

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

**KANSER DAMGALAMA ÖLÇEĞİ TÜRKÇE
GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Birsen PALTUN

Hemşirelik Anabilim Dalı

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Nurgül BÖLÜKBAŞ**


ORDU-2019

ONAY

Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü öğrencisi Birsen PALTUN tarafından hazırlanan ve Doç. Dr. Nurgül BÖLÜKBAŞ danışmanlığında yürütülen “**Kanser Damgalama Ölçeği Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması**” adlı bu tez, jürimiz tarafından 27/12/2019 tarihinde oybirliği ile Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

I. Tez Danışmanı : Doç. Dr. Nurgül BÖLÜKBAŞ

Başkan : Prof. Dr. Dilek ÇİLİNGİR
Hemşirelik Anabilim Dalı
Karadeniz Teknik Üniversitesi

İmza... 

Jüri Üyesi : Prof. Dr. Nülüfer ERBİL
Hemşirelik Anabilim Dalı
Ordu Üniversitesi

İmza... 

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Nurgül BÖLÜKBAŞ
Hemşirelik Anabilim Dalı
Ordu Üniversitesi

İmza... 

ONAY

30./01/2020 tarihinde enstitüye teslim edilen bu tezin kabulü, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 31./01./2020 tarih ve 2020./22. sayılı kararı ile onaylanmıştır.

31./01./2020

Enstitü Müdürü

Doç. Dr. Alparslan İNCE

TEZ BİLDİRİMİ

Tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.


Birsen PALTUN

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam süresince bilgi, birikim ve tecrübelerini benden esirgemeyen değerli danışmanım Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Öğretim Üyesi Doç. Dr. Nurgül BÖLÜKBAŞ'a,

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmamın başından sonuna kadar her anlamda beni sürekli destekleyen ve yanımda olan değerli arkadaşım Mustafa Sabri KOVANCI'ya,

Yüksek lisans eğitimim boyunca manevi olarak beni destekleyen aileme en içten duygularımılar teşekkür ederim.

Birsen PALTUN

ÖZET

KANSER DAMGALAMA ÖLÇEĞİ TÜRKÇE GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASI

Amaç: Bu araştırma, So ve arkadaşları (2017) tarafından geliştirilen “Korean Version of the Cancer Stigma Scale”'yı Türkçe'ye uyarlayarak, geçerlilik ve güvenilirliğini incelemek amacıyla yapıldı.

Gereç ve Yöntem: Metodolojik tipte olan çalışmanın örneklemine onkoloji klinikleri ve ayaktan kemoterapi ünitelerine tedavi için gelen 327 kanser hastası alındı. Veriler kişisel bilgi formu ve Kanser Damgalama Ölçeği (KDÖ) ile toplandı. Kişisel bilgi formu ve KDÖ kanser hastaların kendileri tarafından dolduruldu. KDÖ'nin dil ve kapsam geçerliliği sağlandıktan sonra, verilerin analizinde açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi, Cronbach alfa katsayısı, korelasyon analiz testi, t testi, One Way ANOVA ve korelasyon analiz testi kullanıldı.

Bulgular: Kanser Damgalama Ölçeği'nin İngilizce özgün formunun Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği için, çeviri-geri çeviri tekniği kullanıldı. Türkçe dil eşdeğerliği sağlanan KDÖ uzman görüşüne sunularak öneriler doğrultusunda gerekli düzeltmeler yapıldı ve kapsam geçerliliği sağlandı. Açıklayıcı faktör analizi sonucunda, KDÖ'nin orijinal formunda olduğu gibi altı alt boyutlu yapısı olduğu ve faktör yüklerinin 0.197-0.903 arasında değiştiği bulundu. Ancak 6.madde (0.197) faktör yükünde önerilen düzeyde yüklenmediği için ölçekten çıkartıldı. KDÖ'nin Cronbach alfa katsayısı 0.897 bulundu. KDÖ'nin alt boyutlarının Cronbach Alpha katsayıları “Sosyal izolasyon” 0.917, “Nitelik” 0.898, “Uzaklaşma-kaçınma” 0.852, “Suçluluk” 0.758, “Ayrımcılık” 0.692 ve “Tıbbi desteğin eksikliği” 0.664 olarak saptandı. Yapılan doğrulayıcı faktör analizi sonucunda, 24 madde ve 6 alt boyuttan oluşan modelde 6. maddenin standardize edilmiş regresyon kat sayısı 0.30'un altında bulunduğundan bu madde çıkartıldı. 23 madde ve altı alt boyuttan oluşan KDÖ'ne yönelik doğrulayıcı faktör analizi uyum indeksi değerleri, normal ve kabul edilebilir değerler olarak saptandı.

Sonuç: Sonuç olarak, KDÖ'nin 23 madde ve altı alt boyut modeli Türkçe formunun geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Kanser, stigma, güvenilirlik, geçerlilik, ölçek, hemşirelik.

ABSTRACT

CANCER STIGMA SCALE TURKISH VALIDITY AND RELIABILITY STUDY

Aim: This study was carried out in order to adapt the Corean Cancer Stigma Scale (CSS) developed by So et al. (2017) into Turkish and examine its validity and reliability.

Materials and Methods: Modelling of the methodological type of study sample in medicine. Of the cancer patients who came to oncology clinics and ambulatory chemotherapy units for treatment, 327 were included. Data have been collected using a personal information form and the CSS. The personal information form and the CSS were filled in by the cancer patients themselves. After language and content validity of CSS was provided, explanatory and confirming factor assays, Cronbach alpha coefficient, correlation analysis test, T-test, One Way ANOVA and correlation analysis tests were applied.

Results: The translation retranslation method was used to test the Turkish validity and reliability of the original version of the CSS in English. the Turkish language equivalence of CSS was established and submitted to experts for recommendation, the necessary adjustments were made in accordance with the proposals and the validity of the content was ensured. Six sub-dimensions similar to the original CSS form have been identified and factor weights have been found between 0.197 and 0.903 as a result of exploratory factor analysis. However, item 6 (0.197) was removed from the scale as its factor load diverged from the recommended value. The Cronbach alpha coefficient value measured for CSS is equal to 0.897. The Cronbach alpha coefficient for the CSS' sub-dimension "social isolation" 0.917, for "distancing or avoiding " it is equal to 0.852, for " attribution " to 0.898, for "guilt" 0.758, for "discrimination" 0.692, and for "lack of medical support" to 0.664. Confirmatory factor analysis was performed to obtain more accurate results. As a result of confirmatory factor analysis, the standardized regression coefficient of item 6 was lower than 0.30 in the model consisting of 24 items and 6 sub-dimensions. Confirmatory factor analysis fit index values, normal and acceptable values were determined for SRS consisting of 23 items and 6 sub-dimensions.

Conclusions: It was determined that Turkish version of the CSS consisting of 23 items and 6 sub-dimensions is a valid and reliable measurement instrument.

Key words: Cancer, Stigma, Reliability, Validity, Scale, Nursing.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

| | |
|---|-----|
| ONAY..... | |
| TEZ BİLDİRİMİ | II |
| TEŞEKKÜRLER | IV |
| ÖZET | V |
| ABSTRACT | VI |
| İÇİNDEKİLER | VII |
| ŞEKİLLER DİZİNİ | I |
| TABLolar DİZİNİ | III |
| SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ | III |
| 1. GİRİŞ | 1 |
| 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi..... | 1 |
| 1.2.Araştırmanın Amacı..... | 3 |
| 1.3.Araştırma Soruları..... | 3 |
| 2. GENEL BİLGİLER | 4 |
| 2.1.1. Kanser Tanımı..... | 4 |
| 2.1.2. Kansere Neden Olan Faktörler..... | 4 |
| 2.1.3. Kanser Tanılaması..... | 7 |
| 2.1.3.1. Anamnez ve Fiziksel Muayene..... | 7 |
| 2.1.3.2. Biyokimya/Tam Kan Sayımı | 8 |
| 2.1.3.3. Tümör Belirteç Çalışmaları..... | 8 |
| 2.1.3.4. Genetik Testler..... | 8 |
| 2.1.3.5. Radyografik Yöntemler..... | 8 |
| 2.1.3.6. Nükleer Tıp Yöntemleri..... | 8 |
| 2.1.3.7. Endoskopik Çalışmalar..... | 9 |
| 2.1.3.8. Biyopsi..... | 9 |
| 2.1.4. Kanser Çeşitleri..... | 9 |
| 2.1.4.1. Akciğer Kanseri..... | 9 |
| 2.1.4.2. Meme Kanseri..... | 10 |

| | |
|----------------------------|----|
| 2.1.4.3. Mide Kanseri..... | 13 |
|----------------------------|----|

| | Sayfa No |
|--|-----------------|
| 2.1.4.4. Kolon, Rektum ve Anal Kanserler | 14 |
| 2.1.4.5. Prostat Kanseri..... | 15 |
| 2.1.4.6. Serviks Kanseri..... | 17 |
| 2.1.5. Kanser Tedavi Yöntemleri..... | 18 |
| 2.1.5.1. Radyoterapi (RT) | 18 |
| 2.1.5.2. Cerrahi Tedavi..... | 18 |
| 2.1.5.3. Kemoterapi..... | 19 |
| 2.1.6. Kanser ve Kemoterapinin Fiziksel Yan Etkileri..... | 20 |
| 2.1.6.1. Kanser Ağrısı..... | 20 |
| 2.1.6.2. Yorgunluk..... | 20 |
| 2.1.6.3. Nötropeni ve Enfeksiyon..... | 20 |
| 2.1.6.4. Trombositopeni ve Kanama..... | 21 |
| 2.1.6.5. Tat ve Koku alma..... | 21 |
| 2.1.6.6. Mukozit..... | 21 |
| 2.1.6.7. Bulantı ve Kusma..... | 22 |
| 2.1.6.8. Diyare ve Konstipasyon..... | 22 |
| 2.1.6.9. Alopesi..... | 23 |
| 2.1.6.10. Lenfödem..... | 23 |
| 2.1.6.11. Cinsellik ve Üreme Sorunları..... | 24 |
| 2.1.7. Kanser ve Kemoterapinin Psikolojik Yan Etkileri..... | 24 |
| 2.1.7.1. Psikososyal Distres..... | 24 |
| 2.1.7.2. Deliryum..... | 25 |
| 2.1.7.3. Anksiyete Bozuklukları..... | 25 |
| 2.1.7.4. Depresif Bozukluk..... | 26 |
| 2.1.7.5. Suisid (İntihar, Özkıyım) | 26 |
| 2.2. Damgalama | 26 |
| 2.3. İçselleştirilmiş Damgalama..... | 32 |
| 2.3.1. İçselleştirilmiş Damgalamanın Sonuçları..... | 34 |
| 2.4. Damgalama ve Kanser..... | 35 |
| 2.5. Damgalamayı Önlemede Hemşirenin Rolü..... | 38 |
| 2.6. Ölçek Uyarlama Çalışmalarında Geçerlilik ve Güvenilirlik..... | 39 |

| | Sayfa No |
|---|-----------------|
| 2.6.1. Geçerlilik..... | 39 |
| 2.6.1.1. Dil Geçerliliği..... | 40 |
| 2.6.1.2. Kapsam Geçerliliği..... | 40 |
| 2.6.1.2. Yapı Geçerliliği..... | 42 |
| 2.6.2. Güvenilirlik | 42 |
| 2.6.2.1. Paralel Test Yöntemi..... | 43 |
| 2.6.2.2. Test-Tekrar Test Yöntemi..... | 43 |
| 2.6.2.3. İç Tutarlılık..... | 43 |
| 3. GEREÇ VEYÖNTEM..... | 46 |
| 3.1. Araştırmanın Türü..... | 46 |
| 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri..... | 46 |
| 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi..... | 46 |
| 3.3.1. Araştırmanın Evreni..... | 46 |
| 3.3.2. Araştırmanın Örneklemi..... | 46 |
| 3.3.2.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri..... | 47 |
| 3.3.2.2. Araştırmadan Dışlama Kriterleri..... | 47 |
| 3.4. Veri Toplama Araçları..... | 47 |
| 3.4.1. Kişisel Bilgi Formu..... | 47 |
| 3.4.2. Kanser Damgalama Ölçeği (Cancer Stigma Scale) | 48 |
| 3.5. Kanser Damgalama Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlanması, Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması..... | 49 |
| 3.6. Veri Toplama Formunun Ön Uygulanması..... | 51 |
| 3.7. Veri Toplama Formunun Uygulanması..... | 51 |
| 3.8. Araştırmanın Etik Boyutu..... | 52 |
| 3.9. Verilerin Değerlendirilmesi..... | 52 |
| 4. BULGULAR..... | 53 |
| 4.1. Kanser Hastalarının Tanımlayıcı Özelliklerinin İncelenmesi..... | 53 |
| 4.2. Kanser Damgalama Ölçeği'nin Geçerliliğinin İncelenmesi..... | 59 |
| 4.2.1. Kanser Damgalama Ölçeğinin Dil Geçerliliği..... | 59 |
| 4.2.2. Kanser Damgalama Ölçeğinin Kapsam Geçerliliği..... | 59 |
| 4.2.3. Kanser Damgalama Ölçeği'nin Yapı Geçerliliği..... | 62 |

| | Sayfa No |
|--|-----------------|
| 4.3. Kanser Damgalama Ölçeği Faktör Analizi Bulguları..... | 63 |
| 4.3.1. Doğrulayıcı Faktör Analizine Yönelik Bulgular..... | 64 |
| 4.4. Kanser Damgalama Ölçeği Güvenirliğine İlişkin İç Tutarlık Bulguları | 67 |
| 4.5. Kanser Damgalama Ölçeği Test-Tekrar Test Güvenirliği..... | 69 |
| 5. TARTIŞMA..... | 71 |
| 5.1. Dil Geçerliliği Bulgularının Tartışılması..... | 71 |
| 5.2. Kapsam Geçerliliği Bulgularının Tartışılması..... | 72 |
| 5.3. Yapı Geçerliliği İle İlgili Bulguların Tartışılması..... | 73 |
| 5.4. Test - Tekrar Test İle İlgili Bulguların Tartışılması..... | 76 |
| 5.5. İç Tutarlılık Katsayısı İle İlgili Bulguların Tartışılması..... | 76 |
| 5.6. Kanser Damgalama Ölçeği Puanlarının Hastaların Sosyodemografik ve Tıbbi Özelliklerine Ait Bulgular ile Tartışılması..... | 79 |
| 6. SONUÇ VE ÖNERİLER..... | 81 |
| 6.1. Sonuç..... | 81 |
| 6.2. Öneriler..... | 82 |
| KAYNAKLAR..... | 83 |
| EKLER..... | 90 |
| EK 1. Kişisel Bilgiler Formu..... | 90 |
| Ek-2. CANCER STIGMA SCALE Özgün Formu..... | 91 |
| Ek-3. Kanser Damgalama Ölçeği'nin Türkçe Formu..... | 92 |
| Ek-4. Çeviri-Geri Çeviri Yapan ve Görüşü Alınan Uzmanlar..... | 93 |
| Ek-5. Cancer Stigma Scale Kullanım İzni..... | 94 |
| Ek-6. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu..... | 95 |
| EK-7. Etik Kurul İzni..... | 96 |
| EK-8. Kurum İzin Yazısı..... | 97 |
| ÖZGEÇMİŞ..... | 98 |

ŞEKİLLER DİZİNİ

| | Sayfa No |
|---|-----------------|
| Şekil 2.1. Damgalamanın Birey Üzerindeki Etkisi..... | 30 |
| Şekil 2.2. İçselleştirilmiş Damgalama Oluşum Süreci..... | 34 |
| Şekil 4.1. Kanser Damgalama Ölçeği'nin Türkçe Versiyonu PATH Diyagramı | 65 |

TABLolar DİZİNİ

| | Sayfa No |
|---|-----------------|
| Tablo 3.1. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler..... | 50 |
| Tablo 4.1. Kanser Hastalarının Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı | 52 |
| Tablo 4.2. Kanser Hastalarının Hastalık ve Hastalık Süreçlerine İlişkin Özelliklerinin Dağılımı | 53 |
| Tablo 4.3. Kanser Hastalarının Tanımlayıcı Özellikleri ile Kanser Damgalama Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..... | 55 |
| Tablo 4.4. Kanser Hastalarının Hastalık ve Hastalık Süreçlerine İlişkin Özellikleri İle Kanser Damgalama Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması | 56 |
| Tablo 4.5. Kanser Damgalama Ölçek Maddelerine Ait KGİ Skorları..... | 59 |
| Tablo 4.6. Kanser Damgalama Ölçek Maddelerine Ait KMO ve Bartlett's Testi Değerleri..... | 60 |
| Tablo 4.7. Kanser Damgalama Ölçeği'ne Yönelik Faktör Analizi Bulguları | 61 |
| Tablo 4.8. Kanser Damgalama Ölçeği'nin Uyum İndeksi Değerleri, Normal ve Kabul Edilebilir Değerler..... | 62 |
| Tablo 4.9. Kanser Damgalama Ölçeği'ne Ait Madde-Toplam Korelasyon ve Cronbach Alfa Kat Sayıları..... | 65 |
| Tablo 4.10. Kanser Damgalama Ölçeği'nin Alt %27'lik Dilim Puanlarının Karşılaştırılması..... | 66 |
| Tablo 4.11. Kanser Damgalama Ölçeği'nin Test-Tekrar Test Sonuçları..... | 66 |
| Tablo. 4.12. Kanser Damgalama Ölçeği'nden Alınan Puanların Dağılımı... | 66 |

SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ

| | |
|----------------------------|---------------------------------|
| AFA | : Açıklayıcı Faktör Analizi |
| BT | : Bilgisayarlı Tomografi |
| CSS | : Cancer Stigma Scale |
| CVI | : Content Validity Index |
| DFA | : Doğrulayıcı Faktör Analizi |
| DSÖ | : Dünya Sağlık Örgütü |
| HIV | : Human Immunodeficiency Virus |
| KGİ | : Kapsam Geçerliği İndeksi |
| KMO | : Kaiser- Mayer-Olkin Testi |
| KR 20-21 | : Kuder Richardson 20-21 |
| KSO | : Kapsam Geçerliği Oranı |
| KDÖ | : Kanser Damgalama Ölçeği |
| MRG | : Manyetik Rezonans Görüntüleme |
| Ort | : Ortalama |
| SS | : Standart Sapma |
| X² | : Ki- kare testi |
| α | : Alfa |

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Günümüzde önemli sağlık sorunlarından biri olan kanser, insan hayatını biyolojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik boyutlarıyla tehdit eden bir hastalıktır. Dünyada her yıl 14 milyon kişinin yakalandığı ve 8.2 milyon kişinin ölümüne sebep olan kanser; yaş, cinsiyet, dil, din, ırk ayırımı yapmaksızın tüm insanları etkilemektedir. Kanserde benzer seyir devam ettiği takdirde, 2030 yılında 22 milyon yeni vakanın ortaya çıkması beklenmektedir (Siegel ve ark., 2019). Ülkemizdeki en son resmi rakamlar değerlendirildiğinde bir yıl içerisinde yaklaşık 96.200 erkek ve 67.200 kadının kanser teşhisi aldığı tahmin edilmektedir. Türkiye’de yılda 163.500 civarında yeni kanser vakası teşhis edilmekte ve bir günde yaklaşık 450 kişi kanser teşhisi almaktadır. Ülkemizde erkeklerde, trakea-bronş-akciğer, prostat, kolorektal, mesane, mide, Non-Hodgkin lenfoma, larinks, böbrek, tiroid ve pankreas kanserleri, kadınlarda ise meme, tiroid, kolorektal, uterus corpusu, trakea-bronş-akciğer, mide, over ve Non-Hodgkin lenfoma, uterus serviksi ve beyin tümörleri en sık görülen ilk 10 kanser türleridir. Ölüm nedeni istatistikleri incelendiğinde; kanser tüm ölümlerin yaklaşık %20 civarını oluşturmaktadır. Kanserle ilgili 2015 yılı verilerinde 49.946 erkek, 27.022 kadının hayatını kaybettiği, erkeklerde Bronş ve akciğerin kötü huylu tümörleri nedeniyle 20.388 kişinin, kadınlarda ise meme kanseri nedeniyle 3.853 kişinin öldüğü saptanmıştır (Erzurum, 2018).

Kanser ciddi ve kronik bir hastalık olmasının ötesinde, belirsizlik içeren, ağrı ve acı içinde ölümü çağrıştıran, panik ve kaygı uyandıran bir hastalık olarak algılanmaktadır. Kanser tedavisi edilemez, ölümcül bir hastalık olduğu inancı, kanserden iyileşen bireylerin fiziksel ve sosyal olarak yetersiz oldukları düşüncesi hâkimdir. Bu negatif tutumlar hastaların yaşam şanslarını azaltmakta, sosyal dışlanmaya neden olmakta ve sosyal desteğin azalmasıyla sonuçlanan izolasyona, duygusal iyiliğin azalmasına ve kötü sağlık sonuçlarına sebep olmaktadır (Park, 2009; Cho ve ark 2013; Ülger ve ark., 2014).

Kanserin artık daha erken saptanması, tanı ve tedavisindeki güncel gelişmeler kanserli hastaların yaşam süresini artırmaktadır. Kanserden iyileşenlerin sayısının

giderek artması, kanserin beraberinde getirdiği sekonder sorunları da artırmaktadır (Aviv ve ark. 2010).

Damgalama, bir kişinin ya da grubun, ruhsal hastalık, etnik grup, ilaç kötüye kullanımını veya fiziksel yetersizlik gibi özelliklerine dayanarak kusurlu veya gözden düşmüş olarak olumsuz değerlendirilmesidir (Çam ve Çuhadar, 2011). Damgalanmış bir kişi, kendinden utanç duyar, iğrenir, bıkkınlık duyabilir ve kendini suçlu hisseder. Damgalama bireylerin sağlık sektöründe maruz kaldığı bir olgu olduğundan, bireyin koruyucu tedavi almasını ve tedaviye uyum sürecini olumsuz yönde etkilemektedir. Damgalanmış birey sağlık alanında hem hastalığı hem de uğradığı damgalama sebebiyle yüksek riske maruz kalmakta ve damgalama bu bireyin koruyucu ve tedavi edici yöntemlere ulaşmasını azaltmaktadır. Hastalığın ilerleyişi damgalamanın neden olduğu stresle daha da şiddetlenir (Çam ve Çuhadar, 2011). Kansere ilişkin damgalamanın “fundamental anksiyete” olarak tanımlanan hastalığın kendisinden korkma ve ölüm korkusundan kaynaklanabileceği üzerinde durulmaktadır (Mosher Danoff-Berg, 2007).

Kanser hastalığına sahip birçok insan toplum tarafından oluşturulan ayırım, farklılık algısı nedeniyle utanmış hissedecektir. Bu hisse sahip kişiler bu algıdan kurtulmak ve reddedilmekten kaçınmak için tedavi öyküsünü sır gibi saklamayı, sosyal ilişkilerden geri çekilme ve sosyal izolasyon gibi davranışlara yönelir. Ancak bu damgalama ile baş etme çabalarından bazıları etkili olabilirken, bazı davranışların olumsuz sonuçları olabilir (Ay, 2017).

Kanserde olası ölüm ve uzun süreli hastalık etkilerinden kaçınmada hastaların psikolojisini düzeltici müdahaleler çok önemlidir. Kanser sürecinde damgalamanın etkisinin nasıl olduğuna dair artan çalışmalar vardır. Yapılan bir araştırma sonucuna göre (Cho ve ark., 2013) tedavisi tamamlanmış kanser hastalarının %30’undan fazlasında kendilerine ve kansere yönelik olumsuz tutumlarının olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada hastaların yaklaşık %10’unun kanserden dolayı sosyal ayrımcılık yaşadıkları, %24.5’inin klinik olarak depresyon yaşadıkları bulunmuştur. Ayrıca genel popülasyona göre intihar etme girişimi olasılığı kanser hastalarında iki kat daha yüksek bulunmuştur (Gonzalez and Jacobsen, 2012)

Kanserli hastalarda damgalamanın etkilerine yönelik çalışmaların çoğu akciğer kanserli hastalarla çalışılmıştır (Lee ve Kim, 2011; Cataldo ve ark., 2011; Shen ve ark., 2015; Chambers ve ark., 2015). Cataldo ve arkadaşları (2011) akciğer kanserli hastalarda akciğer kanser damgalama skalasını geliştirmişlerdir. Damgalama ile en sık ilişkilendirilen hastalıklar; akciğer kanseri, epilepsi, şizofreni, ruhsal hastalıklar, insan immün yetmezlik virüsü (HIV) ve kazanılmış immün yetmezlik sendromu (AIDS), işitme kaybı, obezite ve diyabettir (Cho ve ark., 2012).

Hastaların algıladıkları damgalamayı ölçmeye yönelik yurtdışı çalışmalar mevcut olup (Link ve ark., 2004; Lawrence ve ark., 2006; Watson ve ark., 2007; Rao ve ark., 2009; Sert, 2010) hastaların kendilerinin yarattıkları içselleştirilmiş damgalamaya yönelik çalışmaların kısıtlı olduğu görülmüştür. Kanserli kişilerin tedavi süreci, sosyal etkileşim, benlik saygısı ve ilişkileri gibi bireyin hayatını birçok yönden etkileyen içselleştirilmiş damgalamayı belirlemeye yönelik çalışmaların yapılması ve içselleştirilmiş damgalamayı azaltmaya yönelik girişimlerin planlanması ve uygulanması önem kazanmaktadır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu metodolojik araştırmanın amacı, kanser hastalarının kansere ilişkin damgalama durumlarını ölçmek için Kim ve arkadaşları (2016) tarafından geliştirilen Kanser Damgalama Ölçeği'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmaktır.

1.3. Araştırma Soruları

Kanser Damgalama Ölçeği Türkçe formu geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kanser Tanımı

Kanser, hücrelerin büyüme ve çoğalma aşamasında ortaya çıkan genetik ve çevresel birçok faktörden etkilenen bir hastalık olarak tanımlanmaktadır. Kanser hastalığının temel nedeni DNA'nın normal eşlenme sürecinde yaşanan bozukluktur (Coppola, 2010). DNA doğru kopyalanmadığında sarmalda bazı beklenmeyen bozukluklar ve mutasyonlar oluşmaktadır. Birçok nedenden kaynaklanabilen bu mutasyonlar kanser oluşmasında temel oluşturmaktadır. Kansere zemin hazırlayan temel faktör DNA'da oluşan hasar olsa da her zaman bu nedenle oluşmamaktadır. Oluşan hasar ile genetik, sistematik ve çevresel faktörlerin birleşmesiyle kanser hastalığı ortaya çıkmaktadır (Yasavul ve ark., 2004).

Çevresel faktörler içinde genel olarak beslenme, endüstriyel kirlilik ve virüsler yer almaktadır. Sistematik etkenlerin başında ise immün sistemde görülen bozukluklar gelmektedir (Coppola, 2010; Can, 2015). Diğer etken ise aileden kalıtsal olarak geçen ve bazı genleri etkileyen kromozomal değişikliklerden oluşan genetik faktörlerdir. Sonuçta, kanser genetik olarak ortaya çıkabildiği gibi kanserojen içerikli maddelere uzun süreli maruziyet nedeniyle de ortaya çıkabilmektedir. Bu etki mekanizmaları genetik olarak zayıf ve kararsız halde olan hücreleri bozarak, kanser hücresine dönüşmesine neden olmaktadır (Can, 2015; Enç ve ark., 2017).

2.1.1. Kansere Neden Olan Faktörler

Kanserin nedeni kesin olmamakla birlikte birçok faktörden etkilenmektedir. Bu faktörler literatürde değiştirilebilir ve değiştirilemeyen olarak iki grup altında incelenmektedir. Değiştirilemeyen faktörler başta yaş, cinsiyet ve ailede kanser hastası olarak sıralanmaktadır. Değiştirilebilir faktörler ise sigara, alkol, virüsler, beslenme tarzı, gıdalardaki kanserojen içerikli maddeler, hava kirliliği gibi çevresel etmenler olarak belirtilmektedir (Can, 2015). Bireyin değiştirilebilir ve değiştirilemeyen faktörlere maruz kalması mutlak olarak kanser hastalığına yakalanacağı anlamına gelmemektedir. Ancak, bu faktörler kansere yakalanma olasılığını artırmaktadır. Bazı bireyler bu risk faktörlerine uzun süre maruz kalmalarına rağmen kansere

yakalanmazken, bazı bireylerin kansere yakalanma nedeni bilinmemektedir (Aydiner ve Topuz, 2006).

Sigara: Kansere bağılı ölümlerin %30'unda sigara sorumludur (Benner-Davis ve Heaton, 2007). Sigara ile kanser arasındaki ilişki içilen sigara miktarı, başlama yaşı ve içilen süreyle doğru orantılı olarak artmaktadır. Uzun süreli sigara kullanımı başta akciğer kanseri, baş boyun, alt üriner bölge, sindirim sistemi ve hematolojik kanserlerle ilişkilendirilmektedir (İslami ve ark., 2014; Kim ve ark., 2014; McQueen ve ark., 2016).

Beslenme: Kansere bağılı ölümlerin üçte biri beslenme ile ilişkili bulunmaktadır (Yılmaz ve Atak, 2014). Araştırma sonuçları yüksek yağ tüketiminin kolorektal kanserler için bir risk faktörü olduğunu göstermiştir (Pınar ve ark., 2008). Bazı çalışmalarda ise, meyve ve sebzelerin kansere karşı koruyucu olduğu belirtilmektedir. Çalışma sonuçlarına göre, C vitamininin antioksidan etkisinin kanser üzerinde etkili olabileceği gösterilmiş olsa da etkisi net olarak belirlenememiştir (Arı, 2017; Linseisen ve ark., 2007). Yüksek lif tüketiminin kolon kanserinde koruyucu olduğu bilinmektedir (Song et al., 2018). Meyve, sebze ve baklagiller liften zengin gıdalardır. Bu besinlerdeki lifler, vücuttaki toksinlerle bağlandıktan sonra liflerle birlikte vücuttan atılmaktadır. Bu şekilde kansere yönelik koruyuculuk artmaktadır. Aynı zamanda yüksek lifli gıdalar obezite ile ters orantılı olduğundan meme kanserine karşı koruyucu olabileceği düşünülmektedir (Durna ve ark., 2009).

Fiziksel Aktivite Eksikliği: Fiziksel aktivite kanserin önlenmesinde etkili ve değiştirilebilir faktörlerin başında gelmektedir. Ancak, yeterli fiziksel aktivitede bulunmayan bireylerde obeziteye bir yatkınlık oluşmaktadır. Sonuçta bütün sistemleri etkileyen obezite immün ve antioksidan etkinliğini bozarak bazı kanserlerin gelişim riskini arttırabilmektedir (Can, 2015).

Alkol: Alkolde bulunan başta arsenik bileşenleri, asbestos, pestisitler ve asetaldehit gibi maddelerin, DNA sarmalının klonlanma aşamasını ve oluşan DNA hasarlarının tamirini önleyerek kanser hücresi gelişimine yol açtığı bilinmektedir (Durna ve ark., 2009; Can, 2015).

Mesleki Riskler: Kansere ölümlerinin %10'undan fazlasında mesleki risklerin katkısı bulunmaktadır. Bireyler birçok kimyasal ve fiziksel faktörün bulunduğu

çalışma ortamlarında uzun zaman geçirmektedirler. Etkilenme uzun süreli olacağından hasar da orantılı olarak büyük olacaktır. Birçok çalışma sonucunda, kanser ajanlarının ortamdaki kaldırılması ve çalışanların etkilenmesinin önlenmesi ile kanserin engellenebileceği öngörülmektedir (Fenga, 2016; Gül ve Kuzgunbay, 2016).

Virüsler ve Diğer Biyolojik Ajanlar: Virüsler etyolojik olarak tümörlerin yaklaşık %20'si ile ilişkilidir (Chabner ve ark., 2009; Can, 2015). Kuluçka dönemi veya latent dönem sonrasında konakta kansere neden olabilirler. Epstein –Barr virüsü (EBV), Humanpapillomavirus (HPV) ve Human herpes virüs insanlarda kanser gelişimine neden olabilen DNA virüsü iken; Human T-lenfotropik virüs, Tip 1 ve Hepatit C virüsü (HCV) ise kansere yol açan RNA virüslerinin başında gelmektedir (Enç ve ark., 2017).

Radyasyon: Radyasyon elektromagnetik dalga veya hızlı parçacıklar olarak ortamda yayılan enerjidir. Tedavi amacıyla kullanılan iyonize radyasyonun ışınlanan bölgede, en az beş yıl ve sonrasında %1-4 oranında ikincil kansere (genellikle sarkom) neden olabileceği bulunmuştur (Johnson ve ark., 2014). İyonize olmayan radyasyona maruz kalan bireylerde ise, çocukluk çağı kanserleri görülmektedir. Cep telefonlarından yayılan radyasyonun da kanser oluşumuyla ilişkili olduğu bilinmektedir (Can, 2015).

Yaş: Kanser hastalıkları belirli yaş gruplarında daha sık görülmektedir. Akciğer kanseri 25-49 yaş aralığında daha sık görülürken, 70 yaş üstü erkeklerde ise prostat kanseri daha sık görülmektedir (Yasavul ve ark., 2004).

Cinsiyet: Epidemiyolojik çalışmalarda kullanılan kişisel özelliklerden bir diğeri cinsiyettir. Dünya Sağlık Örgütü verileri ve Türkiye Kanser İstatistiklerine bakıldığında kadınlarda meme kanseri ilk sırada iken, erkeklerde akciğer kanseri en sık görülen kanser türüdür (Can, 2015).

Genetik yatkınlık: Birincil, ikincil ve üçüncül derecede doğal yatkınlık faktörlerini belirlemede genetik yatkınlık kullanılır. Aileden bir mutasyon almış olan bireyde kanser gelişme riski artmaktadır (Can, 2015).

Etnik yapı: Kanser tipi ve sıklığı etnik yapıya göre farklılık gösterebilmektedir. Örnek olarak Afrika kökenli Amerikalı prostat kanserli erkeklerdeki ölüm vakası, beyaz Amerikalı prostat kanserli erkeklerinden daha fazladır (Can, 2015).

