

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

20-65 YAŞ ARASI BİREYLERDE
KANSERE YÖNELİK DAMGALAMA ve
ETKİLEYEN FAKTÖRLER

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

BİRSEN GÜNGÖR KAYA

Danışman

Doç.Dr. Nihal BOSTANCI DAŞTAN

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

KARS-2020

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

20-65 YAŞ ARASI BİREYLERDE
KANSERE YÖNELİK DAMGALAMA ve
ETKİLEYEN FAKTÖRLER

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

BİRSEN GÜNGÖR KAYA

Danışman

Doç.Dr. Nihal BOSTANCI DAŞTAN

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

KARS-2020

ÖNSÖZ ve TEŞEKKÜR

Yüksek lisans öğrenimim ve tez çalışmamın her aşamasında güler yüzünü, emeğini, zamanını, görüş ve önerilerini esirgemeyen, bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım, akademisyen kavramının en güzel örneklerinden olan değerli danışman hocam Sayın Doç. Dr. Nihal BOSTANCI DAŞTAN' a her konuda desteğini esirgemediği için teşekkür ederim.

Jüri üyelerim Sayın Doç. Dr. Filiz ADANA ve Sayın Dr. Öğr. Üyesi Fadime KAYA' ya, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyelerine, anket uygulamasında desteklerini esirgemeyen Yusufpaşa Aile Sağlığı ve Başbakanlık TOKİ Aile Sağlığı Merkezi çalışanlarına,

Tüm hayatım boyunca yanımda olan, her türlü desteği ve sabrı gösteren başta babam: Sevdekar, annem: Cemile, bilgi birikimi ve deneyimlerini benimle paylaşan, her anımda yanımda hissettiğim kardeşlerim: Neşe, Sevgi, Nurdan ve Muhammed'e ve beni her alanda destekleyen, bölümüme duyduğum sevgiyi artıran, tez yazımı boyunca bana ilham veren sevgili eşim: Gencay ve doğduğu günden beri o küçük bedeni ile bana hep destek olan sevgili oğlum: İsmail Utku'ya olmak üzere aileme,

Eğitimim süresince çalıştığım yerden gerekli izni verirken desteğini esirgemeyen Personel ve Destek Hizmetleri Başkanı Onur KORKMAZ' a, Personel ve Destek Hizmetleri Başkan Yardımcısı Serkan TUĞRUL' a, mesai arkadaşım Zeliha EYAN'a, yüksek motivasyonu ile hep desteğini hissettiğim Neşe BAKAN' a ve adını saymadığım katkıda bulunan tüm değerli arkadaşlarıma yürekten ve içtenlikle sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR.....	I
İÇİNDEKİLER	II
ÖZET.....	V
ABSTRACT	VI
SEMBOLLER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	VII
ŞEKİLLER DİZİNİ	VIII
GRAFİKLER DİZİNİ	IX
TABLolar DİZİNİ	X
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Kanser.....	4
2.1.1. Kanser Tarihçesi	4
2.1.2. Dünyada ve Türkiye’de Kanser Epidemiyolojisi.....	5
2.1.3. Kanser Etiyolojisi.....	6
2.1.4. Kanser Belirtileri.....	10
2.1.5. Kanser Tedavisi.....	10
2.2. Damgalama Kavramı	11
2.2.1. Damgalama Tanımı	11
2.2.2. Damgalama ile İlişkili Kavramlar	13
2.2.3. Damgalamayı Etkileyen Etmenler	14
2.2.4. Damgalama Türleri	17
2.2.5. Damgalamanın Sonuçları	18
2.2.6. Kronik Hastalıklarda Damgalama	19
2.3. Kanser ve Damgalama	20
2.3.1. Kanserde Damgalamayı Etkileyen Faktörler	21
2.3.2. Kanser Damgalamasının Sonuçları	24

2.3.3.	Kanserde Damgalamaya Yönelik Reaksiyonlar.....	25
2.3.4.	Kanser Damgalaması ile Başa Çıkma	27
2.3.5.	Kanser Damgalaması ile Mücadelede Hemşirelik Uygulamaları	28
3.	MATERYAL VE METOT	32
3.1.	Araştırmanın Tipi.....	32
3.2.	Araştırmanın Değişkenleri.....	32
3.2.1.	Bağımsız Değişkenler	32
3.2.2.	Bağımlı Değişkenler.....	32
3.3.	Araştırma Soruları:	32
3.4.	Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	32
3.5.	Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	33
3.6.	Araştırmaya Alınma ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri	35
3.6.1.	Araştırmaya Alınma Kriterleri	35
3.6.2.	Araştırmadan Dışlanma Kriterleri.....	35
3.7.	Veri Toplama Araçları.....	35
3.7.1.	Anket Formu (EK-5)	35
3.7.2.	Kansere İlişkin Tutumları Ölçme (KİTÖ) Anketi - Toplum Versiyonu (EK-6)	35
3.8.	Verilerin Toplanması	36
3.9.	Verilerin Değerlendirilmesi	36
3.10.	Araştırmanın Etik Yönü	37
3.11.	Araştırmanın Sınırlılıkları.....	37
4.	BULGULAR.....	39
4.1.	Araştırmaya Katılan Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri ile İlişkili Bulgular	39
4.2.	Kansere İlişkin Tutumları Ölçme (KİTÖ) Anketi Puan Dağılımları İlişkili Bulgular	42

4.2.1.	Kansere İlişkin Damgalamayı Etkileyen Faktörlerle İlişkili Bulgular ...	44
5.	TARTIŞMA	52
5.1.	Araştırmaya Katılan Bireylerin Kansere Yönelik Düşünce ve Tutumlarının Tartışılması	52
5.2.	Araştırmaya Katılan Bireylerde Medyanın Kansere Karşı Tutuma Etkisinin Tartışılması	55
5.3.	Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi Maddelerinin Puan Dağılımlarının Tartışılması	56
5.4.	Araştırmaya Katılan Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre KİTÖ Anketi Puanlarının Karşılaştırılmasının Tartışılması	60
5.5.	Araştırmaya Katılan Bireylerin Sağlık Özelliklerine ve Kansere İlgili Düşüncelerine Göre KİTÖ Anketi Puanlarının Karşılaştırılmasının Tartışılması	63
6.	SONUÇ VE ÖNERİLER	66
6.1.	Sonuç	66
6.2.	Öneriler	68
7.	KAYNAKLAR	71
8.	EKLER	76
9.	ÖZGEÇMİŞ	89

ÖZET

20-65 Yaş Arası Bireylerde Kansere Yönelik Damgalama ve Etkileyen Faktörler

Bu çalışma, 20-65 yaş arası bireylerde kansere yönelik damgalama ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla kesitsel olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini, bir şehir merkezinde 2018 Ekim ayında iki Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı olan 20-65 yaş arası 9862 birey oluşturmuş olup, araştırmaya 681 birey alınmıştır. Araştırmada, Anket Formu ve Kansere İlişkin Tutumları Ölçme (KİTÖ) Anketi- Toplum Versiyonu kullanılmıştır. Çalışma sonucunda veriler SPSS 20 paket programında analiz edilmiştir. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel analizler (aritmetik ortalama, standart sapma, minimum ve maximum), fark testleri (Mann-Whitney U Analizi, Kruskal Wallis testi) ve ilişki analizi (Spearman Korelasyon Analizi) kullanılmıştır. Bireylerin yaş ortalaması 37.16 ± 11.21 olup, % 53.6'sı kadın (n=365), % 46.4'ü erkektir (n=316). Kansere ilişkin tutumları ölçme anketi alt boyut (kansere tanısını ortaya çıkarma, yayma, iyileşmenin imkânsız olması - etiketlenme, ayrımcılık) ve toplam puan dağılımlarından bireylerin kansere yönelik tutumlarının olumlu düzeyde olduğu görülmektedir. Sonuç olarak, kadın olan, artan yaş ve eğitim seviyesi, çalışan birey olma, sağlık durumunu iyi algılama, ailesinde kanser öyküsü olanların daha olumlu oldukları; kanserin önlenabilirliği, erken tanılanabilirliği, tedavi edilebilirliği ve bulaşabilirliği hakkında olumsuz düşünen bireylerin daha negatif tutum ve davranışları olduğu ve genel olarak bireylerin medya hakkında olumsuz düşünceleri olduğu görülmüştür. Kansere karşı negatif tutumların azaltılması için bilgilendirici ve eğitici programların artırılması faydalı olacaktır.

Anahtar Sözcükler: Damgalama, Kanser, Tutum.

ABSTRACT**Cancer-Related Stigmatization and Affecting Factors in Individuals Between the ages of 20-65**

This study was conducted as a cross-sectional to investigate the cancer-related stigma and affecting factors in individuals between the ages of 20-65. The targeted population of the study consisted of 9862 individuals between the ages of 20-65 who were registered to two Family Health Center in a city center in October 2018 and 681 individuals were included in the study. Introductory Form and Questionnaire for Measuring Attitudes Toward Cancer-Society Version were used as data collection tools in the study. The data were interpreted through an analysis of the SPSS 20 package program. In the analysis of the data, descriptive statistical analyses (arithmetic mean, standard deviation, minimum and maximum values) difference tests (Mann-Whitney U Analysis, Kruskal Wallis Test,) and correlation analysis (Spearman Correlation Test) were used. The mean age of the individuals is 37.16 ± 11.21 years, 53.6% of them are female ($n = 365$) and 46.4% of are male ($n = 316$). According to the sub-dimension (detection, dissemination of cancer, impossible healing - labeling, discrimination), and total score distributions of the survey on cancer attitudes, it is seen that individuals have positive attitudes towards cancer. As a result, being a woman, increasing age and education level, being a working person, having a good health status, having a family history of cancer are more positive, individuals who think negatively about cancer preventability, early diagnosis, treatability, and contagious have more negative attitudes and behaviors, and in general, individuals have negative thoughts about the media. It would be beneficial to increase informative and educational programs to reduce negative attitudes towards cancer.

Key words: Stigmatization, Cancer, Attitude.

SEMBOLLER ve KISALTMALAR DİZİNİ

AIDS:	Acquired Immune Deficiency Syndrome (Edinsel İmmün Yetersizlik Sendromu)
ANA:	American Nurses Association (Amerikan Hemşireler Birliği)
BRCA:	Breast Cancer Susceptibility (Meme Kanseri Duyarlılığı)
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
EBV	Epstein- Barr Virüsü
HIV:	Human Immunodeficiency Virus (İnsan Bağışıklık Yetmezlik Virüsü)
HPV	Human Papilloma Virus (İnsan Papilloma Virüsü)
KİTÖ:	Kansere İlişkin Tutumlar Ölçme
MLH1	Human Mutl Humolog 1
NCI:	National Cancer Institute (Ulusal Kanser Enstitüsü)

ŞEKİLLER DİZİNİ

	SAYFA
Şekil 1. Damgalama Süreci.....	13
Şekil 2. Damgalama ve Damgalama ile İlişkili Kavramlar	14



GRAFİKLER DİZİNİ

SAYFA

Grafik 1 Kanser Türünün Toplam Kanser İçindeki Dağılımı, (%), 2015	6
Grafik 2 Araştırmaya Katılan Bireylerin Ailelerinde Kanser Öyküsü (n=681)	40
Grafik 3 Araştırmaya Katılan Bireylerin Arkadaşlarında Kanser Öyküsü (n=681).....	40
Grafik 4 Araştırmaya Katılan Bireylerde Medyanın Kansere Karşı Tutuma Etkisinin Değerlendirilmesi (n=681).....	42



TABLolar DİZİNİ

	SAYFA
Tablo 1 Damgalamayı Etkileyen Bazı Etmenler	16
Tablo 2 Aile Sağlığı Merkezlerine Göre Bireylerin Örnekleme Girme Oranları	34
Tablo 3 Araştırmaya Katılan Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri (n=681)	39
Tablo 4 Araştırmaya Katılan Bireylerin Kansere Yönelik Düşünce ve Tutumlarının Dağılımı (n=681)	41
Tablo 5 KİTÖ Anketi Maddelerinin ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları	43
Tablo 6 Araştırmaya Katılan Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre KİTÖ Anketi Puanlarının Karşılaştırılması (n=681)	44
Tablo 7 Araştırmaya Katılan Bireylerin Sağlık Özelliklerine ve Kanserle İlgili Düşüncelerine Göre KİTÖ Anketi Puanlarının Karşılaştırılması (n=681)	48

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Kanser, küresel olarak yaygın görülen ve yüksek mortalite oranına sahip olan en önemli sağlık sorunlarından biridir. 2018 yılı Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre kanser nedeniyle yaklaşık 9.6 milyon insanın hayatını kaybettiği ve bu ölümlerin yaklaşık %70'inin düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana geldiği görülmektedir (Cancer. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cancer>, Erişim tarihi: 9 Ocak 2020). Günümüzde, ölüm nedenleri arasında global olarak ikinci sırada yer alan kanserin, 2030 yılına kadar hızlı bir artış göstererek birinci sıraya yükseleceği ön görülmektedir (Erol, 2014).

Kanser gibi mortalite ve morbidite oranı yüksek, kronik olan hastalık hastada; fiziksel, bilişsel ve/veya psikolojik bozukluklara, işsizlik dönemlerine, maddi kaygılara, sosyal izolasyona ve varoluşçu sorunlara neden olabilir. Bu sorunlardan herhangi biri veya hepsi sadece hastaları değil onların hastalık deneyiminin çoğuna şahit olan ve paylaşan aile üyeleri ve hatta arkadaşlarına da duygusal olarak tehdit oluşturmaktadır (Stenberg ve ark. 2010, Williams 2014, Bektaş 2015, Aubin ve ark. 2017). Kanser morbiditesinin yüksek oluşu, kanser tanısının daha fazla ölümle sonlanacağı inancını çıkarmıştır (Yılmaz ve ark. 2017). Yüzyıllardır "kanser eşittir ölüm" algısı yaşanmaktadır Bunlara bağlı olarak kanser diğer hastalıkların ötesinde daha çok korkulan, daha fazla kaygı ve kriz yaşantısına neden olan bir hastalıktır (Tang ve ark. 2015).

Birey ya da toplum; kendisini rahatsız eden, korkutan bir durumla karşılaştığında sıklıkla onu dışlayıp uzaklaştırma, ayrımcılığa maruz bırakma ve damgalama yolunu seçer. Bu süreç, bazı hastalıklara vurulmuş damgalamaya katkıda bulunmakta ve bu damgalama zaman zaman hastalığın kendisi kadar tehlike yaratmaktadır (Oran ve Şenuzun 2008). Damgalama toplumumuzda yaygındır ve bir kez ortaya çıktığı zaman devam eder (Link ve ark. 1997). Damgalamanın nedeni ortadan kaldırılrsa dahi etkilerin üstesinden kolayca gelinemez (Stuenkel ve Wonk 2013).

Kanser de, toplumların çoğunda damgalama yaşanan ciddi hastalıklardan biridir. Kanserli hastalar çoğu ülkede sıklıkla damgalanır. Bazı çalışmalar kanser

damgalanmasının yaygın olduğunu düşündürmektedir. Son dönemlerde yapılan bir çalışmada ABD’de meme kanseri tanısı konulan kişilerin % 52’si, insanların onlardan kaçtığı veya korktuğunu bildirmiştir. ABD’de farklı örneklerin yanı sıra Japonya, İngiltere ve Kore dahil ancak bunlarla sınırlı olmamak üzere birçok ülkede yapılan daha yakın tarihli çalışmalarda kanser damgalanmasının yaygınlığı doğrulanmıştır (Fujisawa ve Hagiwara 2015). Kanserden ölümlerin yaklaşık üçte biri, yüksek vücut kitle indeksi, düşük meyve ve sebze tüketimi, fiziksel aktivite eksikliği, tütün ve alkol kullanımı önde gelen beş davranışsal riskten kaynaklanmakta ve kanserlerin yaklaşık % 30- % 50’si önlenmektedir. Önlenbilir sebepler kanser ve kanser tanısı konulan bireylerin daha fazla damgalanma yaşamasına neden olmaktadır (Cancer. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cancer>, Erişim tarihi: 9 Ocak 2020).

Son yıllarda Ulusal Kanser Enstitüsü (National Cancer Institute-NCI)’de kanser ile ilişkili damgalanmayı azaltmaya yönelik araştırmalara öncelik verilmesi gerektiğine karar vermiştir (Knap ve ark. 2014). Ruh sağlığı çalışanları tarafından damgalama ve damgalanma konuları hasta bireylerin tedavi süreci ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir durum olarak ele almaları gereken bir konudur (Çam ve Çuhadar 2011). Kansere yönelik damgalanmada, ruh sağlığı hizmetlerinde konsültasyon-liyezon psikiyatrisi alanında ele alınması gereken önemli konulardan biridir. Halkın kansere ilişkin tutumlarını anlamak, kansere yönelik eğitim programları, erken tanı testlerine katılım ve hastalar/ailelerin kansere bağlı gelişen psikososyal sorunların anlaşılması ve çözümüne yol göstermede önemlidir (Yılmaz ve ark. 2017). Kanserle ve kanserin yol açtığı sorunlarla etkin mücadele için öncelikle toplumda var olan bilgi, tutum ve davranışlar belirlenmelidir (Korkmaz 2010). Sağlık çalışanları, bireylere damgalayıcı inançları nedeniyle, erken tanı, yeterli müdahale, veya rehabilitasyon seçenekleri sunamayabilir. Çok yaygın görülen damgalama ile mücadelede küresel olarak daha fazla müdahale ve strateji geliştirilmelidir (Ahmedani 2011). Sağlık profesyonelleri arasında hemşireler, 7-24 çalışmaları, mesleği gereği insanlarla etkileşiminin ve eğitim olanaklarının daha fazla olmasından dolayı damgalanmayı azaltmaya yönelik lider konumundadır (Knaak ve ark. 2017).

Yapılan literatür taraması sonucunda; kanser damgalanmasına yönelik çalışmaların ülkemizde de yapılmaya başlandığı ancak yetersiz olduğu görülmektedir (Yılmaz ve ark. 2017, Şengör 2019). Tüm bu bilgiler ışığında bu çalışma ile **“20-65 yaş arası bireylerde kansere yönelik damgalama ve etkileyen faktörlerin incelenmesi”** amaçlanmıştır. Ülkemizde ve dünyada kanser görülme oranı düşünüldüğünde, bu araştırmanın damgalamaya yönelik gereken önlemleri alma çalışmalarına ve bu konudaki literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kanser

DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) tanımına göre kanser; anormal hücrelerin kontrolsüz bir şekilde büyümesiyle karakterize olan ve diğer organlara yayılabilen, vücudun hemen hemen her organında veya dokusunda başlayabilen bir hastalık grubudur. Neoplazm ve habis tümör kansere yönelik kullanılan diğer isimlerdir (Cancer. https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1, Erişim Tarihi: 3 Aralık 2019). İnsan vücudunu etkilediği bilinen 100'den fazla kanser türü bulunmaktadır ve her kanser tipi kendine özgü etiyolojik nedenler, prognoz ve tedavi yolları sunar (Yalçınay 2015, Baykara 2016).

2.1.1. Kanserin Tarihçesi

Kanserin tarihi M.Ö. 3000 yılına kadar dayanmaktadır (Baykara 2016). Kanser ile ilgili ilk tanımlara Mısır papirüslerinde, Babil çivi yazısı tabletlerde ve eski Hint yazmalarında rastlanmaktadır (Alkaç M (2017). Kanser Tarihi. <http://www.mertalkac.com/kanser-tarihi/>. Erişim Tarihi: 14 Nisan 2020). Kanserle ilgili ilk yazıya M.Ö. 3000 yılında Edwin Smith Papirüsünde rastlanmakta olup, meme kanseri olan 8 vakanın tanımlandığı ancak tedavisinin olmadığı görülmektedir (Early History of Cancer. <https://www.cancer.org/cancer/cancer-basics/history-of-cancer/what-is-cancer.html>. Erişim Tarihi: 14 Nisan 2020). Ebers Papirüsünde (M.Ö. 15. yy.), tümör tedavisinin öldürücü olabileceği belirtilmiştir (Alkaç M (2017). Kanser Tarihi. <http://www.mertalkac.com/kanser-tarihi/>. Erişim Tarihi: 14 Nisan 2020). Kanserin tedavisinin olmadığı ve öldürücülüğüne yönelik bu anlatılar ve yazılar tarihin ilk dönemlerinden itibaren kanserin korkulabilirliğine ve öldürücülüğüne yönelik damgalamanın temellerini oluşturmaktadır. Ayrıca, antik döneme ait Yunan tıbbi kayıtlarında ve Galen 'in çalışmalarında, ne tür tümörler olduğu bilinmese de birçok kanser olgusuna rastlandığı anlatılmıştır (Alkaç M (2017). Kanser Tarihi. <http://www.mertalkac.com/kanser-tarihi/>. Erişim Tarihi: 14 Nisan 2020). M.Ö. 460-377 yılları arasında yaşayan Hipokrat tarafından ilk olarak iyi huylu ve kötü huylu tanımlamaları yapılmış ve bu şişliklere yengeç kıskacı ya da Yunanca yengeç anlamına gelen “karkinos” ya da “karkinoma” adı verilmiştir. Bu

kelime İngilizceye çevrilirken de cancer (kanser) veya carsinoma (karsinoma) olarak geçmiş ve günümüzdeki terminolojiyi oluşturmuştur (Baykara 2016). Galen (M.S. 130-200.) ise bu hastalığa “Cancer(=kanser)” demiştir. Kanser ve yengeç arasındaki metafor; kanser hücresinin yengeç-kanser gibi yanlamasına ilerlemesi ve yengeçlerin sıkıştıkları bir yerde kendi iğnesi ile kendini sokarak öldürmesinden yola çıkarak insanın kendi hücrelerinin kendi bedenini öldürmesinden kaynaklanmaktadır ((Alkaç M (2017). Kanser Tarihi. <http://www.mertalkac.com/kanser-tarihi/>. Erişim Tarihi: 14 Nisan 2020), Baykara 2016).

