 4 ve Őzeri
9. Pap smear testini bilme durumunuz?
a- Evet b- Hayır
10. Pap smear testi yaptırma durumunuz? (cevabınız hayır ise 14. soruya geçin)
a- Evet b- Hayır
11. En son pap smear testi yaptırma zamanınız?
a- Son 6ay içinde b- Son 1yıl içinde c- Son 2 yıl içinde
d-son 3 yıl içinde e- Son 4 yıl içinde f- Son 5 yıl ve daha fazla sūre önce
12. Pap smear testi yapılan yer? a- KETEM b- Hastane
13. Pap smear testi yaptırma nedeniniz?
a- Doktor önerdiği için.
b- Genel kontrol için kendim istedim.
c- Jinekolojik bir nedenle doktora gittiėimde doktor uygun grūp aldı.
d- Hemşire/ ebe nerisi
14. Ailenizde servikal kanser tanısı varlığı?
a- Evet (Kim?.....) b- Hayır
15. Sosyal evrenizde servikal kanseri tanısı varlığı?
a- Evet b- Hayır
16. Servikal kanseri hakkında bilgi alma durumunuz?
a- Evet b- Hayır
17. Pap smear testi hakkında bilgi alma durumunuz?
a- Evet b- Hayır
18. Servikal Kanser ve/veya pap test konusunda bilgi aldığınız kaynak? (16 ve /veya 17. soruya evet diyenler cevaplayacak)
a- Kitap, dergi, brořūr c- televizyon, radyo, internet
b- Sağlık personelinden d- sosyal evre

EK 2: Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği

AÇIKLAMA: Aşağıda kadınların rahim ağzı (servikal) kanser konusundaki tutumlarını içeren ifadeler bulunmaktadır. Aşağıda size bu konu ile ilgili bazı sorular sorulacaktır. Sorularda yanlış ya da doğru denecek cevap yoktur. En iyi cevap sizin kendi fikrinizdir. Bu nedenle her ifadeyi okuyup, üzerinde çok uzun süre düşünmeden size uygun gelen cevabı işaretleyiniz. Hiçbir soruyu mümkün olduğunca boş bırakmamaya özen gösteriniz.	Tamamen Katılıyorum	Kısmen Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1.Rahim ağzı kanseri olmaktan korkuyorum.					
2.Rahim ağzı kanseri hakkında bilgi edinmeye değer.					
3.Rahim ağzı kanseri erken tanısı için düzenli muayene yaptırmak gerektiğine inanmıyorum.					
4.Eşim izin verse de vermese de rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye giderim.					
5.Rahim ağzı kanseri olursam fazla yaşayamam.					
6.Rahim ağzı kanserinin erken tanısı için muayeneye gitmek gereksiz bir zahmettir.					
7.Ailemden biri rahim ağzı kanserine yakalanırsa kendim için de endişelenirim.					
8.Rahim ağzı kanseri hakkında pek fazla düşünmüyorum.					
9.Rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye gitmeye zaman yaratırım					
10.Rahim ağzı kanseri olursam cinsel hayatım olumsuz etkilenir					
11.Sağlık güvencesi olması rahim ağzı kanseri erken tanısı için düzenli muayeneye gitmeyi kolaylaştırır.					
12.Hatırlatılırsa, şikâyetim olmasa da, rahim ağzı kanseri erken tanısı için düzenli olarak muayene olurum.					
13.Rahim ağzı kanseri erken tanısı için tek başıma muayeneye gitmekten kaçınırım.					
14.Rahim ağzı kanseri olma düşüncesi aklıma sık sık geliyor					
15.Kaderimde varsa ne yaparsam yapayım rahim ağzı kanseri olurum					
16.Sağlık kuruluşları, rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye davet ederlerse giderim.					
17.Doktora tetkike gitsem, muhakkak bir hastalık bulurlar, o nedenle rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye gitmem.					
18.Çevremdeki insanların rahim ağzı kanserine yakalandıklarını duymak beni korkutuyor.					
19.Bazen rahim ağzı kanseri olma düşüncesiyle huzursuz oluyorum.					
20.Yapılacak tetkiklerin canımı acıtacağını düşünerek rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye gitmem.					
21.Hayatımın bir döneminde benim de rahim ağzı kanserine yakalanma riskim/olasılığım olduğunu düşünüyorum.					
22.Radyo, televizyon ve gazetelerde rahim ağzı kanseri için uyarılar olması beni erken tanı muayenesine gitmeye teşvik eder.					
23.Rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayene ücretsiz olsa hiç düşünmem yaptırırım.					
24.Rahim ağzı kanseri hakkında bir şeyler öğrenmek zaman kaybıdır.					
25.Rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayene olacağım doktorun kadın olmasını tercih ederim.					
26.Bir kadının rahim ağzı kanseri olması eşiyle ilişkilerini bozar.					
27.Rahim ağzı kanserinden korunmaya çalışmanın bir faydası yoktur.					
28.Evli kadınların rahim ağzı kanseri olma riskinin/ihtimalinin yüksek olduğunu düşünüyorum.					
29.Rahim ağzı kanseri olursam hayata küserim.					
30.Mahrem yerimi göstereceğimden utandığım için rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye gitmekten kaçınırım.					