Sosyo-Ekonomik Durum: Gelir düzeyi, eğitim seviyesi, yaşam koşulları gibi birçok faktör ile sosyoekonomik durum belirlenir. Sosyoekonomik durum düştükçe hastalık hali ve ölüm oranı artmaktadır. Sosyoekonomik durumu yüksek olan beyaz ve siyah her iki etnik grupta da kansere bağlı ölüm azalırken; düşük olanlarda kansere bağlı ölümlerde artış görülmüştür (Durna ve ark., 2009).

Doğum ve Cinsel Aktiflik: Kadınlarda *görülen bazı kanser tipleri üreme ve cinsel aktivite* ile ilişkilendirilmiştir. Erken menstrüasyon, geç menapoz, doğum sayısı, emzirme yaşı, geç yaşta doğum gibi faktörler meme, endometrium ve over kanserleri ile ilişkili bulunmuştur (Enç ve ark., 2017).

Stres: Kansere zemin hazırlayan faktörlerden biri olmasının yanı sıra kanserin oluşum aşamasından, prognoz sürecinden, hastalığın mortalitesine kadar ilişkilendirilen bir faktördür. Durumsal ve gelişimsel krizler gibi bireyin yaşamını olumsuz etkileyen dönemlerde meme kanserine yakalanma riskinin 2-9 kat arttığı belirtilmektedir (Can, 2015).

2.1.3. Kanser Tanılaması

Kanser tanılanmasında temel amaçlar; ilk olarak kanser hücresinin ortaya çıktığı dokuyu bulmak, ardından etkilenen vücut bölgesini belirlemek ve kanser hücresinin hücresel yapısını ortaya koymaktır. Tüm bunlar kanserin türü ve olası gidişatı hakkında gerekli bilgiyi de sağlayacaktır.

Kişinin şikayetleri, klinik bulguları, hastanın genel durumu, hangi tanısal işlemler için uygun olduğu, tanısal işlem sonucu yapılacak tedavi ile ilgili hedeflerin öngörülebilmesi, şüphe edilen malignitenin biyolojik karakteri, mevcut şartlarda tanısal ekipmanın varlığı ya da yeterliliği, bu testlerin özgüllüğü, duyarlılığı, bu tanısal işlemlerin maliyet-etkinliği tanısal yaklaşımların belirlenmesindeki önemli faktörler olarak karşımıza çıkmaktadır (Durna ve ark., 2009; Can, 2015).

2.1.3.1. Anamnez ve Fiziksel Muayene

Fiziksel ve psikolojik bütün hastalıklarda olduğu gibi kanser hastalığında da öncelikle hastadan kapsamlı bir anamnez ve fiziksel muayene yapılması kanser türünün teşhisinde bir ön tanı konulmasını kolaylaştırmaktadır. Alınacak olan kapsamlı anamnezde bireyin sosyodemografik verileri yanında kanser tanısına

ulaştırabilecek şikayetler, kullanılan ilaçlar, fiziksel yakınmalar ve ailede kanser öyküsü hakkında detaylı bir bilgi toplanmaktadır (Durna ve ark., 2009; Can, 2015).

2.1.3.2. Biyokimya/Tam Kan Sayımı

Rutin bir test olmasının yanında hematolojik kanserlerin neoplastik hastalıkların tanılanmasında kullanılan testlerdir (Durna ve ark., 2009; Enç ve ark., 2017).

2.1.3.3. Tümör Belirteç Çalışmaları

Serumda ve vücut sıvılarında ve dokuda bulunabilen kanserin davranışı veya varlığı ile ilgili bilgi sağlayan selüler veya genetik kaynaklı moleküllere *tümör belirteçleri* veya *tümör biyo belirteçleri* denilmektedir. Belirteçler, malign dokuyu normal dokudan veya bir maligniteyi diğerinden ayırmaktadır. Ayrıca belirteçler, tarama, tanı, evreleme, tedavi seçimi, tedaviye yanıtı değerlendirilmeden hastalık nüksünün tespitine kadar malign hastalıkların yönetiminin her aşamasında kullanılabilirler (Rosenberg ve ark., 2015)

2.1.3.4. Genetik Testler

Kansere zemin hazırlayan temel nedenlerden biri olan genler, diğer faktörlerle birleşerek kansere neden olabilmektedir. Yapılan genetik testler, kanser hastalığının oluşma riski, hastalığın tanılanması ve tedavisinde başvurulmuş bir yöntemdir. Genel olarak tümör baskılayıcı genler, onkogenler ve DNA tamir genlerinin analizi yapılmaktadır (Chabner ve ark., 2009).

2.1.3.5. Radyografik Yöntemler

Genel olarak dört çeşit radyografik yöntem kullanılarak kanser tanılanması gerçekleştirilmektedir. Onkolojide sıklıkla kullanılan radyografik yöntemler; konveksiyonel radyografi (röntgen), ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans görüntülemesidir (Aydiner ve Topuz, 2006).

2.1.3.6. Nükleer Tıp Yöntemleri

Nükleer tıp yöntemleri, oral veya invazif yolla verilen radyoaktif madde yardımıyla hedef organ ve dokunun görüntülenmesinde yararlanılan bir yöntemdir. Sıklıkla anormal metabolizma ile bazen radyografiden aylar önce erken maligniteyi

tespit edebilmektedir. Onkolojide sıklıkla kullanılan nükleer tıp yöntemleri kemik sintigrafisi, tiroid sintigrafisi galyum sintigrafisi ve pozitron emisyon tomografi (PET)'dir (Aydiner ve Topuz, 2006).

2.1.3.7. Endoskopik Çalışmalar

Genellikle içi boş organların ve organlar arası boşlukların operasyon gerektirmeden veya küçük kesilerden içeri sokulan bir boru ve kamera sistemi yardımı ile incelenmesidir. Primer tümör çapını, çevre organlarla ilişkisini, çevre lenf nodu tutulumunu gösterebildiği gibi, tümörün komşu olmayan organ ve dokulara yayılımını göstermede çok değerli bir yöntem karşımıza çıkar. Kolonoskopi, gastroskopi, endoskopik retrograd kolonjiopankretografi (ERCP), endoskopik ultrasonografi (EUS), laparoskopi, mediastinoskopi ve bronkoskopi gibi endoskopik yöntemler malign lezyonların belirlenmesinde kullanılmaktadır (Can, 2015; Enç ve ark., 2017)

2.1.3.8. Biyopsi

Hastalık şüphesi olan bölgeden, hastalığın tanı, inceleme ve türünü belirlemek için hücre veya doku parçasının invazif bir yöntem ile alınması işlemidir. Onkolojide sıklıkla ince iğne, Tru-Cut, insizyonel, eksizyonel, açık (cerrahi) ve sentinel lenf nodu biyopsi yöntemleri kullanılmaktadır (Aydiner ve Topuz, 2006; Can, 2015).

2.1.4. Kanser Çeşitleri

Tüm dünyada yaygın şekilde görülen kanser, birçok doku ve organı etkilemektedir. Bu bölümde, erkek ve kadınlarda en sık görülen beş kanser türü açıklanmıştır.

2.1.4.1. Akciğer Kanseri

Tüm dünyada akciğer kanseri, kadın ve erkeklerde mortalitesi en yüksek olan kanser türlerinin başında gelmektedir. Dünya Sağlık Örgütü 2018 kanser raporuna göre, dünyada her yıl 1.7 milyondan fazla kişi akciğer kanseri tanısı almaktadır (Bray ve ark., 2018). Bu rakamın artarak devam edeceği ve 2020 yılında 2.2 milyon kişinin yeni akciğer tanısı alacağı tahmin edilmektedir (Smith ve ark., 2017). Akciğer kanseri, kadınlarda meme kanserinden sonra ikinci sırada, erkeklerde ise en yaygın görülen kanser türüdür. 20 yıl önceye kadar akciğer kanseri yaşlı bireylerde yüksek olmasına

rağmen günümüzde görülen vakaların yaş ortalaması düşmektedir (Smith ve ark., 2017). Akciğer kanseri gelişme riskini etkileyen birçok faktör mevcuttur.

Sigara; tütün kullanımı, tüm kanser nedenleri arasında en yaygın ve önlenebilir faktördür. Tütün kullanımı, akciğer kanserinde en önemli risk faktörüdür ve vakaların %85-%90'undan sorumludur (Smith ve ark., 2017). Uzun süre sigara içenlerde, içmeyenlere oranla akciğer kanseri gelişme olasılığının 10-30 kat daha yüksek olduğu tahmin edilmektedir (Göksel ve ark., 2010).

Mesleki maruziyet; mesleki olarak kanserojenlere maruz kalmanın akciğer kanserine bağlı gerçekleşen ölümlerin %9'undan sorumlu olduğu bildirilmektedir (Türk Toraks Derneği, 2010).

Klinik belirti ve bulgularında primer tümör nedeniyle ortaya çıkan belirtilerde öksürük, dispne, whezing, hemoptizi, göğüs ağrısı, yorgunluk, laterji, ateş ve kilo kaybı görülebilir. Bölgesel yayılıma bağlı olarak yüzde şişlik, ses kısıklığı ve dispne görülebilir. Uzak metastaza bağlı olarak kemik ağrısı, merkezi sinir sistemi semptomları ve karın ağrısı görülebilmektedir (Enç ve ark., 2017).

Akciğer kanserinde erken tanı ile hastalıktan sağkalım oranı artmaktadır. Ancak akciğer kanseri rutin kanser taramaları sırasında değerlendirilemeyen bir kanser türü olduğu için erken evrede yakalanması zor bir kanser türüdür. Akciğer kanseri 4 evreden oluşmaktadır; 1.ve 2. evrede tanılanan kanser genellikle cerrahi müdahale yardımıyla tedavi edilmekte ve sağkalım oranı yüksektir. 3. evrede ise radyoterapi yanında kemoterapi verilmesiyle tedavi edilmektedir. Bu evrede metastatik organ sayısı ve kitlenin büyüklüğü gibi değişkenlere bağlı olarak sağkalım oranı değişmekte, 4.evrede ise çoğunlukla kemoterapi verilmektedir. Ancak kemoterapi tedavi amacından çok semptomları yavaşlatma ve hastanın yaşam kalitesini artırmak amacıyla kullanılmaktadır. Sağkalım oranı düşüktür (Can, 2015).

2.1.4.2. Meme Kanseri

Meme kanseri diğer kanser türlerinde olduğu gibi birçok faktörden etkilenecek sıklıkla süt bezleri ve süt kanalları yapısını oluşturan hücrelerin denetimsiz bir şekilde çoğalması sonucu oluşan bir hastalıktır (Chabner ve ark., 2009). Dünya Sağlık Örgütü'nün 2018 kanser istatistik verilerine göre, dünyada en sık görülen kanser türleri

arasında meme kanseri ikinci sırada yer almakta, cinsiyet bakımından ise kadınlarda en sık görülen kanser olarak bilinmektedir. Ayrıca, 20-59 yaş aralığındaki kadınlarda meme kanseri mortalitesi en yüksek olan kanser türüdür (Smith ve ark., 2017; Siegel, ve ark., 2019). Tüm meme kanserlerinin %50'sinden fazlası 61 yaş üstünde gelişmektedir. Meme kanseri olan kadınların yaklaşık %65'inde kansere zemin hazırlayan risk faktörler ve %85'inde aile öyküsü bulunmaktadır. Amerika Kanser Birliği'ne göre, Amerika'daki sağlıklı kadınlarda meme kanserine yakalanma oranı %12.8 olarak düşünülmektedir. Bu oran göz önüne alındığında her sekiz kadından birine meme kanseri tanısı konulacağı belirtilmektedir (Smith ve ark., 2017). Meme kanserinin gelişmesinde birçok etyolojik faktör etkili olmaktadır.

Cinsiyet: Meme kanserine neden olan ilk faktör kadın olmaktadır. Meme kanserinin sıklığı kadınlarda %99 iken, erkeklerde %1 oranında görülmektedir. Cinsiyet faktörünün bu kadar önemli olmasında, kadınlarda meme dokusunun daha fazla olması ve kadınlardaki östrojen ve progesteron seviyelerinin erkeklerden yüksek olması etkilidir (Durna, 2009; Can, 2015).

Yaş: Meme kanserinde cinsiyetten sonra en büyük risk faktörü yaş olarak kabul edilmektedir. Bu durumun temel nedeni, östrojen ve progesteron gibi hormonlara maruziyet süresi ile ilgilidir. Meme kanseri 20 yaşından önce kadınlarda oldukça nadir görülmekte, yaş arttıkça meme kanseri görülme sıklığı da artmaktadır. Bu artış yaşam sürelerinin uzaması, hormon replasman tedavisi kullanımında artış ve obeziteyle ilişkilendirilmiştir (Linseisen ve ark., 2007; Rosenberg ve ark., 2015).

Aile öyküsünde meme kanseri olması: Hem kadınlarda hem de erkeklerde, meme kanseri aile öyküsünün özellikle birinci derecede akrabalarda görülmesi meme kanseri riskini artırır. Birinci derece akrabalarında meme kanseri olan kadınlarda meme kanseri gelişme riski 1.8 kat daha yüksektir. (Yasavul ve ark., 2004; Aydın ve Topuz, 2006) .

İrk: Nedeni bilinmemekle birlikte, yapılan çalışmalara göre, Amerika'da yaşayan beyaz kadınlarda, siyahi kadınlara göre meme kanseri görülme sıklığı daha yüksek olarak belirtilmiştir. Ancak, siyahi Amerikalı kadınların mortalite oranı daha yüksektir (Chabner ve ark., 2009).

Yoğun meme dokusu: Meme dokusunun fazla yoğunluğu meme kanseri gelişmesinde güçlü bir risk faktördür. Meme dokusunun yoğunluğu arttıkça memedeki yağ dokusu oranı azalmaktadır ve bu nedenle meme kanserine yakalanma riski artmaktadır (Yarbro, Wujcik ve Gobel, 2010).

Hamilelik: 30 yaşından sonra hamilelik geçiren veya hiç hamile kalmamış kadınlarda meme kanseri görülme oranı daha yüksek olarak bulunmuştur. Bu doğrultuda erken yaşta hamile kalma veya hamilelik meme kanserine yakalanma riskini azaltmaktadır (Yarbro, Wujcik ve Gobel, 2010).

Emzirme: Emzirme kadınlarda mensturasyon sıklığını azalttığı için dolayısıyla over hormonlarına maruziyeti azalmaktadır. Emzirme süresine bağlı olarak meme kanseri riskinin azaldığı belirtilmektedir (Can, 2015).

Yüksek sosyoekonomik durum: Kadınlarda sosyoekonomik durum yükseldikçe meme kanseri görülme sıklığının arttığı belirtilmektedir. Bu durumun, sosyoekonomik durumu yüksek olan kadınların geç yaşta hamile kalmaları veya az sayıda gebelik yapmalarından kaynakladığı düşünülmektedir (Yarbro ve ark., 2010).

Meslek: Meme kanseri riskiyle ilişkili meslekler bulunmaktadır. Bir çalışmada, sterilizasyon birimlerinde çalışan kadınların sterilizasyon maddelerine daha çok maruz kaldıkları için meme kanserine yakalanma olasılığının arttığı belirtilmektedir (Heikkilä et al., 2013). Ayrıca gece vardiyalı bir işte çalışmakta meme kanseri riskini artırabilir. Gece vardiyalı çalışan hemşirelerde uzun süreli çalışma ile ilgili olarak meme kanseri riskinin arttığı belirtilmektedir (Can, 2015; Wegrzyn ve ark., 2017).

Meme kanserinin en sık klinik belirti ve bulguları , memede çukur, ağrı, portakal kabuğu görünümü, lenf nodlarında büyüme görülmektedir (Can, 2015). Bunların yanı sıra, hareketsiz ve genellikle ağrısız kitle görülebilmektedir. Bunlar dışında ise, kanser hücrelerinin yüzeye ulaşmasından kaynaklı olarak meme derisinde çukurlaşma, geç dönemde ağrı ve deride ülserasyon ve eritem, sık yaşanmamakla birlikte meme başında akıntı, lenf nodüllerine metastaz sonucu lenf nodüllerinde büyüme oluşmaktadır (Can, 2015; Enç ve ark., 2017).

Meme kanseri 4 evreden oluşmaktadır; 1.ve 2. evrede tanılanan kanser genellikle cerrahi müdahale yardımıyla tedavi edilmektedir ve sağkalım oranı yüksektir. Kanserin 3. ve 4. evresinde ise cerrahi operasyon sonrası, radyoterapi ve kemoterapi

verilmesiyle tedavi edilmektedir. Bu aşamada bulunulan evre, kanser hücrenin türü ve kitlenin büyüklüğü gibi değişkenlere bağlı olarak sağkalım oranı değişmektedir. Eğer meme dışına çok sayıda metastaz bulunmuyorsa sağkalım oranı yüksektir.

2.1.4.3. Mide Kanseri

Mide kanseri en sık rastlanan kanserlerden birisidir. Mide kanseri vakalarının yaklaşık % 70'i gelişmekte olan ülkelerde görülmektedir. Japonya, Kore, Costa Rica ve Şili tüm dünyada en yüksek mide kanseri insidansına sahip ülkelerdir. Kardiya dışı mide kanserinin insidansı Doğu Asya, Doğu Avrupa, Orta ve Güney Amerika'da yüksektir. Güney Asya, Kuzey Doğu Afrika, Kuzey Amerika, Avustralya ve Yeni Zelanda'da ise görülme oranları düşüktür (Siegel ve ark., 2019)

Midedeki lokalizasyona göre mide kanseri kardiya %10, fundus ya da korpusta %10, büyük kurvaturda %2-3, küçük kurvaturda %25 ve pilor ya da distal midede yaklaşık %50 oranında görülmektedir (Chabner ve ark., 2009)

Mide kanseri gelişiminde birçok risk faktörü rol oynamaktadır. H.pylori infeksiyonu, diyet ve beslenme ile ilgili faktörler, sigara kullanımı, coğrafi değişiklikler, cinsiyet, yaş ve ırk dağılımı, herediter faktörler, Epstein –Barr virüsü, benign nedenlerle yapılan gastrojejunostomi ve obezite risk faktörleri arasında sayılmaktadır (Smith ve ark., 2017)

Midede kolonize olan ve tüm dünyada sık görülen bir bakteriyel infeksiyon olan H.pylori mide kanseri gelişimi için en güçlü risk faktörüdür ve mide kanseri oranlarının yüksek olduğu ülkelerde prevalans yüksektir. Gelişmekte olan ülkelerdeki mide kanseri vakalarının yaklaşık %59'unun, gelişmiş ülkelerde ise %63'ünün H.pylori infeksiyonuna bağlı olduğu düşünülmektedir (Chabner ve ark., 2009).

Diyet ve beslenmede mide kanseri gelişiminde rol oynamaktadır. Taze meyve ve sebzelerden zengin beslenmenin mide kanseri gelişimini önlediği, buna karşılık yüksek tuz içerikli, tütülenmiş gıdalardan, tuzlanmış et, balık ve turşudan zengin beslenmenin ise mide kanserinin gelişmesinde etkili olduğu belirtilmektedir (Can, 2015). Sigara kullanımı mide kanseri gelişiminde özellikle distal mide kanserleri için belirgin bir risk faktörüdür. Sigara içenlerde mide kanseri gelişme olasılığı, erkeklerde %60, kadınlarda %20 oranında arttığı ifade edilmektedir (Durna ve ark., 2009). Mide

kanserlerinin %5-%10'unun primer herediter faktörlere bağlı tahmin edilmektedir. Herediter nonpolipozis, kolon kanseri sendromu aile öyküsü olan bireylerin yaklaşık %11'inde mide kanseri geliştiği belirtilmektedir (Chabner ve ark., 2009).

Benign nedenlerle gastrojejunostomi yapılmış hastalarda, mide rezeksiyonu sonrası anastomoz hattında mide kanseri gelişme riskinin 20 yıldan sonra 1.5-3 kat arttığı ve 50 yaşın altında cerrahi girişim geçirenlerde daha fazla olduğu belirtilmektedir (Altınbaş et al., 2015). Obesitenin ise gastroözofageal reflü hastalığını kolaylaştırarak kardiya kanseri görülme olasılığını arttırdığı ifade edilmektedir (Arslan ve ark., 2013).

Mide kanserinin seyri kanserin bulunduğu bölge ve kitlenin büyüklüğüne göre değişmektedir. Mide kanseri 4 evreden oluşmaktadır; 1.ve 2. evrede tanılanan kanser genellikle cerrahi müdahale yardımıyla tedavi edilmekte, 3. ve 4. evrede ise cerrahi operasyon sonrası, radyoterapi ve kemoterapi verilmesiyle tedavi edilmektedir. Kanser 4.evresinde ise tedavi hayat kalitesini artırmak ve semptomları azaltmaya yöneliktir. Tedavi sonrası, diyet ve beslenme en büyük sorunların başında gelmektedir (Erkol ve Şit, 2013; Enç ve ark., 2017).

2.1.4.4. Kolon, Rektum ve Anal Kanseler

Kolon ve rektum kanserleri (KRK) önemli bir sağlık sorunu olup, çoğu durumda önlenemez ve erken teşhis edildiğinde tedavi edilebilir bir hastalıktır. KRK, Amerika Birleşik Devletleri ve Avrupa ülkelerinde, kanserin neden olduğu mortalite ve morbidite nedenlerinin başında gelmektedir (Smith ve ark., 2017). Cinsiyete göre yapılan kanser sıralamalarında, erkekte ve kadında ölüme neden olan kanserler arasında 3. sırada yer almaktadır (Siegel ve ark., 2019; Smith ve ark., 2017). Ülkemizde ise, KRK kanserleri kadın ve erkeklerde en sık görülen beş kanser arasında yer almaktadır (Gültekin ve Boztaş, 2014).

KRK gelişiminde rol oynadığı düşünülen çok sayıda risk faktörü tanımlanmış durumdadır. Bunlar yaş, kolorektal adenom ve karsinom, inflamatuvar bağırsak hastalıkları, herediter risk faktörleri ve diğer risk faktörleridir (Can, 2015).

Yaş: Kolorektal kanserle ileri yaş güçlü bir şekilde bağıntılıdır. Kolorektal kanser vakalarının %90'ı 50 yaşından sonra %5'i ise 40 yaş altında görülmektedir (Marley ve Nan, 2016).

Kolorektal adenom ve karsinom varlığı: KRK dünyada her iki cinsiyette de sık görülen bir kanser türüdür. Kolon ve rektum kanserlerin genellikle iyi huylu adenomatoz polipin kanserleşmesi sonucu çok aşamalı bir süreçle geliştiği bilinmektedir (Riihimäki ve ark., 2016).

İnflamatuvar bağırsak hastalıkları varlığı kolon kanseri riskini artırır. Kronik inflamasyonun, mukozayı kanserleşmeye eğilimli hale getirdiği düşünülmektedir (Chabner ve ark., 2009). Sigara, fazla alkol tüketimi, fiziksel egzersiz eksikliği, yüksek beden kitle indeksinin artmasına neden olmakta bu da KRK kanseri riskini arttırdığı belirtilmektedir (Aydiner ve Topuz, 2006).

Rektum kanserinin belirti ve bulguları tümörün konumuyla ilişkilidir. Malignite boyutu arttıkça, rektumda tıkanıklığın derecesini yansıtan bağırsak boşaltımında değişim olur. Rektum kanserinin erken belirti ve bulgularında bağırsak boşaltımında değişimler ön plandadır. İshal, kabızlık, dışkıda incelme, dışkılamayla artan ağrı, dışkıdan sonra tam boşalamama hissi görülebilir. Rektum kanserinin geç belirti ve bulgularında ise tenesmus ya da defekasyon varmış gibi sıkışma hissi, karın ağrısı, sarılık, kaşıntı, kilo kaybı, anoreksiya görülebilmektedir (Can, 2015; Riihimäki ve ark., 2016). Anal kanserde, bağırsak alışkanlıklarında değişiklik, kanama, anal akıntı, kaşıntı, anal kitle, tenesmus, palpasyonda hassasiyet, ağrılı defekasyon görülebilmektedir (Can, 2015; Riihimäki ve ark., 2016).

Kolorektal kanserler 4 evreden oluşmaktadır; 1.ve 2. evrede tanılanan kanser genellikle cerrahi müdahale yardımıyla tedavi edilmektedir ve iyileşme oranı yüksektir. KRK'in 3. evresinde ise radyoterapi yanında kemoterapi verilmesiyle tedavi edilir. Bu evrede metastaz organ sayısı ve kitlenin büyüklüğü gibi değişkenlere bağlı olarak prognoz değişmektedir, 4. evrede ise çoğunlukla kemoterapi verilmektedir. Ancak tedavi amacından çok semptomları yavaşlatma ve hastanın yaşam kalitesini artırmak amacıyla kullanılmaktadır, sağkalım oranı düşüktür (Can, 2015).

2.1.4.5. Prostat Kanseri

Prostat kanseri, erkeklerde en sık görülen ve kutanöz olmayan, solid bir tümördür. Son yıllarda mortalitedeki azalmaya karşın prostat kanseri, hala erkeklerde kansere bağlı ölümlerde ikinci sıradadır (Siegel ve ark., 2019).

Dünya genelinde önemli bir sağlık sorunu olan prostat kanserinin dağılımı Kuzey Amerika ve Batı Avrupa ülkelerinde yüksek, Asya ve Güney Amerika ülkelerinde ise düşüktür. Özellikle Japonya'da yaşayan erkeklerin dünyanın en düşük prostat kanseri insidansına sahip olduğu görülmektedir. Ancak Afrika kökenli Amerikalıların prostat kanserinden ölüm riski, beyaz erkeklere göre iki kat daha fazladır (Smith ve ark., 2017; Bray ve ark., 2018).

Prostat kanseri, çoğunlukla yaşlı erkek hastalığıdır; vakaların %85'inden fazlasını 65 yaşından büyük erkekler oluşturmaktadır. 50 yaşından önce klinik olarak prostat kanseri az görülür. Prostat kanseri insidansı 50 yaşından sonra her yıl artmakta, 60-69 yaşları arasında 100.000'de 1000, 80-84 yaşlarında ise 100.000'de 3000'den fazla görüldüğü bildirilmektedir. Genç erkeklerde görülen prostat kanseri daha agresiftir (Chabner ve ark., 2009; Plata ve Concepcion, 2014; Enç ve ark., 2017).

Hayvansal yağ ve proteinden zengin beslenme prostat kanseri riskini artırmaktadır. Domates, domates ürünleri, fasulye, mercimek ve bezelye tüketilmesinin de prostat kanseri riskini azalttığı bilinmektedir (Can, 2015).

Prostat kanserli bireylerin %10-%20'si ailesel hastalık öyküsüne sahiptir. Kalıtsal prostat kanseri, 85 yaşında prostat kanseri tanılarının %8-9'unu, 55 yaşından daha genç erkeklerde tanılanan vakaların %43'ünü oluşturur (Yasavul ve ark., 2004; Plata ve Concepcion, 2014).

Prostat kanserinde, erken tanıda sağkalım oranları yüksektir. Düzenli kanser taramaları ve kendi kendine muayenesinin yapılması erken tanı oranını oldukça yükseltmektedir. Lokal merkezli bir kanser türü olduğu için 1.ve 2. evrede tanılanan kanser genellikle cerrahi müdahale yardımıyla tedavi edilmekte ve sağkalım oranı yükselmektedir. 3. ve 4. evrede ise cerrahi operasyon sonrası, radyoterapi ve kemoterapi verilmesiyle tedavi edilmektedir. Bu aşamada bulunulan evre, kanser hücrelerinin türü ve kitlenin büyüklüğü gibi değişkenlere bağlı olarak sağkalım oranı

değişmektedir. Eğer lenf nodu metastazı ve uzak organ metastazları bulunmuyorsa sağkalım oranı yüksektir.

2.1.4.6. Serviks Kanseri

Servikal kanserler önemli bir sağlık sorunudur. Tüm dünyada kadınlarda kansere bağlı ölümler içerisinde servikal kanser üçüncü sırada yer alır (Siegel ve ark., 2019). Serviks kanseri olgularının %83'ü gelişmekte olan ülkelerde saptanmıştır. Pre-invaziv servikal lezyonların teşhisi ve uygun tedavi ile servikal kanserden ölüm %70 oranında azaltılmıştır. Servikal kanserlerin yaklaşık %95'i ise hiç pap smear testi yaptırmayan kadınlarda görülmektedir (Can, 2015; Smith ve ark., 2017).

Gelişmiş ülkelerde serviks kanseri görülme sıklığı ve ölüm oranları geri kalmış ve gelişmekte olan ülkelere oranla daha düşüktür (Bray ve ark., 2018). İnvaziv servikal kanserler, Güney Sahra Afrika, Karayipler, Orta ve Güney Amerika, Güney Asya'da daha yaygın olarak görülür. Servikal kanser ölümlerinin %80'den fazlası kaynak yetersizliği, sürekli tarama, gözlem, preinvaziv ve invaziv lezyonların tedavisi için altyapı eksikliği olan ülkelerde meydana gelmektedir (Bray ve ark., 2018; Siegel ve ark., 2019).

Serviks kanserine neden olan faktörler arasında HPV enfeksiyonunun majör risk faktörü olduğu bilinmektedir (Eke ve ark., 2016). Beslenme ile serviks kanseri arasında bir ilişki olduğuna dair kesin kanıtlar bulunmamakla birlikte beslenme içeriği bireyin enfeksiyona yakalanmasını kolaylaştırdığı için serviks kanseri riskini olumsuz yönde etkilemektedir. Besin içeriği sebze ve meyveden zengin olan kadınlarda serviks kanserine yakalanma oranı daha az görülmektedir (Chabner ve ark., 2009; Enç ve ark., 2017). Serviks kanserinde, düzenli pap-smear ve pelvik muayenenin yapılması ile erken tanı oranı oldukça yükselmektedir.

Serviks kanseri kadınlarda sık karşılan kanserdir. Eğer erken tanı ve tedavi yapılamaz ise mortalitesi yüksek bir kanser türüdür. Serviks kanseri, düzenli pap-smear ve pelvik muayenesinin yapılması erken tanı oranını oldukça yükselmektedir. Serviks kanserinde bireyin doğurganlığının devam ediyor olması, kitlenin büyüklüğü ve konumuna göre yapılacak olan cerrahi girişim ve tedavi türü değişmektedir. 1.ve 2. evrede tanılanan kanser genellikle cerrahi müdahale yardımıyla tedavi edilmekte, 3. ve 4. evrede ise cerrahi operasyon sonrası, radyoterapi ve kemoterapi verilmektedir.

2.1.5. Kanser Tedavi Yöntemleri

Kanser hastalığının tedavisinde cerrahi, radyoterapi ve kemoterapi kullanılmaktadır.

2.1.5.1 Radyoterapi (RT)

Radyasyon keşfedildikten sonra, önce tıpta değişik alanlarda daha sonraları ise kanserin tedavisinde kullanılmaya başlandı. Radyoterapi, kanserde öncelikle yüzeysel lezyonların tedavisinde, ilerleyen zaman içinde daha derinden yerleşmiş tümörlerin tedavisinde kullanılmıştır (Can, 2015).

Kanser hastalarının büyük bir bölümü yaşamlarının herhangi bir döneminde primer hastalığının tedavisinde ya da semptom kontrolü amacıyla ışın tedavisi almaktadırlar. Genelde olguların %60'ı palyatif amaçlı ışın tedavisi görmektedir. Erken evrede yakalanmış cilt kanserleri, glottik larinks kanserleri, Hodgkin hastalığı, serviks kanseri, prostat kanseri gibi kanserlerde ışın tedavisi ile oldukça başarılı sonuçlar elde edilebilmektedir (Chabner ve ark., 2009).

Radyoterapi uygulanan dokularda birtakım radyobiyolojik değişiklik olur. Dokulardaki hasar endotelial hücre değişiklikleri, enflamasyon ve epidermal hücre ölümüne kadar ilerleyebilmektedir. RT'de görülen etkiler ilk olarak ciltte gözlemlenir. RT'nin cilt ve diğer dokular üzerindeki etkileri; RT'nin tekniği ve uygulanan ışının özellikleri ile hastaya ait farklılıklardan kaynaklı olarak farklı derecelerde olabilir (Aydiner ve Topuz, 2006; Chabner ve ark., 2009; Can, 2015).

2.1.5.2. Cerrahi Tedavi

Onkolojide cerrahi tedavinin kullanım alanı çeşitlilik göstermektedir. Başta kanserin önlenmesi, tanınması, evrenmesi, tedavisi edilmesi, rekonstrüksiyonu ve rehabilitasyonu amacıyla sıklıkla kullanılmaktadır (Can, 2015). Günümüzde tümörlerin yaklaşık % 90'nının tanı ve evrenmesinde, cerrahi yöntem kullanılmakta ve tüm kanserlerin %60'ından fazlası cerrahi ile tedavi edilmektedir. Ameliyat öncesi tanı ve ameliyat sonrası tedavi yöntemlerini kapsayan onkolojik cerrahi, başlangıçtan bu yana önemli gelişme kaydetmiştir (Enç ve ark., 2017).

Onkoloji hastasının bakım sürecinde cerrahi, tanı, evreleme, rekonstrüksiyon ve tümör rezeksiyonu, damar erişim aracı yerleştirme, terapötik bronkoskopi, torasentez, ekstrasvazasyon ya da infekte kataterlerin çıkarılması amacıyla, ikincil bir girişim olarak uygulanmaktadır (Chabner ve ark., 2009).

2.1.5.3. Kemoterapi

Kemoterapi, kanser hücrelerini yok etmek veya bu hücrelerin büyümesini kontrol altına almak için antikanser ilaçlar kullanılarak yapılan tedavidir. Kanser tedavisinde tek başına veya cerrahi ve radyoterapiyle birlikte kullanılabilir. Kanser tedavisinde kemoterapinin amacı hastalığın tipine ve yaygınlığına göre değişmektedir (Aydiner ve Topuz, 2006).

Sistemik kemoterapi, lokal hastalığın rezidüel yer bırakmayacak şekilde cerrahi ve radyoterapi ile tedavisinden hemen sonra uygulanmaktadır (Aydiner ve Topuz, 2006). Adjuvan kemoterapi meme, kolon ve akciğer küçük hücreli kanserlerinin erken evrelerinde uygulanan tedavinin rutin bir bölümüdür. Sistemik tedavi genellikle ana tümörün cerrahi rezeksiyonla çıkartılmasını takiben potansiyel iyileşmeyi artırma amacıyla verilir ve klinik olarak saptanamayan mikro-metastatik hastalığı yok edebilir (Can, 2015).