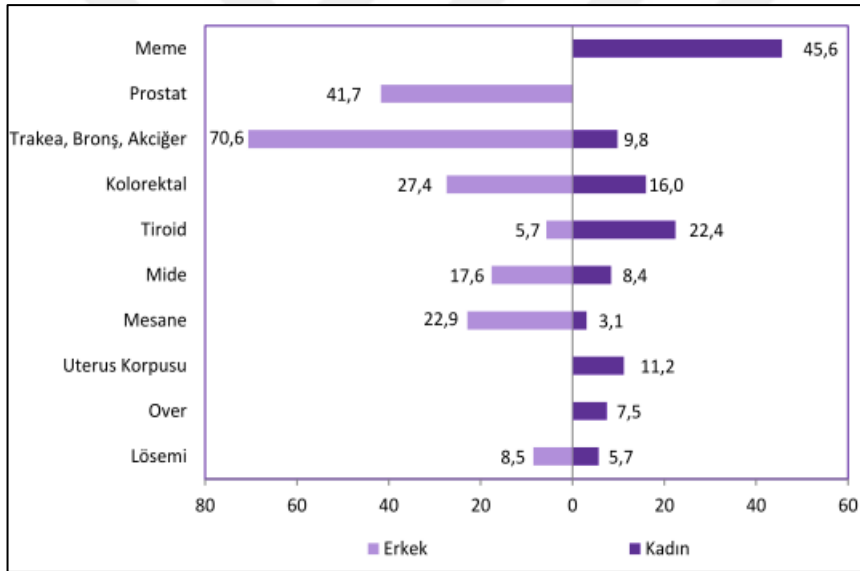
2.1.2. Dünyada ve Türkiye’de Kanser Epidemiyolojisi

Kanser; gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yaygınlığı giderek artan, her yaştan ve her coğrafyadan olan bireylerin yakalanabileceği küresel bir sorundur (Gündüz 2019). Sağlık sorunları içinde yaygın morbidite ve mortalite oranlarına ve sonuçlarına bağlı önemli bir yeri olan kanser vakalarının sayısı tüm dünyada giderek artmaktadır (Ayaz 2019). 2018 yılı DSÖ verilerine göre; 2018 yılında yaklaşık 18 milyon insana kanser tanısı konulmuş, ölüm nedenlerinde ikinci sırada yer alan kanser nedeniyle 9.6 milyon insanın öldüğü tahmin edilmiş ve küresel olarak 6 ölümden yaklaşık 1 tanesi kanserden kaynaklandığı görülmüştür. Dünyada erkeklerde en sık görülen ilk beş kanser türü akciğer (% 31.5) , prostat (%29.3), kolorektal (% 23.6), mide (% 15.7) ve karaciğer (% 13.9) kanseri iken kadınlarda meme (% 46.3), kolorektal (% 16.3), akciğer (% 14.6), uterus serviksi (% 13.1) ve tiroid (% 10.2) kanseri olarak sıralanmaktadır (Globocal 2018, <https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-multi-bars> Erişim tarihi: 15 Ekim 2019, Gündüz 2019, Şengör 2019). 2018 yılında akciğer (2.09 milyon kişi), meme (2.09 milyon kişi), kolorektal (1.80 milyon kişi), prostat (1.28 milyon kişi), cilt (1.04 milyon kişi) ve mide akciğer (1.03 milyon kişi) ile en yaygın ölüme neden olan kanser türleridir. Kanser ölümlerinin yaklaşık % 70’i düşük ve orta gelirli ülkelerde görülmektedir (Cancer. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/cancer>, Erişim Tarihi: 12 Eylül 2019, Gündüz 2019).

Kanser, dünyada olduğu gibi Türkiye’de de en önemli toplumsal sağlık sorunlarından biridir. Çok sayıda kanser türüne rağmen, bazıları daha sık görülür. 2018 yılına göre; erkeklerde trakea-akciğer-bronş, prostat ve kolorektal; kadınlarda

ise meme, tiroid ve kolorektal en sık görülen ilk üç sıradaki kanser türleridir ve ölüm oranları daha yüksektir (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018, <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/36134,siy2018trpdf.pdf?0>, Erişim tarihi: 18 Mayıs 2020, Gündüz 2019). 2018 yılında Türkiye’de en sık görülen ilk 10 kanser türünün cinsiyete göre yüzdelik dağılımı Grafik 1’de verilmiştir. Türkiye İstatistik Kurumu 2017-2018 karşılaştırmasına göre iyi ve kötü huylu tümörler ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer almış olup, 2017 yılında 81 bin 886 kişi iken 2018’de 83 bin 163 kişiye yükselmiştir (Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2018, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30626>, Erişim tarihi: 12 Eylül 2019).

Grafik 1 Türkiye’de En Sık Görülen İlk 10 Kanser Türünün Cinsiyete Göre İnsidansı, (%), 2018



Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018, <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/36134,siy2018trpdf.pdf?0>, Erişim tarihi: 19 Mayıs 2020).

2.1.3. Kanser Etiyolojisi

Tam olarak nedeni bilinmeyen kanser; literatürde, değiştirilebilir ve değiştirilemeyen etkenler olarak iki grup altında toplanmıştır. Değiştirilemeyen etkenlere bakıldığında cinsiyet, yaş ve aile öyküsüdür. Damgalanmanın daha fazla görülmesine neden olan değiştirilebilir etkenler ise alkol ve sigara kullanımı, beslenme alışkanlıkları, gıdalarda bulunan katkı maddeleri, bazı virüsler, güneş ışığına uzun süreli maruz kalma, radyasyondan etkilenme, hava kirliliği gibi çevresel etkenlerdir (Arifoğlu ve

ark. 2014). Kanserden ölümlerin yaklaşık üçte biri, önde gelen 5 davranış ve beslenme riskinden kaynaklanmaktadır: yüksek vücut kitle indeksi, düşük meyve ve sebze alımı, fiziksel aktivite eksikliği, tütün kullanımı ve alkol kullanımı (Cancer. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>, Erişim tarihi 19 Ekim 2019). Bu risk faktörlerinden biri veya daha fazlasının etkilenmesi, kişide kanser gelişeceğini göstermez fakat kansere yakalanma olasılığını artırmaktadır (Arifoğlu ve ark. 2014).

Değiştirilebilir Etkenler;

Sigara: Sigara-kanser ilişkisi sigaraya başlama yaşı, süre ve içilen miktarla doğru orantılıdır. 30 yıl güne 1 paket sigara içen kişilerde kanser gelişme riski 20 kat daha fazladır (Arifoğlu ve ark. 2014). DSÖ' ye göre en önemli risk faktörü sigara kullanımındır ve kanser tanımlı ölümlerin yaklaşık %22'sinin sebebidir. (Cancer. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>, Erişim tarihi 19 Ekim 2019). Sigara içmenin başta akciğer kanseri olmak üzere yemek borusu, gırtlak, ağız boşluğu, nazofarinks, farinks, mesane, pankreas, karaciğer, mide kanseri gibi pek çok kanser türü için kanser riskini artırdığı bildirilmektedir (Karakoyunlu Şen 2018).

Alkol: Bazı araştırmalar alkol tüketimi sonrasında tükürükte bulunan asetaldehit seviyesinin arttığını ve yüksek DNA hasarı oluştuğunu kaydetmişlerdir. Bu durum alkol tüketimi sonucunda ağız, larenk, farenks kanserlerinin gelişimi arasındaki ilişkiyi açıklamaktadır (Şengör 2019).

Beslenme: Kansere vakalarının üçte biri beslenme ile ilişkilidir. Uygun olmayan pişirme yöntemi, saklama koşulları ve hazır gıdalarla beslenmenin kanser riskini artırdığı gösterilmiştir (Özdemir 2018). Çok yağlı ve az posalı besinler tüketen kişilerde kolon kanseri riski artmakta, salamura ve turşu gibi besinleri fazla tüketenlerde ise nazofaringial kanser riski artmaktadır. Ayrıca yiyeceklerde kullanılan renklendirici maddeler ve et ürünlerinde koruyucu olarak kullanılan maddelerin de kansere neden olduğu belirtilmiştir. Akciğer, meme, ağız, özefagus, larenks, ve serviks kanserlerinin sebepleri arasında A, C ve E vitaminlerinden yetersiz beslenme yer almaktadır. (Gündüz 2019).

Biyolojik Karsinojenler: Belirli virüsler, bakteriler veya parazitlerden kaynaklanan enfeksiyonlar biyolojik karsinojenlerdir (Cancer.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>, Erişim tarihi 19 Ekim 2019). Virüsler etiyolojik olarak tümörlerin yaklaşık % 20'sini oluşturmaktadır. Human papilloma virüsü, (HPV) Epstein- Barr virüsü (EBV) ve Hepatit B gibi DNA virüsleri; hepatit C virüsü ve Human T- lenfotropik virüs tip 1 gibi RNA virüsleri kanser gelişimine neden olan virüslerden bazılarıdır (Arifoğlu ve ark. 2014) . Hepatit ve humanpapillomavirüs (HPV) gibi kansere neden olan enfeksiyonlar, düşük ve orta gelirli ülkelerde kanser vakalarının% 25'inden sorumludur (Cancer. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>, Erişim tarihi 19 Ekim 2019).

Kimyasal Karsinojenler: Asbest, tütün dumanı bileşenleri, aflatoksin (bir gıda kirletici) ve arsenik (bir içme suyu kirletici) gibi karsinojenler kimyasal karsinojenlerdir (Cancer. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>, Erişim tarihi 19 Ekim 2019).

Radyasyon: Radyasyon, elektromanyetik dalga ve parçacıkların ortamda hızla yayılması sonucunda oluşan enerjidir (Özdemir 2018). İyonize ve iyonize olmayan radyasyon olarak ikiye ayrılmaktadır.

İyonize radyasyon: 2. Dünya Savaşı döneminde Japonya'ya atılan atom bombalarına bağlı yayılan yüksek iyonize radyasyondan akciğer, kolon, mide, over, tiroid ve meme kanserinde artış görülmüştür (Gündüz 2019, Arifoğlu ve ark. 2014).

İyonize olmayan radyasyon: İyonize olmayan radyasyona örnek olarak mikro dalgalar, radyo dalgaları ve çok düşük dozlu elektro manyetik frekans (EMF) verilebilir. Cep telefonlarından yayılan elektro manyetik frekansın kanserle ilişkili olduğu bilinmektedir (Arifoğlu ve ark. 2014).

Ultraviyole Radyasyon: Ultraviyole radyasyon, cilt melanomasında önemli risk faktörlerindedir. Özellikle, gereğinden fazla güneş ışına maruz kalan kişilerde, açık tenlilerde, açık havada çalışan bireylerde deri kanseri daha sık görülmektedir. (Gündüz 2019).

Değiştirilemeyen Etkenler;

Yaş: Belirli yaş gruplarında bazı hastalıklar daha fazla ortaya çıkmaktadır. Örneğin kadınlarda serviks kanseri 40-59 yaşlarında görülürken, prostat kanseri 70 yaş üstü erkeklerde daha sık görülmektedir (Arifoğlu ve ark. 2014). Aynı zamanda yaşlanma, kanser gelişimi için bir başka temel faktördür. Kanser insidansı, büyük olasılıkla yaşla birlikte artan spesifik kanserler için risk birikmesi nedeniyle yaşla birlikte dramatik bir şekilde artar. Genel risk birikimi, bir kişi büyüdükçe hücrel onarım mekanizmalarının daha az etkili olma eğilimi ile birleştirilir (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>, Erişim tarihi 19 Ekim 2019).

Cinsiyet: Kadınlarda en sık meme kanseri ortaya çıkmakta iken, erkeklerde en sık prostat kanseri görülmektedir (Özdemir 2018, <https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-multi-bars> Erişim tarihi: 15 Ekim 2019).

Genetik Yatkınlık: Kanserler DNA diziliminde oluşan birtakım anormallikler sonucu meydana gelmektedir. Kanserlerin % 85-90'ının DNA'nın, replikasyonundaki hataların oluşmasıyla şekillendiği ve % 10-15'inin ise ebeveynlerdeki genlerden taşınan yani kalıtsal olduğu düşünülmektedir. Ailesel tümörlerin arasında sık görülenler arasında; meme tümörleri, kalın barsak tümörleri, farklı kanser türlerinin birlikte görüldükleri Li-Fraumeni sendromu (meme kanseri, merkezi sinir sistemi tümörleri, yumuşak dokuya ait tümörler gibi), çocukluğun erken döneminde görülen böbrek tümörleri (Wilms tümörü) sıralanabilir. (Karakoyunlu Şen 2019). Kolon kanserinin meydana gelmesinde MLH1 (Human Mutl Humolog 1 geni)'de oluşan değişiklikler, meme ve jinekolojik kanserlerinin oluşmasında ise BRCA1 (Breast Cancer Susceptibility) ve BRCA2 genlerinde oluşan kırıklar etkili olabilmektedir (Gündüz 2019).

Etnik Yapı: Kanser tip ve sıklığı etnik yapıya göre farklılık gösterebilmektedir. Örneğin Afrikan kökenli Amerikalı prostat kanserli erkeklerde 100,000'de yaklaşık 62 ölüm vakası görülürken, bu sayı beyaz Amerikalı prostat kanserli erkeklerde 100,000'de 25 ölüm vakası olarak görülmüştür (Arifoğlu ve ark. 2014).

2.1.4. Kanserin Belirtileri

Kanser etkilediği organa ve tümörün yayılım hızına bağlı olarak vücutta farklı belirtiler göstermektedir (Güngör 2019). Örnek olarak kolon kanserinde dışkılama alışkanlığında değişiklik, kabızlık, ağrı, kanama gibi belirtiler olurken; akciğer kanserinde ise kanlı balgam, göğüs ağrısı, öksürük gibi belirtiler görülebilmektedir (Gülgün Akçay 2019). Ayrıca kanser belirtileri kişiye göre farklılık gösterebilir. Amerikan Kanser Araştırma Derneği tarafından belirtilen kanseri işaret edebilecek belirtiler genel olarak şunlardır:

- Bağırsak ve mesane alışkanlıklarında değişiklik,
- İyileşmeyen yaraların olması,
- Olağan dışı kanama veya akıntılarının olması,
- Meme ya da diğer bölgelerde sertlik ya da yumru bulunması,
- Yutmada veya hazımda güçlüklerin yaşanması,
- Ağız içinde veya dil üzerinde beyaz lekeler,
- Ben veya siğillerde meydana gelen değişiklikler,
- Rahatsız edici ses kısıklığının ve öksürüğün meydana gelmesi (Gündüz 2019, <https://www.cancer.org/cancer/cancer-basics/signs-and-symptoms-of-cancer.html>, Erişim tarihi 18 Ekim 2019,).

Bu belirtilere ek olarak açıklanamayan kilo kaybı, tüm vücudu kaplayan ağrı, halsizlik, ateş, yorgunluk, gece terlemeleri, horlama, cilt değişiklikleri gibi sorunlar da görülmektedir (Güngör 2019, Yıldırım 2014, Yeşilbalkan 2014, http://www.onkoloji.gov.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=8513&Itemid=1107, Erişim tarihi 18 Ekim 2019, <https://www.cancer.org/cancer/cancer-basics/signs-and-symptoms-of-cancer.html>, Erişim tarihi 18 Ekim 2019, <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-nedir-belirtileri/kanser-nedir-belirtileri1/kanser-dairesi-baskanligi-kanser-nedir-belirtileri.html>, Erişim tarihi 15 Ekim 2019).

2.1.5. Kanserin Tedavisi

Kanser tanısı konulmasıyla birlikte, hastalığın yaygınlığı belirlendikten sonra, hastalığa ve hastalığın evresine uygun tedavi yöntemine karar verilmektedir. Alınan tedavi kararı hastaya uygulanacak olan küratif veya palyatif tedaviyi içermektedir.

Küratif tedavi, hastayı iyileştirme ve eski sağlığına kavuşturma amacıyla uygulanırken, palyatif tedavideki amaç iyileşmenin imkansız olduğu durumlarda belirtilerin azaltmak veya ortadan kaldırmak, yaşam kalitesini artırmak ve uzatmaktır (Büker ve Şen 2015).

Günümüzde kanser tedavisinde kullanılan tedavi yöntemleri şunlardır;

- ✓ Kemoterapi
- ✓ Radyoterapi
- ✓ Cerrahi tedavi
- ✓ İmmünoterapi
- ✓ Hormonoterapi
- ✓ Kemik iliği transplantasyonudur (Babaoğlu 2001, Büker ve Şen 2015, Özdemir 2018, Gülgün Akçay 2019, Gündüz 2019).

2.2. Damgalama Kavramı

2.2.1. Damgalama Tanımı

Günlük yaşantıda tutum, inanç ve damgalama; insanoğlunun gelişimi boyunca sıklıkla karşılaştığı durumlardır. Özellikle tutum ve inancın olumsuz olması durumu, bireylerin evden dahi çıkamamalarına sebep olan geriletici bir etken olarak görülür. Açıklanması zor ve alışkın olunmayan konularda, olumsuz tutum, inanç ve yaklaşımlar nedeniyle damgalamanın olması kaçınılmazdır (Çam ve Bilge 2013).

Birey veya toplum kendisini korkutan, rahatsız eden, kişi ile karşılaştığında, genellikle o bireyi kendinden uzaklaştırıp, yabancılaştırmayı tercih eder. Bu sürecin sonucunda birtakım hastalıklar damgalanır. Hastaların yaşadığı bu damgalanma, bazı durumlarda en az hastalığın kendisi kadar tehlikeli olabilmektedir. Kanser, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, alkol ve ilaç bağımlılıkları, psikiyatrik bozukluklar lepra tüberküloz, AIDS (Edinsel İmmün Yetersizlik Sendromu) ve epilepsi üzerinde damgalama oluşturan hastalıkların ilk akla gelenleridir (Oran ve Şenuzun 2008, Hekimoğlu ve Kaptan 2014, Ay 2017).

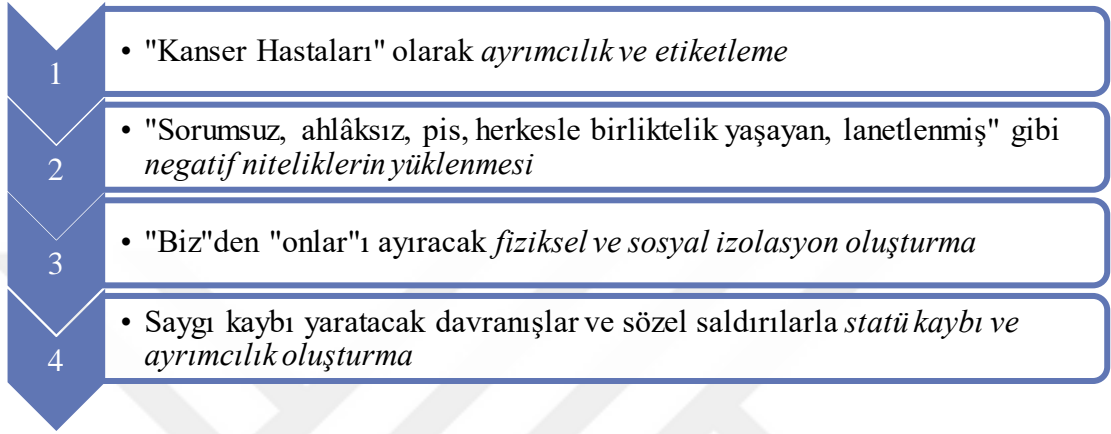
Damgalama kavramı farklı şekillerde tanımlanmıştır. Damgalama (stigmatizasyon) terimi ilk kez Amerikalı bir sosyolog olan Goffman (1963) tarafından literatüre kazandırılmıştır (Ay 2017). Damgalama orta çağda suçlu

kişilerin, suçluluğun göstergesi olarak kızgın demirle dağlanmaları amaçlı kullanılmaktaydı (Bilge ve Çam 2010). Goffman Yunanca stigma (damga) kelimesinin orta çağ kullanımını temel alarak, damgadan “gösterenin ahlaki durumu hakkında sıra dışı ve kötü bir şey ortaya çıkarmak için tasarlanmış bedensel belirtiler oluşturan işaretler” olarak kullanmıştır. Bu işaretlerin niteliği köle, suçlu ya da hain olmanın göstergesi olarak bir kişinin ahlaki ve yargısal nitelik taşıyacak şekilde vücudunun kesilmesi ya da yakılmasıydı (Stuenkel ve Wonk 2013). Delmek, delik, iz, yara anlamına gelen damga, günümüzde yaygın olarak “kara leke” olarak kullanılmaktadır (Bilge ve Çam 2010). Bu bağlamda, damga bir bireyin toplum tarafından kabul görülmemesine, reddedilmesine, dışlanmasına ve aşağı görülmesinin nedeni olduğu düşünülen bir etiket, işaret ya da iz olarak ifade edilebilir (Ay 2017, Yaman ve Güngör 2013).

Toplumun “normal” olarak tanımladığı ölçülerin dışına çıkan bireyin, toplumdaki diğer bireyler tarafından kişinin saygınlığının azaltılmasına dair bulunulan atıflar da “damgalama” olarak tanımlanır. Damgalanan kişiye damgalama ile gerçekte ilişkisi olmayan, utanç verici bir özellik yüklenmekte, diğer insanlardan aşağı görülmekte ve kötülenmektedir (Bilge ve Çam 2010, Baysal 2013). Damgalama; fiziksel yetersizlik, ruhsal hastalık veya kötüye kullanılan ilaca dayanarak; bireyin ya da grubun gözden düşmüş veya kusurlu olarak negatif bir şekilde değerlendirilmesidir. Goffman’a atfen, damgalama, “damgalanan bireye daha az değer verme davranışı, bu etiketi taşıyan insanların daha az istenebilir ve neredeyse insan gibi algılanmaması” olarak tanımlanmıştır (Oran ve Şenuzun 2008, Bilge ve Çam 2010). Böylece damgası olan bir kişinin tam bir insan olmadığına inanılır ve bireyin yaşam haklarına yönelik bir ayrımcılık uygulanır (Bilge ve Çam 2010, Meşe 2014). Geniş anlamıyla damgalama, bireylerin sahip olabileceği önyargı ve olumsuz stereotiplere dayalı inançlarla birlikte, bunların sebep olabileceği adaletsiz ve ayrımcı uygulamalar olarak tanımlanmaktadır (Sartorius ve ark. 2010). Damga, kişinin “görünen sosyal kimliği” (bir kişinin toplum tarafından nasıl karakterize edildiği) ile “gerçek sosyal kimliği” (bir kişinin gerçekten sahip olduğu özellikler) arasında bir ayrışmadan oluşur veya bu ayrışmayı yaratır (Meşe 2014).

Damgalama, Link ve Phelan (2001)'ın tanımıyla etiketlemeyle başlayan ve sonuçta damgalanma sürecinin son noktasında statü kaybı ve ayrımcılığa yol açan stereotipleme ile tanımlanan güçlü bir sosyal süreçtir. Damgalama süreci Şekil 1'de verilmiştir.