EK 3: Kadercilik Eğilimi Ölçeği

SIRA NO:	AÇIKLAMA: Sayın kadınlar; Aşağıda çeşitli konular ile ilgili bazı düşünceler bulunmaktadır. Lütfen bunları dikkatlice okuyunuz. Sizden istenen her düşünceyle ilgili görüşünüzü belirlemeniz ve görüşünüze uygun olan seçeneği işaretlemenizdir. Bu düşüncelerin doğrusu ya da yanlışı yoktur, önemli olan kendi düşüncenizi samimi bir biçimde ifade etmenizdir. İlgili ve katkılarınız için teşekkür ederim.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle
1	Hayatımızda olacak şeyler önceden belirlenmiştir.					
2	Yaşadığım her şeyin kendi davranışlarımın bir sonucu olduğunu düşünürüm					
3	Bazı nesnelerin (nazar boncuğu, tütsü, şans yüzüğü vb.) koruyucu olduğuna inanırım.					
4	Başıma gelecek şeylerin kaderim olduğuna inanırım					
5	Bazı nesnelerin uğursuzluk getirdiğine inanırım.					
6	Geleceğimin gösterdiğim çabaya göre şekilleneceğine inanırım.					
7	İnsanların yaşamlarındaki mutsuzluklar kötü şanslarına bağlıdır.					
8	Yaşadığımız şeyler seçimlerimizin bir sonucudur.					
9	Kötü şeylerin gelip beni bulduğuna inanırım					
10	Bazı sözleri söylersem (cin, vb.) çarpılacağıma inanırım.					
11	Kendi irademle bazı şeylere yön verebileceğime inanırım					
12	Kaderimde varsa hastalığa yakalanırım					
13	Bazı insanların doğuştan şanslı olduklarına inanırım					
14	Hayatımın kontrolü benim elimdedir					
15	Hiç kimse yazgısını değiştiremez					
16	Kaderimin zaman zaman bana oyun oynadığını düşünürüm					
17	Bazı ritüellerin (tahtaya vurmak, sağ ayakla odaya girmek vb.) koruyucu olduğuna inanırım.					
18	İstediğim bir şey olmayınca “kısmet değilmiş” derim					
19	Kaderimiz bizi nereye savurursa oraya gideriz					
20	Bazı davranışlarda bulunursam çarpılacağıma inanırım.					
21	İnsan kendi tercihlerini kendisi yapar.					
22	Kaderimin hayatıma yön vermesine razı olurum					
23	Bazı durumların (kara kedi görmek, gece tırnak kesmek, vb.) uğursuzluk getireceğine inanırım.					
24	Her iş olacağına varır diye düşünürüm					

EK 4: Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İzni



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAşTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/592

12.07.2019

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Serap TOPATAN

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **Kadınların kadercilik eğilimleri ile servikal kanserin erken tanısına yönelik tutumları arasındaki ilişki** başlıklı OMÜ KAEK 2019/540 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre 11.07.2019 tarihli Etik Kurulumuzda incelenmiş etik açıdan uygun bulunmuştur. Ancak araştırmanın yapılacağı yerlerdeki ilgili kurumlardan izin yazısı alınmadığından ilgili kurumlardan izin yazısı alınıp, tarafımıza bildirilmesinden sonra **başlanmasına** oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

Doç. Dr. Yaşemin ULUS
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkan Yrd.