Günümüzde kanser vakalarının giderek artması kemoterapi uygulama yaygınlığının artmasına, yeni ilaçların ve mevcut ilaçların farklı uygulama şekillerde kullanılmasına yol açmıştır. Bu durum farklı sorunları da birlikte getirmiştir. Kemoterapi kararının alınmasından başlayarak planlanan kemoterapi programının uygulanması, gelişebilecek komplikasyonların önceden bilinmesi ve izlenmesi, sorun geliştiğinde hastanın tedavisinin yönlendirilmesi bu konuda deneyimli kişilerce yapılmalıdır. Kemoterapiye bağlı birçok sorun oluşabilmektedir. Gelişebilecek sorunların bir kısmı önceden tedbir alınarak engellenebilir, hasta bilgilendirerek oluşabilecek yan etkiler ile baş etmesi sağlanabilir. Kemoterapi uygulamasında dikkat edilecek en önemli ilkeler yaşam kalitesini bozulmasının engellenmesi ve elde edilecek yararın oluşacak yan etkilerden fazla olmasıdır (Aydiner ve Topuz, 2006; Erol, 2008; Can, 2015).

2.1.6. Kanser ve Kemoterapinin Fiziksel Yan Etkileri

2.1.6.1. Kanser Ağrısı

Kanserin en sık karşılaşılan ve yaşam kalitesini düşüren en önemli yan etkilerindendir. Devam eden veya geçmesi en zor olan kanser ağrısının hastanın yaşamının her alanında zararlı ve bozucu etkisi bulunmaktadır (Can, 2015). Kanserde ağrı yönetimi oldukça önemli bir konu olduğu için onkoloji ekibinin vazgeçilmez bir üyesi olarak hemşireler kanser ağrısının başarılı yönetiminde önemli ve vazgeçilmez bir role sahiptir (Arslan ve ark., 2013).

2.1.6.2. Yorgunluk

Kansere bağlı yorgunluk onkoloji hastaları tarafından yaygın olarak bildirilen önemli ve karmaşık günlük sorunlardan birisidir. Yapılan çalışmalara göre kanser hastalarının %40-100 oranında kansere bağlı yorgunluk yaşadıkları ifade edilmektedir (Karadağ ve ark., 2012; Karadağ, 2018). Yorgunluk kanserin bütün aşamalarında görülebilmektedir. Hastaların %40'ından fazlası tanı sırasında yorgunluk bildirmekte, aslında tüm hastalarda kanser tedavisinin bazı dönemlerinde yorgunluk yaşamaktadırlar (Enç ve ark., 2017). Kansere bağlı yorgunluk; azalan enerji, dinlenme gereksiniminde artış, aktivite düzeyinde beklenenden daha fazla değişim, genel güçsüzlük, zihinsel konsantrasyonda bozulma, insomnia, hipersomnia ve emosyonel reaktivite gibi özelliklerin eşlik ettiği bir durumdur. Kansere bağlı yorgunluğun sonuçları fiziksel, sosyal, bilişsel bozulmalar, uyku bozuklukları ve tedaviye uyumsuzluk hasta ve hasta yakınları tarafından emosyonel ve spiritüel sıkıntı olarak belirtilmektedir (Bag, 2012).

2.1.6.3. Nötropeni ve Enfeksiyon

Nötropeni genel olarak dolaşımdaki nötrofil sayısının azalması olarak tanımlanmıştır. Diğer bir tanımda ise, nötrofil sayısının 500/mm³'ün altında olması ya da 500-1000/mm³'ün altına düşmesinin beklendiği durumlar tanımlanmıştır (Erol, 2008).

Kemoterapi ilaçları kemik iliği aktivitesini baskılayarak hücrelere zarar verir Bundan dolayı kemoterapi olgun nötrofilleri öldürdüğü için ve bunlar yerine konamadığı için nötrofil sayısı azalır ve nötropenin derecesi ve süresi enfeksiyon

riskini belirlemede en önemli göstergelerden birisidir (Erol, 2008). Kemoterapiyi takiben kan hücre sayısının en az sayıya ulaştığı sayı ya da süre olarak adlandırılır. Tedaviden sonra genel olarak 7-10 gün sonra görülür ancak uygulanan tedaviye göre bu süre değişiklik gösterir (Aydoğdu e ark., 2015). Hemşirelerin uyguladıkları kemoterapinin dönemlerini bilmeleri ve önlemlerini almaları gerekir.

2.1.6.4. Trombositopeni ve Kanama

Trombositopeni kan trombosit sayısının kabul edilen normal alt sınırının altında kalması olarak tanımlanır. Normal sınırlar 150.000- 400.000 mm³ arasındadır. 150.000 mm³'ün altındaki değerler trombositopeni olarak kabul edilir. Genel olarak trombositopeninin klinikte en önemli sonucu kanama riskidir. Genel olarak trombosit fonksiyonlarının normal olduğu durumlarda kanama riskinin trombosit sayısı ile doğru orantılı olduğu söylenebilir. Trombosit sayısı 100. 000 mm³'ün üzerinde olduğu hallerde cerrahi girişimler dahil trombosite bağlı herhangi bir kanama riski söz konusu olamaz. Trombosit sayısının 5000 mm³'den küçük olduğunda ise ciddi spontan kanama riski artmaktadır (Can, 2015). Trombosit üretimi kemik iliği tutulumuna ya da kemoterapi ve radyoterapi tedavilerinin akut ya da gecikmiş baskılayıcı etkisine bağlı olarak azalmıştır. Düşük trombosit sayısı tümör hücreleri tarafından kemik iliğinin infiltrasyon derecesi ile doğru orantılıdır. Kemoterapiye bağlı trombositopeni derecesi kemoterapide kullanılan protokol ilaçların dozuna ve uygulama sıklığına bağlıdır. Trombositopeni kendini mukokutanöz kanamalarla gösterir. Peteşi, purpura diş eti kanamaları, hassas baş ağrısı, epitaksis, menoraji, gastrointestinal kanama ve hematüri belli başlı belirtileridir (Liebman, 2014).

2.1.6.5. Tat ve Koku alma

Kanser hastalıklarında hastalık ve tedaviye bağlı olarak gelişen tat ve koku alma değişiklikleri sıklıkla karşılaşılan bir durumdur. Tümörün yerleşimi, kemoterapi ajanının türü, RT uygulanan bölge ve RT dozu tat ve koku alma değişikliklerinin görülme durumunu etkilemektedir. Kemoterapi ve radyoterapiye bağlı olarak gelişen tat koku alma değişiklikleri, tat ve koku reseptörlerinde meydana gelen değişiklikler sonucunda oluşmaktadır (Karaman ve ark., 2013).

2.1.6.6. Mukozit

Kemoterapi ya da radyoterapiye bağlı kanserli bireylerin yaşadığı yaygın bir sorundur. Mukozit görölme sıklığı uygulanan tedavi ve hastanın bireysel özelliklerine göre değişir. Kanser tedavisinde kullanılan ilaçlara karşı gastrointestinal sistemin hemen hemen tüm dokularının etkilendiği yangısal ve ülseratif yanıt olarak tanımlanabilmektedir. Yaş, hastalık tanısı, önceki ve tedavi sırasında ağız sağlığı durumu, uygulanan kemoterapötiklerin dozu ve uygulama sıklığı gibi birçok etken mukozit gelişme durumunu etkilemektedir. Genel olarak kanser tedavisi uygulanan hastalarda oral mukozit görölme oranı %30-100 arasında değişmektedir (Ünal ve ark., 2012; Güngörmüş ve Erdem, 2014).

2.1.6.7. Bulantı ve Kusma

Kemoterapi, radyasyon tedavisi, cerrahi, opioidler ve diğer ilaçlar bulantı kusmaya neden olabilirler. Kemoterapi ve radyoterapi ince bağırsaklarda enterokromaffin hücrelerini uyararak serotonin salınımına neden olur. Kemoterapi ve radyasyon tedavisi abdominal gerginlik ya da obstrüksiyon sonucu uyarılan vagus siniri emesizde önemli rol oynar, vagus sinirinin uyarımı ile aktive olan serotonin kusma merkezini doğrudan etkiler (Arslan ve Özdemir, 2015). Bulantı ve kusmada hasta ilişkili faktörler olarak; daha önce kemoterapi alma, kemoterapi kür sayısı, yaş, cinsiyet, seyahat hastalığın olup olmaması, yoğun kaygı, anksiyete yaşıyıp yaşamaması sorgulanmaktadır. Tedavi ilişkili faktörler olarak; verilen kemoterapi ilaçlarının emetik potansiyeli, verilış yolu ve hızı, kemoterapi ilaçlarının kombinasyonu, gün içerisinde birden fazla doz alma, haftada bir günden fazla kemoterapi alma durumları sayılabilir (Özdelikara, 2013; Arslan, 2014).

2.1.6.8. Diyare ve Konstipasyon

Tedavi sürecinde kanser hastalarının hayatlarını olumsuz yönde etkileyen en önemli yan etkilerdendir. Diyarenin süresi ve şiddeti kemoterapide kullanılan ilaca, ilaç dozuna ve uygulama sıklığına bağlı olarak farklılık göstermekle birlikte kemoterapi gören hastaların yaklaşık %75'inde diyare oluştuğu bildirilmektedir. Konstipasyon prevalansı ise palyatif bakım gören kanserli hastalarda %40- 64, kanser tedavisi gören hospitalize hastalarda %70-100 olduğu bildirilmektedir (Can, 2015). Diyare, uykusuzluk ve yorgunluk, fiziksel aktivitelerde kısıtlama, seksüel yakınlıktan kaçınma, ağrı, zayıflık, kilo kaybı ve elektrolit dengesizliği gibi fiziksel sorunlara

neden olabilmekte, sosyal izolasyon, beden imajında değişim, özsaygı da azalmaya neden olan anksiyete, depresyon gibi psiko-sosyal sorunları tetikleyebilmektedir.

Konstipasyon hastanede palyatif bakım ortamlarında tedavi gören kanserli hastalarda yaygın olarak görülen ancak iyi tanımlanamayan ve tedavi edilemeyen bir sağlık sorunudur. Kanser hastalarının %50'sinden fazlasında meydana gelen konstipasyon önceden var olan bireysel alışkanlık olabilir ya da tedaviye, tümör gelişimine, yetersiz sıvı alımına, tedavide kullanılan opioid ve antiemetiklere bağlı gelişebilir. Kanserli hastalarda konstipasyon görülme sıklığı %90'ın üzerindedir. Hareketsizlik, fiziksel ve sosyal engeller konstipasyona neden olabilir. Kanser tedavisi veya kanser ağrısı nedeni ile gelişebilen anksiyete ve depresyon da konstipasyona yol açabilir (Can, 2015).

2.1.6.9. Alopesi

Bireyin sosyal etkileşimini ve dış görünüşünü de etkilediğinden dolayı travmatik bir deneyimdir. Alopesi sıklıkla kemoterapinin en çok korkulan ve travmatik olan yönlerinden biri olup, kanserin kendisinin ve tedavisinin sembolüdür (Can, 2015). Kemoterapi kaynaklı alopesi, hastaların yaşam kalitesini etkileyen ciddi bir yan etkidir. Kemoterapiyi takiben çıkan saçların %65'inde değişiklik meydana geldiği belirtilmektedir. En yaygın değişiklik saçın renginde olmakla birlikte %33-35 oranında saçın yapısında ve niteliğinde olmaktadır (Ateş ve Olgun, 2014). Kemoterapi kaynaklı alopesi yaşayan kadınların psiko-sosyal iyilik durumunda azalma, beden imajında bozulma ve depresyon ortaya çıkabilmektedir (Dönmez, 2018).

2.1.6.10. Lenfödem

Lenfödem, lenfatik sistemdeki bozukluk nedeniyle hücreler arası sıvı toplanması olarak tanımlanmaktadır. Hastaya uygulanan tedaviye veya kanserin türüne bağlı olarak ortaya çıkan ve sık görülen bir morbitide nedenidir. Özellikle cerrahi girişim geçiren, radyoterapi alan ve meme kanseri tanısı alan kişilerde görülme oranı yüksektir (Bakar ve ark., 2014; Ünlü, 2016). Hayati risk taşıyan bir durum olmamakla birlikte mevcut yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen ve estetik kaygılara neden olabilen bir durumdur. Bu nedenle anksiyete, sosyal izolasyon gibi durumlar görülebilmektedir (Müezzine ve Karayurt, 2014).

2.1.6.11. Cinsellik ve Üreme Sorunları

Kanser veya kemoterapi, radyoterapinin yan etkisi olarak görülmektedir. Cinsellik ve üreme sorunları konusu sağlık personellerinin bilgi eksiliği veya nasıl konuşulması gerektiğini bilmemelerinden dolayı sık karşılaşılan fakat hakkında az konuşulan bir yan etkidir (Can, 2015). Cinsellik ve üreme ile ilgili problemler hasta girişken olmadıkça veya bu sorun hasta için bir kriz yaratmadığı sürece konuşulmamaktadır. Kanserli bireyin cinselliğini ve üreme kapasitesini kanser tedavisinin olumsuz etkileri, ilave sağlık problemleri ve kullanılan ilaçlar, psikolojik, dinsel ve kültürel normlar, beden imajında ve cinsel kimlikte değişim, sağlıkla ilgili endişeler ve fertilitte kaybı gibi birçok faktör etkileyebilir (Terzioğlu ve Hacer, 2015).

2.1.7. Kanser ve Kemoterapinin Psikolojik Yan Etkileri

Kanser hastalarının yaklaşık %50'sinin psikolojik baskı altında olduğu ve bu oranın tıbbi, kişisel, kişilerarası ve sosyal etkenlere göre değişim gösterdiği bildirilmektedir. Bunların üçte ikisinden daha fazlası uyum bozukluğu, %10-15'i majör depresyon, yaklaşık %10'u deliriyum yaşamaktadır. Yatarak tedavi gören hastalarda ise %20-45 oranında depresyon ve %15-75 oranında deliriyum görülmektedir (Güleç ve Büyükkıncı, 2011). Psikiyatrik bozukluklar ilerlemiş hastalığı ve kötü prognozu olan kanser hastalarında en yüksektir ve ark., 2005).

2.1.7.1. Psikososyal Distres

Kanser hastalarında distress, kanserin fiziksel belirtileri ve tedavisi ile baş etmeyi etkileyebilen, psikolojik, sosyal ve spiritüel boyutları zorlayan ve gerilim oluşturan emosyonel bir deneyim olarak tanımlanmaktadır.

Psikososyal distress, kanser hastalığının tüm aşamalarında görülmektedir. Kanser hastalarında distress yaygın olmasına karşın primer onkoloji ekibi tarafından psiko-sosyal bakım gereksinimlerinin yeterince tanımlanamaması ve hastaların psiko-sosyal sorunları ifade etmekte isteksiz olmalarına bağlı olarak sadece %10'unda tanımlanmakta ve psiko-sosyal yardıma gönderilmektedir. Kanser hastalarında distress açısından özellikle kadın cinsiyet, genç ya da 70 yaş üstü olanlar, yatan hastalar, gelir ve eğitim düzeyi düşük olanlar, prognozu ya da performansı kötü olanlar, duygusal sorunları olanlar, günlük sorumluluklarla ilgili aile sorunları olanlar özellikle dikkatli

değerlendirilmelidir. Kanserin erken evresinde distresin fark edilip ele alınmadığı durumlarda kronik bir hal alabilir ve yüksek stres seviyesi anksiyete, depresyon ve özkıyım gibi durumlara yol açabilir. Hastanın tedaviye uyumsuzluk ve tedaviyi bırakmasına neden olabilir. Hastalarda distresin erken tanınması ve tedavisi, kanser tedavisine uyuma, etkili iletişime, anksiyete ve depresyon da azalmaya neden olacaktır (Aydiner ve Topuz, 2006).

2.1.7.2. Deliryum

Herhangi fiziksel ya da fizyopatolojik çok farklı nedenlerden dolayı ortaya çıkarak beynin kısa sürede yaygın etkilenmesi ile beyin işlevini bozan, hızlı başlayan, dalgalı seyir gösteren, bilinç, algılama, düşünce ve yönelim bozukluğunun yanında ileri derecede davranış bozukluğu görülen organik bir sendromdur. Deliryum hastalığının aşamasına bağlı olarak kanser hastalarının % 25-90'ında görülmektedir. Hastanede yatmakta olan kanser hastalarında %14-55 oranında görülen deliryum, kanser hastalarının hayatlarının son haftasında %90 oranında görülmektedir (Güleç ve Büyükkınacı, 2011; Yarbrow ve ark., 2010). Kanser hastalarında hatta hastalığı ilerlemiş olanlarda deliryumu yönetmek için standart yaklaşım, altında yatan ve geri dönüşümlü olan nedenleri aramayı, farmakolojik ve farmakolojik olmayan yaklaşımlarla deliryum belirtilerinin yönetimini içerir (Can, 2015).

2.1.7.3. Anksiyete Bozuklukları

Anksiyete mevcut veya gelecekte yaşanabilecek durumlar üzerinde korku ve endişe oluşturabilecek tepkilerdir. Kanser hastalığı gibi hayatı tehdit eden tıbbi hastalıklar anksiyeteye sebep olmaktadır. Ayrıca hormon salgılayan bazı kanser türleri, kemoterapinin yan etkileri ve nedeni bilinmeyen ağrılar da anksiyete kaynağı olabilmektedir. Yoğun ve uzun süreli anksiyete; aşırı kaygı, yorgunluk, öfke, uyku bozukluğu ve dikkat bozukluklarına neden olduğu için psikiyatrik bir rahatsızlık olarak tedavi edilmelidir (Can, 2015).

2.1.7.4. Depresif Bozukluk

Depresyon normal yaşam seyri içinde sürekli çökkün ve üzüntülü bir hal, hayattan zevk alamama gibi belirtileri olan psikiyatrik bir hastalıktır. Depresyonun temelinde birçok neden olmakla birlikte, bireyin hayatını tehdit eden hastalık olması

bu nedenlerin başında gelebilmektedir. Depresyon kanser hastalığının sık görülen psikiyatrik komplikasyonlarından birisidir. Depresyon kanserin her evresinde görülmektedir. Önemli olan depresyon belirtilerinin erken zamanda fark edilip tedavi edilmeye başlanmasıdır. Çünkü depresyon bireyin tedaviye uyumunu, yaşam kalitesini olumsuz etkilemekte ve intihar riskini arttırmaktadır. Depresyon kanser hastalarında tedavi edilmezse başta tedaviye uyumda bozulma ve buna bağlı olarak hastanede yatış süresinde uzama, tedavi masraflarında artış, sosyal sorunlar, uyku problemleri, kanser evresinde ilerleme ve belirtilerde artışa neden olarak morbiditenin, uzun vadede ise mortalitenin artmasına neden olmaktadır. Kanser hastalarında depresyonun tedavisinde farmakolojik, destek grupları, psikoterapiler ve psikososyal uygulamalar yer almaktadır (Güleç ve Büyükkınacı, 2011; Yarbrow ve ark., 2010).

2.1.7.1. Suisid (İntihar, Özkıym)

İntihar görülme sıklığı kanser hastalarında genel nüfusa oranla iki kat fazladır. Kanser hastalarında özellikle tanının konulduğu erken evrelerde intihar oranı daha yüksektir. Kanserde intiharın ortaya çıkmasında majör depresyon varlığı, belirsizlik, kontrol edilemeyen belirti ve yan etkilerin olması, nedeni bilinmeyen ve tedavi edilemeyen ağrının olması gibi faktörler etkili olmaktadır. Bu tip fiziksel faktörlerin yansira, psikiyatrik hastalık öyküsünün olması, tedavi boyunca sosyal destek eksikliği, sosyal izolasyon, ölüm korkusu, hayatta amacın olmaması gibi psikososyal sorunlarda kanser hastalarında intihar riskini arttırmaktadır. Risk faktörlerinin erken tespit edilmesi ve tedavi edilmesi intihar olgularını azaltmaktadır (Tünel ve Evlice, 2011).

2.2. Damgalama

“Stigma” kelimesi Latince stigmat kelimesinden köken almakta ve “işaret” veya “damga” anlamına gelmektedir. Stigma (Damgalama) Türkçe sözlükte, *yara, iz, işaret, kara leke, onur kırıcı durum ve etiketleme* anlamında kullanılmaktadır (TDK, 2019). Başka bir açıdan damgalama, birey veya topluluk için gerçek bir dayanağı olmayan nitelik veya yüz kızartıcı, suçlayıcı bir anlam yükleme olarak kullanılmaktadır (Arslan ve ark., 2009). Damgalama kişilerarası ilişkilerde, ayrımcılık ya da kabul edilmezlik boyutunda yaşanabilmektedir. Yaşanan bu ayrımcılık sonucu, birey veya toplum içerisindeki gruplar damgalama ve önyargıya maruz kaldıkları için bazı hak ve olanaklardan mahrum edilmektedir (Karagöl ve ark., 2013).

Stigma, geçmişte farklı anlam ve amaç ile kullanılan bir kavramdır. Tarihsel stigmatın ilk kullanılma alanı olarak eski Yunan'da köleler, suçlular ve ihanet etmiş kişilerin belirlenmesi amacıyla vücutlarında derin ve hiçbir zaman çıkmayan bir işaret yapılmasıyla başlamıştır (Avcil ve ark., 2016; Özmen ve Erdem, 2018). Daha sonraki zamanlarda ise frengi, veba, tüberküloz gibi hastalığa sahip olan bireylerin toplumdan dışlanması söz konusu olmuştur. Günümüzde ise sıklıkla kanser, AIDS ve psikiyatri hastaları damgalanan bireylerin başında gelmektedir (Çam, 2013; Gökengin ve ark., 2017; Yılmaz ve ark., 2017).

Stigma kavramı ilk olarak Amerikalı sosyolog Erving Goffman tarafından kavramsallaştırılmıştır (Bos ve ark., 2013). Goffman stigmatı *“bir kişinin sahip olduğu istenmeyen ve saygınlığını düşüren özellik olarak”* tanımlamıştır. Tanıma ek olarak Goffman *“stigma kavramı için, “kişiyi tam ve sıradan bir insandan lekeli, görmezden gelinen ve dışlanan bir insana dönüştürür”* ifadesini kullanmıştır (Bos et al., 2013; Goffman, 2014). Ayrıca damgalanan bireye daha az değer verme davranışı, bu etiketi taşıyan insanların daha az istenebilir olması ve neredeyse insan gibi algılanmaması olarak ifade edilmiştir (Bos ve ark., 2013; Çam ve Bilge, 2013; Goffman, 2009). Goffman, damgalama uygulanan kişiye işaretleme ile damgalamanın gerçekleştirildiğini ve ayrımcılığın burada başladığını belirtmiştir (Link e Phelan, 2006). Diğer bir stigma üzerine çalışan araştırmacı olan Becker ise stigmatı toplumsal açıdan incelemiş ve toplumsal grupların oluşturdukları kurallara uymayanları *“diğerleri”* olarak damgalamakta olduğunu öne sürmüştür (Oran ve Şenuzun, 2008). Başka bir tanıma göre ise, stigma *“bir bireyin diğer bireylerden ayıracak şekilde gözden düşürülmesi, aşağı görülmesi, kısaca toplum içinde kötülenmesi”* olarak tanımlanmaktadır (Corrigan ve ark., 2001).

Bireylere, hastalıklara, durumlara oluşan ön yargılar olumsuz yönde birçok sonuca neden olmaktadır. Stigmaya maruz kalan kişiler utanma, yetersizlik hissetme ve sosyal ilişki kurmaktan kaçınma, kendilerine yönelik değersizlik hissi, başkaları tarafından reddedilme korkusu, ümitsizlik ve benlik saygılarında düşüklük yaşamaktadır (Tel ve Pınar, 2012).

Literatürde stigma kavramı ile ilişkili olarak 4 terim kullanılmıştır (Avcil ve ark., 2016). Bunlar:

Stereotipiler: Stereotipiler, bir sosyal grubun çoğu tarafından bilinen ancak tabulaşmış, kökleşmiş, doğru oldukları varsayılan bilgilerdir ve sıklıkla yanlış bilgilenme ve yok sayma temelinde biçimlenmektedir. Kanser hastalarına yönelik başlıca stereotipiler kanserin mutlak ölümcül bir hastalık olması, kanserin kişiden kişiye bulaşabileceği düşüncesi ve kanser hastalığının bireyin kendi yaşam tarzından kaynaklanan bir sorun olması şeklinde sıralanabilmektedir (Cataldo ve Brodsky, 2013; Cataldo ve ark., 2012; Drapalski ve ark., 2013; Karagöl ve ark., 2013; Knapp, ve ark., 2014; Yılmaz ve ark., 2017).

Önyargılar: Toplum tarafından kabul gören stereotipiler nedeni ile hasta olan kişi, diğer özelliklerinden bağımsız olarak tehlikeli bir kişi olarak değerlendirilmektedir. Diğer bir deyişle hasta kişiden bahsedildiğinde, değerlendirme artık toplum zihninde çok önceden hazır bulunan önyargılara göre yapılmaktadır (Taşkın, 2007).

Ayrımcılık: Kişilerde oluşan önyargılar sonucunda bilişsel ve duygusal düzeyde yanıtlar ortaya çıkmakta ve kişilerin davranışına yansımaktadır. Bu davranışlar hasta olan bireye karşı ayrımcılık ve dışlayıcı şekilde davranma olarak yansıtılmaktadır. Bu davranışlar hasta bireyin ve kişilerin sahip olduğu negatif stereotipilerin ve önyargılı davranışların sonucu ortaya çıkabilir (Avcil ve ark., 2016; Taşkın, 2007).

Tutum: Kişisel tutumlar bireylerin yaşama bakış açısı ve yetiştiği toplumun norm ve kurallarına göre şekillenmektedir. Bu durum, bireyin davranışlarını ve duygusal tepkilerini de etkileyebilmektedir. Bu tepkiler pozitif tepkiler olabileceği gibi negatif tepkilerde olabilmektedir. (Avcil ve ark., 2016; Taşkın, 2007; Yılmaz ve ark., 2017). Damgalama tanımları ve ilişkili terimlerinden anlaşıldığı üzere temelinde ön yargı yatmaktadır. Ön yargıların oluşmasıyla damgalamanın oluşması aniden görülmemekte, bir süreç ile birlikte belirli aşamalar sonucu ortaya çıkmaktadır (Çam ve Bilge, 2013; Çam ve Çuhadar, 2011; Teke, 2017).

1. Etiketleme: Damgalama çoğu zaman bireyin hastalık tanısı ya da etiketini alması ile tetiklenir. Etiketlenme ise toplumda kalıp yargılarla oluşturulmuş stereotipilerin gündeme gelmesini sağlar (Clement ve ark., 2015; Topkaya, 2011; Teke, 2017).

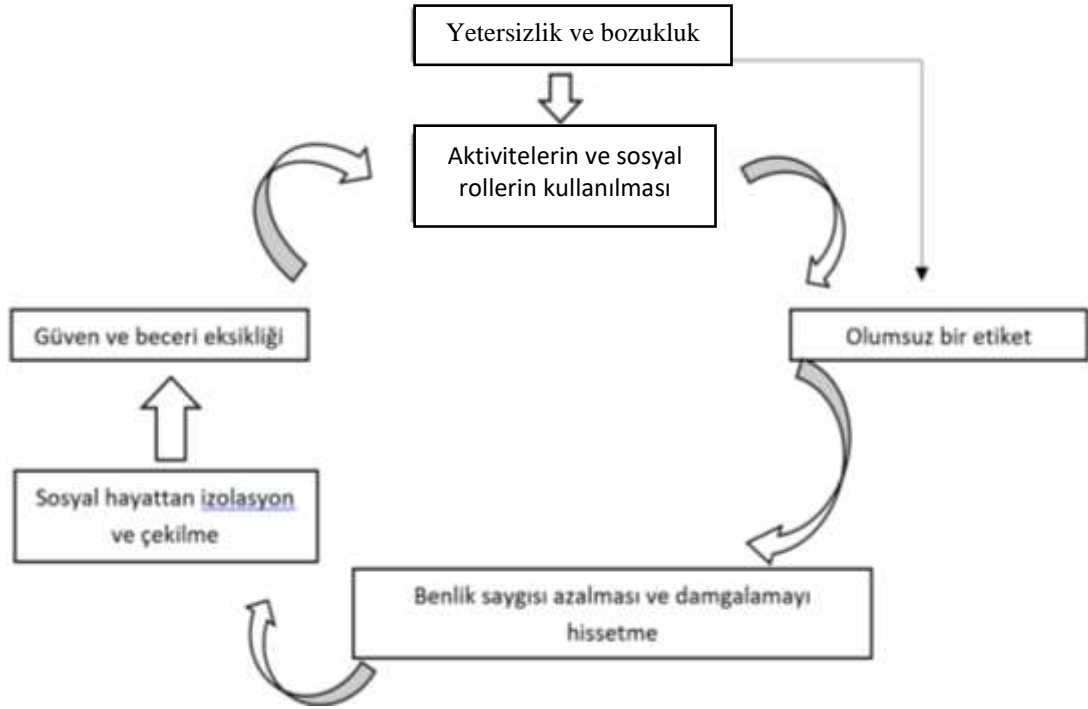
2. Stereotipiler: Stereotipi kavramı Latince’de “stereos” (katılık) ve “tupos” (iz) sözcüklerinin birleştirilmesinden meydana gelmektedir ve “bir kez oluştuktan sonra hiç değişmeyen” anlamında kullanılmaktadır (Clement ve ark., 2015; Topkaya, 2011; Teke, 2017).

3. Bilişsel Ayırıştırma veya Önyargılar: Önyargı, bireylerin bir durum ya da nesne konusunda herhangi bir objektif değerlendirmeye başvurmadan, daha önceki düşünceler, mitler, söylentiler ya da yaşananlar ışığında oluşmuş kalıp yargıları ifade eder. Toplumda önyargılar nesilden nesile aktarılabilir. Hastalıklara yönelik önyargılar ise oluşmuş stereotipi kavramını destekler ve bazı duygusal tepkilere sebep olur (Clement ve ark., 2015; Topkaya, 2011; Teke, 2017).

4. Duygusal Reaksiyonlar: Gelişen önyargılar sonucu hastalığa sahip bireylere çoğunlukla korku ve öfke duyguları beslenmektedir. Bireyin ölümcül bir hastalığa yakalanmış olması veya hastalığın bulaşması gibi nedenlerden dolayı bireye acıma ve korku duyulmasına neden olmaktadır. Ayrıca duygusal reaksiyonlar yardıma ve bakıma muhtaç olma, işlerin aksaması ve diğer bireylerin iş yükünün artması nedeniyle ortaya çıkmaktadır (Clement ve ark., 2015; Teke, 2017).

5. Sosyal Statü Yitimi: Oluşan duygusal ve bilişsel tepkiler sonucu bireyler toplumda bir statü kaybına maruz kalmaktadırlar. Toplum, bu bireylerden hem uzak durmak hem de onları toplumdan izole etmek eğilimindedir. Bu nedenle artık ayırıştırma ya da ayrımcılık kaçınılmaz hale gelmektedir (Teke, 2017).

6. Ayrımcılık: Ayrımcılık toplumdaki kişi veya grupların diğerlerini damgalama ve önyargılar nedeni ile bazı temel hak ve olanaklardan yoksun bırakmasıdır. Etiketleme ile başlayan damgalama süreci stereotipilere ve önyargılara verilen duygusal ve bilişsel tepkiler sonucunda ayrımcılık ile sonlanmaktadır (Clement ve ark., 2015; Çam ve Çuhadar, 2011; Karagöl ve ark., 2013).



Şekil 2.1. Damgalamanın Birey Üzerindeki Etkisi (Clement ve ark., 2015)

Güncel literatürde damgalama; yapısal damgalama, sosyal damgalama ve bireysel damgalama olmak üzere üç kategoride incelenmektedir;

Yapısal damgalama, deneyimlenen damgalama olarak ifade edilebilmektedir. Yapısal damgalama, toplumdaki gruplara karşı, sosyopolitik güçlerle imkânların kısıtlanması, hükümet bütçelerinden yeterli pay ayrılmaması gibi sistemin kendisinde adaletsizlik ve fırsat eşitsizliği oluşturulmasıdır (Corrigan, Druss ve Perlick, 2014; Özmen ve Erdem, 2018).

Sosyal damgalama, bireyin içinde bulunduğu toplum tarafından sorunlu, kusurlu, istenmeyen ve sosyal anlamda kabul görmeyen biri olarak algılanmasıdır. Sosyal damgalama kişilerin psikolojik yardım arama davranışının önündeki en önemli engel olarak karşımıza çıkmaktadır (Clement ve ark., 2015; Else-Quest ve Jackson, 2014; Knapp ve ark., 2014; Meacham ve ark., 2016).

Sosyal damgalamadan kaynaklanan ayrımcılık üç şekilde ortaya çıkmaktadır;

1. *Fırsatların kaybına yol açmak*: İşe alınmamak veya mevcut işinden uzaklaştırılmak.

2. *Zorlanma/baskı yapmak*: Kişinin karar verme yetisi olmadığından dolayı otoritenin onun yerine karar vermesi.

3. *Ayrımcılık*: Kişilerin onkoloji hastaneleri şeklinde ayrı bir hastanede tedavi görmesi, kanser hastalıkları ile ilgili var olan negatif düşünceler, bu bireylerle yaşamak gündeme geldiğinde kişiler tarafından bir kez daha onaylanır. Aynı zamanda hasta bireyde kendisini bu kavramlar çerçevesinde onaylar ve kendisinin de bu yargıları kapsadığını düşünür. Negatif stereotipler içselleştirildiğinde birey tarafından da toplumun diğer üyeleri gibi reaksiyonlar gösterir. Bunun sonucunda bireyde toplumdan izolasyon ve öz ayrımcılık gelişir (Oran ve Şenuzun, 2008; Overstreet ve ark., 2013; Özmen ve Erdem, 2018; Tsai ve ark., 2013; Türk Toraks Derneği, 2018).