Şekil 1. Damgalama Süreci



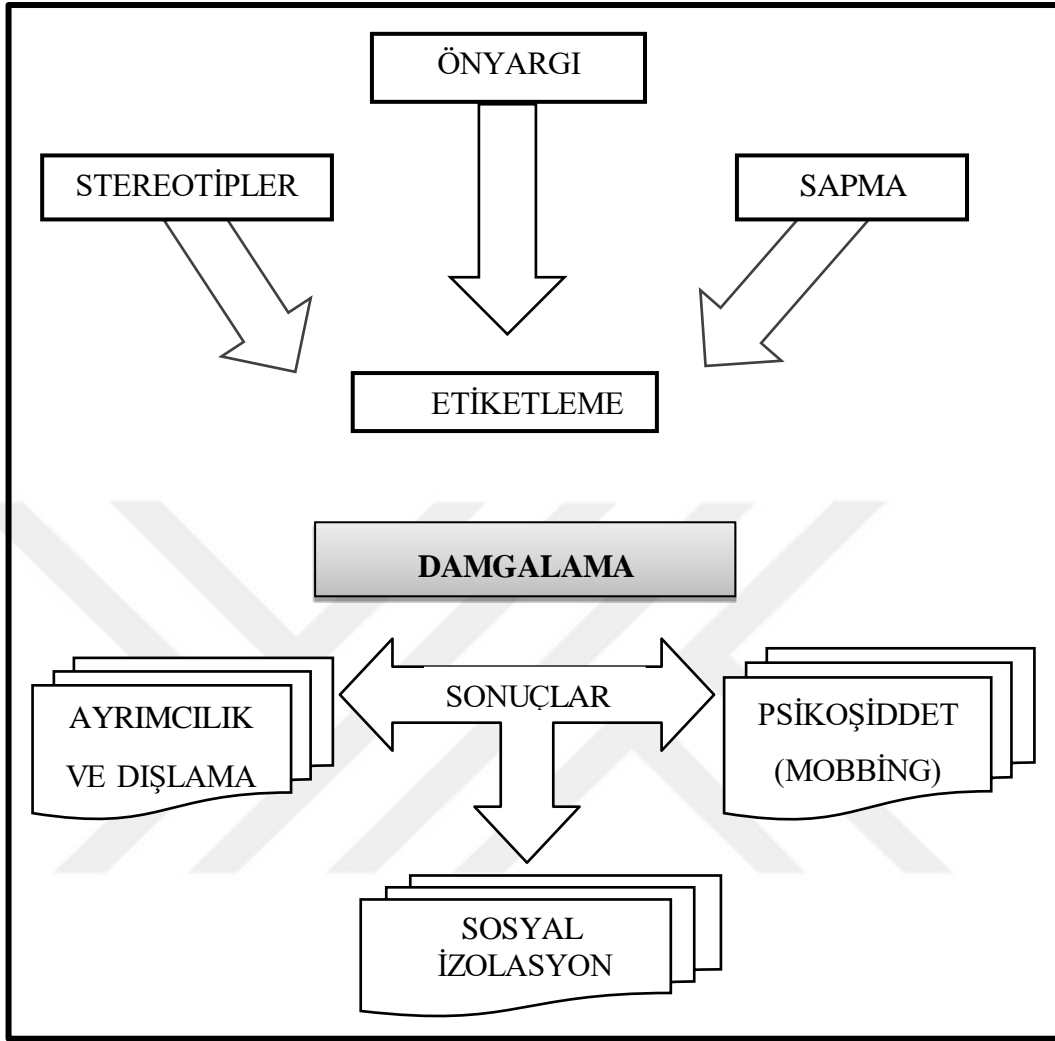
Kaynak: Link BG, Phelan JC: Conceptualizing stigma. *Annu Rev Sociol.* 27(1), 363-385, 2001.

Değerler toplumunda gelişmeyen damgalama eğilimi, daha çok korku kültürünün baskın olduğu toplumlarda görülmektedir. Damgalama, ilk çağlardan günümüze kadar insanlık tarihi boyunca var olmuştur. Günümüzde yaşanan savaşlara bakıldığında damgalanma, hor görme, aşağılama süreçlerinin hem toplumlar hem de bireyler anlamında hala görüldüğü söylenebilir (Yaman ve Güngör 2013).

2.2.2. Damgalama ile İlişkili Kavramlar

Etiketleme, stereotipi, ayırma, durum kaybı ve ayrımcılık hepsi aynı anda ortaya çıkabilir ve damgalama bileşenleri olarak kabul edilir (Stuenkel ve Wonk 2013). Temeli olumsuz inançlar, bu inançların sonucunda gelişen önyargıya dayanan damgalama; etiketlenmeyle başlamakta ve ayrımcılık, dışlanma, psikolojik şiddet ile de sonuçlanmaktadır. Aslında, damgalama ile bu terimlerin her biri sık sık birbirinin yerine kullanılmasına rağmen damgalama bu süreçlerden daha kapsamlı ve geniştir. Damgalama ve damgalama ile ilişkili kavramlar Şekil 2'de görülmektedir (Yaman ve Güngör 2013).

Şekil 2. Damgalama ve Damgalama ile İlişkili Kavramlar



Kaynak: Yaman, E., & Güngör, H. (2013). Damgalama (Stigma) Ölçeği'nin geliştirilmesi, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Değerler Eğitimi Dergisi*, 11(25), 251-270.

2.2.3. Damgalamayı Etkileyen Etmenler

İçinde yaşadığımız toplum, bireylere ortak nitelikleri ve özelliklerine göre kategorilere ayırmayı öğretir. Damgalama, hastaların bizden ayrı ve farklı olduğunu düşündüğümüz zihinsel aşama sonucu oluşan etiketleme ile başlar. Genel olarak, etiketleme teorisi, toplumun normlara uymayan davranışların etiketlenmesidir. Bir başkasının itibarını kaybetmesi olarak tanımlanan damgalama; kişiliğe, davranışa ve hastalığa dair yaygın sosyal inançlardan kaynaklanmakta ve bir sosyalleşme süreci yoluyla bireylere iletilmektedir (Stuenkel ve Wonk 2013). Etiketleme toplumdaki stereotipleri uyararak süreci oluşturur Stereotipler “bir kez oluştuktan sonra bir daha

hiç değişmeyen” dűřüncelerdir (Baysal 2013). Damgalamanın temelinde olumsuz inançlar ve bunun sonucunda ortaya çıkan, kısaca damgalamanın güç aldığı zemin önyargıdır (Bilge ve Çam 2010). Damgalanma, toplumun ön yargıları sebebiyle birtakım hasta gruplarına yönelik tavır alması ve bu bireylerin toplumdan soyutlanmasına kadar giden davranışlara neden olmaktadır (Hekimođlu ve Kaptan 2014).

Damgalama tanımı sosyal bilişsel yapının üç ögesini kapsamaktadır. Bunlar;

- Azınlık bir grup hakkında, sosyal grubun birçok üyesi tarafından sahip olunan stereotipler veya olumsuz inançlar,
- Önyargılar veya basmakalıpları onaylamanın neden olduğu olumsuz duygusal tepkiler,
- Bu önyargılar tarafından harekete geçirilen ayırım veya davranışları içerir (Çam ve Çuhadar 2011).

Aynı zamanda; tek boyutlu olmayan ve evrensel olarak görűlen damgalama oluşumunda, toplumların dini veya inanç sistemleri, korkuları ve önyargıları, kültür ve alt kültürleri ve gelenekleri de etkili olmaktadır (Oran ve şenuzun 2008, Baysal 2013, Stuenkel ve Wonk 2013, Meře 2014). Travmatik beyin hasarı, HIV(İnsan Bağışıklık Yetmezlik Virűsü) / AIDS ve epilepsi gibi bazı durumlar için damgalama ve sosyal izolasyon kültürel bir şekilde görűlebilir (Stuenkel ve Wonk 2013). şizofreni başta olmak üzere ruhsal bozukluklar da, damgalanmanın etkileri açasından en fazla etkilenen ve en çok araştırılan hastalık grubudur (Baysal 2013, Çam ve Bilge 2013).

Bir düzlem üzerinde damgalama ele alınacak olursa, damgalama etiketleme adımıyla başlayan ve ayrımcılık adımıyla son bulan bir süreç içerisinde gerçekleşirdi. Etiketlemeden başlayıp ayrımcılığa kadar geçen bu süreçte cinsiyet, inançlar, yař gibi Tablo 1’de gösterilen bazı değişkenlerin ise rolű büyüktür.

Tablo 1. Damgalamayı Etkileyen Bazı Etmenler

DEĞİŞKEN	OLUMLU	OLUMSUZ
Yaş: daha genç olmak	X	
Cinsiyet: kadın olmak	X	
Eğitim: yüksek eğitim	X	
Meslek: üst düzey meslek	X	
Sosyo-kültürel: Alt kültür ve alt ekonomi		X
İnanç: İnançlı olmak	X	
Medya: Kitle iletişim		X

Kaynak: Bilge A, Çam O: Ruhsal hastalığa yönelik damgalama ile mücadele. TAF Prev Med Bull, 9(1):71-78, 2010.

Sosyodemografik özellikler ile ilgili damgalama çalışmalarında çelişkili bulgular elde edilmiştir. Yaşanılan çevre (köy, kent), toplum içinde statü (sosyoekonomik düzey ve eğitim), cinsiyet, yaş gibi bazı etkenlerin toplum kaynaklı damgalamayı etkilediği elde edilmiştir (Baysal 2013). Ruhsal hastalık ve hastaya karşı, ruhsal hastalıkları olanların, kırsal kesimde yaşayanların ve genel olarak toplumun olumsuz tutum, inanç ve damgalamaya sahiptirler (Çam ve Bilge 2013).

Bireyin damgalanmış gibi hissetmesinin sosyodemografik özelliklerden ayrı olarak, başlıca sebebinden biri de kişinin kendisi ve ailesidir. Ağır hastalığı olan bir bireyin ruhsal hastalığı olanları damgalaması, hastalığa karşı negatif stereotipler ve kendisi ile ilgili olumsuz yargılarının fazlalığı bireyin kendini oldukça damgalanmış olarak hissetmesine sebep olmaktadır (Baysal 2013, Ay 2017).

2.2.4. Damgalama Türleri

Literatürde; yapısal, sosyal ve içselleştirilmiş olmak üzere üç düzey damgalama ele alınmaktadır. Sistemsel düzeyde yapısal damgalama, grup düzeyinde sosyal damgalama, bireysel düzeyde ise içselleştirilmiş damgalama yer almaktadır (Baysal 2013).

Stuenkel ve Wong (2013)'un belirttiğine göre Goffman (1963) üç tip damgalama tanımlamıştır. *Birincisi, fiziksel deformitenin damgalanmasıdır*. Asıl damgalama, kusursuz fiziksel durumun beklenen normu ve gerçek fiziksel durum arasındaki açıklıktır. Örneğin, birçok kronik hastalık, fiziksel görünümde veya işlevde değişiklikler yaratır. Bu değişiklikler kişinin kendinde veya diğerlerinin algılarında bir fark yaratır. *İkincisi, karakter kusurları olarak damgalama*. Bu tip HIV / AIDS, alkolizm, ruhsal hastalıklar veya cinsel yolla bulaşan hastalıklar ile ortaya çıkmaktadır. Örneğin, HIV ile enfekte olan kişiler büyük oranda damgalama ile karşı karşıyadır, çünkü çoğu kişi enfekte kişinin enfeksiyonla sonuçlanan davranışları kontrol edebileceğine inanmaktadır. *Üçüncü tip damgalama, kabileyeye aittir* ve daha yaygın olarak önyargı olarak bilinmektedir. Bu tür bir damgalama, bir grup kendi normlarına kıyasla, başka bir grubun ırk, din veya milliyetin özelliklerini eksik olarak algıladığında ortaya çıkar. Üç tip damgalama birbiriyle örtüşebilir ve birbirini güçlendirebilir. (Stuenkel ve Wonk 2013).

Ayrıca literatürde etkin (dışsal) damgalama ve hissedilen (içselleştirilmiş) damgalama olmak üzere iki farklı damgalamadan bahsedilmektedir. Etkin damgalama, bireyler tarafından yaşanan ayrımcılığa işaret etmektedir (Meşe 2014). İçselleştirilmiş damgalama, hastalığı olan bireyin, genel toplumun inandığı yetersizlik, tehlikelilik gibi damgalayıcı görüşlerini benimsemesidir (Çam ve Çuhadar, 2011). Etkin damgalanmaya hastaların sadece hasta oldukları için ayrımcılığa maruz kalmaları, hissedilen damgalanmaya ise hasta olmaktan duyulan utanç ya da etkin damgalanma ile karşılaşma korkusu örnek verilebilir (Ay 2017).

2.2.5. Damgalamanın Sonuçları

Bireyler, damgalanmadan dolayı yanlış anlaşılmalara maruz kalıp, kendisini toplumdaki farklı veya utanmış hissedebilmektedirler. Sonuç olarak, bu durum kendisine damgalamada bulunan kişilerle etkileşime girmelerini zorlaştırır ve bireyi rahatsız eder (Çam ve Çuhadar 2011). Damgalama, damgalamaya maruz kalan kişilerin hayatlarının birçok alanında dezavantajlı konuma getirmektedir (Baysal 2013).

Damgalama süreci damgalanan bireylerde;

- Düşük benlik saygısı,
- Yaşam kalitesinden ödün verme,
- Yüksek kaygı düzeyi,
- Suçluluk ve utanç duygularında artış,
- Gelir kaybı ve işsizlik,
- Depresif belirtiler,
- Daha kötü sağlık hizmeti alma,
- Sosyal izolasyon ile sonuçlanır (Çam ve Çuhadar 2011, Baysal 2013, Hekimoğlu ve Kaptan 2014, http://www.turkepilepsi.org.tr/epilepsiData/Uploads/files/sunumlar/stigma_ve_epilepsi.pdf, Erişim tarihi: 18 Eylül 2019).

Hasta ve hasta yakınları damgalamanın sonucunda sağlık yardımı almayı istememekte, toplumdaki dışlanmakta ve hastalık tanılarını gizlemekte, damgalanma algısı nedeni ile eski mesleki ve toplumsal rollerine geri dönememekte ve hatta bazı bireyler ruhsal bozukluk sebebiyle evlilik için tercih edilmeyeceklerini belirtmektedir (Çam ve Bilge 2013). Hayatlarında yaşadıkları bu olumsuzluklar bireyin hastalığı ile pekişerek, hastalığın sürecinin başlangıcı ve gidişatı da dâhil olmak üzere etkiler (Baysal 2013).

2.2.6. Kronik Hastalıklarda Damgalama

Aynı denizin dalgası, aynı ağacın yaprağı, aynı bahçenin çiçeği.

SENECA

Tarih boyunca var olan hastalıkla ilgili damgalama, belirli bir sağlık sorunu yaşayan bir kişi ya da grup hakkında olumsuz bir sosyal yargıda bulunma ya da deneyimden kaynaklanan dışlama, red, suçlama ya da değersizleştirme ile karakterize edilen bir sosyal süreç ya da ilgili kişisel deneyimdir (Jarrett 2015). Hastalık hakkındaki algılar, bireylerin hastalıklar hakkında sahip oldukları bilişsel temsiller veya inançların sonucudur. Bu algıların, günlük davranışın önemli belirleyicileri olduğu ve tedaviye uyum ve fonksiyonel iyileşme gibi bir takım önemli sonuçlarla ilişkili olduğu bulunmuştur (Yalçınay 2015).

Toplumlar, hastalıkları sahip oldukları önyargılar perspektifinde farklı şekilde damgalamakta veya etiketlendirmektedir (Oran ve Şenuzun 2008). “Hastalık” kelimesi bile tek başına bir damgalanma duygusu uyandırabilirken (Yalçınay 2015); bir hastalığın karakteristiği veya bilinmeyen etiyojisi birçok kronik hastalığın damgalanmasına katkıda bulunabilir. Kronik bir bozukluğun damgalanması, genellikle bozukluğun kendisinden kaynaklanana göre daha fazla ek yük getirir (Stuenkel ve Wong 2013, Yalçınay 2015).

Toplumlarda meydana gelen ve toplumsal birçok sonuçlara sebep olan salgın hastalıklar tarih boyunca incelendiğinde, toplumda meydana gelen korkuların, hastalanan bireylerin yaşadığı eziyetin şiddetinin, salgının boyutuna bağlı olarak arttığı görülmektedir. İlk damgalanan ve insanlık tarihi kadar eski olan cüzzam, insanlara Tanrı tarafından verilen bir “kötülük” olarak belirtilmiştir. Ek olarak, yine Tanrının günahkâr insanlara ceza olarak gönderildiği düşünülen ve toplumun normal kabul ettiği davranışlara uymayanların Tanrının öfkesini yatıştırmak için günah keçisi ilan edilmelerine sebep olan “kara ölüm” ismiyle de bilinen veba 1300’lü yıllarda görülmüştür. Sırasıyla 15. ve 18. Yüzyıllarda görülen frengi ve tüberküloz salgınlarında da, hastalananların lanetlenmesine ve aşağı sınıf hastalığı olarak bilinmiştir. Günümüze doğru yaklaşıldığında ise dünya da kanser hastalığı 1900’lü yıllarda tanımlanmış ve önyargılı, ayrımcı yaklaşımlar son 20 yıla kadar hastaların karşılaştığı bir sorun olmuştur. 1980’lerde AIDS hastalığı “Allah’ın günahkârlara

verdiği bir cezası” ve homoseksüel hastalığı şeklinde görülmüştür. (Bilge ve Çam 2010). 2020 yılında ortaya çıkan koronada yaşlılar, Çinliler, yurtdışından dönenler, hastalar-hasta yakınları ve iyileşenler, sağlık çalışanları günah keçisi olmuşlardır (COVID-19 ve Damgalama.

<https://www.psikiyatri.org.tr/uploadFiles/243202019327-DamgalanmaCOVID.pdf>.

Erişim tarihi: 11 Nisan 2020). Sonuç olarak, geçmişten günümüze doğru yukarıda açıklanan birçok hastalık (kanser, lepra, tüberküloz, epilepsi, sifilis, AIDS ve) hastalanan bireylerin damgalamalara maruz kalmalarına sebep olmuştur

Hastalıkla ilgili damgalama, diğerlerinden ayırt edici davranışlar, tanı veya tedavide gecikme, sağlık hizmetlerinin kullanılabilirliğinin azalması ve sınırlı araştırma fonları gibi birçok olumsuz sonuçlara neden olabilir (Wang ve ark. 2017).

2.3. Kanser ve Damgalama

Arabam kesişme noktasında durdu. Diğer arabalardaki tüm insanlara baktım ama hiç kimse benim gibi değildi. Onlar uzak ve farklıydı. Görebildiğim kadarıyla her yönden görebileceğim herkesten ayrı ve farklıyım. Ve bir daha HİÇBİRŞEY asla aynı olmayacak.

-Yeni kanser teşhisi olan hasta

Görülme sıklığı giderek artan, hayatı tehdit edici ve korku duyulan kanser,, devam eden negatif imaj ve algıların görüldüğü bir tanıdır. Gyllensköld’ e göre kanser, diğer kronik hastalıklara oranla daha korku verici ve tehdit edici olarak algılanmaktadır. Bunun sebepleri arasında; kanserin doğrudan ölümle bağlantılı olması, sinsice hareket etmesi, giderek kontrolünün güçleşmesi, kişinin sosyal olarak etiketlenmesi ve toplumdaki soyutlanması, büyük üzüntülere neden olması sıralanabilmektedir. Bu nedenle kanser, diğer hastalıklara nazaran daha fazla damgalamayı da içeren tıbbi- fiziksel hastalık olmasının yanı sıra psikososyal ve ruhsal açıdan birçok problemi de beraberinde getiren bir olgudur (Ülger ve ark. 2014). Kansere ilişkin damgalamanın “fundamental anksiyete” olarak tanımlanmasının hem hastalığın kendisinden korkma hem de bireylerdeki ölüm korkusundan kaynaklanabileceğinin üzerinde durulmaktadır (Yılmaz ve ark. 2017). Kanser, başlangıcından itibaren hastalığın tedavisinin bitmesinden sonrasına bile uzanan uzun yıllar boyunca hastalar ve ailelerde krize ve damgalanma yaşantılarına yol açar (Serçekus ve ark. 2014, Atay ve ark. 2015).

Yeni tedavi yöntemleri ile birlikte araştırmalardaki ilerlemeler, kanserde yaşam beklentisini arttırmıştır. Artan yaşam beklentisi ile hastalar ve aileleri, başkaları tarafından kötü algılanan bir hastalıkla yaşamanın zorluklarıyla başa çıkmak zorunda kalmakta ve daha uzun süre damgalama yaşamaktadırlar (Liu ve ark, 2016).

Geçmişte yapılan araştırmalar, tüm bireyleri aynı şekilde etkileyen bir damgalama olarak hastalığın kendisi üzerine odaklanmışken, şimdi de türünü, görünürlüğünü ve hastalığın bireyin kişisel hedeflere ulaşma veya sosyal bağlamlarda işlev görme yeteneğini etkileme durumu gibi kanseri çevreleyen faktörlere odaklanmaktadır. Kanser hastalarının hepsinde olmamakla birlikte çoğunda, damgalanma benlik algılarında merkezi bir güçtür ve sıklıkla kanser türüne göre değişen ayırt edici özelliklere dayanır. Kanserın damgalanması büyük ölçüde kanser tanısı nedeniyle hastanın kimliğinin tehdit edilip edilmediğine bağlıdır (Knap ve ark. 2014).

2.3.1. Kanserde Damgalamayı Etkileyen Faktörler

Kanseri olan hastalar, algılanan ayrımcılığı ve izolasyonu aile çevresinden, yakınlarından, meslektaşlarından, üstlerinden ve hatta arkadaşlarından yaşayabilir (Liu ve ark. 2016). Hastalık/tedavi özellikleri, durumsal tehdit oluşturması ve kişilik özellikleri olmak üzere üç faktör kanserde damgalanma sürecini etkileyebilmektedir (Knap ve ark. 2014):

Hastalık / Tedavi Özellikleri: Kansere yakalanmış hastalar kontrol edilebilir (örn., akciğer kanseri) veya görünür tedavi yan etkileri olan kişilerdir ve buna bağlı kimlik tehdidi ve damgalanma yaşayabilir.

- **Algılanan kontrol edilebilirlik:** Bazı kanser türlerinin kontrol edilebilir olarak kabul edilmesi daha olasıdır. Kontrol edilebilir ve nedeni dış etkenlere bağlı olan akciğer (sigara), kolorektal (beslenme ve boşaltım) ve serviks (cinsel yolla bulaşan viral enfeksiyonlar ve istenmeyen cinsel davranışlar) kanser hastaları daha fazla damgalanma yaşamakta ve hastalar hastalıklarından sorumlu tutulmaktadır (Knap ve ark. 2014, Jarrett 2015, Liu ve ark. 2016). Kanser türleri arasında en çok damgalamaya maruz kalan

akciğer kanseridir. Bu nedenle son yıllarda, akciğer kanserine bağlı damgalama araştırmacılar için giderek büyüyen bir çalışma alanı haline gelmiştir (LoConte ve ark. 2008, Chambers ve ark. 2012; Hamann ve ark. 2014, Liu ve ark. 2016).