EK 5: Samsun İl Sağlık Müdürlüğü Kurum Yazılı İzni

SAMSUN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ARAŞTIRMA İZİNLERİ İŞBİRLİĞİ PROTOKOLÜ

Taraflar:

Bu protokol Samsun İl Sağlık Müdürlüğü ve Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Anabilim Dalı tezli yüksek lisans programı öğrencisi Gökçem DURU arasında düzenlenmiştir.

Çalışmanın Gerçekleştirileceği Yer (Kurum/Kuruluşlar):Bafra İlçesindeki Aile Sağlığı Merkezleri (Çalışmayı Yapmayı Kabul Eden)

Çalışmanın Adı: "Kadınların Kadercilik Eğilimleri ile Servikal Kanserin Erken Tanısına Yönelik Tutumları Arasındaki İlişki"

Bu çalışmayı yürütecek kişi/kişiler: Dr. Öğr. Üyesi Serap TOPATAN, Gökçem DURU

Protokolün Hükümleri

a) Bu protokol ilimiz sınırları içinde Samsun İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri, yapılan koruyucu sağlık hizmeti çalışmalarına ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verileri içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma başvuran kişilerle yapılacak bilimsel çalışmaları kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.

b) Yapılacak bilimsel çalışmalar veri toplama aşamasında iken hastanelerdeki uygulanabilirliği Samsun İl Sağlık Müdürlüğü tarafından takip edilecektir.

c) Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.

d) Veri toplama sırasında İl Sağlık Müdürlüğü Personelinin veri çalışmalarına katılması tamamen gözetim esasına dayanmaktadır.

e) Çalışma üniversite veya kurum tarafından kabul edildikten sonra bir nüshası dosya halinde Samsun İl Sağlık Müdürlüğüne teslim edilecektir.

f) Çalışmayı yapacak olan kişi/kişiler e) maddesini yerine getirmede takdirde kurumumuza ait veriler yayın/proje/tez vs. gibi bilimsel bir çalışmada kullanılmayacaktır.

g) Çalışma sürecinde her tür ilaç uygulaması veya girişimsel işlem yapılacak ise ya hastanın kendisi ya da yasal vasisinden ve etik kuruldan onay alınacaktır.

h) Saha çalışmasına katılan ve protokolle tespit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin ihtiyaç halinde çalışmaya dâhil edilmesi durumunda Samsun İl Sağlık Müdürlüğü bilgilendirilecektir.

Protokolün süresi:

a) Başlangıç Tarihi: 02.09.2018 Bitiş Tarihi: 01.12.2019

b) Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır.

Sözleşme Şartlarına Ayrılık:

İlgili hükümler ihlal edildiğinde, protokolle imzası ve beyanı bulunan ilgili kişiler hakkında Samsun İl Sağlık Müdürlüğüne; kamu kurumlarının çalışmalarına ait verilerin kamudaki gizlilik ilkelerine ve resmi işleyiş esaslarına aykırı davranıldığı gerekçesiyle adli merciler nezdinde yasal işlemler başlatılacaktır.

İhtilafların çözümü:

Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunların çözümü konusunda Samsun ilindeki idari yargı mercileri yetkilidir.

İlgili protokol hükümlerini ve cezai müeyyidelerini okudum ve kabul ettim.

04/10/2019

Gökçem DURU

Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

04/10/2019

Ar-Ge ve Sağlık İnovasyonu
Birimi

OLUR

.../10/2019

Doktor Öğretim Üyesi
Muhammet Ali ORUC

Evrakın elektronik imzalı sureti <http://e-belge.saglik.gov.tr/adresden/3d2fab70-653b-47a9-9c37-def6cb1987a81> kodu ile erişilebilir. Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanununa göre elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 6: Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği İzni



gökcem duru <gokcemduru05@gmail.com>

Fwd: ölçek izni

1 mesaj

serap topatan <s.topatan@gmail.com>
Alıcı: gökcem duru <gokcemduru05@gmail.com>

31 Temmuz 2019 09:29

----- Forwarded message -----

Gönderen: dilek ozmen <ozmendilek@yahoo.com>

Date: 17 Ara 2012 Pzt, 14:48

Subject: Re: ölçek izni

To: serap topatan <s.topatan@gmail.com>

Serap merhabalar,

Ölçeğimi ve değerlendirmesini ekteki dosyada gönderiyorum. Yalnız iznim olmadan başka bir sitede koymazsan ya da koyulmasını sağlamazsan sevinirim. Geçenlerde ölçeğimi isteyen birine gönderdim, sonra ölçeğimi internette ilgisiz bir sitede gördüm. Maddelerin yanındaki harfler alt boyutları ifade ediyor. Kolay gelsin.