Bireysel damgalama ise 3 şekilde karşımıza çıkar.

1. *Algılanan damgalama*: Bireyin, toplum tarafından damgalanmış grup hakkındaki tutum ve davranışlarının birey tarafından algılanmasıdır.

2. *Deneyimlenen damgalama*: Bireyin geçmiş yaşantısında gerçekten damgalama ve ayrımcılık ile ilgili bir deneyim yaşamasıdır.

3. *İçselleştirilmiş damgalama*: Sosyal ve algılanan damgalamanın içselleştirilerek bireyin kendini bu düşünceler doğrultusunda değerlendirmesidir. Sosyal, algılanan ve içselleştirilmiş damgalama birbiri ile yakın ilişki içerisindedir. Bireyin maruz kaldığı damgalamanın düzeyini içselleştirilmiş damgalama daha da arttırmakta, böylece bireyin üzerindeki olumsuz etkileri artmaktadır (Brown Johnson, ve ark., 2014; Carter-Harris, ve ark., 2014; Clement ve ark., 2015; Else-Quest ve Jackson, 2014; Goffman, 2014; Meacham ve ark., 2016; Özmen ve Erdem, 2018).

İçselleştirilmiş damgalama, kişinin toplumda oluşan negatif önyargı ve tutumları kabul etmesi ve bunun sonucunda değersizlik, utanç, çekingenlik gibi negatif duygular nedeniyle kendisini toplumdan izole etmesidir. Toplumdaki damgalamanın içselleştirilmesi, bireylerin ciddi şekilde örselenmesine yol açmaktadır (Oran ve Şenuzun, 2008; Teke, 2017; Yılmaz ve ark., 2017). Bir kişi ciddi bir hastalığa yakalandığında ilk tepkisi buna kendisinin yol açıp açmadığını tespit etmeye çalışma

şeklinde olmaktadır. İçselleştirilmiş damgalamayla birlikte toplumda genel olarak yaygın halde bulunan olumsuz kalıp yargılar kişi tarafından da kabul edilir ve kişide utanç duygusu gelişir.

2.3. İçselleştirilmiş Damgalama

İnsanlar, çocuk yaşlarından itibaren aile, kişisel deneyim, arkadaş ilişkileri, medya ve toplumun kanser hastalığına sahip bireyler hakkındaki düşüncelerini öğrenmekte ve kendi zihninde kanser hakkında bazı kavramlar geliştirmektedirler. Bu kavramların genelde, kanserin ölümlle bağdaştırılması ile ilişkili olarak kendisine acıma, kendi kötü yaşam tarzı veya işlediği bir suçun bedeli olarak algılanması, hastalığın temas yolu ile bulaşacağı, kendi yaşamını tek başına yürütemeyeceği ve bakıma muhtaç olarak yaşamını sürdüreceği gibi negatif düşünceler olduğu kabullenilmektedir (Clement ve ark., 2015; Hamann ve ark., 2014; Lebel ve ark., 2013; Teke, 2017; Türk Toraks Derneği, 2018).

İçselleştirilmiş damgalama hastalığa yönelik toplumdaki negatif düşüncelerden ve olumsuz kalıp yargılardan kaynaklanmaktadır. Bu yargı ve düşünceler doğrultusunda damgalanan bireylerin, kendilerine yönelttiği tepkileridir. Bu tepkiler sonucunda birey değersizlik ve utanç gibi olumsuz duygularla kendini toplumdan geri çekmektedir (Tsai ve ark., 2013; Yanos ve ark., 2012). Birey tarafından toplumda kansere yönelik negatif tutumlar, damgalama ya da ayrımcılık gibi davranışlar içselleştirilerek, kişi henüz böyle bir davranışa maruz kalmasa bile kalacakmış gibi hissetmesine ve davranış değişikliği göstermesine neden olmaktadır. Bu durumda kanser hastalığı olan kişiler, toplumdan önce kendilerini damgalamaktadırlar (Overstreet ve ark., 2013; Waugh, Byrne ve Nicholas, 2014).

İçselleştirilmiş damgalama duygusu kişinin yakın çevresi ile başlamakta, bireyin yakın çevresindekiler hem kendileri damgalama algısı yaşamakta hem de hasta bireyi damgalamakta ve dışlamaktadırlar. Bu tip damgalamaya maruz kalan hasta bireyler bir süre sonra bu damga algısını kabul etmekte ve onlardan daha çok kendilerini suçlama eğilimi göstermektedir (Carter-Harris ve ark., 2014; Cataldo ve ark., 2012; Else-Quest ve Jackson, 2014).

İçselleştirilmiş damgalamada bireyin sağlık problemini fark etmesiyle kendi içinde başlamakta, kesin tanının konulması ve tedavinin başlaması ile birlikte zihninde

başlamaktadır. Bu nedenle içselleştirilmiş damgalama deneyimlenmiş damgalama yaşantıları sonucunda değil, hastalık hakkında toplumda oluşmuş belirli ortak tutum ve önyargıların kabullenmesi sonucunda ortaya çıkan subjektif bir durumdur (Cho ve ark., 2013; Drapalski ve ark., 2013; Else-Quest ve Jackson, 2014). Damgalamayı içselleştirmiş olan hastalarda hastalıktan utanma, aşağılık duyguları, yetersiz hissetme, olumsuz otomatik düşüncelerde artma, aile ve arkadaş ilişkilerinde bozulma ve benlik saygısında azalma ortaya çıkmaktadır (Özmen ve Erdem, 2018; Stuber ve ark., 2008; Taşkın, 2007).

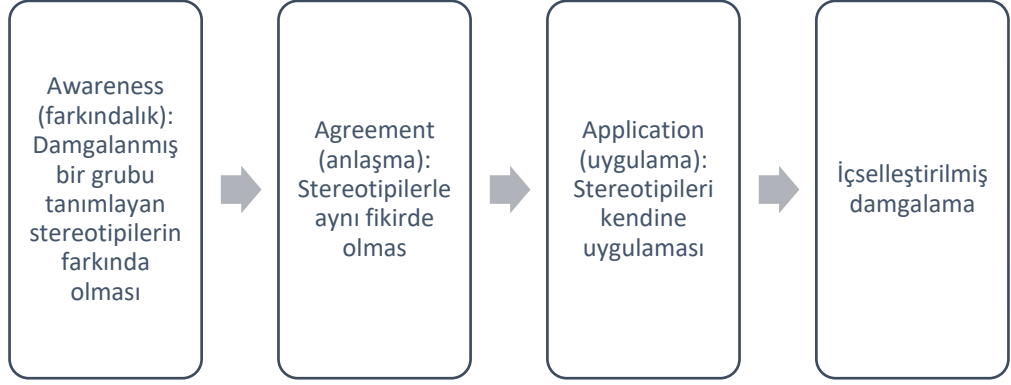
İçselleştirilmiş damgalamanın sosyal damgalama ve kişisel damgalamanın birbiriyle etkileşimi sonucu geliştiği düşünülmektedir. Negatif stereotipiler, sıklıkla kanser hastalığı olan kişilerle yaşayanlar ya da onlarla ilgili kötü bir deneyimi olan ve her iki durumda da zarar gören kişiler tarafından oluşturulmaktadır. Sosyal damgalama olarak başlayan ve yapısal damgalama olarak devam eden bu süreç bireyin içselleştirilmiş damgalamasını tetiklemektedir (Carter-Harris ve ark., 2014; Çam ve Bilge, 2013; Goffman, 2014; Meacham ve ark., 2016; Taşkın, 2007; Waugh ve ark., 2014).

Corrigan içselleştirilmiş damgalamanın gerçekleşmesinde “3A” kavramından bahsetmiştir. Bu kavramlar “awareness (farkındalık)”, “agreement (anlaşma)”, ve “application (uygulama)” şeklindedir.

1. Awareness (farkındalık): İçselleştirilmiş damgalamayı anlamak için kişinin damgalanmış bir grubu (örnek olarak, kanser hastalığı olan kişilerin hastalığından dolayı suçlandığı grup) tanımlayan stereotipilerin farkında olması gerekmektedir.

2. Agreement (anlaşma): Bireyin farkına vardığı bu stereotipilerle aynı fikirde olması (kendisiyle bağdaştırması) durumudur. Fakat bu iki faktör, içselleştirilmiş damgalamanın oluşabilmesi için yeterli değildir.

3. Application (uygulama): Bu tanımda kişi kendine stereotipileri (kalıplaşmış yargıları) uygulamaktadır (Kanser hastalığım mevcut ve bu yüzden kendimi suçlamalıyım). Bu bakış açısı, kişisel damgalamayı hiyerarşik bir ilişki olarak temsil eder; kanser hastalığı olan bir insan, bu ilgili stereotipilerle (kalıplaşmış yargıları) kendi ile bağdaştırmadan ve kendine uygulamadan önce onun farkında olması gerekmektedir (Corrigan ve ark., 2014; Corrigan ve ark., 2001).



Şekil 2.2. İçselleştirilmiş Damgalama Oluşum Süreci (Clement ve ark., 2015)

2.3.1. İçselleştirilmiş Damgalamanın Sonuçları

Damgalama ve içselleştirilmiş damgalama, kanser hastalığı olan kişilerde hastalığının sonuçları ve gidişatını olumsuz yönde etki eden, sıkıntı veren bir yük, kliniksel ve genel sağlık problemi konusudur (Else-Quest ve Jackson, 2014). Damgalanmış bireyler toplum tarafından ayrımcılıkla karşılaşmakta ve negatif stereotiplere maruz kalır hale gelmektedirler. Üstelik bu stereotipleri kabul edip kendilerine uygulayarak düşük benlik saygısına sahip olmaktadır. İçselleştirilmiş damgalama yaşayan hasta birey “yaşam tarzımdan kaynaklı ya da yaptığım bir kötülük sonucu bu hastalık oluştu ve bundan dolayı ben kötü bir insanım bu hastalığı hak ediyorum” diyebilmekte ve kendini toplumdaki soyutlamaktadır. İçselleştirilmiş damgalama, genellikle düşük hayat kalitesi gibi dikkate değer negatif sonuçlarla alakalıdır (Gonzalez ve Jacobsen, 2012; Lebel ve ark., 2013).

Kanser hastalığı hakkında stereotipleri içselleştiren kişiler öz-saygı, öz-yeterlilik kaybı yaşamaktadırlar. Kanser hastalarıyla ilgili önyargıların egemen olduğu toplumlarda hastalık nedeniyle etiketlenen kişiler kişisel ve sosyal değerlerde azalma ve toplum içinde ayrıştırma yansıtan yaklaşımları içselleştirebilirler (Cataldo ve Brodsky, 2013). Damgalamayı kendince kabul edip kendine uygulayan insanlar kendilerini değersiz veya özel durumların üstesinden gelemez olarak hissedebilirler. Bazı insanlar “bu tür düşünce ve inançların gündeme gelmesi doğaldır, çünkü bu insanlar gerçekten bazı temel sosyal ve içgüdüsel yeteneklerden yoksundurlar” diye

düşünebilmektedirler. Damgalamayı içselleştirmiş bireylerde bu durum; güven eksikliği, benlik saygısında azalma ve başarılı olabilme ümitlerinin yok olmasına neden olabilmektedir (Arslan ve Konuk, 2009; Brown ve ark., 2014; Cataldo ve ark., 2012; Cho ve ark., 2013).

İçselleştirilmiş damgalama, kişinin benlik saygısını olumsuz etkilemektedir, olumsuz benlik düşüncelerine sahip olan bir kişi pozitif benlik bilinci geliştiremez. İçselleştirilmiş damgalama, insanların bu yaklaşımların ne kadar farkında oldukları ve bu yaklaşımları kendilerine ne kadar uyguladıkları ile alakalıdır. Bu yaklaşımları bireyin kendine uygulaması, kişinin benlik saygısı ve öz-yeterlilik duygularına içten içe zarar vermesine yol açmaktadır. Bu tarz geriye gidişler, hayattaki hedeflerinin peşinde gidilmesini ve başarılmasını olumsuz yönde etkilemektedir. Bu nedenle kanser hastalığı olan kişiler, iş, ev ve diğer hayati hedeflerin gerçekleştirilmesini hızlandıracak fırsatlarla ilgilenmemeye karar vermektedirler (Chambers ve ark., 2015; Meacham ve ark., 2016). Diğer bir deyişle içselleştirilmiş damgalama yaşamın önemli alanları olan iş hayatı, sosyal ilişkiler, maneviyat ve iyileşme çabasından bireyi uzaklaştırmaktadır (Brown ve Cataldo, 2013; Shen ve ark., 2015). Hastalar kendilerinden kaynaklanan bu süreç nedeni ile psikiyatrik yardım almaktan kaçınmaktadırlar. İçselleştirilmiş damgalama, hastaların tedavilere katılmalarını ve uyumlarını olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Brown ve Cataldo, 2013; Brown ve ark., 2014; Cataldo ve ark., 2012; Drapalski ve ark., 2013). Birey durumundan utandığında veya kendini suçlu hissettiğinde ise bu durum benlik saygısında azalmaya, yaşam kalitesinde düşmeye ve depresyona sebep olmaktadır (Stuber ve ark., 2008). İçselleştirilmiş damgalama kişinin kendini toplumdan izole etmesi, damgalama yaşayacağı korkusuyla hastalıklarını gizlemesi ya da tedavilerini yarıda bırakması şeklinde yaşanabilmektedir (Çam ve Çuhadar, 2011; Teke, 2017).

2.4. Damgalama ve Kanser

Damgalama, toplumun bazı hasta gruplarına karşı oluşturdukları negatif tutum ve önyargılar nedeniyle hasta gruplarına karşı olumsuz tavırdan, toplumdan dışlanma ve ayrımcılık yapılmasına kadar giden davranışlar bütünüdür. Bu alanın öncülerinden olan Goffman stigmatı *“daha az değer verme davranışı, bu etiketi taşıyan insanların daha az istenebilir ve neredeyse insan gibi idrak edilmemesi”* olarak tanımlamaktadır.

Stigmanın kanser gibi fiziksel hastalıkları olan insanlar üzerindeki etkilerine odaklanan az sayıda çalışma bulunmaktadır. Literatürdeki damgalama, kanserin sıklıkla damgalanmış hastalıklar arasında olduğunu göstermektedir, ancak diğer hastalıklardan daha az çalışılmıştır. Stigma ile en sık ilişkilendirilen hastalıklar; akciğer kanseri, epilepsi, şizofreni, ruhsal hastalıklar, insan immün yetmezlik virusu (HIV) ve kazanılmış immün yetmezlik sendromu (AIDS), işitme kaybı, obezite ve diyabettir (Cataldo ve Brodsky, 2013; Gökengin ve ark., 2017; Teke, 2017; Yanos ve ark., 2012).

Kanser, türü ne olursa olsun bireylerin yaşantısında güçlükler neden olmaktadır (Fann ve ark., 2012). Süreç boyunca bireyler, çeşitli tıbbi tedaviler ve bu tedavilerin yan etkilerine bağlı olarak ağrı, skar dokusu, saçlarda dökülme, kilo kaybı gibi sorunlarla karşı karşıya kalmaktadır (Deshields ve ark., 2016; Hill ve ark., 2011). Ayrıca kanser teşhisi ve tedavisinin bireyler üzerinde; depresyon, anksiyete, çaresizlik ve psikiyatrik rahatsızlıkların alevlenmesi gibi çeşitli olumsuz psikolojik reaksiyonları tetikleyebilecek bir durum olduğu bilinmektedir (Bonanno, Westphal ve Mancini, 2011). Farklı kanser türleri de hastalığa özgü stigma taşıyabilir. Örneğin, akciğer kanseri durumunda, sigara içmek ve kanser arasında bir bağlantı olduğu gerçeği göz önüne alındığında hastalar suçluluk ve utanç hissedebilir (Mosher, Danoff-Berg, 2007). Diğer taraftan meme kanseri durumunda, toplumumuzda memenin cinselliğin bir sembolü olarak algılanması nedeniyle bu hastalığa sahip kişi tarafından daha az arzu edildiği yönündeki düşüncelere neden olmaktadır (Brown ve ark., 2014; Cataldo ve ark., 2012; Warmoth ve ark., 2017; Yeung ve ark., 2019).

Kanserin görülme sıklığının fazla olması ve ölüm oranının yüksek olması ölüm ile eş anlamlı olarak algılanmasına neden olmaktadır (Cho ve ark., 2013). Ayrıca toplumda kanserin tedavi edilemez, ölümcül bir hastalık olduğu inancı, kanserden iyileşen bireylerin fiziksel ve sosyal olarak yetersiz oldukları görüşü, çalışma ortamlarında verimsiz olarak nitelendirilmeleri, kanserin bulaşabilir bir hastalık olduğu ve kanser hastalığına bireyin kendisinin neden olduğu görüşleri hâkimdir (Yeung ve ark., 2019). Bu görüşler bireyin toplum tarafından damgalanmasına ayrıca bireyin kendisini de damgalanmasına neden olmaktadır. Amerika'da yaşayan Çin'li kanser hastaları ile yapılan nitel bir çalışmada, bu hastalığa kendi sağlıksız yaşam tarzlarının (örneğin diyet, uyku ve stresli çalışma hayatı vb.) neden olduğunu ve

hastalıklarından kendilerinin sorumlu olduklarını düşündükleri belirtilmektedir. Ayrıca, bireyler kendi hastalıklarının sorumluluğuna sahip olduklarına inandıklarından dolayı, içselleştirilmiş damgalama ve daha çok olumsuz duygusal yaşadıkları bulunmuştur (Warmoth ve ark., 2017). Akciğer kanserli hastalarla yapılan bir çalışmada ise içselleştirilmiş damgalama puanları yüksek olan bireylerin psikolojilerinde bozulma, depresyon düzeylerinde artma ve fiziksel sağlıklarının olumsuz yönde etkilendiği bulunmuştur (Brown ve ark., 2014). Yeung ve ark. (2019) meme kanserli bireylerle yaptıkları çalışmada da benzer sonuçlar bildirmişlerdir (Yeung ve ark., 2019).

Kanser hastalığının tanı ve tedavisinde yaşanan gelişmeler, hastalıktan sağ kalım oranlarının artmasına ve yaşam sürelerinin uzamasına neden olmaktadır. Kanserden tedavi edilen hasta sayının giderek artması ve uzun süreli tedaviler kullanılması nedeniyle bu hastalarda yaşam kalitesini olumsuz etkileyen sekonder sorunlar artmaktadır (Park ve Kim, 2009; Shen ve ark., 2015; Stergiou-Kita ve ark., 2016). Ayrıca hastalığın topluma yüklediği sosyal ve ekonomik yük nedeniyle de toplumsal bir sorun olarak görülebilmekte, kanser hakkındaki negatif tutum ve algılar oluşmaktadır (Cho ve ark., 2013). Kanser hastaları işsiz kalma korkusu ve sosyal ilişkilerinde sorunlar yaşayacaklarını düşündükleri için tanılarını saklayabilmektedir (Gonzalez ve Jacobsen 2012). Kita ve ark. (2016) yaptıkları çalışmada, kanser hastası olarak damgalanan bireylerin işyerinde ayrımcılığa maruz kaldıkları ve çalışan bireylerin olumsuz etkilendikleri belirtmiştir. Ek olarak kanser hastalarının işten atılma korkusu ve verimsiz çalıştıklarına dair anksiyete yaşadıkları bulunmuştur (Stergiou-Kita ve ark., 2016). Kore'de yapılan bir çalışmada ise, kanser tanısı alan bireylerin yarısı tanı aldıktan sonraki 1 yıl içerisinde işlerini kaybetmişlerdir. Ayrıca, tedavi süreçleri tamamlanan hastaların %30'undan fazlası kanser hastalığına ve kendilerine yönelik olumsuz düşüncelerinin olduğunu belirtmişlerdir (Cho ve ark., 2013). Yapılan bir başka çalışmada ise, katılımcıların yaklaşık %10'unun kanser nedeniyle ayrımcılığa maruz kaldıkları, %24.5'inin psikiyatrik tanı düzeyinde depresyon yaşadıkları belirlenmiştir. Ayrıca genel nüfus ile karşılaştırıldıklarında intihar etme girişimlerinin iki kat daha fazla olduğu bulunmuştur (Gonzalez ve Jacobsen 2012; Park 2009).

Kanser ciddi ve kronik bir hastalık olmasıyla birlikte, sürecin belirsizliği ve ölümü çağrıştırmaları nedeniyle, anksiyete ve korkuya neden olan bir hastalıktır (Korkmaz, 2010). Kanser fiziksel yükünün yanında hastaların ve toplumun hastalığa karşı olumsuz tutum ve davranışları hastalıkla mücadele etme sürecini zorlaştırmaktadır (Park ve ark., 2009). Bu olumsuz tutum ve davranışlar hastaların yaşam kalitesini düşürmekte, sosyal izolasyona ve duygusal durumun bozulması sonucu istenmeyen sağlık sonuçlarına neden olmaktadır (Cho ve ark., 2013; Waugh ve ark., 2014; Yeung ve ark., 2019). Sağlıklı bireylerde yapılan bir çalışmada kansere ilişkin genel tutumlar olumsuzlaştıkça, kanserin tedavi edilebilirliğine ilişkin tutumların da olumsuz olduğu belirlenmiştir (Korkmaz, 2010). Yapılan bir diğer çalışmada ise: hastaların %25'inin kansere yönelik stigma yaşadıkları, iş performanslarının düştüğü ve tedavi edilemez bir hastalık olduğuna dair kanserin yaygın olan ön yargılarına sahip oldukları bulunmuştur (Shiri ve ark., 2018). Kanser ve tedavisi ile ilgili bu yargıların tümü, bireylerin toplumdaki olağan rollerini ve sorumluluklarını yerine getirmelerini engelleyebilir. Bu nedenle, hastalıkla ilişkili damgalama ve ayrımcılık, psikolojik durumu etkiler ve yaşam kalitesini ve hastaların fiziksel iyilik halini etkiler. Kanser deneyimi olan hastalar, kanser teşhisine ilişkin damgalama ve ayrımcılıkla karşılaştıkları için yabancılaşma, kendini toplumdaki izole etme, hastalıklarını gizleme ya da tedavilerini yarıda bırakma şeklinde davranışlar gösterebilmektedirler (Brown ve ark., 2014; Shiri ve ark., 2018; Taşkın, 2007).

2.5. Damgalamayı Önlemede Hemşirenin Rolü

Dünya Sağlık Örgütü, 2005 yılında Helsinki'de Avrupa ülkeleri için damgalama ile mücadele kapsamında "Herkes İçin Sağlık" konulu bir ruh sağlığı eylem planı açıklamış ve damgalama bu eylem planlarının başlıklarından biri olmuştur (Türkiye Cumhuriyeti Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı, 2011-2023). Damgalama ile mücadele için psikiyatrist, psikiyatri hemşiresi, psikolog ve sosyal çalışmacı gibi profesyonellerin yapacağı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır (Çam ve Bilge 2013). Yapılmış olan araştırmalar, hemşirelerin ruhsal hastalıklara ilişkin olumsuz tutumlara sahip olduklarını gösterdiğinden damgalama ile mücadele ederken, hemşirelerin öncelikle kanser hastalarına yönelik olarak kendilerinin negatif tutumlarının farkında olmaları ve bu tutumlarını olumlu yönde değiştirmeleri gerekmektedir (Bostancı ve

Aştı 2004, Arkan ve ark. 2011, Çam ve Bilge 2013). Kanser ile ilgili psikolojik sorunlar yaşamak ve bunlardan dolayı yardım istemek kolay bir süreç olmayıp, kişinin ve çevresinin bu sorunları fark etmesi ve uygun yardım arama yollarına başvurması gerekmektedir (Sarikoç ve ark. 2015). Bu anlamda hemşire içinde yaşadığı toplumdaki bireylerin kansere yönelik bilgilerini yükseltmek ve tutumlarını iyileştirmek için, kanser hastalığının ne olduğuna, süreci, tedavi ve olası yan etkileri olduğuna ve ruhsal yardım arama yollarının nasıl olması gerektiğine yönelik geniş kapsamlı bilgi vererek, eğitici ve danışmanlık rolünü kullanmalıdır. Hemşireler, toplumu etkileyebilecek olan polis, imam, muhtar, öğretmen gibi anahtar kişileri de eğitmeli ve farkındalık oluşturabilmelidir. Halkın bu konuda eğitilmesi kanserli hastalara yönelik damgalamayı azaltmada en büyük yardımcıdır. Aynı zamanda ruhsal sorunu olan bireylerin toplumla teması damgalamayı azalttığından hemşireler buna yönelik etkinlikler planlamalı ve uygulayabilmelidir (Çam ve Çuhadar 2011, Oban ve Küçük 2011, Baysal 2013, Çam ve Bilge 2013, Sarikoç ve ark. 2015). Kanser hastaları olan bireylerin toplumla iç içe rehabilite edilmesi, derneklerden yararlanılması, topluma katılım ile birlikte damgalama azaltılmasında etkilidir (Bilge ve Çam 2010, Çetinkaya ve ark. 2007). Hemşireler rollerini etkin kullanabildiklerinde damgalamayı azaltabilir (Çam ve Çuhadar 2011, Chi ve ark. 2013).

2.6. Ölçek Uyarlama Çalışmalarında Geçerlilik ve Güvenilirlik

Ölçekler tutum, davranış ve benzeri özellikler gibi doğrudan ölçülemeyen özelliklerin bazı teorik temellere dayandırarak dolaylı yoldan ölçülmesini sağlayan ölçüm araçlarıdır. Ölçek uyarlama çalışmaları, ölçeklerin farklı kültürden uyarlanmak istenen kültüre, dil, anlam, kültür ve psikometrik özellikler açısından ne kadar yansıttığının değerlendirilmesinin yapıldığı bir süreçtir (Erkan ve Gömleksiz, 2014). Ölçek uyarlamasında yapılan tüm çalışmalarda ölçeğin geçerli ve güvenilir özellikte olması gerekmektedir. Ölçeğin, geçerliliği ve güvenilirliği test edilirken birçok uygulama ve analizlerin yapılması gerekmektedir. Eğer bu uygulama ve analizler gerektiği şekilde yapılmaz ise ölçeğin kullanımı sırasında önemli hatalar ortaya çıkabilmektedir. Bu nedenle geçerlilik ve güvenilirlik bir ölçme aracında bulunması gereken en önemli psikometrik özelliklerdir ve çalışmanın raporlanma aşamasında her iki özelliğin bir arada verilmesi gerekmektedir (Kan, 2000).

2.6.1. Geçerlilik

Geçerlik, bir ölçme aracının ölçmek istediği özelliği/değişkeni başka herhangi bir özellikle karıştırmadan doğru ölçebilme derecesi olarak tanımlanmaktadır (Karakoç ve Dönmez, 2014). Ölçek adaptasyon ve geliştirme çalışmalarında geçerliğin belirlenmesine yönelik birçok yöntem kullanılmaktadır. Bu yöntemler; dil geçerliliği, içerik/kapsam geçerliliği ve yapı geçerliliği olarak sınıflandırılmaktadır (Erkan ve Gömleksiz, 2014).

2.6.1.1. Dil Geçerliliği

Geliştirilen ölçme aracı mevcut dilinden başka bir dile uyarlanarak kullanılacaksa bu ölçeğin çevrilen dile ve kültürüne uygun olması gerekmektedir. Bu nedenle ölçek adaptasyon çalışmalarında ilk olarak dil geçerliliğinin sağlanması beklenmektedir. Dil geçerliliği çalışmaları, ölçek maddelerinin anlam ve amaçlarının kaybolmaması için dikkatli bir şekilde yürütülmeli ve çevrilen dilin kültürel özellik, dil ve anlam özelliklerine göre çevirisi yapılmalıdır. Literatüre göre, ölçek adaptasyon aşamasında katkı sağlayacak çeviricilerin niteliğine önem verilmesi gerektiği belirtilmektedir. Dil geçerlilik aşamasındaki çevirmenlerin, çeviri yapılan dilin kültürü ve kendi kültürü hakkında bilgi sahibi olması, her iki dili de akıcı bir şekilde konuşabilmesi ve ölçülen özellik hakkında belirli bir düzeyde fikir sahibi olması gerekmektedir. Sıklıkla kullanılan dil geçerliliği yöntemi çeviri-geri çeviri yöntemidir. Öncelikle ölçeğin ana dilinden, uyarlama yapılan dile çevirisi gerçekleştirilmeli, daha sonra tekrar ölçeğin ana diline çevirisi yapılmalıdır. Çevirisi tamamlanan ölçek araştırmacılar tarafından incelenerek, gerekli düzeltmeler yapılmalıdır. Daha sonra dil geçerliliği tamamlanan ölçek örnekleme dahil edilmeyen küçük (10 kişi) bir araştırma grubuna uygulanarak ölçeğin ihtiyacı olan düzenlemelerin yapılması gerekmektedir. Bu aşamalar sonucunda ölçeğin dil geçerliliği tamamlanmış olmaktadır (Erkan ve Gömleksiz, 2014).

2.6.1.2. Kapsam Geçerliliği

Kapsam geçerliliği, bir ölçeğin ölçülmek istenen özelliği hangi kapsamda ölçtüğünü belirlemek üzere kullanılmaktadır. Kapsam geçerliliği değerlendirilmesinde sıklıkla ölçekle ölçülmek istenen kavram hakkında ve ölçek geçerliliği konusunda

bilgisi olan alan uzmanlarının görüşlerine başvurulmaktadır. Görüşü istenen uzmanlardan ölçekteki her bir madde için maddenin uygunluğunu değerlendirmesi ve gerekli önerilerde bulunması istenir. Daha sonra her madde için katılım oranlarına dikkat edilerek karar verilir (Aksayan ve Gözüm, 2003; Karasar, 2009; Şenocak, 2009). Daha sonra ölçeğe en son halinin verilmesi için farklı teknikler kullanılır.

Davis Tekniği

Davis tekniğine göre en az 5 en fazla 40 uzman görüşüne başvurulması önerilmektedir. Davis tekniğinde 4'lü derecelendirme yöntemi ile (4) "uygun", (3) "madde hafiften gözden geçirilmeli", (2) "madde ciddi gözden geçirilmeli", (1) "madde uygun değil" şeklinde uzman görüşleri istenmektedir. Daha sonra "madde uygun" ve "madde hafifçe gözden geçirilmeli" seçeneklerini işaretleyen uzman sayıları toplanıp, toplam uzman sayısına bölünerek kapsam geçerliliği indeksi (KGİ) değeri hesaplanmaktadır. Eğer KGİ Değeri 0.80 üzerinde ise ölçeğin "kapsam geçerliliği vardır" şeklinde yorumlanmaktadır (Thorndike, 2017).

Lawshe Tekniği

Lawshe tekniği kullanıldığında, 5 ila 40 arası uzman görüşü alınabilir. Değerlendirilen her ölçek maddesi için uzmanlar "madde hedeflenen yapıyı ölçüyor", "madde yapı ile ilişkili ancak gereksiz" ya da "madde hedeflenen yapıyı ölçmez" biçiminde derecelendirilir. Kapsam geçerliliğinde aynı zamanda değerlendirilen maddelerin anlaşılma durumu, kültüre uygunluğu gibi nedenler yönünden uzmanlarca derecelendirilebilir (Thorndike, 2017).

Kapsam Geçerliliği İndeksi (KGİ)

Ölçeğin ve ölçekteki her bir maddenin amaca ne derece hizmet ettiğini ortaya koyan kapsam geçerlilik çalışmaları nicel çalışmalardır. Bu yüzden uzman görüşlerine dayalı nitel verilerin nicel verilere dönüştürülmesi gerekir. Bu da kapsam geçerlilik indeksi (KGİ) ve kapsam geçerlilik oranları (KGO) ile yapılır (Ayre ve Scally, 2014; Shuttleworth, 2016). Geçerlilik açısından ölçek uzmanlara gönderilir. Ölçeğin gönderildiği uzmanlar tarafından ölçeğin her maddesi için puanlama yapılır. Bu puanlama (1) "uygun değil", (2) "maddenin uygun şekile getirilmesi gerekir", (3) "uygun ancak küçük değişiklikler gerekli", (4) "çok uygun" şeklinde yapılır. Araştırmacı tarafından uzmanların her madde için verdiği puan değerlendirilir.

Uzmanlar tarafından verilen puanlardan 1 ve 2 olanlar değerlendirilmeye alınmaz, 3 ve 4 olanlar değerlendirmeye kabul edilir. Değerlendirilen maddelerin %80'i 3 ve 4 puan olarak değerlendirilirse KGİ değeri 0.80 olarak belirtilir. Ölçeklerde kapsam geçerliliği için bu değer 0.80-1 arasında olması gerekir (Erkal Aksoy, 2014; Esin, 2014).

2.6.1.3. Yapı Geçerliliği

Yapı geçerliliği, bir değişkenin diğer değişkenlerle olan kuramsal ilişkisi olarak tanımlanmaktadır. Amaç, ilgili yapıyı ve özelliği ölçeceği düşünülen değişkenlerin oluşturduğu bütünün öngörülen yapıyı belirleyip belirlemediğinin incelenmesidir. Yapısal geçerlilik tüm geçerlilik türlerini kapsar (Harrington, 2009).

Yapı geçerliğinin değerlendirilmesinde grup farklılıklarının karşılaştırılması, çoklu özellik-çoklu yöntem matrisi, ölçütler ve diğer testlerle arasındaki korelasyonun incelenmesi ve faktör analizi yöntemleri kullanılmaktadır. Grup farklılıklarının karşılaştırılması, ölçme aracı ölçmeyi amaçladığı yapı bakımından birbiriyle aynı veya farklı olduğu bilinen iki grup arasındaki ölçümün sonuçlarının karşılaştırılması ile elde edilmektedir. Faktör analizi yöntemi, ölçeğin ölçtüğü değişkenlerin sayısı ve bunların her birinin bütününden elde edilen toplam puanlara katkısı, testin ölçtüğü yapı ve yapıları ortaya çıkarmada kullanılan bir diğer yöntemdir. Bu yöntemin değerlendirilmesinde açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi verileri değerlendirilmektedir (Thorndike, 2017). Açıklayıcı faktör analizinde amaç, değişken sayısını azaltmak ve yeni teoriler üretmektir (Akgül, 2003). Açıklayıcı faktör analizinin ardından doğrulayıcı faktör analizi yapılır. Doğrulayıcı faktör analizi ile gözlenen değişkenler ile yapı arasındaki anlamlılık düzeyi test edilir. Ölçek uyarlama çalışması yapılırken faktör analizi yapılması gerekli uygulamalar arasında yer alır (Özalp, 2010; Çapık, 2014).