- **Görünürlük:** Bazı kanser türleri, kanser lokasyonuna (örn., Baş ve boyun kanserine karşı gastrointestinal kansere) veya tedavilerin etkilerine (örneğin kemoterapinin neden olduğu alopesi) bağlı görünürlükleri nedeniyle diğerlerine göre daha az gizlenebilir ve daha damgalayıcıdır. Örneğin, baş ve boyun kanseri hastalar karşısında belirgin bedensel bozukluğa neden olabilir veya kolostomi rahatsız edici bir kokuya neden olabilir. (Fujisawa ve Hagiwara 2015). Kanser tedavisindeki bireyler, görünüşleri, özellikle saç dökülmeleri nedeniyle düşük bir yaşam kalitesine sahip olduklarını ve damgalandıklarını belirtmektedir (Knap ve ark. 2014, Liu ve ark. 2016).

Durumsal Tehdit Oluşturması: Kanser hastalarının, hastalıklarının bir kimlik tehdidi olabileceği durumlarda, damgalamayı algılayıp içselleştirmesi muhtemeldir. Her ne kadar bariz ayrımcılık sosyal olarak daha az kabul edilebilir olsa da, kaçınma ve izolasyon davranışları tedaviye engellemektedir (Knap ve ark. 2014).

- **İş yeri:** Kanser hastaları bir zamanlar işyerinde bariz bir ayrımcılığa maruz kalıyorlardı, ancak artan hayatta kalım oranları ve yeni yasalar bunu azaltmıştır. Bununla birlikte, hastalar hala fonksiyonel yetenek ve iş ortamı iklimi ile ilgili konularla mücadele etmektedirler (işyerinde şefkat). Hastalar işyerinde kimlik tehdidi yaşadıklarında, bir ikilem de, sağlık öyküsünün işverenlere gösterilip gösterilmeyeceğidir (Knap ve ark. 2014). İşlerini yapamadaki damgalama, hastalıklarının tedavi edilmesinden sonra uzun bir süre işlerine geri dönüşlerini geciktirebilir veya önleyebilir (Liu ve ark. 2016).
- **Tıbbi bakım sağlayıcılarla etkileşimler:** Kanser hastaları, kendilerine yakın olanların yanı sıra tıbbi hizmet sağlayıcılarından da destek ararlar. Bazı araştırmalar, kanser hastalarının bakım sağlayıcılarından ihtiyaç duydukları ve aldıkları şeyler arasında bir tutarsızlık olduğunu ortaya çıkarmış, bu da bireylerin damgalanmış hissetmelerine neden olmuştur. Hekimler yan etkilere

odaklanmayabilir ve hastaların yaşamları üzerindeki etkilerini hafife alabilir. Bazı doktorlar kendi kendine yardım gruplarına yönelik kanser hastalarını ve ailelerini bilgilendirmeyebilirler (Knap ve ark. 2014).

- **Bakım verenlere yükü:** Kanser hastaları için bakım verenler, rollerinin bir sonucu olarak psikolojik, sosyal, manevi ve fiziksel yük yaşarlar. Ev içi görevler ve hastaların günlük yaşam aktiviteleri gibi ek sorumluluklar üstlenmek zorunda kalmaları, bakım verenlerin kendi öz bakımlarını yapmalarını engeller, kardiyovasküler hastalığa, uykusuzluğa ve hatta erken ölüme yol açabilir. Bakım veren yükünün, kanser hastalarındaki damgalamanın içselleştirilmesinde de bir etkisi olabilir (Knap ve ark. 2014). Kanser hastalarının birçoğu orta yaşlıdır ve bu bireyler sağlıklı olduklarında, yaşlıları desteklemede, çocukları yetiştirmede ve aile harcamaları için para temin etmede ailenin temel dayanağıdır. Bu süreç hastalarda damgalanma, bununla başa çıkamayanlarda da umutsuzluk ve intiharı beraberinde getirmektedir (Liu ve ark. 2016).
- **Medya ve kültürel / sosyal grup inançları:** Medya kansere yakalanan kişiler için damgalayıcı bilgi sağlayabilir. Akciğer kanseri hastaları televizyon reklamlarının akciğer kanseri ile sigara içimi arasındaki bağlantıyı sürdürdüğünü ve kendilerini “kirli ve aşağılık” hissetmelerine neden olduğunu bildirmiştir. Kanser hastaları ayrıca kültürel veya sosyal grup damgalaması ile karşılaşabilir. Örneğin, günlük ağrının, özellikle yaşlı veya azınlık kanser hastaları arasında tedavi edilmediği bulunmuştur (Knap ve ark. 2014).

Kişisel Özellikler: Kanserle başa çıkma ile ilgili kişisel özellikler, damgalanmanın nasıl değerlendirildiğini etkiler.

- **Damgalama duyarlılığı:** Yüksek damgalama bilincine sahip olanlar, çevrelerinde daha fazla ayrımcılığa yol açacak ve daha fazla ayrımcılık algılayacak ve düşük damgalama bilincine sahip olanlara göre gruplarıyla ilgili stereotipleri parçalamaya çalışma olasılıkları daha az olacaktır. Kanser nedeniyle damgalanma konusunda daha fazla duyarlılık veya bilinç sahibi olan hastalar, daha az duyarlı veya bilinçli olanlara göre daha fazla kimlik tehdidi yaşayabilir (Knap ve ark. 2014).

- ***Stereotip tanımlama:*** Kansere özgü stereotiplerle özdeşleşenler, daha fazla kimlik tehdidi yaşayabilir. Kanser nedenleri, tedavileri ve sonuçlarını anlamadaki ilerlemelere rağmen, en çok korkulan hastalıklardan biri olmaya devam etmektedir. Kanser kaderciliği, kanserin kaçınılmaz olarak ölüme götüreceği inancıdır. Kanser kaderciliği, kanser önleme uygulamalarına ve taramaya katılmayı engelleyebilir ve bazı etnik ve sosyoekonomik durum gruplarında yaygın olabilir.
- ***Kişisel kontrol kaybı:*** Kanser kişisel kontrol kaybına yol açar. Kişisel kontrol kaybı yüksek olan bireyler daha fazla damgalanma algısı yaşamaktadır (Knap ve ark. 2014).

2.3.2. Kanser Damgalamasının Sonuçları

Kanser, genel popülasyonda bir damgalama oluşturduğunda hastalara karşı negatif reaksiyonların oluşmasına neden olabilir (Fujisawa ve Hagiwara 2015, Liu ve ark. 2016). Bazı bireyler hala kanserin bulaşıcı olduğuna inanılmaktadır. Hastalığın bulaşıcı olduğu endişesi kansere yönelik bilgi eksikliğinden kaynaklanabilir. Kanseri olan hastalar bu nedenle “bir enfeksiyon kaynağı” ve “ölüm kaynağı” olarak damgalanmaya devam etmektedir (Liu ve ark. 2016). Kanserde damgalama ile ilgili ampirik kanıtlar sınırlı olsa da literatür damgalamanın kanser bakım sürekliliğini, önleme, tarama ve tedaviyi azaltmaya ve engellemeye yönelik olduğunu bildirmektedir (Nyblade ve ark. 2017). Kanser hastaları damgalama sonucunda izolasyon duygusu, sosyal desteğin kaybedilmesi, terk edilme ve dışlanma korkusunun da tehdidi altındadır (Oran ve Şenuzun, 2008, Fujisawa ve Hagiwara 2015, Liu ve ark. 2016). Yapılan bir çalışmada, katılımcıların yaklaşık % 10’unun kanser nedeniyle izolasyona maruz kaldıkları, % 24.5’inin ise depresyon yaşadıkları bulunmuştur (Yılmaz ve ark. 2017).

Kanser damgalanmasının demoralizasyon, utanma, depresyon, anksiyete, öfke, düşük benlik saygısı dâhil olmak üzere, olumsuz psikolojik durumla güçlü ve tutarlı bir şekilde ilişkili olduğu bulunmuştur (Fujisawa ve Hagiwara 2015, Liu ve ark. 2016). Ayrıca bireylerin intihar etme girişimi olasılıklarına bakıldığında; bu oran kanser hastalarında genel nüfusa oranla iki kat yüksek bulunmuştur. Kendini damgalayan düşünceleri olan veya kanser damgalamasına maruz kalan hastaların,

olumlu düşüncelere sahip olan hastalara göre depresyon yaşama ihtimali 2.5 kat daha fazla bulunmuştur (Yılmaz ve ark. 2017).

Kanser tanısı alan hastalar, hastalıklarına yönelik kendilerini suçlayabilir ve içselleştirilmiş damgalanma yaşayabilirler. Bu durum özellikle akciğer kanseri olan bireylerde sigara içmenin hastalığa büyük oranda yol açmasına bağlı daha fazla görülmektedir. Yine kanser hastaları yaşadıkları üzüntü, öfke ve endişe nedeniyle sevdikleri kişiyi suçlayabilirler. Sonuç olarak, damgalanma nedeniyle olması gerekenden daha az sevgi, şefkat ve destek alabilirler (<https://lungcanceralliance.org> Erişim Tarihi: 18 Eylül 2019). Kanser hastaları arasında damgalanan akciğer kanserine yakalanmış hastalar, sadece genel olarak kanserden kaynaklanan damgalamayı (aynı zamanda ayrımcılık korkusu, ekonomik etkiler, olumsuz imaj değişiklikleri, aile ve sosyal ilişkiler üzerindeki etkileri gibi) algılamakla kalmayıp, aynı zamanda sigara içimi ve kendiliklerinin utançlarıyla da bağlantılı olan damgalanmayı da yaşamaktadır. Sigara içmeyi bırakıp bırakmadıklarına ya da hiç sigara içmediklerine bakılmaksızın kitle iletişim araçlarının, ailelerin ve arkadaşların iletişimden kaçındığı ve sigarayla ilişkili olarak “kirli” olarak nitelendirildiği gibi ölümle ilgili korku yaşarlar (Stuenkel ve Wong 2013).

Kanserde damgalanma sonuçları genellikle ciddidir çünkü sadece hastalara sıkıntı çekmekle kalmaz, aynı zamanda kötü sosyal ilişkilere, işsizliğe ve düşük gelirlere ve kötü sağlık sonuçlarına da yol açabilir (Fujisawa ve Hagiwara 2015). Kore’de yapılan bir araştırmanın sonucunda, kanser tanısı iş hayatını olumsuz etkilemiş, kişilerin % 47’si tanı konulduktan sonraki ilk yıl içerisinde sahip oldukları işlerini kaybetmişler ve yalnızca %30.5’i tekrar iş sahibi olmuştur. Bununla birlikte kanser hastalarının bir işe sahip olma süresi (46.3 ay) genel nüfusa oranla (30.6 ay) çok daha uzun olduğu belirlenmiştir (Yılmaz ve ark. 2017).

2.3.3. Kanserde Damgalamaya Yönelik Reaksiyonlar

Hastaların Reaksiyonları: Hastalar kanserde damgalamaya yönelik farklı şekillerde reaksiyonlar verebilir. Verilen reaksiyonlar şunları içerebilir:

- Tanıda gecikme
- Tanıyı paylaşmak için isteksizlik

- Sosyal izolasyon
- Suçluluk, utanç, stres, endişe, öfke duygularının artması ve depresyon
- Tedaviyi geciktirmek, tedaviye uyumsuzluk veya hiç tedavi arayışında olmamak
- Aile ve arkadaşlarla ilişkilerde stres / sorun
- Umut kaybı
- İntihar (<https://go2foundation.org/lung-cancer-stigma/>, Erişim tarihi: 18 Eylül 2019).

Başkalarının Kanserli Hastalara Negatif Reaksiyonları: Kanser bir damga olarak algılandığında, insanlar kanserli hastalara karşı olumsuz tepki gösterebilirler. Bununla birlikte, reaksiyonlar, bireylerin hastalarla sahip olduğu ilişki türüne göre farklı olabilir. Burada; toplum, aile ve / veya partnerler ve sağlık çalışanları olmak üzere üç genel ilişki içerisinde ele alınmıştır (Fujisawa ve Hagiwara 2015).

- **Toplum:** Kanser, sağlıklı ve etkilenmemiş kişiler tarafından günlük yaşamda nadiren ele alınmaktadır. Çünkü çoğu insanın kanser hakkında düşünmesi bile rahatsız edici ve endişe verici bir durumdur. Birçok insan için kanser, yalnızca “kişisel hale geldiğinde-başlarına geldiğinde” tartıştıkları bir şeydir (Fujisawa ve Hagiwara 2015). Cho ve arkadaşlarının (2013), Kore’de kanser öyküsü olmayan 1011 kişiyle yaptıkları çalışma sonucunda bireylerin % 42.6’sının tanıdan sonra kanserli kişilerin sosyal olarak aktif olmayacağına inandığını, % 71.8’inin kanser hastalarının sosyo-ekonomik katkıda bulunamayacağına inandığını, % 42.3’ünün kanser hastalarıyla etkileşimden rahatsızlık duyduklarını ve % 27.6’sının kanser hastası olan komşularıyla etkileşimden kaçındıklarını bulmuşlardır.
- **Aile ve Partnerler:** Kanser damgalaması sadece yabancıların/tandıkların tepkilerini değil, aynı zamanda aile bireylerinin/eşlerinin kanserli hastalara karşı tepkilerini de etkiler (Fujisawa ve Hagiwara 2015).
- **Sağlık profesyonelleri:** Hemşirelerin ve hekimlerin kanserli hastalara karşı tutumları incelenmiş ve hem hemşirelerin hem de hekimlerin akciğer kanseri olan ve sigara içmeyen akciğer kanserli hastalarla karşılaştırıldığında sigara

içen hastaların durumları ile daha az ilgili ve etkileşimden daha az hoşnut oldukları belirlenmiştir. Ayrıca daha fazla tükenmişlik ve ölüm korkusu görülmüştür (Fujisawa ve Hagiwara 2015).

2.3.4. Kanser Damgalaması ile Başa Çıkma

Hastaların başa çıkma yöntemleri yaşadıklarına, durumuna ve iyilik haline göre değişebilir. Aşağıdaki başa çıkma yöntemleri kanser damgalanması ile başa çıkmada da yararlı olabilir:

- **Eğitim Ortamı Yaratma:** Kanseri hakkındaki gerçekleri öğrenerek kendini güçlendirme ve başkalarını eğitime fırsatını yaratır.
- **Hikâyesini Anlatma:** Diğer bireyleri kanser hikâyesi ile yüzleştirir ve hastanın durumuna uyum seviyesini artırır.
- **Dürüst Olma:** Duygular hakkında dürüst olunmalıdır. Rahatsız olduğunda diğer bireylere neyin incitici olduğu söylenmeli ve kanserinin diğer hastalıklarla aynı anlayış ve merhameti hak ettiğini açıklamalıdır.
- **Şefkatli ve Sevecen Bakım Alma Hakkı:** Hastaların sağlık ekibinden şefkatli ve sevecen bakım alma hakkı vardır. Bunu alamıyorsa, değiştirme hakkını kullanabilir.
- **Destek Sistemleri Oluşturma:** Diğer kanser hastaları ile bağlantı kurmak için araştırmacı olma ve sağlık ekibine danışma gibi çeşitli yollar vardır (<https://go2foundation.org/lung-cancer-stigma/coping-with-stigma/>, Erişim tarihi: 18 Eylül 2019).

Link ve arkadaşları (2016), kanser hastalarında damgalamanın olumsuz sonuçlara nasıl yol açabileceğini ve çeşitli dönemlerde hastaların benimseyebileceği çeşitli başa çıkma stratejileri tanımlamışlardır. Bunlar:

- 1) Hastalığı gizli tutmak ve başkalarına yapılacak açıklamaları aramak,
- 2) Sosyal etkinliklere katılımı sınırlandırmak,
- 3) İşbirliği ve başkalarını eğitmeye çalışmak,
- 4) Önyargı ve ayrımcılığa karşı bir duruş almak olarak sıralanmaktadır (Liu ve ark. 2016).

2.3.5. Kanser Damgalaması ile Mücadelede Hemşirelik Uygulamaları

Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) hemşireliği “sağlık ve esenliğin korunması, geliştirilmesi, hastalığın ve sakatlığın önlenmesi, en kısa sürede tanı ve tedavisi yoluyla acıların hafifletilmesi ve bireylerin ve ailelerin bakımında savunuculuk” olarak tanımlamaktadır (Jarrett 2015).

Bakım hizmeti sağlayıcıları olarak, hemşireler hastaların damgalanması ile başa çıkmalarına yardımcı olmak ve bütüncül bakım sağlama amacına ulaşmak için etkili müdahaleler geliştirmede iyi bir konuma sahiptir (Liu ve ark. 2016). Kanser damgalaması ile mücadelede hemşireler tarafından aşağıdaki müdahaleler uygulanabilir:

Kendini Tanıma: Kronik hastalık tanısı konan durumun ve kendindeki etkilerinin farkında olmak, sağlık çalışmasının potansiyel olarak damgalama koşullarını önleme, azaltma veya bunlarla başa çıkma stratejileri geliştirmesi için hasta ile birlikte çalışmasını sağlar. Eğer damgalama varsa, çalışanlardaki damgalanma algısının azaltılması amacıyla personel eğitimi yararlı olacaktır (Stuenkel ve Wong 2013).

Karşılıklı Katılım Modeli: Sağlık hizmetlerinin sunulma şekli damgalanmanın etkilerini artırabilir veya azaltabilir. Bir hastanın sağlık kararları alma sürecine katılımını teşvik etmek, o kişiye kabul ve saygı gösterilmesini içerir. Hasta katılımını artıran herhangi bir bakım sunumu, kişinin kendi kendine değer algısını artırır ve damgalanmanın etkisini azaltır. Karşılıklı katılım modeli, kronik hastalıkların yönetiminde tercih edilen modeldir, çünkü hastanın kendi kendine değer kazanma duygusunu artırır. Sağlık çalışanları, kronik rahatsızlığı olan bireylerle yalnızca işbirliği yapmakla kalmayıp aynı zamanda bireylerin endişelerini, gözlemlerini, beklentilerini ve sınırlamalarını ifade etmeleri için teşvik edildiği bir ortam yaratmalıdır. Hastalarıyla terapötik bir ilişki kuran sağlık profesyonelleri, hastaların hissedilen (içselleştirilmiş) ya da dayatılan damgalama konusundaki algılarını değerlendirmek için ideal bir konumdadır (Stuenkel ve Wong 2013).

Bilgilendirme/Eğitim Yaklaşımları: Kanserli hastalara karşı toplum damgalaması, hastalık hakkında bilgi eksikliğinden ve kanserin çoklu nedenlerinin yanlış anlaşılmasından kaynaklanmaktadır. İnsanlar hastalığın bulaşıcı ve ölüm

belirtisi olduğuna inanmaya eğilimlidirler (Liu ve ark. 2016). Hastalığa karşı damgalamayı azaltmada düzenli aralıklarla bilgilendirici hizmet içi seminerlerin verilmesi etkili olacaktır. Halka açık konferans, seminer, panel gibi toplantıların düzenlenmesi veya bunlara gerekli desteğin sağlanması ile ayrımcılık ve damgalamaya karşı mücadele edilebilir (Oran ve Şenuzun 2008). Okullar, birlikler ve cami/kilise grupları, pek çok pozitif değeri ve niteliği olan; ancak normal sağlık beklentilerini karşılamayan bireylerin hastalıklarını tanımları için ideal ortamlardır (Stuenkel ve Wong 2013). Kitle iletişim araçları ve medyanın bu konuda daha büyük kitlelere daha hızlı ulaşmak açısından etkili olabileceği, toplumdaki genç kitlelere ulaşmak için teknolojiden faydalanılabileceği, sosyal medya ağları, yazılı mesaj, blog, internette hazırlanan ve yayılan videolar ile internet kullanıcılarına verimli şekilde ulaşılabilmesi belirtilmiştir. Hemşireler kansere yönelik damgalamayı azaltmak için özellikle televizyon, radyo ve internet gibi kitle iletişim araçlarını; kitaplar ve broşürler gibi basılı medyayı ve kanseri hakkında doğru ve olgusal bilgi sağlamak için filmleri ve diğer medyayı da kullanabilir (Liu 2016). Hayatta kalan kanser hastalarının konuk olduğu TV ve radyo programları hazırlanabilir. Kansere yönelik özel gün ve haftalarda basılı metin panoları, afişler, Facebook ve SMS kampanyaları ile farkındalık yaratma ve eğitim sağlanabilir. Kanser ve sağ kalıma yönelik eğiticiler ve gazeteci, yapımcı gibi medya çalışanları eğitimi programları oluşturulabilir (Scheer 2018). Hemşire tarafından yürütülen bu tür önlemler halkın bilgi edinmesine, kanser ile ilgili yanlış anlamaları düzeltmesine ve kanser hastaları için sosyal çevreyi geliştirmesine yardımcı olacaktır (Çam ve Çuhadar 2011, Liu ve ark. 2016). Hastalıkla sık karşılaşılan toplumlarda eğitimin damgalamayı azaltmada etkili silah olduğu bilinmektedir (Oran ve Şenuzun 2008).

Basetme Yeteneklerinin Kazandırılması: Hemşirelerin, hastayı psikososyal açıdan değerlendirmesine; hastanın baş etme davranışlarını (senaryo, gevşeme, rol-play vs) geliştirmesine, içinde bulunduğu durumu değerlendirmesine ve hastalığa yönelik gösterdiği etkili olmayan tepkileri var ise bunların düzeltilmesine yardımcı rolü olmaktadır (Oran ve Şenuzun 2008).

Sorunlarla baş etmede sosyal desteğin önemi kaçınılmazdır (Oran ve Şenuzun 2008). Destekleyici, pozitif, sosyal olarak kucaklayıcı bir çevre oluşturmak ve var

olan yanlış kanıları değiştirmek için yeni stratejiler geliştirmek bu damgalanmayı azaltmaya yardımcı olabilir (Ay 2017).

Etkilenen Gruplarla Etkileşim: Sosyal damgalamayla mücadelede bulunan hastaların, bu savaşı kazanabilmesi veya en azından yaşantılarında damgalamanın sebep olduğu etkilerden kolayca kurtulabilmesi için etkilenen gruplar ile etkileşime girmeleri gerekir (Oran ve Şenuzun 2008).