Doç.Dr.Dilek ÖZMEN
Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu
Hemşirelik Bölümü Halk Sağlığı Hemşireliği AD.
MANİSA

Tel: 0 236 2391318 - 2318373
Faks: 0 236 2320068
GSM: 0 533 3434523

From: serap topatan <s.topatan@gmail.com>
To: ozmendilek@yahoo.com
Sent: Monday, December 17, 2012 8:17 AM
Subject: ölçek izni

Merhaba hocam ben Ondokuz Mayıs Üniversitesi Samsun Sağlık Yüksekokulunda öğretim görevlisiyim.

Servikal kanserin erken tanısına ilişkin geliştirdiğiniz tutum ölçeğini aynı okuldan öğretim görevlisi arkadaşım ile planladığımız bir çalışmamızda izniniz olursa kullanmak istiyoruz.

Teşekkür ederim hocam.

İyi çalışmalar.

Öğr.Gör.Dr.Serap TOPATAN

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Samsun Sağlık Yüksekokulu

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği

Cep Tlf: 0 532 403 27 23

Okul Tlf :0 362 312 19 19 - 6376

EK 7: Kadercilik Eğilimi Ölçeği İzni



gökcem duru <gokcemduru05@gmail.com>

Fwd: ÖLÇEK İZNI

1 mesaj

serap topatan <s.topatan@gmail.com>
Alıcı: gökcem duru <gokcemduru05@gmail.com>

31 Temmuz 2019 09:28

----- Forwarded message -----

Gönderen: **Binaz Bozkur** <b.bozkur@hotmail.com>
Date: 12 Şub 2019 Sal, 19:48
Subject: Ynt: ÖLÇEK İZNI
To: serap topatan <s.topatan@gmail.com>

Saygıdeğer Hocam,

Geliştirdiğimiz ölçeğin formu ektedir. Referans gösterme kuralları çerçevesinde olması ve ölçeğin yapısının bozulmaması şartı ile ölçeğimizi kullanabilirsiniz. Ölçeğe ilişkin puanlama ve alt boyutlarına ilişkin bilgiler ölçeğin arkasına eklenmiştir. Çalışmanız sonuçlandığında sonuçlar hakkında bizi bilgilendirirseniz seviniriz. Yine yardımcı olacağım bir durum olursa çekinmeden yazabilirsiniz. Kolaylıklar diliyorum.

Arş. Gör. Binaz BOZKUR
Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi,
Eğitim Bilimleri Bölümü,
Rehberlik ve Psikolojik Danışma A.B.D.

R. A. Binaz BOZKUR
Mersin University, Faculty of Education,
Department of Educational Sciences,
Psychological Counseling and Guidance Unit

Gönderen: serap topatan <s.topatan@gmail.com>
Gönderildi: 12 Şubat 2019 Salı 19:38
Kime: b.bozkur@hotmail.com
Konu: ÖLÇEK İZNI

Merhaba hocam, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde öğretim üyesiyim. Tez öğrencimle çalışmak için geliştirmiş olduğunuz Kadercilik Eğilimi Ölçeğini kullanmak istiyorum. İzniniz olursa ölçeğin maddelerine de ulaşmam mümkün mü acaba yayınlanan dergiden ulaşamadım.
Saygılar
Dr.Öğr.Üye.Serap TOPATAN

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Gökcem DURU

Doğum Yeri: Amasya

Doğum Tarihi: 14.02.1993

Medeni Hali: Bekar

Bildiği Yabancı Diller: İngilizce

Eğitim Durumu (Kurum ve Yıl):

Giresun Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Lisans
2011-2015

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Doğum ve Kadın
Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans 2017-

Çalıştığı Kurum/Kurumlar ve Yıl:

Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi/2015-2016

Zonguldak Devrek Devlet Hastanesi/2016

Ordu Korgan Devlet Hastanesi/2016-2019

Samsun Bafra Devlet Hastanesi/2019-Halen

E-posta: gokcemduru05@gmail.com