2.6.2. Güvenilirlik

Güvenilirlik, bir ölçeğin, ölçüm sürecinde ölçüm işleminin tekrarlanması durumunda benzer sonuçların elde edilmesindeki tutarlılığı, özelliğin bağımsız ölçüleri arasındaki kararlılığı ve zamana göre değişmezliği olarak tanımlanmaktadır. Genel ifadeyle güvenilirlik, ölçüm aracının tesadüfi hatalardan arınmış olma derecesi

olarak tanımlanmaktadır. Ölçüm aracı ne kadar hatalardan arınmış ise güvenilirliği o derecede yüksek çıkmaktadır. Güvenilirliği düşük olan ölçeğin geçerliliği de düşük olmaktadır. Bu nedenle güvenilirlik, ölçek geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarında oldukça önemlidir.

Güvenilirlik değerlendirilirken, ölçüm hatalarını engellemek için değişkenler arasındaki ilişkide kusursuzluk derecesi korelasyon katsayısı yardımıyla belirlenir. Güvenilirliğin yüksek olması için elde edilen sonucun 1'e yakın olması gerekir. Ölçek güvenilirliğinde, paralel test yöntemi, test tekrar test yöntemi ve iç tutarlılık yöntemi kullanılır (Özalp, 2010).

2.6.2.1. Paralel Test Yöntemi

Bir ölçeğin güvenilirliğinin belirlenmesinde aynı kapsamı ve aynı özelliği ölçtüğü bilinen başka bir ölçekle arasındaki korelasyon değerinin hesaplanması yöntemidir. Ancak, bu yöntemde ölçeklerin birbirleri ile eşdeğer olması ve aynı özelliği ölçmesi konusunda sıkıntılar yaşanabilmektedir (Karakoç ve Dönmez, 2014).

2.6.2.2. Test-Tekrar Test Yöntemi

Aynı bireylere aynı koşullarda ancak belirli bir zaman aralığı ile ölçüm aracının tekrardan uygulanmasıdır. Bu iki uygulama arasında elde edilen skorların korelasyon katsayısı incelenerek güvenilirlik derecesini verdiği belirtilmektedir. Bu sayede ölçüm aracının kararlılık açısından güvenilirliği belirlenmektedir. Skorlar arası yapılan analiz sonucunda çıkan korelasyonun 0.8 üzeri olması ve 0.7'nin altında olmaması istenmektedir. Yapılacak olan ilk test ve geri test arasındaki süre literatüre göre 7 gün-15 gün ve bazı özel durumlarda ise 3 ay kadar ara verilmesi gerektiği belirtilmektedir (Erefe, 2002; Şencan, 2005).

2.6.2.3. İç Tutarlılık

Bir ölçme aracı, tek bir grup ve uygulama gerektirdiğinden en sık kullanılan yöntemidir. Temelde iç tutarlılık; bir ölçüm aracında belli bir amacı gerçekleştirmede bir bütün içindeki birbirinden bağımsız olarak oluşturulmuş olan ölçek maddelerinin/sorularının eşit ağırlıklara sahip olmasıdır. İç tutarlılıkta sıklıkla kullanılan yöntemler; eş değer yarılar yöntemi, cronbach's alfa güvenilirlik katsayısı,

Kuder Richardson 20-21 güvenirlilik katsayısı ve madde-toplam korelasyon analizidir (Karakoç ve Dönmez 2014).

Eş değer yarılar yöntemi, ölçeğin birden çok kez uygulanamayacağı durumlarda kullanılan yöntemlerdendir. Bu yöntemde amaç, ölçeği iki eşdeğer yarıya bölerek yarılar arası korelasyon katsayısının hesaplanmasıdır. Korelasyon değerinin yüksek olması ölçeğin iç tutarlılığının yüksek olduğu anlamına gelmektedir (Erefe, 2002; Şencan, 2005).

Cronbach alfa güvenirlilik katsayısı, ölçekteki maddelerin iç tutarlılığının, homojenliğinin göstergesidir. Özellikle likert tipli ölçeklerde Cronbach alfa katsayısı hesaplanması gerektiği belirtilmekte, alfa katsayısının ne yüksek olması, ölçekteki maddelerin tutarlı olduğu ve aynı özelliği ölçen maddelerden oluştuğu, yani aynı tutumu ölçtüğü varsayılmaktadır (Gözüm ve Aksayan 2003, Esin 2014). Ölçüm aracının tüm alt bölümlerinin birbirine göre ya da her bir alt bölümün sorularının birbirlerine göre tutarlı olup olmadığının sınanmasında alfa katsayısı kullanılır (Karakoç ve Dönmez 2014). Alfa katsayısı, ölçekte yer alan “k” maddenin ortalamalardaki değişimlerden kaynaklı varyansları göz ardı ederek, katılımcıların ölçek bütününden elde edilen skorların toplamının genel varyansa oranlanması ile bulunan bir ağırlıklı standart değişim ortalaması olarak tanımlanmaktadır. Literatüre göre alfa katsayısının 0.70’den yüksek olması ölçek iç tutarlılığının yeterli olduğunu ve 0.60’dan büyük olması kabul edilebilir düzeyde ölçek iç tutarlılığının olduğunu göstermektedir (Ercan ve Kan 2004, Karakoç ve Dönmez 2014).

Kuder Richardson 20-21 formülü, ölçeğin maddelerinde ikili kategoriler olduğunda uygulanabilmektedir. Yöntem ölçeğin homojen dağıldığı durumda ve tek bir yapıyı ölçtüğü zaman kullanılmaktadır. Ölçek maddeleri benzer güçlükte olmadığında Kr-20, benzer güçlükte olduğu bilindiğinde ise Kr-21 kullanılmaktadır. Güvenilirliği değerlendirilen ölçeğin madde sayısına göre kabul edilebilirlik 0.50 veya 0.80 üstünde değerlerde değişmektedir (Erefe, 2002).

Korelasyona dayalı madde analizi, bir madde ile bütün arasındaki korelasyon ile maddenin geriye kalan maddelerin tümünün ölçtüğü özelliği ölçüp ölçmediğini değerlendiren bir yöntemdir. Ölçekte bulunan maddeler ile yapılan korelasyon analizi sonucu, bir maddenin ölçeğin bütünü ile yaptığı korelasyon katsayısı düşük ise o

maddenin ölçeğe katkısının düşük olduğu düşünölmektedir. Bu doğrultuda, maddenin ölçeğe olan katkısının kabul edilebilir olması için madde-toplam korelasyon katsayısının pozitif yönde ve en az 0.25 olması gerektiği belirtilmektedir. Madde istenilen düzey olan $+0.25$ 'den düşük çıkmış ise ölçeğin güvenilirliğini düşürdüğu gerekçesiyle maddenin ölçekten çıkartılması önerilmektedir (Erefe, 2002)

3. GEREÇ YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Yapılan çalışma, So ve arkadaşları (2017) tarafından geliştirilen Kanser Damgalama Ölçeği'ni (Korean Cancer Stigma Scale) Türk kültürüne uyarlayarak, Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini incelemek için metodolojik türde yürütülmüş bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Bursa ili Ali Osman Sönmez Onkoloji Hastanesi onkoloji klinikleri ve ayaktan kemoterapi biriminde yürütülmüştür.

Ali Osman Sönmez Onkoloji Hastanesi 1993 yılında kurulmuştur. Hastane 4 kattan oluşup 200 yataklı bir hastane olarak hizmet vermektedir. 13 farklı birimden oluşmaktadır. Hastanenin zemin katında ayaktan kemoterapi birimi, 1. katında hematoloji ve tıbbi onkoloji klinikleri, ikinci katında radyasyon onkolojisi ve dahiliye, üçüncü katında jinekoloji ve genel cerrahi, dördüncü katında yoğun bakım ve üroloji klinikleri bulunmaktadır. Hastanede toplam 110 hemşire hizmet vermektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

3.3.1. Araştırmanın Evreni

Araştırma evrenini, Bursa ili Ali Osman Sönmez Onkoloji Hastanesi'nde kanser tedavisi alan hastalar oluşturdu.

3.3.2. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örnekleme, araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden kanser hastaları alındı. Ölçek geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarında örneklem sayısının belirlenmesinde ölçekteki madde sayısının 5-10 katının alınması önerilmektedir (Öner, 1987; Davis ve Robinson, 1995). Bu çalışmada, 24 maddeden oluşan ölçeğin örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde madde sayısının 10 katına ulaşılması hedeflenmiş olup 327 hasta ile çalışma tamamlanmıştır.

3.3.2.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- En az 18 yaşında olan,
- Sözel iletişim kurabilen,
- Erkek ve kadınlarda ülkemizde en sık görülen beş kanser tanısından birini almış olan,
- Tedavinin ilk üç ayını tamamlamış olan,
- Psikiyatrik hastalık öyküsü olmayan,
- Okuma-yazma bilen,
- Sözel iletişim kurabilen,
- Kanser tanısı almış olan,
- Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar.

3.3.2.2. Araştırmadan Dışlama Kriterleri

- Kanser tanısı almamış olmak,
- En çok görülen beş kanser tipinin dışında olmak,
- Araştırmaya katılmayı kabul etmemek.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verilerinin toplanması amacıyla, kişisel bilgi formu (Ek 1), dil ve kapsam geçerliliği yapılan Kanser Damgalama Ölçeği (Ek 2) kullanılmıştır.

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu

Literatür araştırması sonucunda araştırmacılar tarafından oluşturulan kişisel bilgi formu hastaların (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, ekonomik durumu, yaşadığı yer ve tedavi sürecinde destek olan birey) ve kanser hastalığına ilişkin (kanser tanısı, tedavi süresi, evresi, uygulanan tedaviler ve ailedeki kanserli birey) 12 sorudan oluşmaktadır (Ek 1), (Yılmaz ve Atak, 2014; Yılmaz ve ark., 2017; Türk, 2018).

3.4.2. Kanser Damgalama Ölçeği (Cancer Stigma Scale)

Kanser hastalarında hastalığa bağlı içselleştirilmiş damgalama düzeyini tanımlamak amacıyla So ve arkadaşları (2017) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 24 maddeden oluşmaktadır. Korean Cancer Stigma Scale, sosyal izolasyon, uzaklaşma-kaçınma, ayrımcılık, suçluluk, atfetmek ve tıbbi desteğin eksikliği olarak altı alt boyuttan oluşmaktadır.

Sosyal izolasyon: Toplam 5 maddeden (8, 9, 11, 12, 14 maddeler) oluşmaktadır. Bu boyutun puanının düşük olması sosyal izolasyonun düşük olduğunu göstermektedir.

Uzaklaşma-kaçınma: Toplam 4 maddeden (13, 15, 16, 18 maddeler) oluşmaktadır. Bu boyutun puanının düşük olması uzaklaşma-kaçınma davranışının düşük olduğunu göstermektedir.

Ayrımcılık: Toplam 4 maddeden (10, 17, 19, 20 maddeler) oluşmaktadır. Bu boyutun puanının düşük olması daha düşük ayrımcılık hissedildiğini göstermektedir.

Suçluluk: Toplam 5 maddeden (1, 2, 3, 4, 5 maddeler) oluşmaktadır. Bu boyutun puanının düşük olması daha düşük suçluluk hissedildiğini göstermektedir.

Atfetmek: Toplam 3 maddeden (21, 22, 23 maddeler) oluşmaktadır. Bu boyutun puanının düşük olması hastalığa atfedilmiş olumsuz düşüncelerin düşük olduğunu göstermektedir.

Tıbbi desteğin eksikliği: Toplam 3 maddeden (6, 7, 24 maddeler) oluşmaktadır. Bu boyutun puanının düşük olması tıbbi destek eksikliğinin düşük olduğunu göstermektedir.

Ölçeğin maddeleri kesinlikle katılmıyorum (1 puan), kısmen katılıyorum (2 puan), genellikle katılıyorum (3 puan) ve kesinlikle katılıyorum (4 puan) şeklinde 4'lü likert tipindedir ve ölçekten en düşük 24 puan, en yüksek 96 puan alınabilir. Bireylerin aldıkları puan arttıkça damgalama düzeylerinin yüksek olduğu şeklinde yorumlanmaktadır. Cancer Stigma Scale Kore versiyonunun Cronbach alfa değeri 0.89 olarak bulunmuştur. Kanser Stigma Ölçeği Kore versiyonunda alt boyut Cronbach alfa değerleri 0.62-0.86 arasında değişmektedir.

3.5. Kanser Damgalama Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlanması, Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması

Bu araştırmada, KDÖ'nin geçerliliğinin değerlendirilebilmesi amacıyla dil geçerliliği, kapsam geçerliliği ve yapı geçerliliği yapılmış, sonrasında iç tutarlılık katsayıları değerlendirilmiştir.

Dil Geçerliliği

Kanser Damgalama Ölçeği'nin dil geçerliliğinin değerlendirilmesinde sıklıkla kullanılan çeviri-geri çeviri tekniği kullanıldı. Kanser Damgalama Ölçeği'nin maddelerinin Türkçeye çevrilmesinin ardından, ölçek her iki kültür ve dile hakim, iki dil bilim uzmanı tarafından tekrar İngilizceye tercüme edildi. Çeviri sonucunda çevirmenler arasında sonuçlar benzer bulundu.

Kapsam Geçerliliği

Dil eşdeğerliği/geçerliliği tamamlanan Kanser Damgalama Ölçeği, kapsam geçerliliği için üniversitelerin Hemşirelik Bölümünde görevli olan dokuz uzman öğretim üyesine, kültürel eş değerlik ve anlaşılabilirliğinin incelenmesi için uzman görüşüne sunulmuştur (Ek 4). Davis tekniği kullanılarak kapsam geçerliliği değerlendirilmiştir. Uzmanlar ölçek maddelerinin her biri için 1- 4 arasında, 1 “uygun değil”, 2 “maddenin uygun şekilde getirilmesi gerekiyor”, 3 “uygun ama ufak değişiklik gerekiyor”, 4 “çok uygun” şeklinde puanlama yaparak değerlendirmişlerdir. Davis tekniği ile kapsam geçerliliği değerlendirilen Kanser Damgalama Ölçeği'nin, anlaşılabilirliğini değerlendirmek amaçlı 10 kanser hastasına ön uygulama yapılmıştır.

Yapı Geçerliliği

Kanser Damgalama Ölçeği'nde kapsam geçerliliği yapılmasının ardından, çalışmada bulguları netleştirmek için faktör analizi yapıldı. Faktör analizi yapılmadan önce verilerin faktör analizine uygunluğunu ve örneklem yeterliliğini değerlendirmek için altı alt boyutlu olarak KMO ve Bartlett's küresellik testleri uygulanmıştır. KMO değeri 0.894 olarak saptanmıştır. 0.894 değeri temel bileşenler analizi için uygunluğu belirtmektedir. Bartlett's küresellik testi sonucunda da faktör analizi için uygun olduğu bulunmuştur ($\chi^2= 4008.269$, $p=0.000$), (Tablo 4.4).

Faktör analizine uygunluğu belirlenen Kanser Damgalama Ölçeği'nin yapı geçerliliğinin değerlendirilmesinde birden fazla faktör ortaya çıkartmak amacıyla kullanılan açıklayıcı faktör analizi (AFA) ve mevcut modelin doğruluğunu test etmek amacıyla doğrulayıcı faktör analizi (DFA) yöntemleri kullanıldı (Çelik ve Yılmaz, 2013).

Kanser Damgalama Ölçeği'nin Güvenilirlik Çalışması

Bu araştırmada, Kanser Damgalama Ölçeği'nin güvenilirliğinin değerlendirilmesi amacıyla test-tekrar test, iç tutarlılık analizi ve madde analizleri yöntemleri uygulandı.

Test-Tekrar Test Güvenilirlik Analizi

Kanser Damgalama Ölçeği'nin zamana karşı tutarlılığının hesaplanması amacıyla düzenli olarak kemoterapi alan ve araştırmaya dahil edilme kriterlerine uygun kanser hastalarına uygulanmıştır. Literatürde güvenilirlik çalışmalarında test-tekrar test için gerekli sürenin 2-4 hafta arasında olması önerilmektedir. Bu amaçla 24 kanser hastasına mevcut ölçek uygulanmış, daha sonra tedavi zamanı göz önüne alınarak belirlenen süre aralığında (2-4 hafta) tekrar uygulandı. Yapılan birinci ve ikinci uygulama arasındaki tutarlılığı belirlemek amacıyla pearson korelasyon analizi ile "kararlılık katsayısı" hesaplanmıştır (Alpar, 2010).

İç Tutarlılık Analizleri

Kanser Damgalama Ölçeği'nin iç tutarlılık güvenilirliğinin değerlendirilmesinde "Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı hesaplaması" kullanıldı (Alpar, 2010; Çelik ve Yılmaz, 2013).

Cronbach Alfa: Bu çalışmada, ölçeğin geneli ve alt boyutlar için Cronbach alfa katsayıları hesaplandı. Ölçek için Cronbach alfa katsayısının 0.60 ve üzeri olması kabul edilebilir, 0.70 ve üzeri ideal değer olarak iç tutarlılık kriteri olarak alınmıştır (Alpar, 2010).

Madde Analizi

Bu çalışmada, ölçekteki maddelerin ölçeğe katkısını incelemek amacıyla madde analizi yöntemlerinden korelasyonlara dayalı madde analizi ve madde ayırt edicilik gücü indeksi kullanıldı.

Ölçekte ölçülmek istenen kavramın, ölçmede, her bir maddenin ölçme gücünü belirlemek ve bu bilgiden yararlanarak ölçeği daha güvenilir bir duruma getirebilmek amacıyla KDÖ'nin "madde toplam korelasyon katsayısı" hesaplanmıştır. Yapılan çalışmada madde toplam korelasyon katsayısının eksi işaretli olması ve $+0.25$ 'den küçük olması ve maddenin ölçekten çıkartılması durumunda ölçek Cronbach Alfa katsayısının yükselmesi belirleyicileri doğrultusunda ölçek madde analizleri yapılmıştır (Tavşancıl, 2006).

Korelasyona dayalı madde analizinde ikinci olarak ölçekte bulunan her bir madde için, maddelerin ortalama ve standart sapma değerleri hesaplanmıştır (Alpar, 2010; Tavşancıl, 2006).

Ölçekte bulunan her bir maddenin madde ayırt ediciliği ile belirlenmesi amacıyla alt-üst %27'lik gruplara ilişkin madde ortalamaları karşılaştırılmıştır. Ölçek toplam puanı büyükten küçüğe doğru sıralandıktan sonra alt-üst %27'lik gruplar belirlenerek ölçekteki maddelerin bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ile karşılaştırma yapılmıştır.

3.6. Veri Toplama Formunun Ön Uygulanması

Veri toplama formunun anlaşılabilirliği ve kullanılabilirliğini ölçmek amacıyla 15 Ekim 2018 ile 7 Kasım 2018 tarihler arasında 10 hastaya ön uygulama yapıldı. Uygulama sonucuna göre gerekli düzenlemeler yapıldı. Ön uygulama sırasında doldurulan veri toplama formları çalışmaya dahil edilmedi.

3.7. Veri Toplama Formunun Uygulanması

Çalışma verileri 15 Kasım 2018-15 Şubat 2019 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin toplanmasında yüz yüze görüşme tekniği kullanıldı. Kişisel bilgi formu ve ölçek hastaların kendileri tarafından doldurulmuştur. Form ve ölçeğin doldurulması

yaklaşık 15 dakika kadar sürdü. Veriler, hastaların kendilerini iyi hissettikleri ve çalışmaya katılmayı onayladıkları zaman toplandı.

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Kanser Damgalama Ölçeği'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının yapılabilmesi için Hye Young Kim'den e-posta aracılığı ile ölçek kullanım izni alınmıştır (Ek 5). Çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlara çalışmanın amacı anlatılmış ve gönüllü olan hastalardan yazılı onam alınmıştır (Ek 6). Araştırmaya başlamadan önce, Ordu Üniversite Klinik Araştırmalar Etik Kurul onayı (Ek 7) ve Dr. Bursa ili Ali Osman Sönmez Onkoloji Hastanesi'nde araştırmanın yürütülmesi için Bursa İl Sağlık Müdürlüğü'nden araştırma izni (Ek 8) alınmıştır.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizinde için sayı ve yüzde, ortalama, standart sapma, en az ve en çok değerler ve Tablo 3.1'de yer alan istatistiksel analizler kullanıldı. Veriler, IBM SPSS versiyon 23.0 ve faktör analizi için AMOS 23.0 istatistik paket programları ile bir uzman tarafından analiz edildi.

Tablo 3.1. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler

| Özellik | Kullanılan Testler |
|---------------------------------|--|
| Verilerin Normallik Dağılımı | Skewness ve Kurtosis Katsayıları |
| İçerik/Kapsam Geçerliği | Davis Tekniği Kapsam Geçerlik İndeksi |
| Örneklem Büyüklüğü ve Veri | Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) |
| Setinin Faktör Analiz Uygunluğu | Bartlett' Kürsellik Testi |
| Açıklayıcı Faktör Analizi | Temel Bileşenler Analizi Varimax Rotasyon |
| Doğrulayıcı Faktör Analizi | X ² /SD değeri, GFI, IFI CFI, RMSEA, SRMR Uyum İndeksleri ve PATH Diyagramı |
| İç Tutarlılık | Cronbach Alfa Katsayısı Madde Toplam Korelasyonu Alt-Üst %27'lik Dilim Karşılaştırması |
| Sosyo-Demografik Özellikler | Sıklık, Yüzde |
| İlişkisel Çıkarımlar | Pearson Korelasyon Analizi |

4. BULGULAR

Bu çalışmada, Kanser Damgalama Ölçeği (KDÖ)'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla, KDÖ'nin geçerlilik ve güvenilirlik analiz sonuçları dil geçerliliği, kapsam geçerliliği, yapı geçerliliği ve iç tutarlılık geçerliliği olmak üzere dört farklı yönden incelenmiştir.

3.6. Kanser Hastalarının Tanımlayıcı Özelliklerinin İncelenmesi

Bu bölümde araştırmaya katılan hastaların tanıtıcı bilgileri (yaş, eğitim, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu vb), hastalık ve hastalık sürecine ilişkin (tanı, evresi, süresi, tedavi şekli, tedavi sürecindeki destek vb) bilgiler yer almıştır.

Araştırmaya katılan hastaların tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 4.1'de gösterilmiştir. Hastaların yaş ortalaması 56.11 ± 11.14 yaş, %31.5'i 50-59 yaş aralığındadır. Katılımcıların yarısından fazlası kadın (%53.2), %83.5'i evli, %47.1'i ilkokul mezunudur. Katılımcıların %88.1'i çalışmadığını, %11.9'u çalışmaya devam ettiğini belirtmiştir. Katılımcıların %73.4'ü gelirini orta olarak tanımlamaktadır. Hastaların %56.3'nün ilçede, %30.9'u ise il merkezinde yaşadığı saptandı.

Tablo 4.1. Kanser Hastalarının Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı (n=327)

| Özellikler (n=327) | n | % |
|---------------------------|----------|----------|
| Cinsiyet | | |
| Kadın | 174 | 53.2 |
| Erkek | 153 | 46.8 |
| Yaş | | |
| 20-29 yaş | 4 | 1.2 |
| 30-39 yaş | 23 | 7.0 |
| 40-49 yaş | 58 | 17.7 |
| 50-59 yaş | 103 | 31.5 |
| 60-69 yaş | 99 | 30.3 |
| 70-79 yaş | 40 | 12.2 |
| Medeni durum | | |
| Evli | 273 | 83.5 |
| Bekar | 19 | 5.8 |
| Dul | 35 | 10.7 |
| Eğitim durumu | | |
| Okuryazar | 22 | 6.7 |
| İlkokul | 154 | 47.1 |
| Ortaokul | 51 | 15.6 |
| Lise | 63 | 19.3 |
| Üniversite | 37 | 11.3 |
| Çalışma durumu | | |
| Çalışıyor | 39 | 11.9 |
| Çalışmıyor | 288 | 88.1 |
| Ekonomik durum | | |
| İyi | 41 | 12.5 |
| Orta | 240 | 73.4 |
| Kötü | 38 | 11.6 |
| Çok kötü | 8 | 2.4 |
| Yaşadığı yer | | |
| Köy | 26 | 8.0 |
| Kasaba | 16 | 4.8 |
| İlçe | 184 | 56.3 |
| İl | 101 | 30.9 |

Hastaların %33.6'sının ailesinde kanser öyküsü bulunduğunu ve %41'i tedavilerinin ilk 3-11 ayı içinde, %26'sı 1-4 yıl içindedir. Hastaların %31.8'i 2. evredir. Hastaların tümü kemoterapi almaktadır. Katılımcıların %84.7'si tedavi süreçleri boyunca kendilerine destek olan birileri olduğunu ve %98.9'u bu desteği en çok 1.derece yakınlarından (eş, anne, baba) gördüklerini belirtmişlerdir (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Kanser Hastalarının Hastalık ve Hastalık Süreçlerine İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n=327)

| Tıbbi Tanı | n | % |
|--------------------------------|----------|----------|
| Akciğer | 110 | 33.6 |
| Kolon | 52 | 15.9 |
| Meme | 117 | 35.8 |
| Rahim | 23 | 7.0 |
| Prostat | 12 | 3.7 |
| Mide | 13 | 4.0 |
| Hastalık süresi | | |
| 3-11 ay | 134 | 41.0 |
| 1-4 yıl | 85 | 26.0 |
| 5-8 yıl | 79 | 24.1 |
| 9-12 yıl | 29 | 8.9 |
| Kanser evresi | | |
| Kanser evresini bilmiyor | 11 | 3.4 |
| Evre | 78 | 23.9 |
| Evre | 104 | 31.8 |
| Evre | 54 | 16.4 |
| Evre | 80 | 24.5 |
| Tedavi tipi | | |
| Kemoterapi | 327 | 100.0 |
| Ailede Kanser Öyküsü | | |
| Evet | 217 | 66.4 |
| Hayır | 110 | 33.6 |
| Tedavi destek olan kişi | | |
| Hayır | 43 | 13.1 |
| Dönem dönem | 7 | 2.1 |
| Evet | 277 | 84.7 |
| 1.derece | 274 | 98.9 |
| 2.derece | 1 | 0.4 |
| 3.derece | 2 | 0.7 |

Tablo 4.3’de kanser hastalarının tanımlayıcı özellikleri ile KDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması sunulmuştur. Hastaların eğitim durumuna göre KDÖ puan ortalamalarının; “okuryazar” olanlarda 43.95 ± 14.53 , “ilkokul mezunu” olanlarda 37.40 ± 11.28 , “ortaokul mezunu” olanlarda 39.37 ± 10.08 , “lise mezunu” olanlarda 35.17 ± 10.31 , “üniversite mezunu” olanlarda 39.70 ± 2.08 olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (**p=0.018**). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde; okuryazar olanlar ile ilkokul ve lise mezunu olanlar arasındaki puan farkından kaynaklandığı belirlenmiştir. Çalışan hastalarda KDÖ puan ortalaması 32.58 ± 6.76 , çalışmayanlarda 38.71 ± 11.71 olup istatistiksel olarak anlamlı bulundu (**p=0.001**). Çalışan bireylerin çalışmayan bireylere göre KDÖ puanı daha yüksek olarak tespit edildi. Ekonomik durumunu “iyi” olarak değerlendiren hastaların KDÖ puan ortalaması 33.0 ± 6.66 , “orta” olarak değerlendirenlerde 37.95 ± 11.57 , “kötü” olarak değerlendirenlerde 42.44 ± 12.11 , “çok kötü” olarak değerlendirenlerde ise 43.00 ± 13.01 olarak tespit edildi ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu (**p=0.001**). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde; ekonomik durumunu “iyi” olarak tanımlayan bireyler ile ekonomik durumunu “orta, kötü ve çok kötü” olarak tanımlayan bireyler arasındaki puan farkından ve ekonomik durumunu “orta” olarak tanımlayan bireyler ile ekonomik durumunu “kötü” olarak tanımlayan bireyler arasındaki puan farkından kaynaklandığı belirlenmiştir. Hastaların cinsiyet, medeni durum ve yaşadığı yer ile KDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulunmuştur ($p > 0.05$).

Tablo 4.3. Kanser Hastalarının Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Kanser Damgalama Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

| Değişkenler | n | Ortalama ± SS | Test ve p değeri |
|-------------------------|-----|---------------|--------------------------------|
| Cinsiyet | | | |
| Kadın | 174 | 37.58±10.74 | t=0.268 |
| Erkek | 153 | 38.43±12.12 | p=0.605 |
| Medeni durum | | | |
| Evli | 273 | 37.73±11.16 | |
| Bekar | 19 | 40.47±14.99 | F=0.552 |
| Dul | 35 | 38.51±11.21 | p=0.576 |
| Eğitim durumu | | | |
| Okuryazar ^a | 22 | 43.95±14.53 | |
| İlkokul ^b | 154 | 37.40±11.28 | |
| Ortaokul ^c | 51 | 39.37±10.08 | F=3.037 |
| Lise ^d | 63 | 35.17±10.31 | p=0.018 |
| Üniversite ^e | 37 | 39.70± 2.08 | (fark a-b, a-d arasında) |
| Çalışma durumu | | | |
| Çalışan | 39 | 32.58±6.76 | t=10.180 |
| Çalışmayan | 288 | 38.71±11.7 | p=0.002 |
| Ekonomik durum | | | |
| İyi ^a | 41 | 33.00±6.66 | |
| Orta ^b | 240 | 37.95±11.57 | F=5.267 |
| Kötü ^c | 38 | 42.44±12.11 | p=0.001 |
| Çok kötü ^d | 8 | 43.00±13.01 | (fark a-b,c,d b-c arasında) |
| Yaşadığı yer | | | |
| Köy | 26 | 41.65±142.27 | |
| Kasaba | 16 | 41.00±9.54 | F=1.482 |
| İlçe | 184 | 37.36±11.73 | p=0.219 |
| İl | 101 | 37.68±10.08 | |

Tablo 4.4’de kanser hastalarının hastalık ve hastalık süreçlerine ilişkin özellikleri ile KDÖ’nin puan ortalamalarının karşılaştırılması sunulmuştur.

Ailede kanser tanısı almış birey olan hastaların KDÖ puanları 35.16±9.02, ailesinde kanser tanısı olmayan hastaların KDÖ puanlarının 39.41±12.20 olduğu ve aralarındaki puan farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu (**p=0.001**).

Ailede kanser hastası olan bireylerin, olmayan bireylere göre KDÖ puan ortalamaları daha yüksek olarak saptandı.

Kanser evresini bilmeyen hastalarda KDÖ puan ortalaması 35.72 ± 8.03 , birinci evrede olanlarda 33.87 ± 7.54 , ikinci evrede olanlarda 40.63 ± 14.00 , üçüncü evrede olanlarda 38.09 ± 9.86 , dördüncü evrede olanlarda 38.77 ± 11.15 olduğu ve gruplar farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu (**p=0.002**). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde; kanser hastalığı 1.evrede olanlar ile 2.evre, 3.evre ve 4. evrede olanlar arasındaki puan farkından kaynaklandığı belirlendi. İkinci evre kanser hastası olan katılımcıların damgalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Hastaların tıbbi tanısı, kanser tedavi süresi, tedavi tipi ve tedavi sürecinde destek varlığı ve yakınlık derecesi ile Kanser Damgalama Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > 0.05$).

Tablo 4.4. Kanser Hastalarının Hastalık ve Hastalık Süreçlerine İlişkin Özelliklerine Göre Kanser Damgalama Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

| Değişkenler | n | Ortalama \pm SS | Test ve p değeri |
|-----------------------------------|-----|-------------------|-------------------------|
| Tıbbi tanı | | | |
| Akciğer | 110 | 37.74 \pm 12.44 | |
| Kolon | 52 | 38.25 \pm 11.57 | |
| Meme | 117 | 36.35 \pm 10.22 | F=1.856 |
| Rahim | 23 | 41.78 \pm 11.33 | p=0.102 |
| Prostat | 12 | 42.16 \pm 12.34 | |
| Mide | 13 | 43.00 \pm 8.34 | |
| Ailede kanser tanılı birey | | | |
| Yok | 217 | 39.41 \pm 12.20 | t=-10.417 |
| Var | 110 | 35.16 \pm 9.02 | p=0.001 |
| Kanser tedavi süresi | | | |
| 3-11 ay | 13 | 37.35 \pm 11.29 | |
| 1-4 yıl | 85 | 39.81 \pm 12.60 | |
| 5-8 yıl | 79 | 37.53 \pm 10.72 | F=1.022 |
| 9-12 yıl | 29 | 36.72 \pm 9.79 | p=0.383 |
| Kanser evresi | | | |
| Evre bilinmiyor ^a | 11 | 35.72 \pm 8.03 | |
| Evre ^b | 78 | 33.87 \pm 7.54 | |
| Evre ^c | 10 | 40.63 \pm 14.00 | F=4.315 |
| 3. Evre ^d | 54 | 38.09 \pm 9.86 | p=0.002 |
| Evre ^e | 80 | 38.77 \pm 11.15 | (fark b-c,d,e arasında) |

Tablo 4.4. Kanser Hastalarının Hastalık ve Hastalık Süreçlerine İlişkin Özelliklerine Göre Kanser Damgalama Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Devam)

| Destek durumu | | | |
|----------------------|-----|-------------|---------|
| Hayır | 43 | 39.11±13.19 | |
| Dönem dönem | 7 | 39.71±13.88 | F=0.344 |
| Evet | 277 | 37.76±11.07 | p=0.709 |

4.2. Kanser Damgalama Ölçeği'nin Geçerliliğinin İncelenmesi

Kanser Damgalama Ölçeği'nin Türk kültürü için geçerliliğinin değerlendirilmesi amacıyla; dil geçerliliği, kapsam geçerliliği ve yapı geçerlilikleri incelendi ve bulgular sunuldu.