Duyguları Yazma Modeli: Yazma bazen insanların düşüncelerini düzenlemelerine ve pratik çözümler üretmelerine yardımcı olur. Düşünceleriniz, duygularınız ve anılarınız hakkında yazmanız da ruhunuzu güçlendirebilir. Günlük tutma stratejisi, bireylerin içsel damgalama algılarını değiştirmelerine yardımcı olabilir (Stuenkel ve Wong 2013).

Bilişsel-Davranışçı Terapi: Bilişsel inanç kalıpları olarak da adlandırılan kişisel inanç sistemi, kişinin bakış açısını etkilemektedir. Bilişsel davranışçı terapi öncelikle kişinin algılarını, zihinsel tutumlarını, inançlarını ve deneyimlerini yorumlamayı içerir (Stuenkel ve Wong 2013). Bu alanda eğitimi ve yeterliliği olan hemşireler; kanser hastalarına, olumsuz bilgi ve inançlarını saptamak ve değiştirmek, hastalığa karşı olumlu bir tutum geliştirmesini sağlamak ve yavaş yavaş normal yaşama uyum sağlamak için bilişsel terapi uygulayabilirler. Ayrıca hemşireler kanser hastalarının hastalıkla mücadelede içsel güçlerini ve potansiyellerini belirleyerek özgüvenlerini, kişilerarası becerilerini, kabiliyetlerini, iletişim becerilerini, esnekliğini ve damgalama ile mücadele yöntemlerini geliştirmelerine yardımcı olabilir (Liu ve ark. 2016).

Sosyal Desteği Geliştirme: Sağlık personeli, hastaların etkili sosyal destek ağları kurmasına, olumlu bir kişilerarası iletişim ortamı oluşturmaya ve sosyal destek ağlarını geliştirmesine yardımcı olmalıdır. Hastalarla iletişim kurmak, damgalanma deneyimini azaltmak için etkili bir önlem olabilir. Hastalarla destekleyici iletişimle korku ve ayrımcılık duyguları azaltılabilir (Liu ve ark. 2016). Ayrıca hastaların kapılar ardında ve izolasyonda kalmaması amacıyla ‘‘Kapıları Açın Kampanyası’’ gibi kampanyalar ve hastalarla yürüyüş programları düzenlenebilir (Scheer 2018).

Kendi Kendine Yardım Grupları: Bu gruplar, hem hastalar hem de aileleri için bir kabul ve moral destek kaynağıdır. Saygın çevrimiçi destek grupları, teknolojik kaynaklara ve bu kaynaklara erişme becerilerine sahip kişiler için kendine yardım gruplarına yönelik başka bir seçenek sunmaktadır. Facebook gibi sosyal medya sitelerinin ortaya çıkması, bireylerin de destek ağlarına erişme ve geliştirilme biçimlerini değiştirebilir (Stuenkel ve Wong 2013). Yurtdışında akciğer kanseri olan hastalara yönelik hastaların sorularını cevaplayan, onları finansal ve diğer kaynaklara yönlendiren Helpline (Yardım Hattı), hastalıktan aktif tedavisi tamamlanmış ve hayatta kalan birey ile hastayı eşleştiren Telefon Arkadaş Programı, Ulusal Destek Ağı Grup Programı, hayatta kalanlar için bir sohbet odası, randevu yönetimi, yan etki izlemine içeren İşbirliği Ünitesi (Lung Cancer Association Units) gibi uygulamalar vardır (<https://lungcanceralliance.org>, Erişim tarihi: 18 Eylül 2019).

3. MATERYAL ve METOT

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, “20-65 yaş arası bireylerde kansere yönelik damgalama ve etkileyen faktörleri” belirlemek amacıyla kesitsel olarak gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Değişkenleri

3.2.1. Bağımsız Değişkenler

Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, sosyal güvence, gelir düzeyi algısı, sigara içme durumu, algılanan sağlık durumu, kanser öyküsü, ailede kanser öyküsü, arkadaşlarda kanser öyküsü, kanser bilgi ve tutum ifadeleri, medyanın kanser tutumuna etkisi

3.2.2. Bağımlı Değişkenler

Kansere İlişkin Tutumları Ölçme (KİTÖ) Anketi- Toplum Versiyonu puanı.

3.3. Araştırma Soruları:

1. Araştırmaya katılan bireylerin tanıtıcı özellikleri nasıldır?
2. 20-65 yaş arası bireylerde kansere yönelik damgalama ne düzeydedir?
3. 20-65 yaş arası bireylerde kanser damgalamasını etkileyen faktörler nelerdir?
4. Araştırmaya katılan bireylerde kansere yönelik düşünce ve tutumlar nedir?

3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Kars Merkez’de yaşayan 20-65 yaşları arasındaki bireylerde yapıldı. Kars 8 ilçeden oluşmaktadır. Kars ilinde 2017 nüfus sayımına göre 287.654 kişi (149.481 erkek, 138.173 kadın) yaşamaktadır, Merkez ilçesi nüfusun % 39.87’sini içermekte olup 114.694 kişidir (59.503 erkek, 55.191 kadın) (Kars Nüfusu <https://www.nufusu.com/il/kars-nufusu>. Erişim Tarihi: 04.10.2018). Araştırma yapılacağı tarihte Kars Merkez’de toplam 11 aile sağlığı merkezi vardı. Araştırma

verileri Kars Merkez’de Yusufpaşa ve Başbakanlık TOKİ Aile Sağlığı Merkezleri olmak üzere 2 aile sağlığı merkezine herhangi bir nedenle başvuran 20-65 yaş arası bireylerden toplandı. Kars Merkezi’nde aile sağlığı merkezleri Ekim 2018 ayı merkez kayıtlı nüfuslarına bakıldığında Yusufpaşa, Ortakapı ve Yenişehir Aile Sağlığı Merkezinden oluşan 3 aile sağlığı merkez nüfusunun yoğun olduğu (ortalama 12.000-16.000 arası) görülmektedir. Bunlardan Yusufpaşa Aile Sağlığı Merkezinde uygulama yapıldı (kişi sayısı 15.239 - 20-65 yaş arası merkezde yaşayan 8.386 kişi) (Bkz. EK-1 ve EK-2). Yusufpaşa Aile Sağlığı Merkezi merkez ilçesinde merkezi bir yerde olup, 5 birimlidir. Başbakanlık TOKİ Aile Sağlığı Merkezi ise merkez ilçesi merkezinden uzak bir yerleşim yerindedir, bir birimlik aile sağlığı merkezi olup Ekim 2018 ayı merkez kayıtlı nüfuslarına bakıldığında 3.911 kişiden (20-65 yaş arası merkezde yaşayan 1476 kişi) (Bkz. EK-3 ve EK-4) oluşmaktadır. Çalışma verilerinin toplandığı, her iki aile sağlığı merkezi A grubu aile sağlığı merkezlerindedir, ayrıca Yusufpaşa Aile Sağlığı Merkezi esnek mesai çalışma saatlerini içerip akşam saat 19.00’a kadar hizmet vermekteydi. Ayrıca, araştırmanın yapıldığı aile sağlığı merkezlerinin belirlenmesinde mevcut kayıtlı birey sayıları, ulaşılabilirlik durumu, aile sağlığı merkezinin fiziksel özellikleri, aile sağlığı merkezi çalışanlarının iş birliği de göz önünde bulunduruldu.

Araştırma Ekim 2018 – Haziran 2020 tarihleri arasında yapılmıştır. Anket uygulaması 07.12.2018 – 25.04.2019 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın yapılmaya başlandığı Ekim 2018 tarihinde Yusufpaşa Aile Sağlığı Merkezi (kişi sayısı 15.239 - 20-65 yaş arası merkezde yaşayan 8.386 kişi), Başbakanlık TOKİ aile sağlığı merkezi (kişi sayısı 3.911 - 20-65 yaş arası merkezde yaşayan 1476 kişi) evren olarak belirlendi.

Örnekleme için evreni bilinen örnekleme yöntemlerinden $n = Nt^2pq/d^2(N-1) + t^2pq$ formülüyle hesaplandı. % 99 güven aralığı olduğu için t değeri 2,576 ve d=0.03 olarak alındı (Yazıcıoğlu ve Erdoğan 2011). $n = Nt^2pq/d^2(N-1) + t^2pq$ formülü kullanılarak hesaplama yapıldı ve p=0.50, q=0.50, t=1.96, d=0.05 olarak alındı.

Yusufpaşa Aile Sağlığı Merkezi:

$$8386*3.84*0.50*0.50/0.0025*(8385)+3.84*0.50*0.50$$

$$8050/20.92+0.96$$

$$8050/21.88=367 \text{ birey}$$

Başbakanlık TOKİ Aile Sağlığı Merkezi:

$$1476*3.84*0.50*0.50/0.0025*(1475)+3.84*0.50*0.50$$

$$1416-7/3.69+0.96$$

$$1416/4,65=305 \text{ birey}$$

Örneklem hesabına göre en az Yusufpaşa Aile Sağlığı Merkezi'nden 367, Başbakanlık TOKİ Aile Sağlığı Merkezi'nden 305 kişiyi içeren toplam 672 kişinin yeterli olacağı hesaplandı. Araştırma 681 birey ile tamamlandı.

Araştırmanın örnekleme alınan 2 aile sağlığı merkezindeki bireylerin sayıları Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2. Aile Sağlığı Merkezlerine Göre Bireylerin Örneklem Girme Oranları

ASM' nin Adı	20-65 Yaş Arası Birey Sayısı	Uygulanan	Eksik Dolduran ya da Dışlanan	Örneklem Alınan Birey Sayısı n (%)
YUSUFPAŞA ASM	8.386	371	0	371 (54.48)
BAŞBAKANLIK TOKİ ASM	1.476	310	0	310 (45.52)
TOPLAM	9.862	681	0	681

3.6. Araştırmaya Alınma ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

3.6.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri

- Araştırmaya katılmaya istekli olmak
- Gereken Formları doldurmak için en az okur-yazar olmak
- 20-65 yaşları arasında olmak
- Kars Merkez ilçesi aile sağlığı merkezlerine kayıtlı olmak
- Kansere öyküsü olmamak

3.6.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- Araştırmaya katılmaya istekli olmamak
- Okur-Yazar olmamak
- 20 yaşından küçük, 65 yaş ve üzeri olmak
- Kars Merkez ilçesi aile sağlığı merkezlerine kayıtlı olmamak
- Kansere öyküsü olmak

3.7. Veri Toplama Araçları

3.7.1. Anket Formu (EK-5)

Araştırmacılar tarafından literatür taraması sonucunda bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu gibi demografik özelliklerini, Kanserle Yönelik Düşünce ve Tutumları içeren 18 soruluk bir anket formu oluşturulmuştur (Korkmaz 2010, Cho ve ark. 2013, Robb ve ark. 2014, Badihian ve ark. 2017, Elangovan ve ark. 2017, Yıldırım 2017, Yılmaz ve ark. 2017, Şengör 2019,)

3.7.2. Kanserle İlişkin Tutumları Ölçme (KITÖ) Anketi - Toplum Versiyonu (EK-6)

Cho ve arkadaşları tarafından (2013) kanserli hasta yakınlarının ve toplumdaki bireylerin kansere ilişkin tutumlarını ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ülkemizde geçerlik ve güvenilirliği Yılmaz ve arkadaşları tarafından 2017 yılında yapılmıştır. Bu anket toplumda yaşayan bireylerin kansere ilişkin pozitif/negatif tutumları hakkında bilgi verir. Anketin orijinalinde “İyileşmenin imkânsız olması (1-

4.maddeler), Kanser hastalarının etiketlenmesi (5.8-.maddeler), Ayrımcılık (9-11. Maddeler), Kanser tanısını ortaya çıkarma/yayma (12-15.maddeler)” olmak üzere dört alt boyut ve 15 madde yer almaktadır. Yılmaz ve arkadaşlarının geçerlik çalışmasında bu anketin ülkemizde 12 maddenin 3 alt boyutta (1-5. maddeler İyileşmenin imkânsız olması – etiketlenme alt boyutu, 6-8. maddeler Ayrımcılık alt boyutu, 9-12. maddeler Kanser tanısını ortaya çıkarma, yayma alt boyutu) toplandığı görülmüştür. Ankette yer alan maddeler “(1) Kesinlikle katılmıyorum, (2) Katılmıyorum, (3) Katılıyorum, (4) Kesinlikle katılıyorum” şeklinde cevaplanmaktadır. Ölçekte ters puanlanan madde bulunmamaktadır. Ölçeğin değerlendirmesinde maddelerin puan ortalaması kullanılmakta, ortalaması 2.5 ve üzerinde olan puanlar kansere ilişkin olumsuz (negatif) tutumların varlığına işaret etmektedir. Orijinal ölçeğin Cronbach alpha değeri 0.79, Yılmaz ve arkadaşlarının çalışmasında ise 0.92’dir (Cho ve ark. 2013, Yılmaz ve ark. 2017).

Mevcut çalışmada Cronbach alpha katsayıları *iyileşmenin imkansız olması – etiketlenme alt boyutunda* 0.89, *ayrımcılık alt boyutunda* 0.92, *kanser tanısını ortaya çıkarma, yayma alt boyutunda* 0.94 ve *toplamda* 0.90 olarak belirlendi.

3.8. Verilerin Toplanması

Öncelikle evren ve örneklem hesaplanmasında gerekli olan bireylerin sayıları saptandı ve araştırmaya dâhil edilecek aile sağlığı merkezleri belirlendi. Anket uygulaması gerekli kişi ve kurumlardan yazılı onay alındıktan sonra uygulama yapılacak aile sağlığı merkezlerinde 07.12.2018 - 25.04.2019 tarihleri arasında toplam 4 ayda araştırmacı tarafından tamamlandı. Anket uygulaması için görüşmelerin kesintiye uğramayacağı bir ortam belirlendi ve veriler aile sağlığı merkezine herhangi bir nedenle başvuran bireylerden öz bildirimlerine dayalı olarak tek seferde toplandı. Araştırmaya katılan bireyler tarafından, Anket Formu ve KİTO anketi toplamda 10-15 dakikada dolduruldu.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma kapsamında görüşleri alınan Yusufpaşa ve Başbakanlık TOKİ Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı bireylerden elde edilen verilerin çözümlenmesi amacıyla

öncelikle bireylerin cevapları SPSS-20.0'ye (Statistical Package for Social Sciences) aktarıldı. Ardından istatistik analizler için;

- Tanımlayıcı istatistiksel metotlar, KİTÖ Anketi- Toplum Versiyonu sonuçları dağılımının değerlendirilmesi (yüzdeler dağılımı, aritmetik ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerleri, Kolmogorov Smirnov Normallik testi)
- Kanserle İlişkin Tutumlarını değerlendirmede, veriler normal dağılım göstermediğinden iki bağımsız grup medyan ortalamalarını karşılaştırmada Mann Whitney U, üç ve daha fazla grubun bağımsız medyan ortalama arasındaki farkın hesaplanmasında Kruskal-Wallis testi, yaş ile tutum medyan ortalaması karşılaştırmasında ise Spearman Korelasyon analizi kullanıldı.
- $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

3.10. Araştırmanın Etik Yönü

1. Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığından 26/10/2018 tarih ve 81829502.903/02 sayılı yazılı izin alındı (EK-7).
2. Kars İl Sağlık Müdürlüğü'nden 07.12.2018 tarih yazılı izin alındı (EK-8).
3. Araştırmada kullanılan ölçüm aracının geçerlilik ve güvenilirliğini yapan kişilerden izin alındı (EK-9).
4. Araştırmaya dâhil edilen bireylerin araştırma sürecine katılımları gönüllülük ilkesi ile sağlandı.

3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları

1. Araştırmanın yapıldığı il ve il merkezinde yaşayan 20-65 yaş arası bireylerle sınırlıdır.
2. Araştırmada elde edilen sonuçlar kullanılan ölçüm araçlarından elde edilen veriler ile sınırlıdır.

3. Araştırmanın nicel olması ve damgalama ölçümünde sadece Kansere İlişkin Tutumları Ölçme (KİTÖ) Anketi- Toplum Versiyonu' nun kullanılması bu çalışmanın bir başka sınırlılığıdır.



4. BULGULAR

Bu bölümde bulgular sırasıyla:

1. Araştırmaya Katılan Bireylerin Tamtıcı Özellikleri,
2. Kansere İlişkin Tutumları Ölçme (KİTÖ) Anketi Puan Dağılımları,
3. Kansere İlişkin Damgalamayı Etkileyen Faktörler halinde sunuldu.

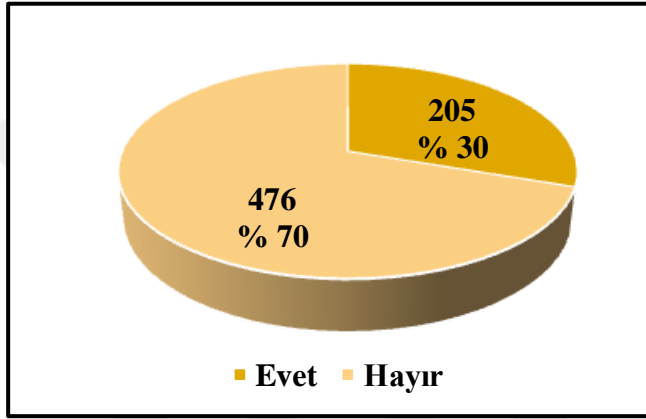
4.1. Araştırmaya Katılan Bireylerin Tamtıcı Özellikleri ile İlişkili Bulgular

Tablo 3. Araştırmaya Katılan Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri (n=681)

Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri	n	%
Cinsiyet		
Kadın	365	53.6
Erkek	316	46.4
Medeni Durum		
Evli	467	68.6
Bekâr	214	31.4
Eğitim Durumu		
Okur-Yazar	55	8.1
İlkokul mezunu	140	20.6
Ortaokul mezunu	109	16.0
Lise mezunu	188	27.6
Üniversite mezunu	169	24.8
Lisansüstü mezun	20	2.9
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	289	42.4
Emekli	27	4.0
İşsiz	365	53.6
Sosyal Güvencesi		
Var	378	55.5
Yok	303	44.5
Gelir Düzeyi Algısı		
İyi	142	20.8
İdare eder/Orta halli	384	56.4
Kötü	155	22.8
Sigara İçme Durumu		
İçiyor	232	34.1
İçmiyor	449	65.9
Algılanan Sağlık Durumu		
İyi	598	87.8
Kötü	83	12.2

Araştırmaya katılan bireylerin sosyodemografik özelliklerine bakıldığında (Tablo 3); yaş ortalamalarının 37.16 ± 11.21 (min:20, max:64) olduğu belirlendi. Bireylerin yarısından çoğunun (% 53.6) kadın, evli (% 68.6), işsiz (% 53.6), sosyal güvencesi olan (% 55.5), orta halli geliri olduğunu algılayan (% 56.4) ve sigara içmeyen (% 65.9), dörtte birinden biraz fazlasının (% 27.6) lise mezunu ve çoğunluğunun (% 87.8) sağlık durum algısı iyi olduğu görüldü.

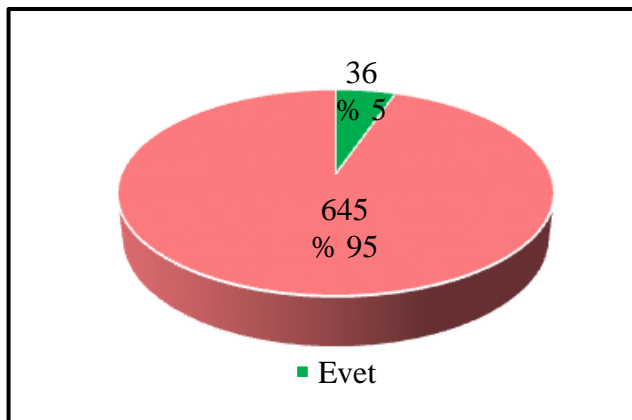
Grafik 2. Araştırmaya Katılan Bireylerin Ailelerinde Kanser Öyküsü (n=681)



Araştırmaya katılan bireylerin ailelerinde kanser öyküsüne bakıldığında; % 70'inin ailesinde kanser öyküsünün olmadığı görüldü (Grafik 2). Ailesinde kanser öyküsü olanların (n=205; % 30); % 29.8'inin birinci derece, %

27.8'inin ikinci derece, % 29.8'inin üçüncü derece ve % 13.6'sının farklı yakınlıktaki akrabalarında kanser öyküsü olduğu belirlendi.

Grafik 3. Araştırmaya Katılan Bireylerin Arkadaşlarında Kanser Öyküsü (n=681)



Araştırmaya katılan bireylerin arkadaşlarında kanser öyküsüne bakıldığında; % 95'inin arkadaşlarında kanser öyküsünün olmadığı görüldü (Grafik 3). Arkadaşlarında kanser öyküsü olanların (n=36; % 5); % 58.3'ünün uzak ve % 41.7'sinin

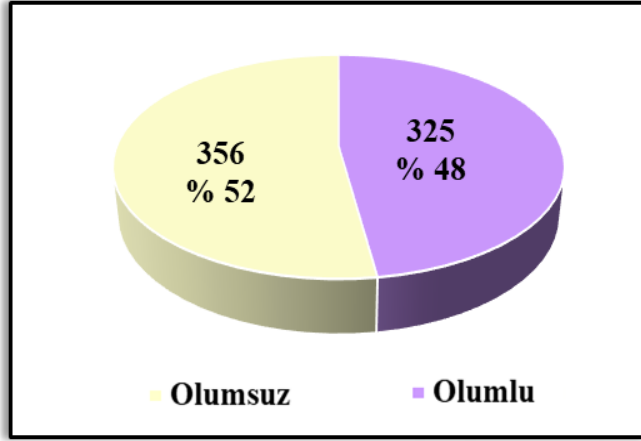
yakın arkadaş olduğu belirlendi.

Tablo 4. Araştırmaya Katılan Bireylerin Kansere Yönelik Düşünce ve Tutumlarının Dağılımı (n=681)

Düşünce ve Tutumlar		Evet		Hayır	
		n	%	n	%
Düşünceler	Kanser önlenabilirliği	533	78.3	148	21.7
	Kanser erken tanıabilirliği	606	89.0	75	11.0
	Kanser tedavi edilebilirliği	556	81.6	125	18.4
	Kanserin bulaşabilirliği	93	13.7	588	86.3
Tutumlar rahatsız olma				
	Kanser hakkında konuşmaktan	267	39.2	414	60.8
	Kanser hakkında bilgilenmekten (okuma, dinleme v.b.)	120	17.6	561	82.4
	Kanser hastaları ile herhangi bir şey yemek ve içmekten	141	20.7	540	79.3
	Kanser hastaları ile yaşamaktan	155	22.8	526	77.2
	Kanser hastaları ile sosyal ortamda olmaktan	127	18.6	554	81.4
	Kanser hastaları ile çalışmaktan	125	18.4	556	81.6

Araştırmaya katılan bireylerin kansere yönelik düşünce ve tutumlarının dağılımına bakıldığında (Tablo 4); bireylerin kansere yönelik düşünce ve tutumlarının genel olarak olumlu yönde olduğu görüldü. En olumsuz düşüncenin “kanserin önlenbilir olması” olurken, en olumsuz tutumun “kanser hakkında konuşmak” olduğu belirlendi.