4.2.1. Kanser Damgalama Ölçeğinin Dil Geçerliliği

KDÖ'nin dil geçerliliğinin değerlendirilmesi amacıyla İngilizce dil bilim uzmanı tarafından ölçeğin Türkçe'ye çevirisi yapılmıştır. KDÖ'nin Türkçe'ye çevirisi yapıldıktan sonra, her iki dile ve kültüre hakim olan dil bilim uzmanı tarafından İngilizce'ye yeniden çevirisi yapıldı. Çeviri işlemi sonucunda ölçek maddelerinin çevirilerinden benzer sonuçlar elde etmiştir

4.2.2. Kanser Damgalama Ölçeğinin Kapsam Geçerliliği

Dil geçerliliği tamamlanan KDÖ'nin kapsam geçerliliğinin değerlendirilmesi amacıyla cerrahi hemşireliği alanında 9 öğretim üyesinin uzman görüşüne başvurulmuştur. Öğretim üyeleri KDÖ'nin kültürel açıdan uygunluğunu ve anlaşılabilirliğini değerlendirerek uzman görüşlerini bildirmişlerdir. Uzmanlardan her bir maddeye 1-4 arasında, 1 puan "Madde uygun değil", 2 puan "Uygun ancak maddelerin/ifadelerin uygun şekilde getirilmesi gerekir", 3 puan "Uygun ancak ufak değişiklik gerekiyor", 4 puan "Madde uygun" şeklinde puan vererek ölçek maddelerinin kültürel uygunluğunu ve anlaşılabilirliğini değerlendirmeleri istenmiştir.

Uzman önerilerine göre, 1. madde olan "*Kanser olduğum için kendimi suçlu hissediyorum*" ifadesi aynen kalmış, 2. madde olan "*Kanser olmak kötü bir insanmışım gibi hissettiriyor*" ifadesi "*Kanser olmak kendimi kötü bir insan gibi*

hissettiriyor” olarak değiştirilmiştir. 3. madde olan “*Kanser olduğum için diğerleri kadar iyi olmadığımı hissediyorum*” ifadesi “*Kanser olduğum için diğer insanlar kadar iyi olmadığımı hissediyorum*” olarak değiştirilmiştir. 4. madde olan “*Kanser olmam kötü hissettiriyor*” ifadesi “*Kanser olmam kötü hissetmeme neden oluyor.*” olarak değiştirilmiştir. 5. madde olan “*Dünyanın geri kalanından izole olmuş, ayrılmış hissediyorum*” ifadesi “*Dünyanın geri kalanından izole edilmiş, dışlanmış hissediyorum*” olarak değiştirilmiştir. 6. madde olan “*Bazıları kötü alışkanlıklarımın dolayısıyle kanseri hak ettiğimi söylüyor*” ifadesi değiştirilmemiştir. 7. madde olan “*Sağlık bakım uzmanım belirtilerimi ciddiye almadığı için kanser tanımı gecikti*” ifadesi “*Sağlık personelleri belirtilerimi ciddiye almadığı için kanser tanımı gecikti*” olarak değiştirilmiştir. 8. madde olan “*Kanser olduğumu söylediğimde arkadaşlarımı kaybettim*” ifadesi değiştirilmemiştir. 9. madde olan “*Bazıları ile görüşmeyi onların tepkilerinden dolayı kestim*” ifadesi “*Tepkileri yüzünden bazıları ile görüşmeyi kestim*” olarak değiştirilmiştir. 10. madde olan “*İnsanlar fiziksel olarak benden uzaklaştılar*” ifadesi “*İnsanlar fiziksel olarak benden uzak duruyorlar*” olarak değiştirilmiştir. 11. madde olan “*İnsanlar kanser olduğumu öğrendikten sonra aramayı bıraktı*” ifadesi değiştirilmemiştir. 12. madde olan “*İnsanlar kanser olduğum için benden korkuyor gibi görünüyor.*” ifadesi değiştirilmemiştir. 13. madde olan “*Tanıdığım insanlar iyi yönlerimi görmezden gelme eğilimindedirler*” ifadesi “*Tanıdığım insanlar iyi yönlerimi görmezden geliyorlar*” olarak değiştirilmiştir. 14. madde olan “*İnsanlar kanser olduğumu bildiklerinde bana dokunmaktan kaçınıyorlar*” ifadesi değiştirilmemiştir. 15. Madde olan “*Kanser ölümle ilişkilendirdiği için insanlar sizden kaçıyorlar*” ifadesi “*Kanser ölümle ilişkilendirdiği için insanlar benden kaçıyorlar.*” olarak değiştirilmiştir. 16. Madde olan “*Tanıdığım bazı insanlar mesafeli davranıyor*” ifadesi “*Tanıdığım bazı insanlarla aramızdaki mesafe arttı*” olarak değiştirilmiştir. 17. madde olan “*İnsanların bana karşı ayrımcılık yapmasından endişeleniyorum*” ifadesi değiştirilmemiştir. 18. madde olan “*Kanserli insanlara toplumdan dışlanmış gibi davranılıyor*” ifadesi değiştirilmemiştir. 19. madde olan “*Kanser olduğumu öğrendiklerinde insanların tepkilerinden incindim*” ifadesi değiştirilmemiştir. 20. madde olan “*Kanser olduğumu öğrendiklerinde insanların beni yargılamalarından endişeleniyorum*” ifadesi değiştirilmemiştir. 21. Madde olan “*Kanser kişinin kendisinin sebep olduğu bir hastalıkmiş gibi görülüyor*” ifadesi “*Kanser kişinin*

kendisinden kaynaklı bir hastalıkmiş gibi görülüyor” olarak değiştirilmiştir. 22. madde olan “Bazı insanlar kanser olmak benim hatammış gibi davranıyor” ifadesi değiştirilmemiştir. 23. Madde olan “Hastanın kötü alışkanlıkları olmasa bile bazıları hastanın kötü alışkanlık nedeniyle kanser olduğunu düşünüyor” ifadesi “Bireyin kötü alışkanlıkları olmasa bile bazıları bireyin kötü alışkanlıkları nedeniyle kanser olduğunu varsayıyor” olarak değiştirilmiştir. 24. madde olan “Sağlık bakım uzmanları kanser hastalarının belirtilerini ciddiye almıyorlar (örneğin akciğer kanseri için öksürük, kolon kanseri için kabızlık, meme kanseri için kitle, serviks kanseri için anormal kanama, mide kanseri için mide şişkinliği ve hazımsızlık)” ifadesi “Sağlık personelleri kanser hastalarının belirtilerini ciddiye almıyorlar (örneğin akciğer kanseri için öksürük, kolon kanseri için kabızlık, meme kanseri için kitle, serviks kanseri için anormal kanama, mide kanseri için mide şişkinliği ve hazımsızlık)” olarak değiştirilmiştir.

Davis tekniği ile kapsam geçerliği değerlendirilen KDÖ'nin ait bütün maddelerin KGO skorları 0.77-1.00 arasında değişmektedir. KGİ skoru 0.95 olarak belirlenmiştir. Bu nedenle, kapsam geçerliği incelenen KDÖ'nden bu aşamada herhangi bir madde çıkarılmamıştır. KDÖ'ne ait maddelerin KGO ve KGİ skorları Tablo 4.5.'de verilmiştir.

Tablo 4.5. Kanser Damgalama Ölçek Maddelerine Ait KGİ Skorları

| | 4 | 3 | 2 | 1 | KGO Skoru |
|---|---|---|---|---|--------------|
| Kanser olduğum için kendimi suçlu hissediyorum. | 9 | - | - | - | 1 |
| Kanser olmak kendimi kötü bir insan gibi hissettiriyor. | 7 | 2 | - | - | 1 |
| Kanser olduğum için diğer insanlar kadar iyi olmadığımı hissediyorum. | 7 | 2 | - | - | 1 |
| Kanser olmam kötü hissetmeme neden oluyor. | 6 | 2 | 1 | - | 0.77 |
| Dünyanın geri kalanından izole edilmiş, dışlanmış hissediyorum. | 9 | - | - | - | 1 |
| Bazıları kötü alışkanlıklarımın dolayı kanseri hak ettiğimi söylüyor. | 8 | 1 | - | - | 1 |
| Sağlık personelleri belirtilerimi ciddiye almadığı için kanser tanımı gecikti | 6 | 2 | 1 | - | 0.77 |
| Kanser olduğumu söylediğimde arkadaşlarımı kaybettim. | 9 | - | - | - | 1 |
| Tepkileri yüzünden bazıları ile görüşmeyi kestim | 8 | 1 | - | - | 1 |

Tablo 4.5. Kanser Damgalama Ölçek Maddelerine Ait KGİ Skorları (Devam)

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|--------------|
| . İnsanlar fiziksel olarak benden uzak duruyorlar. | 8 | 1 | - | - | 1 |
| . İnsanlar kanser olduğumu öğrendikten sonra aramayı bıraktı. | 9 | - | - | - | 1 |
| . İnsanlar kanser olduğum için benden korkuyor gibi görünüyor. | 9 | - | - | - | 1 |
| . Tanıdığım insanlar iyi yönlerimi görmezden geliyorlar. | 7 | 2 | - | - | 1 |
| . İnsanlar kanser olduğumu bildiklerinde bana dokunmaktan kaçınıyorlar. | 9 | - | - | - | 1 |
| . Kanser ölümle ilişkilendirdiği için insanlar sizden kaçıyorlar. | 7 | 1 | 1 | - | 0.77 |
| . Tanıdığım bazı insanlarla aramızda mesafe arttı. | 6 | 2 | 1 | - | 0.77 |
| . İnsanların bana karşı ayrımcılık yapmasından endişeleniyorum. | 9 | - | - | - | 1 |
| . Kanserli insanlara toplumdaki dışlanmış gibi davranılıyor. | 9 | - | - | - | 1 |
| . Kanser olduğumu öğrendiklerinde insanların tepkilerinden incindim. | 9 | - | - | - | 1 |
| . Kanser olduğumu öğrendiklerinde insanların beni yargılamalarından endişeleniyorum. | 9 | - | - | - | 1 |
| . Kanser kişinin kendisinden kaynaklı bir hastalıkmiş gibi görülüyor. | 7 | 2 | - | - | 1 |
| . Bazı insanlar kanser olmak benim hatammış gibi davranıyor. | 9 | - | - | - | 1 |
| . Bireyin kötü alışkanlıkları olmasa bile bazıları bireyin kötü alışkanlıkları nedeniyle kanser olduğunu varsayıyor. | 7 | 2 | - | - | 1 |
| . Sağlık personelleri kanser hastalarının belirtilerini ciddiye almıyorlar (örneğin akciğer kanseri için öksürük, kolon kanseri için kabızlık, meme kanseri için kitle, serviks kanseri için anormal kanama, mide kanseri için mide şişkinliği ve hazımsızlık). | 7 | 1 | 1 | - | 0.77 |
| Kapsam Geçerlik İndeksi | | | | | 0.954 |

4.2.3. Kanser Damgalama Ölçeği'nin Yapı Geçerliliği

Kapsam geçerliliği değerlendirilen KDÖ'ne yönelik daha net bulgular elde edilmesi ve ölçeğin Türk kültürüne uygunluğunu değerlendirmek amacıyla açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri yapılmıştır. Faktör analizleri yapılmadan önce yapılan araştırmanın örnekleminin faktör analizine yeterliliği ve uygunluğunun değerlendirilmesi için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Bartlett's küresellik testleri kullanılmıştır (Tablo 4.6). KMO değeri 0.894 olarak hesaplanmış ve bu değer ölçeğin faktör analizi için yeterli uygunlukta olduğunu gösterdiği şeklinde yorumlanmaktadır.

Aynı şekilde, Bartlett's küresellik testi sonuçları da ($\chi^2=4008.269$, $p=0.000$) verinin birbiri ile ilişki gösterdiği ve faktör analizi için uygun olduğunu göstermektedir.

Tablo 4.6. Kanser Damgalama Ölçeği Maddelerine Ait KMO ve Bartlett's Testi Değerleri

| | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| Kaiser Meyer Olkin (KMO) | 0.894 |
| Bartlett's Küresellik Testi | $\chi^2=4008.269$, $p=0.000$ |

* $p < 0.05$

4.3. Kanser Damgalama Ölçeği Faktör Analizi Bulguları

Tablo 4.7'de Kanser Damgalama Ölçeği'nin madde faktör yükleri ve açıklanan varyans değeri sunulmuştur. KDÖ'nin orijinal yapısına benzer şekilde altı alt boyuttan oluştuğu görülmektedir. Ancak 6. maddenin faktör yükü 0.30'den küçük olduğu için bu aşamada ölçekten çıkartılmıştır. Ölçeğe ait 23 maddenin faktör yükleri 0.50'ın üzerindedir (Alpar, 2010). Maddenin faktör yükü ve açıklanan varyans 1. Alt boyut olan "Tıbbi Desteğin Eksikliği" için 7.260, 2. alt boyut olan "Suçluluk" için 11.865, 3. alt boyut olan "Sosyal İzolasyon" için 18.231, 4. alt boyut olan "Uzaklaşma Kaçınma" için 10.521, 5. Alt boyut olan "Ayrımcılık" için 10.083 ve 6. alt boyut olan "Nitelik" için 9.997'dir. Kanser Damgalama Ölçeği'nin toplam açıklanan varyans değeri 67.957'dir. Sonuç olarak bu aşamada KDÖ'nden 6. madde çıkarılmış, ölçek 23 madde ve madde alt boyutlu olarak belirlenmiştir.

Tablo 4.7. Kanser Damgalama Ölçeği'ne Yönelik Faktör Analizi Bulguları

| Madde | Tıbbi Desteğin Eksikliği | Suçluluk | Sosyal İzolasyon | Uzaklaşma Kaçınma | Ayrımcılık | Nitelik |
|-------------------------------------|--------------------------|----------|------------------|-------------------|------------|---------|
| Madde 24 | 0.559 | | | | | |
| Madde 7 | 0.903 | | | | | |
| Madde 6 | 0.197 | | | | | |
| Madde 3 | | 0.591 | | | | |
| Madde 2 | | 0.603 | | | | |
| Madde 1 | | 0.533 | | | | |
| Madde 4 | | 0.652 | | | | |
| Madde 5 | | 0.741 | | | | |
| Madde 10 | | | 0.854 | | | |
| Madde 9 | | | 0.790 | | | |
| Madde 8 | | | 0.857 | | | |
| Madde 11 | | | 0.901 | | | |
| Madde 12 | | | 0.740 | | | |
| Madde 15 | | | | 0.809 | | |
| Madde 14 | | | | 0.787 | | |
| Madde 13 | | | | 0.715 | | |
| Madde 16 | | | | 0.795 | | |
| Madde 19 | | | | | 0.590 | |
| Madde 18 | | | | | 0.686 | |
| Madde 17 | | | | | 0.728 | |
| Madde 20 | | | | | 0.594 | |
| Madde 22 | | | | | | 0.785 |
| Madde 21 | | | | | | 0.574 |
| Madde 23 | | | | | | 0.641 |
| Açıklanan Varyans (%) | 7.260 | 11.865 | 18.231 | 10.521 | 10.083 | 9.997 |
| Toplam Açıklanan Varyans (%) | | | | 67.957 | | |

4.3.1. Doğrulayıcı Faktör Analizine Yönelik Bulgular

Açıklayıcı faktör analizi yapılarak değerlendirilen KDÖ'nden daha net bulgular elde edebilmek için ölçek modelinin öncelikle 24 madde ve altı alt boyuttan oluşan orijinal hali, daha sonra madde faktör yükü düşük bulunan 6. madde çıkartılarak 23 madde ve altı alt boyuttan oluşan ölçeğe doğrulayıcı faktör analizi uygulanmıştır. Ölçeğin, orijinal modeline uygulanan doğrulayıcı faktör verileri normal ve kabul edilebilir değerlerin altında bulunmuştur. Ek olarak, 6. maddenin standardize edilmiş regresyon kat sayısı 0.30'un altında bulunmuştur. Literatürde, standardize edilmiş

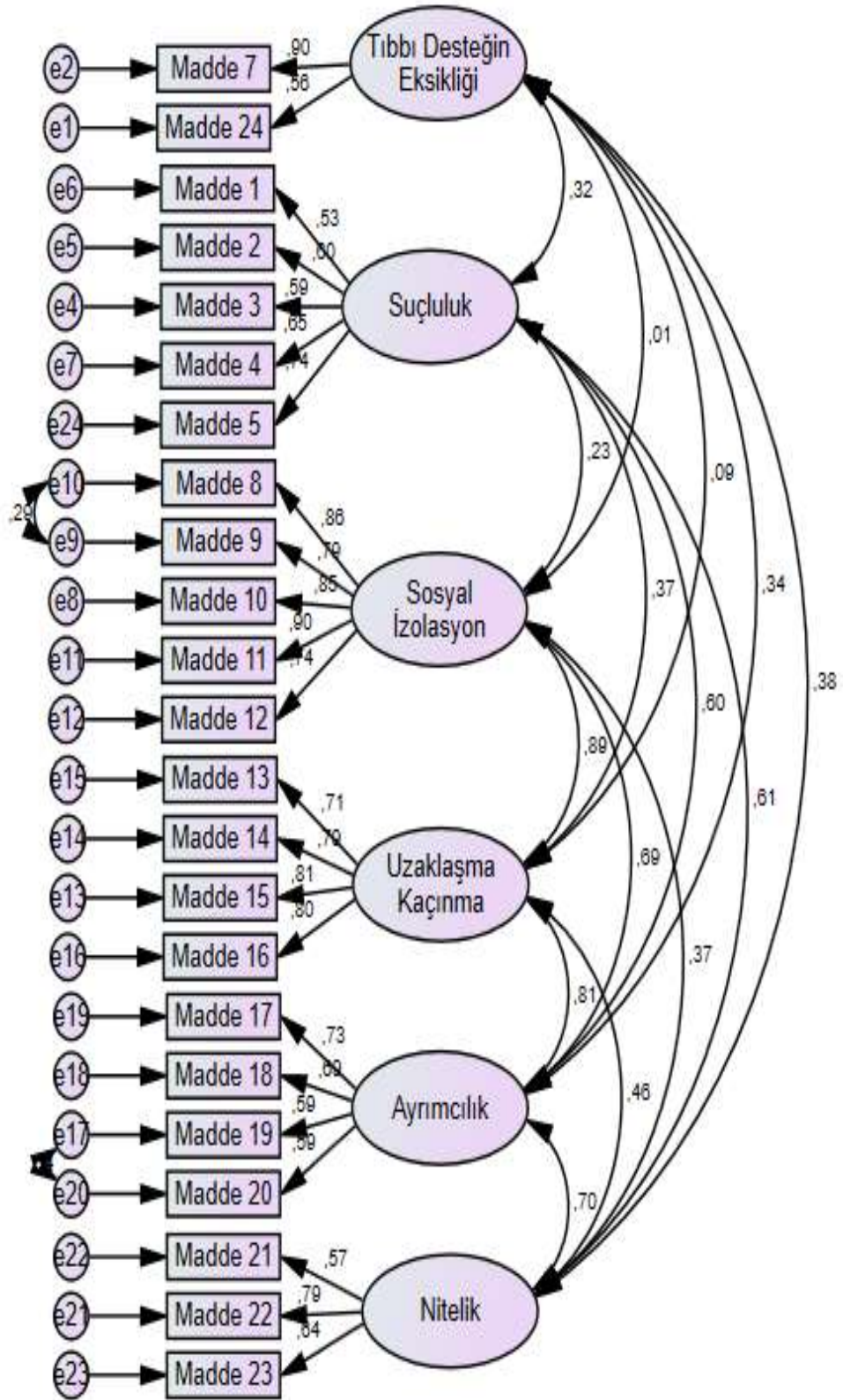
regresyon kat sayısı 0.30 altında olan maddenin çıkartılması önerilmektedir (Erkan ve Gömleksiz, 2014). Bu nedenle ölçekten 6. madde çıkartılarak ölçğe tekrar doğrulayıcı faktör analizi uygulanmış ve 23 madde ve altı alt boyuttan oluşan KDÖ'ne yönelik uyum indeksi değerleri, normal ve kabul edilebilir değerler olarak bulunmuştur.

Tablo 4.8'te görüldüğü gibi KDÖ'ne ait modelin uyumunu incelemek için birçok indeksten yararlanılmıştır. Bunlardan; χ^2/SD değeri 2.928, GFI 0.856, IFI 0.905, CFI 0.904, RMSEA 0.077 ve SRMR 0.057 olarak saptanmış ve ölçğin bu hali ile kabul edilebilir olduğuna karar verilmiştir.

Tablo 4.8. Kanser Damgalama Ölçeği'nin Uyum İndeksi Değerleri, Normal ve Kabul Edilebilir Değerler

| | Model Uyum İndeks Değerleri | İyi Uyum Değerleri (Kabul Edilebilir Uyum) |
|--------------|------------------------------------|---|
| χ^2/SD | 2.928 | ≤ 3 (4-5) |
| GFI | 0.856 | ≥ 0.90 (0.89-0.85) |
| IFI | 0.905 | ≥ 0.95 (0.94-0.90) |
| CFI | 0.904 | ≥ 0.95 (0.94-0.90) |
| RMSEA | 0.077 | ≤ 0.05 (0.06-0.08) |
| SRMR | 0.057 | ≤ 0.05 (0.06-0.08) |

Şekil 4.1'de KDÖ'ne yönelik alt boyutlar ve maddelere ait faktör yükleri PATH diyagramı şeklinde sunuldu. 23 madde ve altı alt boyuttan oluşan modele ait doğrulayıcı faktör analizi değerlerinin 0.30'un üstünde olduğu görülmektedir. Tüm maddelere ait t değerleri 1.96'nın üzerinde bulunmuştur (Çapık, 2015).



Şekil 4.1. Kanser Damgalama Ölçeği'nin Türkçe Versiyonu PATH Diyagramı

4.4. Kanser Damgalama Ölçeği Güvenilirliğine İlişkin İç Tutarlık Bulguları

Tablo 4.9’da KDÖ’nin madde ortalamaları, standart sapmaları, madde ve toplam korelasyon değerleri ve madde silinirse Cronbach α katsayıları sunulmuştur. Tablo 4.9’da görüldüğü gibi toplam KDÖ’nin Cronbach α katsayısı 0.897’dir. Cronbach Alpha kat sayısı; “*Sosyal izolasyon*” alt boyutu için 0.917, “*Nitelik*” alt boyutu için 0.898, “*Uzaklaşma-kaçınma*” alt boyutu için 0.852, “*Suçluluk*” alt boyutu için 0.758, “*Ayrımcılık*” alt boyutu için 0.692 ve “*Tıbbi desteğin eksikliği*” alt boyutu için 0.664’dür. Ölçeğin tüm maddelerine yönelik madde toplam korelasyonları pozitif değerlidir ve herhangi bir maddenin silinmesi, ölçek Cronbach α katsayısında önemli bir yükselmeye sebep olmamaktadır. Bu nedenle bu aşamada da ölçekten hiçbir madde çıkarılmamıştır.

Tablo 4.9. Kanser Damgalama Ölçeği'ne Ait Madde-Toplam Korelasyon ve Cronbach α Kat Sayıları

| | n | Ortalama \pm SS | Madde-Toplam korelasyonları | Madde silinirse Cronbach α |
|--|----------|-------------------------------------|------------------------------------|---|
| Madde 1 | 327 | 1.48 \pm 0.99 | 0.353 | 0.897 |
| Madde 2 | 327 | 1.22 \pm 0.069 | 0.382 | 0.896 |
| Madde 3 | 327 | 1.75 \pm 1.04 | 0.357 | 0.897 |
| Madde 4 | 327 | 1.76 \pm 1.04 | 0.404 | 0.896 |
| Madde 5 | 327 | 1.48 \pm 0.95 | 0.541 | 0.892 |
| Madde 7 | 327 | 1.44 \pm 1.01 | 0.288 | 0.899 |
| Madde 8 | 327 | 1.29 \pm 0.72 | 0.550 | 0.892 |
| Madde 9 | 327 | 1.37 \pm 0.78 | 0.559 | 0.892 |
| Madde 10 | 327 | 1.34 \pm 0.77 | 0.626 | 0.891 |
| Madde 11 | 327 | 1.33 \pm 0.76 | 0.600 | 0.891 |
| Madde 12 | 327 | 1.32 \pm 0.74 | 0.600 | 0.891 |
| Madde 13 | 327 | 1.43 \pm 0.89 | 0.610 | 0.890 |
| Madde 14 | 327 | 1.39 \pm 0.82 | 0.604 | 0.891 |
| Madde 15 | 327 | 1.26 \pm 0.70 | 0.623 | 0.891 |
| Madde 16 | 327 | 1.54 \pm 0.91 | 0.609 | 0.890 |
| Madde 17 | 327 | 1.46 \pm 0.91 | 0.619 | 0.890 |
| Madde 18 | 327 | 1.46 \pm 0.91 | 0.592 | 0.891 |
| Madde 19 | 327 | 1.46 \pm 0.91 | 0.574 | 0.891 |
| Madde 20 | 327 | 1.62 \pm 1.01 | 0.570 | 0.891 |
| Madde 21 | 327 | 1.94 \pm 1.15 | 0.371 | 0.898 |
| Madde 22 | 327 | 1.49 \pm 0.97 | 0.573 | 0.892 |
| Madde 23 | 327 | 1.84 \pm 1.13 | 0.523 | 0.893 |
| Madde 24 | 327 | 1.34 \pm 0.85 | 0.298 | 0.889 |
| Sosyal İzolasyon Nitelik | | | | 0.917 |
| Uzaklaşma- Kaçınma Suçluluk | | | | 0.898 |
| Ayrımcılık | | | | 0.852 |
| Tıbbi Destegin Eksikligi | | | | 0.758 |
| Toplam Kanser Damgalama Ölçeği Cronbach α | | | | 0.692 |
| | | | | 0.664 |
| | | | | 0.897 |

Tablo 4.10’de KDÖ’nin Türkçe formunun alt ve üst %27’lik grup karşılaştırma analizi sonuçları sunulmuştur. KDÖ’nin alt ve üst %27’lik grupların aralarındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.000$). Bu sonuç, KDÖ’nin madde ayırt ediciliğinin yeterli olduğu şeklinde yorumlanmaktadır.

Tablo 4.10. Kanser Damgalama Ölçeği’nin Alt %27’lik Dilim Puanlarının Karşılaştırılması

| | n | Ortalama | SS | Önemlilik |
|-------------------|----------|-----------------|-----------|------------------|
| Üst %27’lik Dilim | 88 | 53.77 | 0.99 | t=24.776 |
| Alt %27’lik Dilim | 88 | 27.67 | 0.69 | p=0.000 |

4.5. Kanser Damgalama Ölçeği Test-Tekrar Test Güvenilirliği

Tablo 4.11’de KDÖ’nin test-tekrar test güvenilirliğine ilişkin veriler sunulmuştur. İlk ve ikinci uygulama arasındaki ölçek toplam puanına ilişkin korelasyon pozitif yönde, anlamlı ve güçlü bir ilişki oluşturmaktadır ($r=0.94$, $p<0.05$). Ölçek, uygulanan test-tekrar test sonucunda zamana karşı tutarlık açısından güvenilir bulunmuştur.

Tablo 4.11. Kanser Damgalama Ölçeği’nin Test-Tekrar Test Sonuçları

| | n | Ort. | SS. | r* |
|----------|----------|-------------|------------|----------------|
| İlk test | 24 | 48.12 | 0.99 | 0.94 |
| Son test | 24 | 47.32 | 0.79 | p=0.000 |

*Pearson Korelasyon Kat Sayısı

Kanser Damgalama Ölçeği’nden alınan en düşük, en yüksek ve ortalama puanlarının dağılımı Tablo 4.12’de sunulmuştur. Buna göre 327 örneklem ile yapılan çalışmada kanser hastaları en düşük 25 puan alırken, en yüksek 83 puan almıştır. Kanser Damgalama Ölçeğinden kanser hastalarının aldıkları ortalama puan 37.98 ± 11.40 puan olarak saptandı. Puanların yorumunda kesme değeri olmayıp puan arttıkça bireylerin damgalama düzeylerinin arttığı şeklinde yorumlanmaktadır.

Bulunan sonuç, çalışmaya katılan kanser hastaların damgalama düzeylerinin *düşük* olduğu şeklinde yorumlanmaktadır.

Tablo 4.12. Kanser Damgalama Ölçeği'nden Alınan Puanların Dağılımı

| | n | Min | Max | Ort. ± SS |
|--------------------------------|----------|------------|------------|------------------|
| Kanser Damgalama Ölçeği | 327 | 25 | 83 | 37.98±11.40 |

5. TARTIŞMA

Hemşirelik bakım ve uygulamalarında kullanılabilecek bir ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliğinin belirlenmesi ve bu doğrultuda yapılan araştırmalarda ölçek çalışmalarının kullanılması hemşirelik literatürüne katkı açısından önemlidir (Karagözoğlu, 2006).

Yapılan araştırma kapsamında kanserli kişilerin tedavi süreci, sosyal ilişkileri ve benlik saygısı gibi hastanın hayatını birçok yönden etkileyen içselleştirilmiş damgalamayı belirlemeye yönelik Kanser Damgalama Ölçeği (KDÖ)'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğinin analiz edilmesi amaçlandı. Bu amaç doğrultusunda, 24 madde ve altı alt boyuttan oluşan kanser damgalama ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik analizlerinin yapılabilmesi için araştırmaya dahil edilme kriterlerine uygun 327 kanser hastasından veriler toplanarak analizleri yapıldı.

Ölçeğin değerlendirilip kullanılabilir hale getirilmesi ve sonrasında ölçmek istenilen bilgi ve becerileri uygun şekilde ölçebilme kapasitesine sahip olduğunun belirlenebilmesi için “güvenilirlik” ve “geçerlilik” olarak adlandırılan temel iki özelliğe sahip olması gerekmektedir. Bu amaçla Kim (2014) tarafından geliştirilen Cancer Ctigma Scale'nın Türkçeye çevrilerek geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının yapılması, Türk kültürüne kazandırılması amacıyla uygulanmıştır. Literatüre göre, ölçek çalışmalarında geçerlilik analizi için, dil geçerliliği, kapsam geçerliliği ve yapı geçerliliği analizlerinin uygulanması önerilmektedir (Thorndike, 2017).

Bu bölümde, Kanser Damgalama Ölçeği'nin dil geçerliliği, kapsam geçerliliği, yapı geçerliliği ve iç tutarlılık bulguları tartışılmıştır.

5.1. Dil Geçerliliği Bulgularının Tartışılması

Geçerlilik, bir ölçeğin ölçmek istediği özelliğin ölçme derecesi olarak tanımlanmaktadır. Bu bağlamda, bir ölçeğin ölçmek istediği özelliği doğru ve ölçmek istenilmeyen diğer özelliklerle karışmadan ölçüyor olması gerekmektedir (Erkan ve Gömleksiz, 2014). Ölçülecek özelliklerin hedef kültürde da aynı anlama gelip gelmediğini belirlenmesi amacıyla ölçek adaptasyon çalışmalarında ilk aşama olarak dil geçerliliği uygulanmaktadır. Dil uyarlaması başarıyla gerçekleştirildikten sonra ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılabilmektedir (Gözüm ve Aksayan, 2002).

KDÖ'nin Türkçe formunun oluşturulması ve dil geçerliliğinin değerlendirilmesinde bir dilden diğer dile çevirme ya da bir dilden diğerine çeviri yapıldıktan sonra tekrar asıl diline çevirme şeklinde uygulanan çeviri-geri çeviri tekniği kullanılmıştır (Dönmez ve Karakoç, 2014). Ölçek uyarlamasında ilk olarak ölçeğin orijinal formunun uyarlama yapılacak toplumun kültürüne dikkat edilerek dil çevirisi yapılır. Ölçeğin dil çevirisinin, her iki dili çok iyi düzeyde bilen ikiden fazla çevirmen tarafından yapılması gerekir. Çeviri sonrası en uygun ifadeler tercih edilerek ölçek formu oluşturulur. Oluşturulan ölçek daha sonra geri çeviri yöntemiyle tekrar orijinal dile çevrilir. Kanser Damgalama Ölçeği'nin dil uyarlamasında çeviri-geri çeviri tekniği kullanılmıştır. İlk olarak Kanser Damgalama Ölçeği, iki dil bilimci tarafından İngilizceden Türkçeye çevrilmiştir. Yapılan çeviriler tez danışmanı ve araştırmacı tarafından düzenlenerek ölçek formu oluşturulmuştur. Düzenlenen ölçek formu, Türkçe ve İngilizceye hakim, anadili İngilizce olan bir çevirmen tarafından tekrar İngilizceye çevrilmiştir. Bu çalışmalar sonucunda Kanser Damgalama Ölçeği'nin Türkçe formunun dil geçerliliği açısından uygun olduğu belirlenmiştir.

5.2. Kapsam Geçerliliği Bulgularının Tartışılması

Kapsam geçerliliği, ölçme aracının ölçmeyi amaçladığı özelliği veya davranışı ne kadar temsil ettiğini belirlemek için kullanılan bir süreçtir (Alpar, 2010). Kapsam geçerliliği uzman görüşlerine başvurarak saptamak çok etkili bir yaklaşımdır. Bu nedenle araştırmada kapsam geçerliliği aşamasında konu hakkında uzmanlardan görüş alınmıştır. Literatürde kapsam geçerliliğini ölçmek için oluşturulan formun en az beş, en fazla 20 uzman görüşüne sunulması gerektiği önerilmektedir (Erefe, 2002). Kapsam geçerliliğinin istatistiksel olarak yorumlanabilmesi için CVI, Lawshe ve Davis teknikleri gibi bazı derecelendirme ölçütleri kullanılmaktadır. Kanser Damgalama Ölçeği'nin kapsam geçerliliği için 9 uzman akademisyenin görüşüne başvurulmuştur. Uzman görüşlerine başvuru alan öğretim üyelerinden, ölçekte yer alan maddeler için Davis tekniğine göre 1-4 puan (1-uygun değil, 2-maddenin uygun şekilde getirilmesi gerekir, 3-uygun ama ufak değişiklikler gerekiyor, 4-çok uygun) arası değerlendirme yapmaları istenmiştir. Değerlendirme sırasında kendileri tarafından uygun olmayan maddeler içinde görüşlerini belirtmeleri istenmiştir. Yapılan kapsam geçerlilik analizi sonucunda "2, 3, 4, 5, 7, 9, 10, 13, 15, 21 ve 23" maddelerin ifadeleri uzman görüşleri

doğrultunda tekrar düzenlenmiştir. Literatürde Davis tekniği KGİ değerinin 0.80'den büyük olması gerektiği belirtilmektedir (Dönmez ve Karakoç, 2014). Davis tekniği ile kapsam geçerliliği değerlendirilen KDÖ'ne ait bütün maddelerin KGO skorları 0.77-1.00 arasında değişmektedir. Kanser Damgalama Ölçeği genel kapsam geçerliliği ise KGİ skoru 0.95 olarak belirlenmiştir Bu doğrultuda, KDÖ'nin kapsam geçerliliğinin yeterli olduğu sonucuna varılmıştır.

5.3. Yapı Geçerliliği İle İlgili Bulguların Tartışılması

Yapı geçerliliği, bir değişkenin diğer değişkenlerle olan kuramsal ilişkisi olarak tanımlanmaktadır. Yüksek yapı geçerliliği, maddelerin homojen yapıda ve birbirine benzer olduğunu ifade eder (Seçer, 2015). Yapı geçerliliğinin değerlendirilmesinde grup farklılıklarının karşılaştırılması, çoklu özellik-çoklu yöntem matrisi, ölçütler ve diğer testlerle arasındaki korelasyonun incelenmesi ve faktör analizi yöntemleri kullanılmaktadır (Kan, 2000).

Bu çalışmada, ölçeğin ölçtüğü değişkenlerin sayısı ve bunların her birinin bütününden elde edilen toplam puanlara katkısı, testin ölçtüğü yapı ve yapıları ortaya çıkarmada kullanılan faktör analizi yöntemi kullanılmıştır. Ölçek geçerlilik güvenilirlik çalışmalarında yapı geçerliliğinin belirlenmesinde faktör analizine sıklıkla başvurulmaktadır. Ölçülmek istenen yapının birbiriyle ilişkili olduğu düşünülen öğelerin oluşturduğu bütün ya da örüntüyü belirlemek amacıyla kullanılmaktadır (Alpar, 2010).

Faktör analizinin yapılabilmesi için ön şart araştırmanın yapıldığı örneklemin faktör analizine uygulunun değerlendirilmesi gerekmektedir. Faktör analizinin yapılabilmesi için örneklem yeterliliğinin istatistiksel olarak tespitinde değişik kural ve yöntemler kullanılmaktadır. Bu kurallardan en çok bilineni "10 kuralı"dır (Alpar, 2010). Bu kurala göre geçerlilik ve güvenilirliği yapılacak olan ölçeğin maddesi başına 10 katılımcı olacak şekilde araştırma grubuna dahil edilerek değerlendirilmektedir. Bir diğer kural ise "100 kuralı"dır (Kan, 2000). Bu iki kural dışında faktör analizi uygulayabilmek için istatistiksel hesaplama yöntemi olarak iki varsayım bulunmaktadır. Bunlar KMO ve Bartlett testleridir. Yeterli örnekleme bir faktör analizinin yapılabilmesi için KMO değerinin en az 0.60 olması ve Bartlett's küresellik testinin ise anlamlı çıkması gerektiği belirtilmektedir (Alpar, 2010). Literatürde KMO

değerinin 0.90-1 arasında olması mükemmel; 0.80-0.89 arasında olması “çok iyi” 0.70-0.79 arasında olması “iyi” 0.60-0.69 arasında olması “orta” 0.59-0.50 arasında olması “zayıf” ve 0.50’nin altında olması ise kabul edilemez olarak değerlendirilmektedir (Büyüköztürk, 2014).

Bu araştırmada, KDÖ’nin verisinin faktör analizine örneklem uygunluğunu değerlendirmek amacıyla KMO ve Bartlett’s küresellik testleri uygulanmıştır. Yapılan testler sonucunda, KMO değeri 0.894 ve Bartlett’s küresellik testi sonucu da $\chi^2=4008.269$, $p=0.000$ bulunmuştur (Tablo 4.6). Bu sonuçlar doğrultusunda araştırmanın yapıldığı 327 hastanın oluşturduğu örneklem büyüklüğünün faktör analizi için uygun olduğu kararına varılmıştır.

Yapılan açıklayıcı faktör analizi sonuçları incelendiğinde kanser damgalama ölçeğinin orijinal formu olan Korean Cancer Stigma Scale’de olduğu gibi altı alt boyutlu bir yapıdan oluştuğu görülmektedir. Modele ait faktör yükleri incelendiğinde 0.197-0.903 arasında değişmektedir (Tablo 4.7). Literatüre göre, madde faktör yükü 0.30’un altında olan ölçek maddelerinin çıkartılması önerilmektedir (Alpar, 2010). Bu nedenle madde faktör yükü 0.197 olan 6. madde ölçekte herhangi bir alt boyuta istenilen düzeyde yüklenmediği için ölçekten çıkartılma kararı alınmıştır. Bu şekilde ölçeğin yeni modeli altı alt boyuttan ve 23 maddeden oluşacak şekilde yapılandırılmıştır. KDÖ’nin 23 madde ve altı faktörden oluşan yapısı ile toplam açıklanan varyansın %67.957 olduğu bulunmuştur. Çok alt boyutlu ölçeklerde açıklanan varyansın %40-60 değer arasında veya üzerinde olması yeterli olduğu belirtilmektedir (Alpar, 2010). Bu nedenle altı alt boyutlu modelin açıklanan varyansı yeterlidir.

Ölçek geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarında daha kesin sonuçlar elde edilmesi için açıklayıcı faktör analizinden sonra doğrulayıcı faktör analizi yapılmaktadır. Bu doğrultuda ölçek modelinin öncelikle 24 madde ve altı alt boyuttan oluşan orijinal hali, daha sonra madde faktör yükü düşük bulunan 6.madde çıkartılarak 23 madde ve altı alt boyuttan oluşan KDÖ incelenmiştir. Ölçeğin, orijinal modeline uygulanan doğrulayıcı faktör verileri normal ve kabul edilebilir değerlerin altında bulunmuştur. Ek olarak, 6. maddenin standardize edilmiş regresyon kat sayısı 0.30’un altında bulunmuştur. Literatüre göre, standardize edilmiş regresyon kat sayısı 0.30’un altında

ise maddenin çıkartılmasını önermektedir (Alpar, 2010). Bu nedenle ölçekten 6. madde çıkartılarak ölçeğe tekrar doğrulayıcı faktör analizi uygulanmıştır. 23 madde ve altı alt boyuttan oluşan KDÖ'ne yönelik bulunan uyum indeksi değerleri, normal ve kabul edilebilir değerler sunulmuştur. KDÖ'ne ait modelin mevcut uyumunu incelemek amacıyla birçok farklı indeks değerlerinden yararlanılmıştır (Tablo 4.8). Bunlardan; χ^2/SD değeri 2.928, GFI değeri 0.856, CFI değeri 0.904, IFI değeri 0.905, RMSEA değeri 0.077 ve SMRM değeri 0.057 olarak belirlenmiştir (Tablo 4.8). Literatüre göre, χ^2/SD değerinin 3'ün altında olması, RMSEA ve SRMR değerinin 0.08'in altında olması, GFI 0.9'un üzerinde olması iyi uyum ve 0.85 üzerinde olması kabul edilebilir uyum, IFI, CFI değerlerinin ise 0.9'un üzerinde olması önerilmektedir (Alpar, 2010). KDÖ doğrulayıcı faktör analizi uyum indeks değerleri incelenmesi sonucunda 23 madde ve 6 alt boyutlu modelin kabul edilebilir olduğuna karar verilmiştir. Ana kütledeki yaklaşık uyumun bir ölçüsü olan RMSEA (Boot Mean Square Error of Approximation) yaklaşık ortalamaların karekökü anlamına gelmektedir ve 0 ve 1 arasında değer alır. Uyum iyiliği indeksi anlamına gelen GFI (Goodness of Fit Index) modelin örneklemedeki kovaryans matrisini ne oranda ölçtüğünü gösterir. GFI değeri 0 ile 1 arasında değişir ve 0.90'ı aşması iyi bir model göstergesi olarak değerlendirilir. GFI testinin yüksek örnek hacmindeki eksikliğini gidermek amacıyla AGFI (Adjusted Goodness of Fit Index) kullanılır. Değeri 0-1 arasında değişir ve 0.90'ın üzerinde olması gerekir. RMR (Root Mean Square Residual) ve SRMR'nin (Standardized Root Mean Square Residual) değeri sıfıra yaklaştıkça test edilen modelin daha iyi uyum iyiliği gösterdiği anlaşılır ve standardize edilmiş şekline SRMR uyum iyilik indeksi adı verilir. CFI (Comparative Fit Index), değişkenler arasında hiçbir ilişkinin olmadığını varsayarak kurulan modelin yokluk modelinden farkını verir. Değişkenler arasında ilişkinin olmadığını öngören modeldir. Değeri 0-1 arasında değişir (Çapık, 2014). Bu çalışmada, ilgili uyum indeks değerleri sonucunda modelin bu hali ile kabul edilebilir olduğu anlaşılmıştır.

Yapısal eşitlik modelinde analizler sonucunda, uygun matris oluşturulduktan sonra PATH diyagramı çizdirilerek modele ait değişkenler, faktör yükleri, t değerleri, açıklanamayan varyans ve bazı uyum iyiliği değerleri bu diyagramda özet olarak görülebilir. Bu şemalar kısaca modele ait çıktıları grafiksel olarak sunar (Çapık, 2014). Bu çalışmada modele ait t değerleri incelendiğinde sadece 6. maddenin 1.96'nın

altında kaldığı görülmektedir. Bu nedenle model 23 maddeli ve altı faktörlü olarak kabul edilmiştir.

Sonuç olarak, yapılan açıklayıcı faktör analizi sonucunda çıkartılan 6. madde ile yapılan doğrulayıcı faktör analizi sonucunda 23 maddeli ve altı faktörlü KDÖ ölçeğinin yapı geçerliliğinin sağlandığı sonucuna ulaşılmıştır.

5.4. Test - Tekrar Test İle İlgili Bulguların Tartışılması

Güvenilirliğin belirlenmesinde en sık kullanılan yöntemlerden biri test tekrar test yöntemidir. Bu yöntemde amaç, aynı bireylere aynı koşullarda ancak belirli bir zaman aralığı ile ölçüm aracının tekrardan uygulanmasıdır. Bu iki uygulama arasında elde edilen skorların korelasyon katsayısı incelenerek güvenilirlik derecesini verdiği belirtilmektedir (Ercan ve Kan 2004, Karakoç ve Dönmez 2014). Bu sayede ölçüm aracının kararlılık açısından güvenilirliği belirlenmektedir (Erefe, 2002). Skorlar arası yapılan analiz sonucunda çıkan korelasyonun 0.8 üzeri olması ve 0.7'nin altında olmaması istenmektedir. Yapılacak olan ilk test ve tekrar test arasındaki süre literatüre göre 7 gün 15 gün ve bazı özel durumlarda ise 3 ay kadar ara verilmesi gerektiği belirtilmektedir (Alpar, 2010). Yapılan çalışmada, kanser hastalarının kemoterapi alma sıklığı, yapılan testin niteliği göz önüne alınarak test tekrar test süresi 2-4 hafta olarak belirlenmiştir. Kanser Damgalama Ölçeği'nin test tekrar test ölçüm sonucu $r=0.94$ olarak bulunmuştur (Tablo 4.11). Bu sonuç mevcut ölçeğin kararlılık açısından güvenilirliğinin yüksek olduğunu göstermektedir.

5.5. İç Tutarlılık Katsayısı İle İlgili Bulguların Tartışılması

Temelde iç tutarlılığın dayandığı görüş, bir ölçüm aracında belli bir amacı gerçekleştirmede bir bütün içindeki birbirinden bağımsız olarak oluşturulmuş olan ölçek maddelerinin/sorularının birbirlerine eşit ağırlıklara sahip olduğudur (Erkuş, Sünbül, Yormaz ve Aşiret, 2017). Ölçek uyarlama çalışmasında, ölçeğin iç tutarlılığı, ölçeğin bütün alt boyutlarının aynı özelliği ölçmesiyle anlaşılır. İç tutarlılık belirlenmesinde yaygın olarak "Cronbach's Alfa Güvenirlik Katsayısı", "Kuder-Richardson 20-21 Güvenirlik Katsayısı", "Madde Toplam Puan Ölçek Güvenirliği-Kapa Uyum Katsayısı" kullanılmaktadır. Bunlar içinde en yaygın kullanılan yöntem alfa katsayısıdır (Akgül, 2003; Erdoğan ve ark., 2014). Kuder-Richardson 20-21 ile

Cronbach alfa tekniğinde, parçalar arası ortak ilişki dikkate alarak bütün için tek bir tutarlık katsayısı hesaplanır. Bu çalışmada, güvenilirlik testi, iç tutarlığın ve homojenliğin belirlenmesi için Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı ve madde toplam puan korelasyon katsayısı kullanılmıştır (Tablo 4.9).

Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı; geliştirilen/güvenilirliği yapılan ölçekteki maddelerin iç tutarlığının, homojenliğinin göstergesidir. Özellikle likert tipli ölçeklerde Cronbach alfa katsayısı hesaplanması gerektiği belirtilmekte birlikte alfa katsayısının yüksek olması, ölçekteki maddelerin de o kadar tutarlı olduğunun ve aynı özelliği ölçen maddelerden oluştuğu yani aynı tutumu ölçtüğü varsayılmaktadır (Gözüm ve Aksayan 2003, Esin 2014). Ölçüm aracının tüm alt bölümlerinin birbirine göre ya da her bir alt bölümün sorularının birbirlerine göre tutarlı olup olmadığının sınanmasında alfa katsayısı kullanılır (Akgül, 2003). Literatüre göre alfa katsayısının 0.70'den yüksek olması ölçek iç tutarlığının yeterli olduğunu ve 0.60 dan büyük olması kabul edilebilir düzeyde ölçek iç tutarlığının olduğunu göstermektedir (Ercan ve Kan 2004, Karakoç ve Dönmez 2014).

Çalışmanın özgün formunda ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.897 olarak bulunmuştur. Kanser damgalama ölçeği Kore versiyonunda alt boyut Cronbach alfa değerleri 0.62-0.86 arasındadır. (Tablo 4.9.)

Bu araştırmada, KDÖ'nin her bir alt boyutu için Cronbach's alfa değeri hesaplanmıştır. Elde edilen sonuçlara göre; KDÖ'nin Cronbach Alpha katsayısı $\alpha=0.89$ olarak hesaplanmış ve alt boyutlarının Cronbach Alpha katsayılarının "*Sosyal izolasyon*" alt boyutu için 0.917, , "Nitelik" alt boyutu için 0.898, "*Uzaklaşma-kaçınma*" alt boyutu için 0.852, "Suçluluk" alt boyutu için 0.758, "*Ayrımcılık*" alt boyutu için 0.692 ve "*Tıbbi desteğin eksikliği*" alt boyutu için 0.664 olarak belirlenmiştir (Tablo 4.9). Bütün ölçek ve alt boyutların Alpha katsayılarının $0.66 \leq \alpha < 1.00$ arasında olması ve ölçek alfa katsayısı 0.89 olarak hesaplanması KDÖ'nin güvenilirliği ve iç tutarlığı yüksek bir ölçüm aracı olduğunu göstermektedir.

Madde analizi, ölçekteki yer alan maddelerin ölçeğin amacına hizmet edip etmediğini incelemek amacıyla kullanılan bir yöntemlerdir. Bu doğrultuda, ölçekteki maddelerin ölçeğe katkısını incelemek amacıyla madde analizi yöntemlerinden korelasyonlara dayalı madde analizi ve madde ayırt edicilik gücü indeksi

kullanılmıştır. Korelasyona dayalı madde analizi, bir madde ile bütün arasındaki korelasyon o maddenin geriye kalan maddelerin tümünün ölçtüğü özelliği ölçüp ölçmediği değerlendiren bir yöntemdir. Ölçekte bulunan maddeler ile yapılan korelasyon analizi sonucu bir maddenin ölçeğin bütünü ile yaptığı korelasyon katsayısı düşük ise o maddenin ölçeğe katkısının düşük olduğu düşünülmektedir. Bu doğrultuda, maddenin ölçeğe olan katkısının kabul edilebilir olması için madde-bütün korelasyon katsayısı pozitif yönde ve en az +0.25 olması gerektiği belirtilmektedir. Madde istenilen düzey olan +0.25'den düşük çıkmış ise ölçeğin güvenilirliğini düşürdüğü gerekçesiyle maddenin ölçekten çıkartılması önerilmektedir (Gözüm ve Aksayan 2003, Esin 2014). Madde analizleri, doğrulayıcı ve açıklayıcı faktör analizi sonucunda madde faktör yükü normal değer in altında olan 6. madde çıkartılarak yapılmıştır. Bu çalışmada madde-toplam korelasyon katsayıları 0.288-0.626 arasında değişmektedir (Tablo 4.9). Sonuçlar doğrultusunda ölçek maddelerinin istenilen düzeyde korelasyon katsayılarına sahip olduğu bulunmuştur. Bu nedenle analizi yapılan maddelerin ölçeğin amacına hizmet ettiği saptanmış ve bu aşamada ölçekten herhangi bir madde çıkarılmamıştır.

Madde ayırt ediciliği, iç tutarlılığının belirlenmesinde kullanılan diğer yöntemler biridir. Bir ölçekteki maddelerin, madde ile ölçülmesi beklenen özelliğe sahip olan ve olmayanları birbirinden ayırt edebilmesi olarak tanımlanmaktadır. Tüm örneklem içinde yüksek puan alanların yer aldığı üst grubun ve düşük puan alanların yer aldığı grubun oluşturmasına dayanan bir yöntemdir. Alt ve üst grupların nasıl belirleneceğini yönelik birçok yöntem bulunmaktadır. Literatürde en yaygın kullanılan yöntem, yüksek puan alan %27 ve düşük puan alan yüzde %27'lik grubun kullanımına bağlı yöntemdir (Alpar, 2010). Alt ve üst gruplar arasındaki farkların anlamlı çıkması testin iç tutarlılığının göstergesi olarak değerlendirilir. (Büyüköztürk, 2014; Hazar ve Hazar, 2017). Kanser Damgalama Ölçeği madde puan ortalamalarının, alt %27 ve üst %27'deki gruplarda karşılaştırıldığında, farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($t=24.776$, $p=0.000$), (Tablo 4.10). Bu sonuç, ölçeğin iç tutarlılığının yüksek olduğunu ve ölçülmek istenen özelliği ölçmeye yönelik maddeler olduğunu göstermektedir (Alpar, 2010).

5.6. Kanser Damgalama Ölçeği Puanlarının Hastaların Sosyodemografik ve Tıbbi Özelliklerine Ait Bulguları ile Tartışılması

Damgalama kavramı dünya ve ülkemizin literatüründe tartışılan ve tartışılmaya devam eden bir kavramdır. Damgalama konusunda daha çok ruhsal hastalığı olan bireylerde çalışılmış, fiziksel hastalığı olan bireylerde daha az sayıda çalışmaya rastlanmıştır (Carter-Harris ve ark., 2014; Shiri ve ark., 2018). Damgalamanın kanser hastaları üzerinde olumsuz etkileri olduğu bilinmekle birlikte kanser hastalarına yönelik olarak damgalama çalışmasına akciğer kanseri olan hastalar dışında rastlanmamıştır (Catolda ve ark., 2012).

Ölçeğin orijinal hali olan CSS'in toplam puanı 96 olarak hesaplanmaktadır. Bu çalışmada yapılan faktör analizi sonucu 6. madde ölçekten çıkartıldığı için ölçek toplam puanı 92 olarak belirlenmiştir. KDÖ'nden en düşük 23, en yüksek 92 puan alınabilmekte ve alınan puanın düşüklüğü bireyin içselleştirilmiş damgalamasının da düşük olması şeklinde yorumlanır. Bu çalışmada hastaların KDÖ'den aldıkları ortalama puan 37.98 ± 11.40 olarak hesaplanmıştır. Bu sonuç, bu çalışmadaki kanser hastalarının aldığı damgalama puanının *düşük* olduğunu göstermektedir. KDÖ'nin orijinal formunda CSS ile yapılan çalışmada puan ortalaması 35.28 ± 9.12 bulunmuştur. Bu çalışmanın sonucu, CSS ile yapılan çalışmanın sonuçları paralellik göstermektedir (Cho, Choi, Shin, Cho, Kim, Koh, 2013). Bu araştırmada, "*Bireyin kötü alışkanlıkları olmasa bile bazıları bireyin kötü alışkanlık nedeniyle kanser olduğunu varsayıyor.*", "*Kanser olduğumu öğrendiklerinde insanların beni yargılamalarından endişeleniyorum.*", "*Kanser olduğum için diğer insanlar kadar iyi olmadığını hissediyorum.*" ve "*Kanser olmam kötü hissetmeme neden oluyor.*" maddelerinin puan ortalamalarının diğer maddelere göre yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 4.9). Bu durum kanser hastaların en çok bu nedenlerle kendilerini damgalama eğiliminde olduklarını göstermektedir. Elde edilen bulgular literatürde yapılan birçok çalışma sonuçları ile aynı doğrultudur (Phelan ve ark., 2013; Carter-Harris ve ark., 2014; Cho ve ark., 2013; Shen ve ark., 2015).

Bu çalışmada kanser hastalarının KDÖ ortalama puanları ile eğitim durumu, çalışma durumu ve ekonomik durum arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.018$, $p=0.002$, $p=0.001$). Bu çalışma bulgularından farklı olarak

Cho ve arkadaşlarının (2013) yapmış olduğu çalışmada, kanser hastalarında yaş ve cinsiyetin kanser damgalama puanlarını etkilediği belirtilmiştir. Aynı çalışmada hastaların ekonomik durum ve eğitim durumunun kanser damgalama puanlarını etkilediği ortaya konulmuştur. Bu bulgular yapılan benzer çalışma ile paralellik göstermektedir (Park, 2009; Cho ve ark., 2013). Brown ve arkadaşlarının akciğer kanserli bireylerle yaptığı çalışmada da, yaş, medeni durum, eğitim durumu ve cinsiyet ile kanser damgalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu belirtilmektedir (Brown ve ark., 2014; Durukan, 2011). Benzer çalışmalarda sonuçların farklı çıkmasında örneklem gruplarının kanser tanılı hasta dağılımının farklı olması ve çalışmanın yapıldığı ülkelerden kaynaklanan kültür farklılığının etkili olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada, ailede kanser hastasının olması ($p=0.001$) ve kanser evresi ($p=0.002$) ile KDÖ puanları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ailesinde kanser hastası olan bireylerin (35.16 ± 9.02), olmayan bireylere (39.41 ± 12.20) oranla daha az damgalama yaşadıkları görülmektedir. Bulgular literatürde yapılan birçok çalışma ile benzer sonuçlar göstermektedir (Yeung ve ark., 2019; Shiri ve ark., 2018; Cho ve ark., 2013; Johnson ve ark., 2019). Ailede kanser hastasının varlığının bireylerin kansere olan bakış açılarını olumlu anlamda değiştirdiği ve dolayısı ile kendilerinin içsel damgalama ile ilgili daha pozitif düşüncelere sahip oldukları düşünülmektedir.

Aynı şekilde 1.evre kanser hastalığı olan bireylerin kendilerini içsel olarak daha az damgaladıkları görülmektedir. İçselleştirilmiş damgalama puan ortalaması en yüksek 2. evre hastalarda olduğu bulunmuştur. Kanser hastalarında damgalama durumunun mevcut kanserin türü, yeri, kitlenin büyüklüğü ve metastaz varlığı gibi birçok faktörden etkilendiği belirtilmektedir (Shiri ve ark., 2018; Chove ark., 2013; Yeung ve ark., 2019).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, So ve ark (2017) tarafından düzenlenen orjinal dili İngilizce olan Korean Cancer Stigma Scale (KCSS)'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının yapılarak, Türk kültürüne uygun, geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olup olmadığı incelendi. Bu amaç için, dil eşdeğerliği, kapsam geçerliliği, yapı geçerliliği ve iç tutarlık analizleri yapılarak, KDÖ'nin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği değerlendirildi.

6.1. Sonuç

▪ Kanser Damgalama Ölçeği için çeviri-geri çeviri yöntemi kullanılarak dil eşdeğerliliği sağlandı.

▪ Uzman görüşleri sonucunda, Kanser Damgalama Ölçeği'nin maddelerinin tümünde KGİ değeri 0.954 olarak belirlenmiş ve kapsam geçerliliğini sağladığı belirlenmiştir. Ölçeğin KMO değeri (0.894) ve Bartlett's testi ($\chi^2=4008.269$, $p=0.000$) sonuçlarına göre verilerin birbiri ile ilişkili olduğu ve faktör analizi için uygun olduğu saptanmıştır.

▪ Kanser Damgalama Ölçeği'ne ait açıklayıcı faktör analizi sonucunda, orijinal ölçek olan CSS'de olduğu gibi altı alt boyutlu yapıya uygun olduğu, faktör yüklerinin 0.903-0.533 arasında değiştiği ve açıklanan toplam varyansın %67.644 olduğu ve bu varyansın yeterli düzeyde olduğu saptanmıştır.

▪ Açıklayıcı faktör analizi sonucunda Kanser Damgalama Ölçeği, orijinal formuna uygun olarak "Sosyal izolasyon", "Uzaklaşma-kaçınma", "Ayrımcılık", "Suçluluk", "Atfetmek" ve "Tıbbi desteğin eksikliği" altı alt boyuttan oluştuğu belirlenmiştir. Ancak 6. madde analiz puanı 0.30'den küçük olduğu için Türkçe formundan çıkartılmıştır.

▪ Kanser Damgalama Ölçeği'nin Türkçe formunun yapı geçerliliğinin değerlendirilmesi için yapılan doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarına göre ölçeğin Türkçe formu için 23 maddelik, altı alt boyutlu yapısının kabul edilebilir değerler ile doğrulandığı görülmüştür.

▪ Kanser Damgalama Ölçeği'nin Cronbach alfa güvenilirlik katsayıları, ölçeğin

tamamı için 0.897, “*Sosyal izolasyon*” alt boyutu için 0.917, “*Nitelik*” alt boyutu için 0.898, “*Uzaklaşma-kaçınma*” alt boyutu için 0.852, “*Suçluluk*” alt boyutu için 0.758, “*Ayrımcılık*” alt boyutu için 0.692 ve “*Tıbbi desteğin eksikliği*” alt boyutu için 0.664 olup ve yeterli düzeyde bulunmuştur.

▪ Ölçeğin 23 maddelik halinde tüm maddelerine ilişkin toplam korelasyonlarının 0.30’un üzerinde olduğu belirlenmiştir.

▪ Test-tekrar test analizlerinde ilk ve tekrar test toplam puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ve güçlü bir ilişki bulunmuştur ($r=0.934$, $p<0.000$). Bu sonuçlar KDÖ Türkçe formunun zamana karşı tutarlı sonuçlar verdiğini göstermektedir.

▪ Korelasyona dayalı madde analizi için “düzeltilmiş madde-toplam puan korelasyon katsayıları (madde-kalan korelasyon katsayısı)” hesaplanmıştır. Korelasyon değerleri 0.288-0.626 değerleri arasında değişmektedir.

▪ Kanser Damgalama Ölçeği’nin alt-üst %27’lik dilim puan ortalamaları farkının istatistiksel olarak anlamlı bulunması ($p=0.000$), ölçeğin ayırt edebilirliğine diğer bir kanıt oluşturmuştur.

▪ Kanser Damgalama Ölçeği puan ortalaması 37.98 ± 11.40 olarak belirlenmiştir. Sonuç olarak; KDÖ’nin Türkçe formunun Türk kültürüne uygun, geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu belirlenmiştir.

6.2. Öneriler

Kanser Damgalama Ölçeği’nin;

• Kanser nedeniyle damgalama durumunun belirlenmesinde veri toplama aracı olarak farklı örneklem gruplarında kullanılarak geçerlilik ve güvenilirliğinin sınanması,

• Ülkemizde, kanser hastalarının damgalama düzeylerinin değerlendirilmesi amacı ile sağlık personeli tarafından kullanılması,

• Kanser damgalama ile ilgili deneysel çalışmalarda kullanılması,

• Kanser damgalama ile stres, anksiyete, depresyon gibi geçerli ve güvenilir ölçeklerle birlikte kullanılması önerilir.

KAYNAKLAR

- Alpar R. (2010). Spor, Sağlık ve Eğitim Bilimlerinden Örneklerle Uygulamalı İstatistik Ve Geçerlik-Güvenirlik (4. Baskı). Ankara: Detay Yayıncılık. S.430-610
- Altınbaş M, Hepşen S, İmamoğlu İ, Sarı E, Köse N, Karataş F ve ark. (2015). Kanser hastalarının ölüm nedenleri ve sağkalımı etkileyen faktörler. *Sakarya Tıp Dergisi*, 5(1), 5-9.
- Akgül A. (2003). Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri (2. Baskı). İstanbul: Emek Ofset Ltd.Şti. S. 63-66.
- Arı M. (2017). Kanserın önlenmesinde antioksidanların rolü. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(2), 67-74.
- Arslan D, Tatlı M, Üyetürk Ü. (2013). Kansere bağlı ağrı ve tedavisi. *Abant Medical Journal*, 2(3), 256-260.
- Arslan E, Özçelik F, Demirbaş Ş. (2013). Obezite ile ilişkili kanser türleri. *Anatolian Journal of Clinical Investigation*, 7(3), 176-184.
- Arslan H, Konuk Şener D. (2009). Stigma, spiritüalite ve konfor kavramlarının Meleis' in kavram geliştirme sürecine göre irdelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(1), 51-58.
- Arslan M. (2014). Meme Kanserli Kadın Hastalarda Kemoterapiye Bağlı Gelişen Bulantı, Kusma ve Öğürme Üzerine Zencefil Kullanımının Etkisi. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Arslan M, Özdemir L. (2015). Kemoterapiye bağlı gelişen bulantı-kusmanın yönetiminde kullanılan tamamlayıcı tedavi yöntemleri. *Türk Onkoloji Dergisi*, 30(1), 82-89.
- Ateş S, Olgun N. (2014). Kemoterapiye bağlı alopesi ve yaşam kalitesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1(1), 67-80.
- Avcil C, Bulut H, Sayar H. (2016). Psikiyatrik hastalıklar ve damgalama. *Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2(2), 175-202.
- Ay R. (2017). Epilepsi ve damgalama: bir gözden geçirme. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 20(2), 129-136

- Aydiner A, Topuz E. (2006). Onkoloji El Kitabı: İstanbul. Turgut Yayıncılık. S: 217-234.
- Aydoğdu S, Çelik A, Karakaş Z. (2015). Nötropeniye yaklaşım. *Journal of the Child*, 15(1), 3-10.
- Bağ B. (2012). Kanser hastalarında yorgunluğa bağlı psikososyal sorunlar ve çözüm önerileri. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 21(4), 253-273.
- Bakar Y, Berdici B, Şahin N, Pala Ö. O. (2014). Meme Kanseri ile ilişkili lenfödem ve tedavisi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 10(1), 6-14.
- Balcı N, Balcı M, Sargut K. (2005). Onkolojik Hastalıklar ve Hemşirelik Bakımı El Kitabı. Ankara: Mavi Ambalaj Yayınevi. S:130-189.
- Benner-Davis S, Heaton PC. (2007). Attention deficit and hyperactivity disorder: controversies of diagnosis and safety of pharmacological and nonpharmacological treatment. *Current Drug Safety*, 2(1), 33-42.
- Bonanno A, Westphal M, Mancini AD. (2011). Resilience to loss and potential trauma. *Annual Review Of Clinical Psychology*, 7, 511-535.
- Bos A, Pryor J, Reeder D, Stutterheim E. (2013). Stigma: Advances in theory and research. *Basic and Applied Social Psychology*, 35(1), 1-9.
- Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre L. A ve ark. (2018). Global cancer statistics 2018: globocan estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal For Clinicians*, 68(6), 394-424.
- Brown C, Cataldo J. (2013). Explorations of lung cancer stigma for female long-term survivors. *Nursing Inquiry*, 20(4), 352-362.
- Brown G, Brodsky L, Cataldo K. (2014). Lung cancer stigma, anxiety, depression, and quality of life. *Journal Of Psychosocial Oncology*, 32(1), 59-73.
- Can G. (2015). Onkoloji Hemşireliği: İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Carter L, Hermann P, Schreiber J, Weaver T, Rawl M. (2014). Lung cancer stigma predicts timing of medical help-seeking behavior. *Oncology Nursing Forum*, 41(3), 203-210.

- Cataldo JK, Brodsky JL. (2013). Lung cancer stigma, anxiety, depression and symptom severity. *Oncology*, 85(1), 33-40.
- Cataldo JK, Jahan TM, Pongquan VL. (2012). Lung cancer stigma, depression, and quality of life among ever and never smokers. *European Journal of Oncology Nursing*, 16(3), 264-269.
- Cataldo JK, Slaughter R, Jahan TM, Pongquan VL, Hwang WJ. (2011). Measuring stigma in people with lung cancer: psychometric testing of the cataldo lung cancer stigma scale. *Oncology Nursing Forum*, 38(1), 46-54.
- Chabner B, Lynch TJ, Longo DL. (2009). *Harrison Onkoloji El Kitabı*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Chambers SK, Baade P, Youl P, Aitken J, Occhipinti S, Vinod S, O'Connell DL. (2015). Psychological distress and quality of life in lung cancer: the role of health-related stigma, illness appraisals and social constraints. *Psycho-Oncology*, 24(11), 1569-77.
- Cho J, Choi E, Kim SY, Shin DW, Cho BL, Kim C. (2013). Association between cancer stigma and depression among cancer survivors: a nationwide survey in korea. *Psycho-Oncology*, 22(10), 2372-2378.
- Cho J, Smith K, Choi EK, Kim IR, Chang YJ, Park HY ve ark. (2014). Public attitudes toward cancer and cancer patients: a national survey in korea. *Psycho-Oncology*, 22(3), 605-613.
- Clement S, Schauman O, Graham T, Maggioni F, Evans-Lacko S, Bezborodovs N, Thornicroft G. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? a systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological Medicine*, 45(1), 11-27.
- Coppola D. (2010). *Mechanisms of Oncogenesis: An Update on Tumorigenesis* (Vol. 12). New York: Springer Science & Business Media.
- Corrigan PW, Druss BG, Perlick DA. (2014). The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychological Science in the Public Interest*, 15(2), 37-70.