Grafik 4. Araştırmaya Katılan Bireylerde Medyanın Kansere Karşı Tutuma Etkisinin Değerlendirilmesi (n=681)



Araştırmaya katılan bireylerde, medyanın kansere karşı tutuma etkisinin değerlendirilmesi bakıldığında; % 52'sinin tutumunu olumsuz yönde etkilediği görüldü (Grafik 4).

4.2. Kansere İlişkin Tutumları Ölçme (KİTÖ) Anketi Puan Dağılımları İlişkili Bulgular

Kansere İlişkin Tutumları Ölçme (KİTÖ) Anketi puan ortalamalarına bakıldığında (Tablo 5); en yüksek olup en olumsuz üç puan ortalamasının sırasıyla; “kansere hastalarının başarılı kanser tedavisinden sonra bile işyerinde görev yeteneği azalabilir”, “eğer kanser tanısı alırsam komşularıma söylemem” ve “kansere tanısı olan bir kişinin bir daha sağlıklı olması çok zordur”, en düşük olup en olumlu üç puan ortalamasının sırasıyla; “kansere tanısı olan komşularla iletişim kurmaktan kaçınma eğilimindeyim”, “kansere hastalarıyla çalışmaktan kaçınıyorum” ve “kansere hastaları ile birlikte olduğumda rahatsızlık hissederim” ve her bir maddenin 2.5'in altında olduğundan her maddeye yönelik tutumun olumlu olduğu görüldü.

Kansere ilişkin tutumları ölçme anketi alt boyut ve toplam puan dağılımlarına baktığımızda (Tablo 5); bireylerin kansere tanısını ortaya çıkarma, yayma 2.16 ± 0.95 , iyileşmenin imkânsız olması - etiketlenme 2.19 ± 0.73 , ayrımcılık 1.82 ± 0.79 ve toplam puan ortalamasının 2.09 ± 0.63 ve kansere yönelik tutumlarının olumlu düzeyde olduğu görüldü.

Tablo 5. KİTÖ Anketi Maddelerinin ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları

	MADDELER	Min.	Max.	Ort.	S.S.
KİTÖ Anketi Maddeleri	1. Kanser tedavisi ne kadar gelişmiş olursa olsun tedavi edilmesi mümkün değildir.	1	4	2.14	0.90
	2. Kanser hastaları bir kez tanı aldı mı bir daha sosyal olarak aktif olamazlar.	1	4	2.13	0.85
	3. Kanser hastalarının başarılı kanser tedavisinden sonra bile işyerinde görev yeteneği azalabilir.	1	4	2.33	0.82
	4. Kanser tanısı olan bir kişinin bir daha sağlıklı olması çok zordur.	1	4	2.27	0.92
	5. Kanser hastalarının topluma katkıda bulunması mümkün olmaz.	1	4	2.05	0.85
	6. Kanser hastaları ile birlikte olduğumda rahatsızlık hissedirim.	1	4	<u>1.85</u>	0.87
	7. Kanser tanısı olan komşularla iletişim kurmaktan kaçınma eğilimindeyim.	1	4	<u>1.80</u>	0.83
	8. Kanserli kişilerle çalışmaktan kaçınırım.	1	4	<u>1.82</u>	0.84
	9. Eğer kanser tanısı alırsam aileme söylemem.	1	4	1.97	1.02
	10. Eğer kanser tanısı alırsam arkadaşlarıma söylemem.	1	4	2.16	1.00
	11. Eğer kanser tanısı alırsam komşularıma söylemem.	1	4	2.28	1.05
	12. Eğer kanser tanısı alırsam iş arkadaşlarıma/ meslektaşlarıma söylemem.	1	4	2.24	1.06
KİTÖ Alt Boyutları	Kanser tanısını ortaya çıkarma, yayma	1	4	2.16	0.95
	İyileşmenin imkânsız olması - etiketlenme	1	4	2.19	0.73
	Ayrımcılık	1	4	1.82	0.79
	TOPLAM	1	4	2.09	0.63

4.2.1. Kansere İlişkin Damgalamayı Etkileyen Faktörlerle İlişkili Bulgular

Tablo 6. Araştırmaya Katılan Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre KİTÖ Anketi Puanlarının Karşılaştırılması (n=681)

Tanıtıcı Özellikler	KİTÖ		Kanser tanısını ortaya çıkarma, yayma		İyileşmenin imkânsız olması - etiketlenme		Ayrımcılık		TOPLAM	
	Mean Rank	U, χ^2 , r; p	Mean Rank	U, χ^2 , r; p	Mean Rank	U, χ^2 , r; p	Mean Rank	U, χ^2 , r; p	Mean Rank	U, χ^2 , r; p
Yaş										
		r=.020 p=.594		r=.227 p=.001		r=.188 p=.001		r=.178 p=.000		
Cinsiyet										
Kadın	331.10	U=-1.432 p=.152	334.18	U=-.975 p=.329	314.87	U=-3.849 p=.000	323.02	U=-2.566 p=.010		
Erkek	352.44		348.87		371.18		361.77			
Medeni Durum										
Evli	340.85	U=-.029 p=.977	364.32	U=-4.589 p=.000	361.22	U=-4.094 p=.000	358.77	U=-3.486 p=.000		
Bekâr	341.32		290.10		296.87		302.22			
Eğitim Durumu										
Okur-Yazar	377.95	$\chi^2=7.120$ p=.212	483.71 ^a	$\chi^2=98.073$ p=.000	439.08 ^g	$\chi^2=55.208$ p=.000	459.17 ^l	$\chi^2=61.668$ p=.000		
İlkokul mezunu	340.28		429.23 ^b		405.84 ^h		408.54 ^m			
Ortaokul mezunu	331.17		348.16 ^c		329.58 ⁱ		336.56 ⁿ			
Lise mezunu	344.12		317.01 ^d		336.78 ⁱ		327.15 ^o			
Üniversite mezunu	343.63		251.88 ^e		280.67 ^j		229.08 ^ö			
Lisansüstü mezun	246.43		270.40 ^f		229.00 ^k		220.85 ^p			

Tablo 6. Araştırmaya Katılan Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre KİTÖ Anketi Puanlarının Karşılaştırılması (n=681)-devam

Tanıtıcı Özellikler	Kanser tanısı ortaya çıkarma, yayma		İyileşmenin imkansız olması - etiketlenme		Ayrımcılık		TOPLAM				
	Mean Rank	U, χ^2 , r; p	Mean Rank	U, χ^2 , \hat{a} r; p	Mean Rank	U, χ^2 , r; p	Mean Rank	U, χ^2 , r; p			
Çalışma Durumu											
Çalışıyor	331.21	$\chi^2=1.651$ p=.438	311.02 ^f	$\chi^2=16.301$ p=.000	319.26 ^t	$\chi^2=10.669$ p=.005	316.02 ^v	$\chi^2=12.917$ p=.002			
Emekli	379.74		440.72 ^s		428.83 ^u		439.43 ^y				
İşsiz	344.31		357.36 ^s		351.71 ^u		353.50 ^z				
Sosyal Güvencesi											
Var	340.01	U=-.149 p=.888	330.18	U=-1.610 p=.107	331.77	U=-1.413 p=.158	332.25	U=-1.298 p=.194			
Yok	342.24		354.50		352.52		351.92				
Gelir Düzeyi Algısı											
İyi	314.97	$\chi^2=3.330$ p=.189	310.30	$\chi^2=4.597$ p=.100	328.59	$\chi^2=0.926$ p=.629	311.72	$\chi^2=4.026$ p=.134			
İdare eder/ Orta halli	349.76		351.61		341.13		350.43				
Kötü	340.79		340.45		349.77		342.08				
Sigara İçme Durumu											
İçiyor	344.52	U=-.341 p=.733	358.56	U=-.1681 p=.093	344.12	U=-.307 p=.759	353.22	U=-.1166 p=.244			
İçmiyor	334.18		331.93		339.39		334.69				
a, b, c, d > e, f		g, h > i, j, k		l, m > n, o, ö, p		s, ş > r		u, ü > t		y, z > v	

Araştırmaya katılan bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre **KİTÖ anketi puanlarının karşılaştırılmasına** baktığımızda (Tablo 6);

- Yaşa göre kanser tanısını ortaya çıkarma, yayma ($r=.020$; $p=.594$) alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmezken; iyileşmenin imkânsız olması – etiketlenme ($r=.227$; $p=.001$), ayrımcılık ($r=.188$; $p=.001$) alt boyutu ve KİTÖ anketi toplam puanı ($r=.178$; $p=.000$) ile pozitif yönlü düşük düzeyli korelasyonunun olduğu,
- Cinsiyete göre, kanser tanısını ortaya çıkarma, yayma ($U=-1.432$; $p=.152$) ve iyileşmenin imkânsız olması – etiketlenme ($U=-.975$; $p=.329$) alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmezken; ayrımcılık ($U=-3.849$; $p=.000$) alt boyutu ve KİTÖ anketi toplam puan ($U=-2.566$; $p=.010$) ortancalarının erkeklerde kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu,
- Medeni duruma göre, kanser tanısını ortaya çıkarma, yayma ($U=-.029$; $p=.977$) alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmezken; iyileşmenin imkânsız olması – etiketlenme ($U=-4.589$; $p=.000$), ayrımcılık ($U=-4.094$; $p=.000$) alt boyutu ve KİTÖ anketi toplam puan ($U=-3.486$; $p=.000$) ortancalarının evlilerde bekârlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu,
- Eğitim durumuna göre, kanser tanısını ortaya çıkarma, yayma ($\chi^2=7.120$; $p=.212$) alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmezken; iyileşmenin imkânsız olması – etiketlenme ($\chi^2=98.073$; $p=.000$) (Okur-yazar, ilkokul, ortaokul ve lise mezunlarının üniversite ve üzeri mezunlarına göre anlamlı derecede yüksek), ayrımcılık ($\chi^2=55.208$; $p=.000$) (Okur-yazar, ilkokul mezunlarında diğer mezunlara göre anlamlı derecede yüksek) alt boyutları ve KİTÖ anketi toplam puan ($\chi^2=61.668$; $p=.000$) (Okur-yazar, ilkokul mezunlarında diğer mezunlara göre anlamlı derecede yüksek) ortancalarında istatistiksel olarak anlamlı derecede fark olduğu,
- Çalışma durumuna göre, kanser tanısını ortaya çıkarma, yayma ($\chi^2=1.651$; $p=.438$) alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmezken; iyileşmenin imkânsız olması – etiketlenme

($\chi^2=16.301$; $p=.000$), ayrımcılık ($\chi^2=10.669$; $p=.005$) alt boyutları ve KİTÖ anketi toplam puan ($\chi^2=12.917$; $p=.002$) ortancalarında istatistiksel olarak anlamlı derecede fark olduğu, emekli ve işsizlerin çalışanlara göre iyileşmenin imkânsız olması–etiketlenme, ayrımcılık ve toplam puan ortancalarının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu,

- Sosyal güvencesine göre; kanser tanısını ortaya çıkarma, yayma ($U=-.149$; $p=.888$), iyileşmenin imkânsız olması – etiketlenme ($U=-1.610$; $p=.107$), ayrımcılık ($U=-1.413$; $p=.158$) alt boyutları ve KİTÖ anketi toplam puan ($U=-1.298$; $p=.194$) ortancalarında istatistiksel olarak fark olmadığı,
- Gelir düzeyi algısına göre; kanser tanısını ortaya çıkarma, yayma ($\chi^2=3.330$; $p=.189$), iyileşmenin imkânsız olması – etiketlenme ($\chi^2=4.597$; $p=.100$), ayrımcılık ($\chi^2=0.926$; $p=.629$) alt boyutları ve KİTÖ anketi toplam puan ($\chi^2=4.026$; $p=.134$) ortancalarında istatistiksel olarak fark olmadığı,
- Sigara içme durumuna göre; kanser tanısını ortaya çıkarma, yayma ($U=-.341$; $p=.733$), iyileşmenin imkânsız olması – etiketlenme ($U=-1.681$; $p=.093$), ayrımcılık ($U=-.307$; $p=.759$) alt boyutları ve KİTÖ anketi toplam puan ($U=-1.166$; $p=.244$) ortancalarında istatistiksel olarak fark olmadığı,

Tablo 7. Araştırmaya Katılan Bireylerin Sağlık Özelliklerine ve Kanslerle İlgili Düşüncelerine Göre KİTÖ Anketi Puanlarının Karşılaştırılması (n=681)

Sağlık Özellikleri	KİTÖ		Kanser tanısını ortaya çıkarma, yayma		İyileşmenin imkansız olması - etiketlenme		Ayrımcılık		TOPLAM	
	Mean Rank	U, χ^2 , r; p	Mean Rank	U, χ^2 , r; p	Mean Rank	U, χ^2 , r; p	Mean Rank	U, χ^2 , r; p		
Algılanan Sağlık Durumu										
İyi	337.84	U=-1.142	328.20	U=-.4.575	332.58	U=-3.099	329.85	U=-3.974		
Kötü	363.77	p=.253	433.20	p=.000	401.69	p=.002	421.34	p=.000		
Ailede Kanser Öyküsü										
Evet	314.60	U=-2.292	320.49	U=-1.752	284.47	U=-5.050	299.02	U=-3.621		
Hayır	351.68	p=.0.022	349.14	p=.080	364.68	p=0.000	358.40	p=.000		
Arkadaşlarında Kanser Öyküsü										
Evet	362.54	U=-.692	374.31	U=-1.050	346.11	U=-1.179	376.69	U=-1.120		
Hayır	339.30	p=.489	338.67	p=.294	340.20	p=.858	338.54	p=.263		
Kanserin önlenbilir mi?										
Evet	326.72	U=-3.648	311.52	U=-7.451	329.04	U=-3.110	315.12	U=-6.522		
Hayır	392.43	p=0.000	447.18	p=0.000	384.06	p=0.002	415.12	p=0.000		

Tablo 7. Araştırmaya Katılan Bireylerin Sağlık Özelliklerine ve Kansere İlgili Düşüncelerine Göre KİTÖ Anketi Puanlarının Karşılaştırılması (n=681)-devam

Sağlık Özellikleri	KİTÖ		Kanser tanısını ortaya çıkarma, yayma		İyileşmenin imkansız olması - etiketlenme		Ayrımcılık		TOPLAM	
	Mean Rank	U, χ^2 , r; p	Mean Rank	U, χ^2 , r; p	Mean Rank	U, χ^2 , r; p	Mean Rank	U, χ^2 , r; p	Mean Rank	
Kanser erken tanılanabilir mi?										
Evet	331.35	U=-3.693	322.44	U=-7.025	325.40	U=-6.079	321.73	U=-7.275		
Hayır	418.99	p=0.000	490.94	p=0.000	467.06	p=0.000	496.72	p=0.000		
Kanser tedavi edilebilir mi?										
Evet	323.59	U=-4.943	302.68	U=-10.764	320.51	U=-5.922	306.42	U=-9.686		
Hayır	418.45	p=0.000	511.46	p=0.000	432.12	p=0.000	494.83	p=0.000		
Kanser bulaşıcı mıdır?										
Evet	387.70	U=-2.500	446.57	U=-5.591	483.94	U=-7.792	459.59	U=-6.263		
Hayır	333.61	p=0.012	324.30	p=0.000	318.39	p=0.000	322.24	p=0.000		
Medyanın kanser tutumuna etkisinin değerlendirilmesi										
Olumlu	334.83	U=-.793	310.65	U=-3.862	316.35	U=-3.229	316.56	U=-3.101		
Olumsuz	346.63	p=0.428	368.71	p=0.000	363.51	p=0.001	363.31	p=0.002		

Araştırmaya katılan bireylerin sağlık özelliklerine ve kanserle ilgili düşüncelerine göre **KİTÖ anketi puanlarının karşılaştırılmasına** baktığımızda (Tablo 7);

- Sağlık durumu algısına göre; kanser tanısını ortaya çıkarma, yayma ($U=-1.142$; $p=.253$), alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmezken; iyileşmenin imkânsız olması – etiketlenme ($U=-4.575$; $p=.000$), ayrımcılık ($U=-3.099$; $p=.002$) alt boyutları ve KİTÖ anketi toplam puan ($U=-3.974$; $p=.000$) ortancalarında sağlık algısı kötü olanların iyi olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu,
- Ailede kanser öyküsüne göre KİTÖ anketi puanlarına bakıldığında iyileşmenin imkânsız olması – etiketlenme ($U=-1.752$; $p=.080$) alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmezken; kanser tanısını ortaya çıkarma, yayma ($U=-2.292$; $p=.022$), ayrımcılık ($U=-5.050$; $p=.000$) alt boyutları ve KİTÖ anketi toplam puan ($U=-3.621$; $p=.000$) ortancalarının ailesinde kanser öyküsü olmayanların olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek (akrabalık derecesinin anlamlı sonuç oluşturmadığı $p>.05$) olduğu,
- Arkadaşlarında kanser öyküsüne göre KİTÖ anketi puanlarına bakıldığında kanser tanısını ortaya çıkarma, yayma ($U=-.692$; $p=.489$), iyileşmenin imkânsız olması – etiketlenme ($U=-1.050$; $p=.294$) ayrımcılık ($U=-.179$; $p=.858$) alt boyutları ve KİTÖ anketi toplam puan ($U=-1.120$; $p=.263$) ortancalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı,
- Kanserin önlenebilirliğine yönelik düşüncelerine göre KİTÖ anketi puanlarına bakıldığında kanser tanısını ortaya çıkarma, yayma ($U=-3.648$; $p=.0.000$), iyileşmenin imkânsız olması – etiketlenme ($U=-7.451$; $p=.000$) ayrımcılık ($U=-.3.110$; $p=.002$) alt boyutları ve KİTÖ anketi toplam puan ($U=-6.522$; $p=.000$) ortancalarının kanserin önlenemez olduğunu düşünenlerde önlenebilir olduğunu düşünenlere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu,
- Kanserin erken tanılabirliğine yönelik düşüncelerine göre KİTÖ anketi puanlarına bakıldığında kanser tanısını ortaya çıkarma, yayma ($U=-3.693$; $p=.0.000$), iyileşmenin imkânsız olması – etiketlenme ($U=-7.025$; $p=.000$)

ayrımcılık ($U=-6.079$; $p=.000$) alt boyutları ve KİTÖ anketi toplam puan ($U=-7.275$; $p=.000$) ortancalarının kanserin erken tanılanamaz olduğunu düşünenlerde erken tanılanabilir olduğunu düşünenlere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu,

- Kanser tedavisi edilebilirliğine yönelik düşüncelerine göre KİTÖ anketi puanlarına bakıldığında kanser tanısını ortaya çıkarma, yayma ($U=-4.943$; $p=.000$), iyileşmenin imkânsız olması – etiketlenme ($U=-10.764$; $p=.000$) ayrımcılık ($U=-5.922$; $p=.000$) alt boyutları ve KİTÖ anketi toplam puan ($U=-9.686$; $p=.000$) ortancalarının kanserin tedavi edilemez olduğunu düşünenlerde tedavi edilebilir olduğunu düşünenlere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu,
- Kanser bulaşabilirliğine yönelik düşüncelerine göre KİTÖ anketi puanlarına bakıldığında kanser tanısını ortaya çıkarma, yayma ($U=-2.500$; $p=.012$), iyileşmenin imkânsız olması – etiketlenme ($U=-5.591$; $p=.000$) ayrımcılık ($U=-7.792$; $p=.000$) alt boyutları ve KİTÖ anketi toplam puan ($U=-6.263$; $p=.000$) ortancalarının kanserin bulaşabilir olduğunu düşünenlerde bulaşılmaz olduğunu düşünenlere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu,
- Medyanın kanser tutumuna etkisinin değerlendirilmesine yönelik düşüncelerine göre KİTÖ anketi puanlarına bakıldığında kanser tanısını ortaya çıkarma, yayma ($U=-.793$; $p=.0428$) alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmezken; iyileşmenin imkânsız olması – etiketlenme ($U=-3.862$; $p=.000$) ayrımcılık ($U=-3.229$; $p=.001$) alt boyutları ve KİTÖ anketi toplam puan ($U=-3.101$; $p=.002$) ortancalarının olumsuz etkilediğini düşünenlerde olumlu etkilediğini düşünenlere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir.

5. TARTIŞMA

Kanser, dünya çapında ölüm ve hastalık yükünün önde gelen nedenlerinden biri olmasına bağlı en korkulan hastalıklardan birisidir (Bedikian ve Thampson 1985, Cho ve ark. 2013). Kanserde yüksek morbidite ve mortalite oranlarına bağlı kanser tanısı ölümü ifade eden bir cümle olarak algılanmaktadır (Cho ve ark. 2013, Tang ve ark. 2016, Badihian ve ark. 2017, Elangovan ve ark. 2017, Yılmaz ve ark. 2017, Schear 2018). Erken tanı ve tedavideki ilerlemelere rağmen; kansere ilişkin bu olumsuz görüntüler, algılar ve mitler devam etmektedir (Cho ve ark. 2013, Liu ve ark. 2016, Badihian ve ark. 2017, Yılmaz 2017). Kanser hastalığıyla baş eden kişi sayısı ve onlarla ilgilenen/tanıyan birinci veya ikinci derece yakınları/arkadaşları düşünüldüğünde; kansere karşı tutum ve davranışların toplumu ilgilendiren, göz önünde bulundurulması gereken bir hastalık olduğu ortaya çıkmaktadır. Kanser tanısı alan bireylere yönelik damgalama araştırmalarına son yıllarda artan bir ilgi vardır (Cho ve ark. 2013, Liu ve ark. 2016, Tang ve ark. 2016, Badihian ve ark. 2017, Elangovan ve ark. 2017, Yılmaz ve ark. 2017, Schear 2018). Kansere bağlı damgalama geçmişte olduğundan daha az olmasına rağmen, yine de kimlik tehdidi ile sonuçlanabilir ve kanser hastalarının refahını etkileme gücüne sahiptir (Knapp 2014). Ülkemizde bu konuda yapılan çalışmaların azlığından yola çıkarak “20-65 yaş arası bireylerde kansere yönelik damgalama ve etkileyen faktörler” i belirleme amaçlı olan bu araştırma sonuçları literatür taramasına dayanarak aşağıdaki başlıklarla tartışılmıştır.

5.1. Araştırmaya Katılan Bireylerin Kansere Yönelik Düşünce ve Tutumlarının Tartışılması

Bu araştırmaya katılan bireylerin kansere yönelik düşünce ve tutumlarının genel olarak olumlu yönde olduğu görülmektedir (Tablo 4). Düşünce ve tutuların sonuçları ve tartışılması altta tek tek ele alınmıştır.

Bu araştırmada en olumsuz düşünce olarak bireylerin % 78.3'ünün kanserin önlenemez olduğunu belirttiği görülmektedir (Tablo 4). Bedikian ve Thampson'un (1985) Suudi Arabistan'da yaptıkları çalışmada katılımcıların sadece % 28'inin kanserin önlenebileceğine inandığı belirlenmiştir. Çalışma sonuçlarının birbirinden

farklı olması araştırma yıllarının birbirinden farklı olmasından ve zaman içerisinde kansere yönelik artan bilgi ve farkındalıktan kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu olumsuz düşüncenin daha fazla görülmesinin nedeni kansere yönelik kaderci yaklaşımın yüksek olması ve nedeninin daha fazla genetik etkenlere bağlanması olabilir

Bu araştırmada bireylerin % 89.0'unun kanserin erken tanınabilir olduğunu belirttiği görülmektedir (Tablo 4). Bedikian ve Thampson'un (1985) yaptıkları çalışmada katılımcıların % 68'inin kanserin erken tespit edilebileceğini belirttiği belirlenmiştir. Yine aynı çalışmada eğitimin insanların kanser ve kanser hastalarına karşı tutumlarını önemli ölçüde etkilediği görülmüştür. Yükseköğrenime sahip kişilerin kanser hakkında okumayı çok daha rahat hissettiklerini, kanserin erken tespiti olasılığı ile ilgili olarak daha az olumsuz cevap verdiği ve daha sık önlenebileceğini ve iyileştirilebileceğini belirttiği saptanmıştır. İlköğretimi olan veya hiç eğitimi olmayan insanlardan, kanserin uyarı sinyallerinin daha fazla farkındaydılar.

Bu araştırmada bireylerin % 81.6'sının kanserin tedavi edilebilir olduğunu belirttiği görülmektedir (Tablo 4). Bedikian ve Thampson'un (1985) yaptıkları çalışmada katılımcıların % 50'sinin kanserin tedavi edilebilirliğine inandığı belirlenmiştir. Korkmaz (2010) tarafından İzmir ve İstanbul'da yaşamakta olan kişilerin kanser ve kanser hastalarına yönelik tutumlarını belirleme amaçlı yapılan çalışma sonucunda; bireylerin % 34.6'sının kanserin günümüzde tedavi edilebileceğini, % 60.1'inin kısmen tedavi edilebileceğini ve % 4.8'inin ise bu hastalığın tedavisinin olmadığını düşündükleri görülmüştür. Cho ve arkadaşlarının (2013) çalışması sonucunda, katılımcıların % 58.5'inin hastaları tedavi etmenin imkânsız olduğunu düşündüğü bulunmuştur. Elangovan ve arkadaşlarının (2017) Hindistan'daki çalışmaları sonucunda; katılımcıların % 79.5'inin kanserin tedavi edilebileceğini düşündüğü saptanmıştır. Schernhammer ve Haidinger'in (2010), 1995 ve 2005 yıllarında toplumun kansere karşı tutumlarını incelediği çalışmasında, kanserin tedavi edilebilirliğinin zaman içerisinde daha olumlu bir tutuma dönüştüğünü göstermiştir. Kanserin artık daha erken saptanması, tanı ve tedavisindeki gelişmelerin yıllar içerisinde tedavi edilebilirliğe yönelik düşünceleri olumsuzdan olumluya doğru değiştirdiği düşünülmektedir.

Bu araştırmada katılımcıların % 86.3'ünün kanserin bulaşabilir olmadığını dūřündüğü gör÷lmektedir (Tablo 4). Bedikian ve Thampson'un (1985) yaptıkları çalışmada katılımcıların % 31'inin, kanser hastalarıyla yakından ilgilenirken kansere yakalanabileceğini belirtmesi, kanserin bulaşıcı olduğu yönündeki sahte inancı taşıdığını göstermektedir. Yine aynı çalışmada doğrudan kanserin bulaşıcı olup olmadığı sorgulandığında, katılımcıların sadece % 14'ü bulaşıcı olduğunu belirtmiştir. Elangovan ve arkadaşlarının (2017) katılımcıların çoğunluğunun (% 83.5) kanserin bulaşıcı olmadığını dūřündüğü saptanmıştır.

Bu araştırmada katılımcıların % 60.8'inin kanser hakkında konuşmaktan, % 77.2'sinin kanser hastaları ile yaşamaktan, % 79.3'ünün kanser hastaları ile herhangi bir Şey yemek-içmekten, % 81.4'ünün kanser hastaları ile sosyal ortamda olmaktan ve % 81.9'unun kanser hastaları ile çalışmaktan rahatsız olmayacağı ifade ettiği ve bu durumlara yönelik genel tutumlarının olumlu olduğu gör÷lmektedir (Tablo 4). Bu durum toplumun hastalarla daha yakın ve kişisel bağlantı gerektiren durumlarda daha mesafeli olmak gerekliliği duyması, kişisel olmayan ortamlarda ise hastaların sosyal kabulünün daha fazla olmasından kaynaklanabilir (Baysal 2013). Bedikian ve Thampson'un (1985) yaptıkları çalışmada katılımcıların % 45'inin kanser hakkında konuşmaktan rahatsız oldukları ve % 35'inin kanser hakkında okuduğunda veya duyduğunda kendilerini rahatsız hissettiği belirlenmiştir. Stereotipler ve kansere yönelik olumsuz tutumlar, insanları kansere yönelik açıklama olasılığını azaltmaktadır (Shiri ve ark. 2018). Cho ve arkadaşlarının (2012) araştırmalarına katılan bireylerin, % 42'sinin kanserli bireylerle olmaktan rahatsızlık duyduğu ve % 23.5'inin kanser hastası bireylerle çalışmaktan kaçınacağı belirlenmiştir. Cho ve arkadaşlarının (2013); kanser damgalamasına yönelik çalışmaları sonucunda bireylerin % 95'inin iş arkadaşları ve işverenleri tarafından ayrımcılığa maruz kalmadığı gör÷lmüştür. Ek olarak, bu çalışmada bireylerin sadece %18.6'sı kanser hastaları ile aynı sosyal ortamda olmaktan rahatsızlık duyacağını belirtmiştir. Nyblade ve arkadaşlarının (2017) Hindistan Karnataka' da rahim ağzı ve meme kanseri damgalamasının kalitatif araştırmaları sonucunda; kanserin geçici temas ve genel sosyalleşme yoluyla bulaşabileceği korkusu her iki kanserde ortaya çıkan en ısrarlı tema olarak gör÷lmüştür. Yine bu çalışma da kanserin bulaşıcılığına yönelik korkunun hastalarda da yaşandığı saptanmıştır. Badihian ve arkadaşlarının (2017)

İran'da yaptıkları çalışma sonucunda; kanser tanısı konulan bireylerin % 48.5'ü iş arkadaşlarına, % 36.3'ü arkadaşlarına söylemeyeceğini belirtirken genel nüfustaki bireylerin ise % 26.9'unun kanser tanısı konulan bireyle evlenmekten ve % 4.2'sinin kanser tanısı konulan bireylerle çalışmaktan kaçınacağını ifade ettiği görülmüştür. Kanserle ilgili düşünce ve tutumların olumlulaştırılmasında sağlık okuryazarlığı artırılmasının ve olumlu medya haberlerinin etkili olacağına vurgu yapılmıştır (Scheer 2018).

5.2. Araştırmaya Katılan Bireylerde Medyanın Kansere Karşı Tutuma Etkisinin Tartışılması

Bu araştırmaya katılan bireylerde medyanın yaklaşık yarısının (% 52) tutumunu olumsuz yönde etkilediği görülmektedir (Grafik 4).Medya, erişimi kolay bir platform olması nedeniyle hastaları sağlık konularında bilgilendirebilecek en önemli ve en çok tercih edilen bilgi kaynaklarından birisidir (Overton ve Medina 2008, Muratdağı ve ark. 2019). Medya, rahatsız edilmeyen bilgiler için yararlı bir kaynak olarak hizmet edebilir. Artan sayıda hasta bilgi ve tedavi kararları için internete ve sosyal medyaya yönelmektedir (Knapp 2014). Kanser gibi mortalitesi yüksek hastalıklarda farkındalığı artırabilmek ve bu sayede erken tanı ve tedavi olanaklarını yakalayabilmek konusunda medya önemlidir (Muratdağı ve ark. 2019). Oystacher ve arkadaşlarının (2018) Güney Afrika'da kanser tanısı konulan hastaların damgalanmasına yönelik çalışmaları sonucunda; televizyon, radyo veya gazeteler dâhil medyaya erişim, insanları kanser konusunda eğitmek için merkezi bir yol olarak tanımlanmıştır. Muratdağı ve arkadaşlarının (2019) medyada yer alan kanser haberlerinin değerlendirilmesine yönelik çalışmaları sonucunda; kanser haberleri arasında haber türü açısından ilk sırada magazinsel haberler (% 25.88), ikinci sırada ise kanseri önlemeye ve korunmaya yönelik öneriler üzerine yapılmış haberlerin (%23.29) yer aldığı görülmüştür. Aynı çalışmada haber türü; kanserin etiyojisi, tanısı, tedavisi, kanserden korunma yöntemleri, kanserin tanımlayıcı epidemiyolojisi, patofizyolojisi ve magazinsel haberler (üçüncü sayfa haberleri, ünlülerin kanser haberleri, sosyal sorumluluk projeleri vb.) olarak sınıflandırılmıştır. Medyanın kanser damgalanmasına olan etkisini iyileştirmek için; kanser hakkında doğru bilgileri aktarmanın, kanserden iyileşen ve hayatına uyum sağlamış bireylerle TV-radyo

programları yapmanın, basılı ve mobil reklam panoları oluşturulmanın, facebook ve SMS metin kampanyaları düzenlemenin etkili olduğu görülmüştür (Schear 2018). Televizyon, radyo ve internet gibi kitle iletişim araçları ve kitaplar, broşürler gibi basılı medya damgalamayı azaltmak için damgalanma oranı daha yüksek olduğundan özellikle akciğer kanseri başta olmak üzere kanser hakkında doğru ve olgusal bilgi sağlamak için görsel-işitsel araçlar amaçlı kullanılabilir (Liu ve ark. 2016). Tüm bunların yanı sıra medya damgalamanın öğrenilmesinin ve sürdürülmesinin de bir yoludur (Overton ve Medina 2008). Medya yararlı bilgilerin yanında tehdit edici bilgiler de sağlayabilir (Knapp 2014). Medyadaki haberlerin reyting kaygıları ve sansasyon nedeniyle yanlış ya da eksik içerikleri, toplumun sağlık alanında olumsuz yönlendirilmesine ve yanlış davranış kalıpları geliştirebilmesine de sebep olabilmektedir (Muratdağı ve ark. 2019).

5.3. Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi Maddelerinin Puan Dağılımlarının Tartışılması

Bu araştırmada KİTÖ Anketi Puan Dağılımlarında; en yüksek ve en olumsuz tutumun olduğu üç puan ortalamasının sırasıyla; “kanser hastalarının başarılı kanser tedavisinden sonra bile işyerinde görev yeteneği azalabilir”, “eğer kanser tanısı alırsam komşularıma söylemem” ve “kanser tanısı olan bir kişinin bir daha sağlıklı olması çok zordur” ifadelerinde olduğu görülmektedir (Tablo 5). Kanser erken tanı ve tedavisindeki gelişmeler nedeniyle kanserden iyileşen birey sayısının artması sonucunda, kanser tanısı alan bireylerin işe dönme sorunları, tedavi sonrası arkadaşlarıyla çatışmaları, işlevlerinde ve ilişkilerinde sorun yaşamamak için tanıyı gizleyebilmeleri gibi ikincil sorunları görülebilmektedir (Cho ve ark. 2013, Badihian ve ark. 2017, Yılmaz ve ark. 2017). Bu araştırmada “kanser hastalarının başarılı kanser tedavisinden sonra bile işyerinde görev yeteneği azalabilir” maddesinin ortalaması en yüksek (2.33), Yılmaz ve arkadaşlarının (2017) çalışması sonucunda en düşük ortalama (2.48) olarak görülmüştür. Cho ve arkadaşlarının (2013) Kore’deki çalışması sonucunda; katılımcıların % 50’sinden fazlasının kanserin tedavi edilmesinin imkânsız olduğuna veya bir kanser hastasının sağlıklarını geri kazanmasının çok zor olduğuna inandığı belirlenmiştir. Yine aynı çalışmada; kanser tanısının iş durumunu olumsuz etkilediği, bireylerin % 47’sinin tanı aldıktan sonra

bir yıl içerisinde işlerini kaybettikleri, sadece % 30.5'inin yeniden iş sahibi olduğu ve kanser hastalarının iş bulma süresi (46.3 ay) genel popülasyondan (30.6 ay) önemli ölçüde daha uzun olduğu saptanmıştır. Badihian ve arkadaşlarının (2017) İran'daki kentsel bir nüfusta kanser ve kanser hastalarına tutumu değerlendirme amaçlı yaptıkları çalışma sonucunda; katılımcıların % 37.1'inin kanser hastalarının işyeri görev yeteneğinin başarılı tedaviden sonra bile düşebileceği konusuna katıldığı ve % 33.9'unun kanser tanısından sonra birinin sağlığını yeniden kazanmasının çok zor olduğunu kabul ettiği ve % 53.3'ünün tanısını komşularına söylemeyeceği görülmüştür. Tayvan'da kanser tanısı, yaşam kalitesinin düşmesi ve tedavi edilmenin imkânsız olduğu anlamına gelir (Tang ve ark. 2016). Sonuçlara göre, kanser korkusunun hala olduğu ve insanların kanserden iyileşen bireylerin ilgili fiziksel ve sosyal yetersiz oldukları olumsuz düşünceleri kontrol etmekte zorluk yaşadıkları görülmektedir (Badihian ve ark. 2017, Yılmaz ve ark. 2017). Kansere ilişkin genel tutumlar ne kadar olumsuzsa, kanserin tedavi edilebilirliğine, bireyin tekrar eski işlevselliği ve fonksiyonlarına geri dönüşüne ilişkin tutumların da olumsuz olduğu belirlenmiştir (Yılmaz ve ark. 2017).

Bu araştırmada KİTÖ Anketi Puan Dağılımlarında; en düşük ve en olumlu üç puan ortalamasının sırasıyla; “kanser tanısı olan komşularla iletişim kurmaktan kaçınma eğilimindeyim”, “kanserli kişilerle çalışmaktan kaçınıyorum” ve “kanser hastaları ile birlikte olduğumda rahatsızlık hissederim” ifadelerinde olduğu görülmektedir (Tablo 5). Bu sonuçlar Türk kültürü ve inancına göre insanların kabul edilmesinden, insanlara karşı değer, hoşgörü, sevgi, merhamet, şefkat ve acıma gibi duyguların aktarılmasından kaynaklanabilir. Türk medeniyetinde insan sevgisi ve insan hakları bencil bir nitelikte değildir; bütün insanlara ve insanlığa yöneliktir. Kültürümüz ruhumuza her şeyden önce insan sevgisini, insanları sahiplenmeyi, insan haklarını, hürmeti, vefayı, merhameti, şefkati ve önyargısız yaklaşımları yerleştirmektedir (Küçük 2008, Okuyan 2011). Oystacher ve arkadaşlarının (2018) Güney Afrika'da kanser tanısı konulan hastaların damgalanmasına yönelik çalışmaları sonucunda; hastalar kendilerinin akrabaları/partnerleri tarafından ayrımcılığa maruz kalacaklarını belirtmiştir. Yine aynı çalışmada hastaların etiketlenmekten ve ciddi sosyal ayrımcılık biçimleriyle karşılaşmaktan korktukları görülmüştür. Kanserin bulaşıcı olduğu inancı, beklenen bir ayrımcılık ve izolasyon

kaynağıdır (Oystacher ve ark. 2018). Kansere ilişkin olumsuz inanışlar ve mitler hala devam etmektedir. Bu nedenle kanser hastaları sıklıkla evde, işyerinde veya genel olarak toplumda ayrımcılığın veya sorunların yaşanmaması için tanılarını ve hastalıklarını açıklamamaktadır (Badihian ve ark. 2017). Kanser hastalarının sosyal hayatları, diğer insanların kansere (utanç, sempati, acıma, ıstırap ve aşırı ihtiyatlılık) ve dışsal fiziksel değişimlere karşı rahatsız edici tutumları nedeniyle tehdit altındadır. Bu nedenle hastalığa karşın ömür boyu hapis yatmayı tercih eden hastalar bile vardır (Tang ve ark. 2016). Kanser tanılarının açıklanmasına yönelik belirli engellerin belirlenmesi ve bireylerin bu engelleri aşmalarına yardımcı olmak için müdahalelerin geliştirilmesi önemlidir, çünkü bu faktörler yaşam kalitesini, zamanında tedavi ve işyerinden ve toplumdaki yeterli desteği etkileyebilir (Badihian ve ark. 2017).

Bu çalışmada KİTÖ Anketindeki alt boyut ve toplam puan ortalamalarında; bireylerin kanser tanısını ortaya çıkarma, yayma 2.16 ± 0.95 , iyileşmenin imkânsız olması-etiketleme 2.19 ± 0.73 , ayrımcılık 1.82 ± 0.79 ve toplam puan ortalamasının 2.09 ± 0.63 , her madde puan ortalamasının 2.5 altında, olumlu ve kansere yönelik genel tutumların da olumlu olduğu görülmektedir (Tablo 5.). Yılmaz ve arkadaşlarının (2017) çalışmaları sonucunda; iyileşmenin imkansız olması/etiketleme 2.57 ± 0.6 , ayrımcılık 2.8 ± 1.0 , kanser tanısını ortaya çıkarma/yayma alt boyut ortalaması 2.72 ± 0.9 ve KİTÖ anketi genel puan ortalaması 2.66 ± 0.56 bulunmuş olup, kanser tutumlarının olumsuz olduğu belirlenmiştir. Kanser damgalamasına yönelik yapılan araştırma sonuçları kanserin tedavi edilemez, mortalite oranı yüksek ve ölümcül, bireylerin fiziksel ve sosyal olarak işlevlerinin yetersiz olduğunu yani kanser hastalarını damgalamalarının yüksek olduğunu göstermektedir (Cho ve ark. 2013, Nyblade ve ark. 2017; Yılmaz ve ark. 2017). Kansere yönelik bilgi düzeyinin ve sağlık okur-yazarlığının giderek artması tutumların olumlu olmasının nedeni olabilir. Schernhammer ve Haidinger'in (2010), 1995 ve 2005 yıllarında toplumun kansere karşı inanç ve tutumlarındaki eğilimleri inceledikleri çalışmalarında; zaman içinde kanserin iyileştirilebilirliğine ilişkin daha olumlu bir tutum yönünde bir eğilim olduğu görülmüştür. Cho ve arkadaşlarının (2013); çalışmaları sonucunda hastaların % 90'ının herhangi bir sosyal ayrımcılık yaşamadığı görülürken, % 10'unun sosyal ayrımcılığa maruz kaldığı görülmüştür. Phelan ve arkadaşlarının (2013) kolorektal kanserli erkeklerde damgalamaya yönelik yaptıkları çalışma sonucunda; çalışmaya

katılanların % 31'inin kanser damgalamasına yönelik en az bir maddeyi onayladığı saptanmıştır. Yine aynı çalışmada en olumsuz tutumu olan maddenin puan ortalaması (2.83 ± 1.1) “kanser hastaları ile birlikte olduğumda rahatsızlık hissederim” iken, en olumlu olan maddenin puan ortalaması (2.48 ± 0.75) “kanser hastalarının başarılı kanser tedavisinden sonra bile işyerinde görev yeteneği azalabilir” olduğu görülmüştür. Nyblade ve arkadaşlarının (2017) Hindistan Karnataka'da rahim ağzı ve meme kanseri damgalamasının kalitatif araştırmaları sonucunda; kanserin sosyal etkileşimler yoluyla bulabileceği korkusunun yüksek olması kanserli bireylerin dışlanmasına ve ayrımcılığa neden olduğu, sıklıkla hastalara yönelik iğrenme, uzak durmaya çalışma, fiziksel ve sosyal izolasyonun görüldüğü belirlenmiştir. Kanser damgalaması, sıklıkla kanserin ölümcül bir hastalık olduğu, bulaşıcı olduğu veya ahlaksız davranış için bir ceza olduğu kültürel klişelerden kaynaklanmaktadır (Oystacher ve ark. 2018). Son yıllarda, akciğer kanserine bağlı damgalamanın araştırmacılar için giderek büyüyen bir çalışma alanı haline geldiğini, çünkü hastalığın doğrudan tütün kullanımının yoğunluğuna bağlı olduğunu göstermiştir (Chambers ve ark. 2012, Hamann ve ark. 2014, Liu ve ark. 2016). Lebel ve arkadaşlarına (2013) göre, akciğer kanseri hastaları prostat, baş, boyun veya meme kanserli hastalardan kanser ilişkili daha yüksek oranda algılanan damgalanmaya sahiptir. Kanser tedavisi alopesi veya kolostomi torbası gibi daha görünür belirtilere neden olabilir ve çeşitli çalışmalar bu işaretlerin damgalanma duygularına katkıda bulunduğunu göstermiştir (Marlow ve Wardle 2014). Çalışma sonuçlarına göre damgalanmanın; kanser tanısının hala korkulan bir sonucu olduğu ve belirtileri olan bireylerde semptom ve tanının gizliliğine katkıda bulunarak tarama, erken tanı ve tedavi önündeki engel olarak tanımlandığı, biyomedikal tedavi yerine geleneksel şifacıların kullanımını arttırdığı ve kanser hastalarının topluma tam entegrasyonunu azalttığını bulunmuştur (Cho ve ark. 2013, Nyblade ve ark.2017, Oystacher ve ark. 2018). Ayrıca kanser damgalamasına maruz kalan ya da damgalanma düşüncesi olan bireylerin, 2.5 kat daha fazla depresyon ve iki kat fazla intihar etme girişimi yaşama ihtimallerinin olduğu bulunmuştur (Cho ve ark. 2013). Damgalama ile ilgili araştırma sonuçlarında farklı sonuçların bulunması; tutumların kültürden kültüre farklılık gösterebilmesi ve her kültürün sağlık ve hastalık hakkında kendi inanç sistemleri, algıları ve düşünceleri olmasına, araştırma gruplarında farklı yaş grupları,

eğitim düzeyleri olan katılımcıların olmasına ve kültüre yönelik ölüm araçlarının farklı maddeleri içermesine bağlı olabilir.