- Corrigan PW, Edwards AB, Green A, Diwan SL, Penn DL. (2001). Prejudice, social distance, and familiarity with mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 27(2), 219-225.
- Çam O, Bilge A. (2013). Türkiye’de ruhsal hastalığa/hastaya yönelik inanç, tutum ve damgalama süreci: Sistematik derleme. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 4(2), 91-101.
- Çam O, Çuhadar D. (2011). Ruhsal hastalığa sahip bireylerde damgalama süreci ve içselleştirilmiş damgalama. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(3), 136-140.
- Çelik HE, Yılmaz V. (2013). Yapısal Eşitlik Modellemesi Temel Kavramlar-Uygulamalar-Programlama. Ankara: Anı Yayıncılık.
- Deshields TL, Heiland MF, Kracen AC, Dua P. (2016). Resilience in adults with cancer: development of a conceptual model. *Psycho-Oncology*, 25(1), 11-18.
- Dönmez AA. (2018). Kemoterapinin en görünen yönü: alopesi: önlemek mümkün mü? *SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(2), 150-155.
- Drapalski AL, Lucksted A, Perrin PB, Aakre JM, Brown CH, DeForge BR, Boyd JE. (2013). A Model of internalized stigma and its effects on people with mental illness. *Psychiatric Services*, 64(3), 264-269.
- Durna Z, Akın S, Özdilli K. (2009). İç hastalıkları hemşireliği uygulama rehberi: Ankara: Cinius Yayınları. S.100-230
- Eke RN, Sezik, HA, Özen M. (2016). Serviks kanseri; kadın hekimler yeterince farkında mı? *Tepecik Eğitim ve Araştırma Hast. Dergisi*, 26(1), 53-57.
- Else-Quest NM, Jackson TL. (2014). The Stigma of Disease and Disability. Washington: American Psycho Association. S:165-181.
- Ercan İ, Kan İ. (2004). Ölçeklerde güvenilirlik ve geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 30(3), 211-216.
- Enç N, Can G, Tülek Z, Uysal H, Demir M, Alkan HÖ. (2017). İç Hastalıkları. Hemşireliği. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Erkan S, Gömleksiz M. (2014). Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme. Ankara: Nobel Yayınevi.

- Erkol MH, Şit M. (2013). Mide kanserinde klinik bulgular. *Türkiye Klinikleri Journal Of General Surgery Special Topics*, 6(3), 15-17.
- Erkuş A, Sünbül Ö, Sünbül SÖ., Yormaz S, Aşiret S. (2017). Psikolojide Ölçme ve Ölçek GeliştirmeLi Ölçme Araçlarının Psikometrik Nitelikleri ve Ölçme Kuramları. Ankara: Pegem Yayıncılık.
- Erol Ç. (2008). İç Hastalıkları "Onkoloji". Ankara: Nobel Kitabevi.
- Erzurum Alim N. (2018). Türkiye’de ve Dünyada Kanser Epidemiyolojisi. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Erişim. 13.07.2019 https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanserdb/yayinlar/sunular/ulusal_kanser_haftasi_2018/Dr._Dyt._NURAL_ERZURUM_ALiM.pdf.
- Erefe İ. (2002). Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Yöntemleri, Hemşirelikte Araştırma İlke, Süreç ve Yöntemleri. İstanbul: Odak Ofset. S.100-150
- Esin MN. (2014). Veri Toplama Yöntem ve Araçları, Veri Toplama Araçlarının Güvenirlik ve Geçerliliği. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, S: 193-234.
- Fann JR, Ell K, Sharpe M. (2012). Integrating psychosocial care into cancer services. *Journal of Clinical Oncology*, 30(11), 1178-1186.
- Fenga C. (2016). Occupational exposure and risk of breast cancer. *Biomedical Reports*, 4(3), 282-292.
- Goffman E. (2009). Stigma: Notes On The Management of Spoiled Identity. New York: Simon and Schuster Inc. S.20-25
- Goffman E. (2014). Damga: Örselenmiş Kimliğin İdare Edilişi Üzerine Notlar (Çev. Ş. Geniş, L. Ünsaldı& SN Ağırnaslı). Ankara: Heretik Yayıncılık. S:30-35
- Gonzalez BD, Jacobsen PB. (2012). Depression in lung cancer patients: the role of perceived stigma. *Psycho-Oncology*, 21(3), 239-246.
- Gökengin D, Çalık Ş, Öktem P. (2017). Türkiye’de hiv’le ilgili damgalama ve ayrımcılığın analizi: hiv’le yaşayan kişiler için damgalama göstergesi sonuçları. *Klinik Dergisi*, 30(1), 15-21.

- Göksel T, Yıldız P, Altın S, Başer S, Bayız H, Görgüner M, Yurdakul A. (2010). Akciğer kanseri. Türkiye’de Temel Akciğer Sağlığı Sorunları ve Çözüm Önerileri-Beyaz Kitap. Ankara: Türk Toraks Derneği Yayınları. S:55-70.
- Gözüm S, Aksayan S. (2003). Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber 11: ölçek uyarlama aşamaları ve dil uyarlaması. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 5(1), 3-14.
- Gül Ü, Kuzgunbay B. (2016). Risk factors for urothelial cancers. *Uroonkoloji Buelteni= Bulletin of Urooncology*, 15(4), 154.
- Güleç G, Büyükkınacı A. (2011). Kanser ve psikiyatrik bozukluklar. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler*, 3(2), 343-367.
- Gültekin M, Boztaş G. (2014). Türkiye Kanser İstatistikleri. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, S:43.
- Güngörmüş Z, Erdem ÖB. (2014). Kanser hastalarında yaşam kalitesi ve oral mukozit. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 5(1), 24-30.
- Gonzalez BD, Jacobsen PB. (2012). Depression in lung cancer patinets: the role of perceived stigma. *Psycho-Oncology*, 21(3), 239-246
- Hamann HA, Ostroff JS, Marks EG, Gerber DE, Schiller JH, Lee SJC. (2014). Stigma among patients with lung cancer: a patient-reported measurement model. *Psycho-Oncology*, 23(1), 81-92.
- Heikkilä K, Nyberg ST, Theorell T, Fransson EI, Alfredsson L, Bjorner JB ve ark. (2013). Work stress and risk of cancer: meta-analysis of 5700 incident cancer events in 116 000 european men and women. *Bmj*, 346, 1-10.
- Hill J, Holcombe C, Clark L, Boothby M, Hincks A, Fisher J ve ark. (2011). Predictors of onset of depression and anxiety in the year after diagnosis of breast cancer. *Psychological Medicine*, 41(7), 1429-1436.
- Islami F, Moreira DM, Boffetta P, Freedland SJ. (2014). A Systematic review and meta-analysis of tobacco use and prostate cancer mortality and incidence in prospective cohort studies. *European Urology*, 66(6), 1054-1064.

- Johnson JN, Hornik CP, Li JS, Benjamin DK, Yoshizumi TT, Reiman RE ve ark. (2014). Cumulative radiation exposure and cancer risk estimation in children with heart disease. *Circulation*, 130(2), 161-167.
- Johnson LA, Schreier AM, Swanson M, Moyer JP, Ridner S. (2019). Stigma and quality of life in patients with advanced lung cancer. *In Oncology Nursing Forum*, 46(3), 318-328.
- Karadağ E. (2018). Yaşlı kanser hastalarında yorgunluk. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 11(4), 328-333.
- Karadağ F, Gülen ŞT, Ceylan E, Karul AB. (2012). İleri evre akciğer kanseri olgularında yorgunluk ve güçsüzlükle ilişkili faktörler. *Solunum Dergisi*, 14, 27-33.
- Karagöl A, Çalışkan D, Beyazyüz M. (2013). Halk sağlığı açısından ruhsal bozukluklarda üç boyutuyla damgalama. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 22(3), 96-101.
- Karagözoğlu Ş. (2006). Bilim, bilimsel araştırma süreci ve hemşirelik. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 13(2), 64-71.
- Karaman N, Neriman S, İlhan İE. (2013). Pediatrik onkoloji hastalarında kemoterapiye bağlı tat ve koku değişiklikleri. *Turkish J Oncol*, 28(3), 101-104.
- Karakoç A, Dönmez L. (2014). Ölçek geliştirme çalışmalarında temel ilkeler. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 13(40), 39-49.
- Kim C, Chapman RS, Hu W, He X, Hosgood HD, Liu LZ, Vermeulen R. (2014). Smoky coal, tobacco smoking, and lung cancer risk in Xuanwei, China. *Lung Cancer*, 84(1), 31-35.
- Kan BA. (2000). Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme. Ankara: Anı Yayınları.
- Knapp S, Marziliano A, Moyer A. (2014). Identity threat and stigma in cancer patients. *Health Psychology Open*, 1(1), 1-10.
- Lawrence J, Fauerbach J, Heinberg L, Doctor M, Thoms D. (2006). The reliability and validity of the perceived stigmatization Questionnaire (PSQ) and the social comfort Questionnaire (SCQ) among an adult burn survivor sample. *Psychological Assessment*, 18(1), 106-111.

- Lebel S, Castonguay M, Mackness G, Irish J, Bezjak A, Devins GM. (2013). The psychosocial impact of stigma in people with head and neck or lung cancer. *Psycho-Oncology*, 22(1), 140-152.
- Liebman HA. (2014). Thrombocytopenia in cancer patients. *Thrombosis Research*, 133, 63-69.
- Link BG, Phelan JC. (2006). Stigma and its public health implications. *The Lancet*, 367(9), 528-529.
- Link Yang, Phelan Collins (2004). Measuring mental illness stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 30:3, 511-541.
- Lee JL, Kim KS.(2011). The relationships between stigma, distress, and quality of lif in patients with lung cancer. *Journal of Korean Oncology Nursing*, 11(3), 237-246.
- Linseisen J, Rohrmann S, Miller AB, Bueno-de-Mesquita HB, Büchner FL, Vineis P ve ark. (2007). Fruit and vegetable consumption and lung cancer risk: updated information from the european prospective investigation into cancer and nutrition. *International Journal of Cancer*, 121(5), 1103-1114.
- Marley AR, Nan H. (2016). Epidemiology of colorectal cancer. *International Journal Of Molecular Epidemiology and Genetics*, 7(3), 105-114.
- McQueen N, Partington EJ, Harrington KF, Rosenthal EL, Carroll WR, Schmalbach CE. (2016). Smoking cessation and electronic cigarette use among head and neck cancer patients. *Otolaryngology--Head and Neck Surgery*, 154(1), 73-79.
- Meacham E, Orem J, Nakigudde G, Zujewski JA, Rao D. (2016). Exploring stigma as a barrier to cancer service engagement with breast cancer survivors in kampala, uganda. *Psycho-Oncology*, 25(10), 1206-1211.
- Müezzine NE, Karayurt Ö. (2014). Meme kanseri tedavisine bağlı lenfödem gelişen kadınların deneyimlerinin incelenmesi. *Journal of Breast Health*, 10(1), 23-29.
- Mossher CE, Danoff-Berg S. (2007). Death anxiety and cancer related sitgma: A terror management analysis. *Death Studies*. 31(10), 885-907.
- Oran NT, Şenuzun F. (2008). Toplumda kırılması gereken bir zincir: hiv/aids stigması ve baş etme stratejileri. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 5(1), 1-16.

Overstreet NM, Earnshaw VA, Kalichman SC, Quinn DM. (2013). Internalized stigma and hiv status disclosure among hiv-positive black men who have sex with men. *AIDS Care*, 25(4), 466-471.

Özdelikara A. (2013). Meme Kanserli Hastalarda Refleksolojinin Kemoterapiye Bağlı Bulanti, Kusma ve Yorgunluk Üzerine Etkisi. Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.

Özmen S, Erdem R. (2018). Damgalamanın kavramsal çerçevesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 23(1). 185-208.

Park JH, Park JH, Kim SG. (2009). Effect of cancer diagnosis on patient employment status: a nationwide longitudinal study in korea. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 18(7), 691-699.

Phelan SM, Griffin JM, Jackson GL, Zafar SY, Hellerstedt W, Stahre M ve ark. (2013). Stigma, perceived blame, self-blame, and depressive symptoms in men with colorectal cancer. *Psycho-oncology*, 22(1), 65-73.

Pinar G, Algier L, Doğan N, Kaya N. (2008). Jinekolojik kanserli bireylerde risk faktörlerinin belirlenmesi. *International Journal of Hematology & Oncology/UHOD: Uluslararası Hematoloji Onkoloji Dergisi*, 18(4), 208-216.

Plata AB, Concepcion TM. (2014). Prostate cancer epidemiology. *Archivos Espanoles De Urologia*, 67(5), 373-382.

Riihimäki M, Hemminki A, Sundquist J, Hemminki K. (2016). Patterns of metastasis in colon and rectal cancer. *Scientific Reports*, 6, 1-9.

Rosenberg SA, De_Vita VT, Lawrence TS. (2015). DeVita, Hellman, and Rosenberg's Cancer: Principles & Practice Of Oncology. New York: Lippincott, Williams & Wilkins.

Sarı A. (2014). Meme Kanseri Hastalarında Tedavi İlişkili Nötropeni Gelişimini Etkileyen Risk Faktörleri. Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Sert H. (2010). Tüberkülozlu Hastalarda Stigma Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.

Shen MJ, Coups EJ, Li Y, Holland JC, Hamann HA, Ostroff JS. (2015). The role of posttraumatic growth and timing of quitting smoking as moderators of the relationship between stigma and psychological distress among lung cancer survivors who are former smokers. *Psycho-Oncology*, 24(6), 683-690.

Shiri FH, Mohtashami J, Nasiri M, Manoochehri H, Rohani C. (2018). Stigma and related factors in Iranian people with cancer. *APJCP*, 19(8), 2285-90.

Siegel RL, Miller KD, Jemal A. (2019). Cancer statistics, 2019. *CA: A Cancer Journal For Clinicians*, 69(1), 7-34.

Smith RA, Andrews KS, Brooks D, Fedewa SA, Manassaram-Baptiste D, Saslow D ve ark. (2017). Cancer screening in the United States, 2017: a review of current American Cancer Society guidelines and current issues in cancer screening. *CA: A Cancer Journal For Clinicians*, 67(2), 100-121.

So HS, Chae MJ, Kim HY. (2017). Reliability and validity of the Korean version of the cancer stigma scale. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 47(1), 121-132.

Song M, Wu K, Meyerhardt JA, Ogino S, Wang M, Fuchs CS ve ark. (2018). Fiber intake and survival after colorectal cancer diagnosis. *JAMA Oncology*, 4(1), 71-79.

Stergiou-Kita M, Pritlove C, Kirsh B. (2016). The “Big C”—Stigma, cancer, and workplace discrimination. *Journal of Cancer Survivorship*, 10(6), 1035-1050.

Stuber J, Meyer I, Link B. (2008). Stigma, prejudice, discrimination and health. *Social Science & Medicine*, 67(3), 351.

Şencan H. (2005). Sosyal ve davranışsal Ölçümlerde Güvenilirlik ve Geçerlik: Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Taşkın EO. (2007). İçselleştirilmiş Damga ve Damgalama Algısı. İzmir: Meta Basım Matbaacılık.

Tavşancıl E. (2006). Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi(3. Baskı). Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

Teke G. (2017). Hemşirelerin Psikolojik Yardım Arama Davranışları İçselleştirilmiş Damgalama ve Benlik Saygısının Belirlenmesi. Yüksek Lisans, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara.

Tel H, Pınar ŞE. (2012). Ayaktan izlenen psikiyatri hastalarında içselleştirilmiş damgalama ve benlik saygısı. *Journal Of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, 3(2), 61-66.

Terzioğlu F, Hacer A. (2015). Jinekolojik kanser tedavisi sırasında yaşanan psikolojik sorunların kadının cinsel yaşamına etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 18(2), 140-147.

Thorndike R, Christ T. (2017). Psikolojide ve Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme. Ankara: Nobel Kitabevi.

Tsai AC, Bangsberg DR, Kegeles SM, Katz IT, Haberer JE, Muzoora C ve ark. (2013). Internalized stigma, social distance, and disclosure of hiv seropositivity in rural uganda. *Annals of Behavioral Medicine*, 46(3), 285-294.

Tünel M, Evlice DYE. (2011). Meme Kanserli Hastalarda Cerrahi Tedavi Öncesi ve Sonrası Anksiyete ve Depresyon Düzeyi. Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi, Adana.

Türk A. (2018). Bipolar Bozukluğu Olan Hastalarda İçselleştirilmiş Damgalama, Yaşam Kalitesi ve Benlik Saygısı. Yüksek Lisans Tezi, Muğla Sitki Koçman Üniversitesi, Muğla.

Türk Dil Kurumu (TDK) (2019). Stigma. Erişim Tarihi: 05.03.2019; <https://sozluk.gov.tr>.

Türk Toraks Derneği (2010). Türkiye’de Temel Akciğer Sağlığı Sorunları ve Çözüm Önerileri. Ankara: Sentez Matbaacılık ve Yayıncılık. S:89-93.

Topkaya N. (2011). Psikolojik Yardım Alma Niyetinin Sosyal Damgalama, Tedavi Korkusu, Beklenen Yarar, Beklenen Risk ve Tutum Faktörleriyle Modellenmesi. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.

Ülger E, Alacacıoğlu A, Gülseren AŞ, Zencir G, Demir L, Tarhan MO. (2014). Kanserde psikososyal sorunlar ve psikososyal onkolojinin önemi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 28(2), 85-92.

Ünal Çubukçu N, Çınar S. (2012). Kemoterapi alan kanserli hastalarda oral mukozitler önlenbilir mi? *MÜSBED*, 2(4), 155-163.

Ünlü Z. (2016). Lenfödem epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Physical Medicine Rehabilitation-Special Topics*, 9(4), 14-18.

Warmoth K, Cheung B, You J, Yeung NC, Lu Q. (2017). Exploring the social needs and challenges of chinese american immigrant breast cancer survivors: a qualitative study using an expressive writing approach. *International Journal Of Behavioral Medicine*, 24(6), 827-835.

Watson A, Corrigan P, Larson J, Sells M. (2007). Self-stigma in people with mental illness. *Schizophrenia Bulletin*. 33(6), 1312-1318.

Waugh OC, Byrne DG, Nicholas MK. (2014). Internalized stigma in people living with chronic pain. *The Journal of Pain*, 15(5), 550-555.

Wegrzyn LR, Tamimi RM, Rosner BA, Brown SB, Stevens RG, Eliassen AH ve ark. (2017). Rotating night-shift work and the risk of breast cancer in the nurses' health studies. *American Journal Of Epidemiology*, 186(5), 532-540.

Yanos PT, Roe D, West ML, Smith SM, Lysaker PH. (2012). Group-Based treatment for internalized stigma among persons with severe mental illness: findings from a randomized controlled trial. *Psychological Services*, 9(3), 248.

Yarbro CH, Wujcik D, Gobel BH. (2010). *Cancer Nursing: Principles And Practice*. Boston: Jones & Bartlett Publishers.

Yasavul Ü, Çelik İ, Arıcı M. (2004). *Hacettepe İç Hastalıkları Kitabı*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi.

Yeung NC, Lu Q, Mak WW. (2019). Self-Perceived burden mediates the relationship between self-stigma and quality of life among chinese american breast cancer survivors. *Supportive Care In Cancer*, 1(9), 3337–3345.

Yılmaz M, Dişsiz G, Göçmen F, Usluoğlu AK, Alacacioğlu A. (2017). Kansere ilişkin tutumları (kansere damgası) ölçme anketi-toplum versiyonu'nun türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20(2), 99-106.

Yılmaz MS, Atak N. (2014). Meme kanseri riskinin beslenme ile ilişkili faktörler açısından değerlendirilmesi. *Türk J Public Health*, 12(1), 51-60.

EKLER

Ek 1. Kişisel Bilgi Formu

Anket No:

Tarih:

Tıbbi tanı:

1. Cinsiyetiniz 1. Kadın () 2. Erkek ()
2. Yaşınız? _____
3. Medeni durumunuz:
1. Evli () 2. Bekar () 3. Dul/ Boşanmış ()
4. Eğitim durumunuz
1. Okur yazar () 2. İlkokul () 3. Ortaokul ()
4. Lise () 5. Üniversite ()
5. Çalışma durumunuz nedir? 1. Çalışan () 2. Çalışmayan ()
6. Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?
1. İyi () 2. Orta () 3. Kötü () 4. Çok Kötü ()
7. Yaşadığınız yer? 1. Köy () 2. Kasaba () 3. İlçe () 4. İl ()
8. Ailenizde kanser tanılı birey var mı? (Var ise yakınlık derecesini ve tanısı yazınız)
1. Yok () 2. Var
9. Hastalığınızla ilgili ne kadar süredir tedavi alıyorsunuz?:
10. Hastalığınızın evresi: I () II () III () IV ()
11. Şu andaki tedavi tipi 1. Kemoterapi () 2. Cerrahi ()
3. Radyoterapi () 4. Diğer () yazınız
12. Tedavi sürecinde yanınızda sürekli destek olan biri oldu mu?
1. Evet ()yakınlık derecesini yazınız..... 2. Hayır () 3. Dönem dönem ()

Ek 2. Cancer Stigma Scale Özgün Formu

Cancer Stigma Scale (English version)

Here is a questionnaire to help you understand your thoughts about your illness. Read the following questions and check where you think you are closest to your thoughts.

| Items | Strong disagree | A little agree | Quite agree | Strong agree |
|--|-----------------|----------------|-------------|--------------|
| 1. I feel guilty because I have cancer. | | | | |
| 2. Having cancer makes me feel like I'm a bad person. | | | | |
| 3. I feel I'm not as good as others because I have cancer. | | | | |
| 4. Having cancer makes me feel bad. | | | | |
| 5. I feel set apart, isolated from the rest of the world. | | | | |
| 6. Some told me cancer is what I deserved for my bad habits. | | | | |
| 7. My cancer diagnosis was delayed because my health care provider did not take my symptom seriously. | | | | |
| 8. I have lost friends by telling them I have cancer. | | | | |
| 9. I stopped socializing with some because of their reactions. | | | | |
| 10. People have physically backed away from me. | | | | |
| 11. People avoid touching me if they know I have cancer. | | | | |
| 12. People seem afraid of me because I have cancer. | | | | |
| 13. People who know tend to ignore my good points. | | | | |
| 14. People avoid touching me if they know I have cancer. | | | | |
| 15. People avoid you because cancer is associated with death. | | | | |
| 16. Some people who know have grown more distant. | | | | |
| 17. I worry about people discriminating against me. | | | | |
| 18. People with cancer are treated like outcasts. | | | | |
| 19. I was hurt how people reacted to learning I have cancer. | | | | |
| 20. I worry that people may judge me when they learn | | | | |
| 21. Cancer is viewed as a self-inflicted disease. | | | | |
| 22. Some people act as though it is my fault that I have cancer. | | | | |
| 23. Others assume that cancer was caused by the patient's. | | | | |
| 24. Healthcare providers don't take 'cancer patients' signs' seriously (i.e., coughing for lung cancer, constipation for colon cancer, lumps for breast cancer, abnormal bleeding for cervix cancer, and gastric fullness and indigestion for stomach cancer). | | | | |

Ek 3. Kanser Damgalama Ölçeği'nin Türkçe Formu

Burada hastalığınıza dair düşüncelerinizi açığa vurmanıza yardımcı olacak anket soruları mevcuttur. Düşüncenize en yakın olduğunu düşündüğünüz ifadeyi işaretleyiniz.

| | Kesinlikle katılmıyorum | Kısmen katılıyorum | Genellikle katılıyorum | Kesinlikle katılıyorum |
|---|-------------------------|--------------------|------------------------|------------------------|
| . Kanser olduğum için kendimi suçlu hissediyorum. | | | | |
| . Kanser olmak kötü bir insanmışım gibi hissettiriyor. | | | | |
| . Kanser olduğum için diğer insanlar kadar iyi olmadığımı hissediyorum. | | | | |
| . Kanser olmam kötü hissetmeme neden oluyor. | | | | |
| . Dünyanın geri kalanından izole edilmiş, dışlanmış hissediyorum. | | | | |
| 7. Sağlık personelleri belirtilerimi ciddiye almadığı için kanser tanım gecikti | | | | |
| 8.Kanser olduğumu söylediğimde arkadaşlarımı kaybettim. | | | | |
| 9.Tepkileri yüzünden bazıları ile görüşmeyi kestim | | | | |
| 10.İnsanlar fiziksel olarak benden uzak duruyorlar. | | | | |
| 11.İnsanlar kanser olduğumu öğrendikten sonra aramayı bıraktı. | | | | |
| 12.İnsanlar kanser olduğum için benden korkuyor gibi görünüyor. | | | | |
| 13.Tanıdığım insanlar iyi yönlerimi görmezden geliyorlar. | | | | |
| 14.İnsanlar kanser olduğumu bildiklerinde bana dokunmaktan kaçınıyorlar. | | | | |
| 15.Kanser ölümle ilişkilendirdiği için insanlar sizden kaçıyorlar. | | | | |
| 16.Tanıdığım bazı insanlar mesafeli davranıyor. | | | | |
| 17.İnsanların bana karşı ayrımcılık yapmasından endişeleniyorum. | | | | |
| 18.Kanserli insanlara toplumdaki dışlanmış gibi davranılıyor. | | | | |
| 19.Kanser olduğumu öğrendiklerinde insanların tepkilerinden incindim. | | | | |
| 20.Kanser olduğumu öğrendiklerinde insanların beni yargılamalarından endişeleniyorum. | | | | |
| 21.Kanser kişinin kendisinden kaynaklı bir hastalıkmış gibi görülüyor. | | | | |
| 22.Bazı insanlar kanser olmak benim hatammış gibi davranıyor. | | | | |
| 23.Bireyin kötü alışkanlıkları olmasa bile bazıları bireyin kötü alışkanlık nedeniyle kanser olduğunu varsayıyor. | | | | |
| 24.Sağlık bakım uzmanları kanser hastalarının belirtilerini ciddiye almıyorlar (örneğin akciğer kanseri için öksürük, kolon kanseri için kabızlık, meme kanseri için kitle, serviks kanseri için anormal kanama, mide kanseri için mide şişkinliği ve hazımsızlık). | | | | |

Ek 4. Çeviri-Geri Çeviri Yapan Uzmanlar

Dil Bilim Uzmanları

Öğr.Gör. Halise YAVUZ
Deniz KARABIYIKOĞLU

Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Protranslate Çeviri Platformu


Görüşü Alınan Uzmanlar


Prof. Dr. Duygu ARIKAN
Prof. Dr. Reva BALCI
Prof.Dr. Dilek ÇİLİNGİR
Prof. Dr. Nezihe KARABULUT
Prof. Dr. Dilek KILIÇ
Prof. Dr. Nadiye ÖZER
Doç.Dr. Sevban ARSLAN
Doç.Dr. Serap SÖKMEN
Doç.Dr. Arzu YILDIRIM


Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Binali Yıldırım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Binali Yıldırım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi


**İsimler ve unvanlar soyadına göre alfabetik olarak sıralanmıştır.*

Ek-5. Cancer Stigma Scale Kullanım İzni

 김혜영 <hyekim@jnu.ac.kr>
2023.04.17.03
5/5

 Cancer Stigma Scale_Eng...
30 KB

 Factor Loading of the K...
30 KB

 Cancer Stigma Scale_Ko...
79 KB

John (27:43) - Temelci web - Temelci OneDrive - Kijafik konusmasi kaydi

Kind greetings Ercan Paktun,


I am really sorry for your reply late. Our research team approves the use of the 'Korean version of the Cancer Stigma Scale'. We will also send you relevant materials. Please check the attachment. We will send you the Korean version, the English version, and the factor load (factor name) of the item. You can rearrange the order of the items in the questionnaire.

And also, I am conducting research to verify the reliability and validity of Korean version's tool. However, there has been no validation study of the Turkish version.

Please feel free to contact me for help with validation of the tool.

Best regards,
Prof. Hye Young Kim

— Original Message —

 MK
2023.04.17.04
5/5

Dear Hye Young Kim

I am Ercan Paktun, master student in nursing at Turkey Ondu university. I would like to make Turkey's reliability validity of cancer-related fatigue cognition questionnaire you use as the thesis subject. So I would like your permission to use Cancer Stigma Scale in my thesis. In addition, Would you please send e-mail to me the exact shape of the scale. Finally, it will be a request from you important for my study, have you send any Turkish academics' scale before? If you have reached the academics, I would like to communicate with her/his. If it is suitable for you, I want to communicate with you during my work.

Thank you for your help in this matter.

Ek-6. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Değerli Katılımcı,

Ben Birsen PALTUN, Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında yüksek lisans öğrencisiyim. Yüksek lisans tezi olarak “Kanser Damgalama Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik “ çalışmasını yürütmekteyim.

Bu bilimsel çalışma ile kanser hastalarında damgalama durumunu belirlemek amacıyla yurt dışında geliştirilen Korean Cancer Stigma Scale ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapmak ve kültürümüze yeni bir ölçme aracı kazandırmayı planlamaktayım. Bu çalışmanın sonucunda kanser hastalarında damgalamaya bağlı yaşanabilecek negatif tutumları belirleyerek, hastalığın tedavi sürecine olumsuz etkilerini önlemek adına gerekli girişimleri planlamak ve uygulamak mümkün olacaktır.

Araştırma için Bursa İli Sağlık Müdürlüğü’nden ve Ali Osman Sönmez Onkoloji Hastanesi Başhekimliğinden izin alınmıştır. Araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Katılmanız konusunda hiçbir zorunluluk yoktur. Araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmadan elde edilen sonuçlar tamamen rakamsal değerler üzerinden ifade edileceği için anketlerde isim yer almayacaktır.

Araştırmayla ilgili her türlü soruyu aşağıda yer alan iletişim bilgilerimden bana ulaşarak sorabilirsiniz. Bu formu imzalamakla araştırmaya katılmayı kabul etmiş oluyorsunuz.

Katılıminız için teşekkür ederiz.

Katılımcı

Adı Soyadı:

Telefon:

İmza

Araştırmacı

Adı Soyadı:

Telefon:

e-mail:

Ek 7. Etik Kurul İzni



T.C.
ORDU ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARLARI

| Toplantı Tarihi | Toplantı Sayısı | Toplantı Saati | Karar Sayısı |
|-----------------|-----------------|----------------|--------------|
| 16/01/2020 | 02 | 15.30 | 08 |

Ordu Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı Doç. Dr. Ahmet KARATAŞ başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.

KARAR NO: 2020/ 08

Sorumlu yürütücü Doç. Dr. Nurgül BÖLÜKBAŞ'ın, 20/07/2018 tarih ve 2018-169 sayılı etik kurul kararı ile kabul edilen KAEK 2018-181 Nolu "**Kanser Damgalanma Ölçeği Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması**" adlı çalışmasının başlığının, yürütücünün danışmanlığını yaptığı yüksek lisans öğrencisinin tez savunma sınavında jüri üyeleri tarafından "**Kanser Damgalama Ölçeği Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması**" olarak değiştirilmesinin önerilmesine ilişkin etik kurulumuza sunmuş olduğu dilekçesi gereği;

Söz konusu çalışma başlığının "**Kanser Damgalama Ölçeği Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması**" olarak değiştirilmesinin uygun olduğuna, toplantıya katılanların oy birliği ile karar verildi.

e-İmzalıdır
Doç. Dr. Ahmet KARATAŞ
Ordu Üniversitesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Ek 8. Kurum İzin Yazısı



T.C.
BURSA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 60429939-044
Konu : Birsen PALTUN'ın Araştırma İzni
Hk.

MÜDÜRLÜK MAKAMINA

Ordu Üniversitesi Rektörlüğünün 12.10.2018 tarih ve 36910495-663.08 E.266226 sayılı yazısında, Hemşirelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Nurgül BÖLÜKBAŞ'ın danışmanlığında; 17540200006 nolu Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Birsen PALTUN'un, "Kanser Damgalanma Ölçeği Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması" konulu anket çalışmasını Müdürlüğümüze bağlı Ali Osman Sönmez Onkoloji Hastanesinde anket sorularını uygulamak isteği Başkanlığımızca uygun görülmüş olup;

Makamınızca da uygun görüldüğü takdirde olurlarınıza arz ederim.

e-İmzalıdır.
Dr. Efrail ATICI
Personel ve Destek Hizmetleri
Başkanı

O L U R
.../10/2018
e-İmzalıdır.
Dr. Özcan AKAN
İl Sağlık Müdürü

Dışkaldırım Mah. Hat Caddesi No:4 Osmangazi, BURSA

Faks No:

e-Posta: Aynur.Sen2@sağlik.gov.tr İnt.Adresi: http://burzainil.saglik.gov.tr

Bilgi için: Aynur ŞEN

Urvan:HEMŞİRE

Telefon No:0224/293 33 65

Evrakin elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 7a1c1b0-001f-48b9-b76c-0961c017da2d kodu ile erişebilirsiniz.

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

Evrakin elektronik imzalı suretine <https://e-belge.odu.edu.tr/> adresinden 1474480e-06d9-4d6f-a418-5725ccc37223 kodu ile erişebilirsiniz.

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

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Birsen PALTUN
Doğum Yeri : Giresun/Merkez
Doğum Tarihi : 16.05.1994
Yabancı Dili : İngilizce
E-posta : birsen1605@yandex.com
İletişim Bilgileri :
Öğrenim Durumu :

| Derece | Bölüm/Program | Üniversite | Yıl |
|--------|---------------|--|-----------|
| Lisans | Hemşirelik | Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi | 2012-2017 |

İş Deneyimi:

| Yıl | Görev Yeri | |
|---------|---|------------|
| Hemşire | Bursa Devlet Hastanesi, Kardiyoloji Servisi, BURSA. | 2018-..... |