5.4. Araştırmaya Katılan Bireylerin Tanıtıcı zelliklerine Göre KİT Anketi Puanlarının Karşılaştırılmasının Tartışılması

Bu araştırmada yaşın kanser tanısını ortaya çıkarma, yayma alt boyutunda istatistiksel olarak farklılık yaratmadığı ($p>0.05$); iyileşmenin imkânsız olması-etiketlenme, ayrımcılık alt boyutları ve KİT anketi toplam puanının ise yaşla pozitif ilişkide olduğu yani yaş arttıka bu yöndeki tutumların daha olumsuzlaştığı ($p<0.05$) görülmektedir (Tablo 6). Araştırmanın bulgusu yaşlıların toplum baskısı ve damgalama konusunda daha duyarlı olduklarını göstermektedir. Araştırmadaki bu sonuç, gençlerin sağlık okuryazarlıklarının daha yüksek olmasından (T.C. Sağlık Bakanlığı 2016) ve (T.C. Sağlık Bakanlığı (2016). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı lekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik alışması. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Yayın, (1025).<https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Sa%C4%9Fl%C4%B1k%20Okur%20Yazar%C4%B1%C4%9F%C4%B1.pdf>. Erişim Tarihi: 28 Nisan 2020), yaşlıların hastalıkları tanıma, sağaltım ve prognoz açısından daha bilgisiz ve ktmsel olmasından (Korkmaz 2013), kanser riskinin yaşla birlikte artmasından kaynaklanabilir (Erzurum Alim 2018) (Alim, N. A. (2018). Türkiye’de ve Dünyada Kanser Epidemiyolojisi. Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanserdb/yayinlar/sunular/ulusal_kanser_haftasi_2018/Dr._Dyt._NURAL_ERZURUM_ALiM.pdf Erişim Tarihi: 28 Nisan 2020). Elangovan ve arkadaşlarının (2017) Hindistanda’ ki çalışmaları sonucunda genç yaşın kanser farkındalığını arttırmada etkili olduğu görülmüştür. Cho ve arkadaşlarının (2013) yaptıkları çalışma sonucunda da yaş arttıka tutumların daha olumsuz olduğu görülmüştür. Badihian ve arkadaşlarının (2017) İnan’daki çalışmaları sonucunda; 50 yaşında veya daha büyük olan kişilerin iyileşme konusunda daha olumlu oldukları görülmüştür. Marlow ve Wardle’ in (2014) araştırmaları sonucunda; gençlerin yaşı büyük bireylere göre kanser tanısı konulan bireylere yönelik kaçınma ve ayırt etme davranışlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Bu araştırmada cinsiyetin kanser tanısını ortaya çıkarma, yayma ve iyileşmenin imkânsız olması-etiketlenme alt boyut puanlarında istatistiksel olarak

farklılık yaratmadığı ($p>0.05$), ancak kansere ilişkin ayrımcılık ve toplam damgalama tutumunda erkeklerin kadınlara göre daha olumsuz olduğu ($p<0.05$) görülmektedir (Tablo 6). Bu sonuç, çeşitli araştırma sonuçlarıyla benzerdir (Keeny ve ark. 2010, Edelen ve ark. 2014, Marlow ve Wardle 2014, Badihian ve ark. 2017). Kadınlarda damgalamanın daha az olması kadınların erkeklere göre diğer insanların sorunlarına ve duygularına daha duygusal, empatik, destekleyici, açık, duyarlı olup, kabullerinin daha yüksek olması (Ersoy 2009) ve kanser sıklığının erkeklerde daha fazla görülmesinden kaynaklanabilir (Erzurum Alim 2018).

Bu araştırmada medeni duruma göre, kanser tanısını ortaya çıkarma, yayma alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmezken ($p>0.05$); iyileşmenin imkânsız olması – etiketlenme, ayrımcılık alt boyutları ve KİTÖ anketi toplam puan evlilerde bekârlara göre daha olumsuz olduğu ($p<0.05$) görülmektedir (Tablo 6). Badihian ve arkadaşlarının (2017) İran'daki çalışmaları sonucunda; bekâr olanların kanser hastalarının stereotiplerine sahip oldukları görülmüştür.

Bu araştırmada bireylerin eğitim durumlarının, kanser tanısını ortaya çıkarma, yayma alt boyut puan ortancalarında istatistiksel olarak bir fark oluşturmadığı ($p>0.05$); iyileşmenin imkânsız olması – etiketlenme alt boyutunda okur-yazar, ilkokul, ortaokul ve lise mezunlarının diğer mezunlara göre daha olumsuz, ayrımcılık alt boyutunda okur-yazar, ilkokul mezunlarında diğer mezunlara göre daha olumsuz ($p<0.05$) ve KİTÖ anketi toplam puanında okur-yazar, ilkokul mezunlarında diğer mezunlara göre daha olumsuz ($p<0.05$) olduğu görülmektedir (Tablo 6). Elde edilen sonuçlar, artan eğitim seviyesinin bireyin bilgiye ulaşımının artması, bilgiyi doğru yorumlama/kavrama, günlük hayata yansıtma seviyelerinin daha yüksek olabileceği düşünülürse, oldukça anlamlıdır. Çeşitli çalışmalarda, artan farkındalığın damgalamanın azaltılmasında etkili faktörlerden biri olarak belirtilmiştir (Molem ve ark. 1999, Asadzadeh ve ark. 2011, Neal ve ark. 2013, Criswell ve ark. 2016). Toplumda daha düşük eğitim seviyesine sahip kişilerin kanser hakkında daha yüksek eğitim seviyesine sahip olanlardan daha az bilgiye ve dolayısıyla daha olumsuz tutumlara sahip olduğu belirlenmiştir (Keeny ve ark. 2010) Bilgi ve farkındalık eksikliği, damgalamayı devam ettiren kanserle ilgili birçok efsane ve yanlış bilgi beslemektedir (Elangovan ve ark. 2017). Kagawa-Singer ve arkadaşlarının (2010) çalışmaları sonucunda eğitim seviyesi arttıkça kansere karşı olumsuz tutumların,

etiketleme ve ayrımcılığın azaldığı belirlenmiştir. Elangovan ve arkadaşlarının (2017) Hindistan'daki çalışmaları sonucunda yüksek eğitim seviyesinin kanser farkındalığını arttırmada etkili olduğu görülmüştür. Schernhammer ve Haidinger'in (2010), 1995 ve 2005 yıllarında toplumun kansere karşı inanç ve tutumlarındaki eğitimleri inceledikleri çalışmalarında, 1995'lerde daha az eğitim düzeyi olanların, kanserin tedavi edilebileceğine inanma olasılığının daha düşük olduğu görülürken 2005'te bu durumun düzeldiği saptanmıştır. Badihian ve arkadaşlarının (2017) İran'daki çalışmaları sonucunda; üniversite ve lise mezuniyet derecesi olanların tutumlarının daha olumlu oldukları görülmüştür. Eğitim seviyesindeki bir artışın kansere karşı olumsuz tutumların azaltılmasında etkili olduğu, belki de daha yüksek eğitilmiş kişilerin doğru bilgiyi arama veya hastalıklardan haberdar olma veya bilgi kaynaklarına erişme ihtimalinin daha yüksek olduğu söylenebilir.

Bu araştırmada katılımcıların çalışma durumuna göre, kanser tanısını ortaya çıkarma, yayma alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmezken ($p>0.05$); iyileşmenin imkânsız olması–etiketlenme, ayrımcılık alt boyutları ve KİTÖ anketi toplam puanında emekli ve işsizlerin çalışanlara göre daha olumsuz olduğu ($p< 0.05$) görülmektedir (Tablo 6). Bu sonuç emeklilerin yaşlarının daha yüksek olması, emekli ve işsizlerin damgalanmasının daha yüksek olması, kendilik saygılarının daha düşük olması ve kendilik saygısı düşük olanların da damgalama durumunun daha yüksek olmasından kaynaklanabilir. Badihian ve arkadaşlarının (2017) İran'daki çalışmaları sonucunda; işsiz olanların ayrımcılığa yönelik tutumlarının daha olumsuz oldukları görülmüştür.

Bu araştırmada gelir düzeyi algısının; kanser tanısını ortaya çıkarma, yayma, iyileşmenin imkânsız olması – etiketlenme, ayrımcılık alt boyutları ve KİTÖ anketi toplam puan ortancalarında istatistiksel olarak anlamlı derecede fark oluşturmadığı ($p>0.05$) görülmektedir (Tablo 6). Daha yüksek gelir düzeyine sahip katılımcıların daha fazla bilgiye sahip oldukları ve tutumlarının daha olumlu olduğu görülmüştür (Keeny ve ark. 2010, Edelen ve ark. 2014, Elangovan ve ark. 2017). McCutchan ve arkadaşları (2015) tarafından ve Min ve arkadaşları (2018) tarafından yapılan çalışmalar sonucunda; düşük sosyoekonomik gruplarında kanserle ilgili kadenci veya olumsuz tutumların daha yaygın olduğu bulunmuştur.

5.5. Araştırmaya Katılan Bireylerin Sağlık Özelliklerine ve Kansere İlgili Düşüncelerine Göre KİTÖ Anketi Puanlarının Karşılaştırılmasının Tartışılması

Bu araştırmada sağlık durumu algısına göre; kanser tanısını ortaya çıkarma, yayma alt boyutunda bir fark görülmezken ($p>0.05$); iyileşmenin imkânsız olması–etiketlenme, ayrımcılık alt boyutları ve KİTÖ anketi toplam puanında sağlık algısı kötü olanların iyi olanlara göre tutumlarının daha olumsuz olduğu ($p<0.05$) görülmektedir (Tablo 7). Badihian ve arkadaşlarının (2017) İran'daki çalışmaları sonucunda; sağlık durumunun kötü olduğunu bildiren katılımcıların, sağlık durumunun iyi olduğunu bildiren katılımcılara kıyasla iyileşmenin imkansızlığına yönelik olumsuz tutumlarının daha fazla olduğu görülmüştür.

Bu araştırmada ailede kanser öyküsüne göre iyileşmenin imkânsız olması –alt boyutunda bir fark görülmezken ($p>0.05$); kanser tanısını ortaya çıkarma, yayma, ayrımcılık alt boyutları ve KİTÖ anketi toplam puanında ailesinde kanser öyküsü olmayanların olanlara göre tutumlarının daha olumsuz olduğu ($p<0.05$), akrabalık derecesinin anlamlı sonuç oluşturmadığı ($p>0.05$) görülmektedir (Tablo 7). Araştırmada, kanser vakası ile karşılaşma olasılığı yüksek olanların kansere karşı artan bilgileri, duyarlılıkları ve kanser haberleri paylaşıldıkça sosyal öğrenmeye bağlı kanser vakalarının artacağı bilincinin daha yüksek olması bu sonuçların nedeni olabilir. Yakın ilişkinin, hastayı bir gruba ait görmenin ötesinde bir birey olarak tanımayı sağlaması ile olumsuz tutumları azalttığını öne sürülmüştür (Korkmaz 2013). Badihian ve arkadaşlarının (2017) İran'daki çalışmaları sonucunda; ailesinde kanser öyküsü olan katılımcıların, ayrımcılık konusunda ailede kanser öyküsü olmayan katılımcılara göre olumsuz tutumlarının daha düşük olduğu görülmüştür. Marlow ve Wardle' in (2014) araştırmaları sonucunda; arkadaşlarında veya ailesinde kanser öyküsü olan bireylerin kanser tanısı konulan bireylere yönelik tutumları etkilemediği belirlenmiştir.

Bu araştırmada, kanserin önlenabilirliği, erken tanılanabilirliği, tedavi edilebilirliği ve bulaşıcılığı hakkında olumlu olan bireylerin KİTÖ anketi tüm alt boyutlarda ve toplam tutumlarında istatistiksel açıdan olumlu düzeyde anlamlı bir farklılık ($p<0.05$) olduğu görülmektedir (Tablo 7). Kanserin önlenebilirliği, erken

tamlanabilirliğini ve tedavi edilebilirliğini hakkında olumsuz düşünen bireylerin aynı şekilde kanser tanısının ortaya çıkarma, yayma, iyileşmenin imkânsız olması, ayrımcılık alt boyutlarında ve genel toplam tutumlarında, kanserin erken tamlanabileceğini ve tedavi edilebileceğini düşünen bireylere göre daha olumsuz tutum ve davranış sergilemektedirler. Bunun yanında, kanserin bulaşıcı olmadığını düşünen bireylerin de bulaşıcı olduğunu düşünen bireylere göre tüm alt boyutlarda ve toplam tutum ve davranışlarında daha olumlu oldukları görülmektedir. Korkmaz (2010) yaptığı çalışmada katılımcıların kanser hastalığının %35'inin tedavi edilebilir, %60'ının ise kısmen tedavi edilebilir olduğunu düşündüğü ve gelecekte ise %78'inin tedavi edilebilir, %19'unun kısmen tedavi edilebilir olacağını düşündüğü görülmüştür. Ek olarak, Amerika Birleşik Devletleri'nde göçmen grupları ile yapılan bir çalışmada ise katılımcıların çoğunluğunun kanseri ölüm ve korku ile eşdeğer olarak gördükleri ve kanser olabileceklerini öğrenmekten korktukları için tarama testlerinden kaçındıklarını elde edilmiştir (Gany ve ark. 2016). Suudi Arabistan'da yapılan bir araştırmada, bireylerin % 68'inin erken kanser tespit edilebileceğini belirtse de, sadece % 28'i kanserin önlenilebileceğine inandığı belirtmiştir (Bedikian, 1985). Son olarak, Moore ve Spiegel (2004), Batı toplumunda kansere ilişkin söylemin, kanser tanısının ölümle ilişkilendirilmesinden; kanserin iyileştirilebilirliğinin mümkün olduğu ve kesinlikle tedavisinin olduğu yönünde değiştiğini aktarmıştır.

Bu araştırmada medyanın etkisi ile kanserin tanısının ortaya çıkarma, yayma alt boyutunda anlamlı bir istatistiksel bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Buna karşın, medyanın olumsuz etkisi olduğunu düşünen bireylerin olumlu olduğunu düşünen bireylere göre iyileşmenin imkânsız olması – etiketlenme, ayrımcılık alt boyutlarında ve toplam tutumlarında daha olumsuz bakış açısına sahip oldukları görülmektedir ($p<0.05$). Ülkemizde kendi kendine yapılan meme kanseri ve meme muayenesi konusunda bireylerin bilgilenesinde medyanın en yüksek orana sahip olduğu gösterilmiştir (Yetimakman 2018, Dünder ve ark. 2006) Televizyon, radyo ve internet gibi kitle iletişim araçları ve kitaplar, broşürler gibi basılı medya damgalamayı azaltmak için damgalanma oranı daha yüksek olduğundan özellikle akciğer kanseri başta olmak üzere kanser hakkında doğru ve olgusal bilgi sağlamak için görsel-ışitsel araçlar amaçlı kullanılabilir (Liu ve ark. 2016). Tüm bunların yanı

sıra medya damgalamanın öğrenilmesinin ve sürdürülmesinin de bir yoludur (Overton ve Medina 2008). Medya yararlı bilgilerin yanında tehdit edici bilgiler de sağlayabilir (Knapp 2014). Medyadaki haberlerin reyting kaygıları ve sansasyon nedeniyle yanlış ya da eksik içerikleri, toplumun sağlık alanında olumsuz yönlendirilmesine ve yanlış davranış kalıpları geliştirebilmesine de sebep olabilmektedir (Muratdağı ve ark. 2019).



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuç

20-65 yaş arası bireylerde kansere yönelik damgalama ve etkileyen faktörlerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu çalışma sonucunda;

Çalışmaya katılan bireylerin,

- Yaş ortalamalarının 37.16, % 53.6'sinin kadın, % 68.6'sinin evli, % 53.6'sının işsiz, % 65.9'unun sigara içmeyen,% 27.6'sının lise mezunu, % 87.8'inin sağlık durumu algısı iyi olduğu,
- % 70'inin ailesinde kanser öyküsünün olmadığı, ailesinde kanser öyküsü olanların % 29.8'inin birinci derece yakınlıkta olduğu, % 27.8'inin ikinci derece, % 29.8'inin üçüncü derece ve % 13.6'sının farklı yakınlıkta olduğu,
- % 95'inin arkadaşlarında kanser öyküsünün olmadığı, arkadaşlarında kanser öyküsü olanların % 41.7'sinin yakın arkadaş olduğu,
- % 78.3'ünün kanserin önlenbilir olduğunu, % 89.0'unun kanserin erken tanınabilir olduğunu, % 81.6'sının kanserin tedavi edilebilir olduğunu ve % 86.3'ünün kanserin bulaşabilir olmadığını düşündüğü,
- % 82.4'ünün kanser hakkında bilgilenmekten, %8 1.4'ünün kanser hastaları ile sosyal ortamdan olmaktan ve % 81.6'sının kanser hastaları ile çalışmaktan rahatsızlık duymadığı,
- % 52'sinin medyanın kansere karşı tutumuna olumsuz etkisinin olduğu,
- Kanser tanısı olan komşularla ve kişilerle iletişim kurmaktan/ çalışmaktan kaçınma, kanser hastalığına sahip kişilerle birlikte olmaktan rahatsızlık duymama tutumlarının olumlu olduğu,
- Başarılı kanser tedavisinden sonra işyerlerinde görev yeteneğinin azaldığı, kanser tanısını komşulara dahi söylemem ve kanser tanılı kişinin bir daha sağlıklı olmasının zor olmasına ilişkin tutumlarının en düşük olumsuz tutumlar olduğu bulunmuştur.

Çalışmaya katılan bireylerde;

- Kansere yönelik düşünce ve tutumlarının genel olarak olumlu yönde olduğu,
- Yaşın artmasıyla beraber, kanserden iyileşmenin imkânsız olması-etiketlenme ve ayrımcılığa yönelik olumsuz tutumlarının da arttığı,
- Erkeklerin, kansere ilişkin ayrımcılık ve toplam damgalama tutumunda kadınlara göre daha olumsuz olduğu,
- Evli olan bireylerin, iyileşmenin imkânsız olması – etiketlenme ve toplam damgalama puanlarının bekârlara göre daha olumsuz olduğu,
- Lise ve altı eğitime sahip olan bireylerin, kanserden iyileşmenin imkânsız olması – etiketlenme konusunda daha olumsuz oldukları ve buna ek olarak, ilkökul altı eğitime sahip olanların ayrımcılıkta ve toplam damgalama da diğer mezunlara oranla daha olumsuz oldukları,
- Emekli ve çalışmayan bireylerin, kanserden iyileşmenin imkânsız olması–etiketlenme, ayrımcılık ve toplam damgalama da sağlık güvencesi olan ve çalışan bireylere göre daha olumsuz tutuma sahip oldukları,
- Bireylerin gelir düzeylerini algılarının; KİTÖ anketi alt boyutlarında ve toplam puan ortancalarında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark oluşturmadığı,
- Sağlık durumunu iyi olarak algılayan bireylerin, kanserden iyileşmenin imkânsız olması–etiketlenme, ayrımcılık ve toplam damgalama puanlarında anlamlı bir farkın olduğu ve sağlık algısı kötü olanların iyi olanlara göre tutumlarının daha olumsuz olduğu,
- Ailede kanser öyküsü bulunan bireylerin, kanser tanısını ortaya çıkarma, yayma, ayrımcılık ve toplam damgalamada olmayanlara göre daha olumsuz tutuma sahip oldukları, kanser hastalarıyla akrabalık derecesinin ise kansere ilişkin tutumlarda anlamlı bir fark oluşturmadığı,
- Kanserin önlenebileceği, tedavi edilebileceğine, erken tanılanabileceğine ve bulaşıcılığı hakkında olumlu tutum ve davranış sergileyen bireylerin KİTÖ anketi tüm alt boyutlarda ve toplam tutumlarında istatistiksel açıdan olumlu düzeyde anlamlı bir farklılık olduğu,

- Kanser önlenemez, tedavi edilemez ve erken tanılanamaz şeklinde olumsuz tutumları olan bireylerin, aynı şekilde kanser tanısını ortaya çıkarma, yayma, kanserden iyileşmenin imkânsız olması, ayrımcılık ve genel toplum tutumlarında, kanserin erken tanı edilebileceğini ve tedavi edilebileceği düşünen bireylere göre daha olumsuz tutum ve davranış sergiledikleri,
- Kanser bulaşıcı olduğunu düşünen kişilerin yine aynı şekilde KİTÖ tüm alt boyutlarında da ve toplam tutum ve davranışlarında kanserin bulaşıcı bir hastalık olmadığı düşünenlere kıyasla daha olumsuz tutum içerisinde oldukları,
- Kansere ilişkin medyanın olumsuz bir etkiye sahip olduğunu düşünenlerin kanserden iyileşmenin imkânsız olması – etiketlenme, ayrımcılık ve toplum tutumlarında daha olumsuz bakış açısına sahip oldukları,
- Medeni durumun, eğitim seviyesinin, çalışma durumunun, sağlık durumu algısı ve medyanın kanser tanısını ortaya çıkarma, yayma ile ilgili tutum ve davranışları ise etkilemediği belirlenmiştir.

6.2. Öneriler

Bu tez çalışması sonucunda elde edilen veriler ışığında, kansere yönelik damgalama, tutum ve davranışlar hakkında gelecekte yapılacak olan araştırmalara yol gösterici olabilecek öneriler aşağıda sıralanmıştır.

Sağlık profesyonelleri ve araştırmacılara yönelik öneriler;

- Bu araştırma bulgularına özgü sonuçları genişletmek için daha geniş ve daha temsili örneklerle daha fazla araştırma yapılmalıdır.
- Kanser damgalaması hakkında daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulurken, bazı itici faktörlerin araştırılması, kanser damgalamasını azaltmak ve bilgiye, taramaya ve tedaviye erişimi geliştirmek için gelecekteki programatik çabalar için fikir verecektir. Bu nedenle bu faktörlere yönelik bilgi erişimi sadece ölçek maddeleri ile kısıtlı nicel ölçeklerden yanı sıra nitel araştırmalar da yapılmalıdır.

- Kanser hastalarına yönelik bakım ve tedaviden sorumlu ekibin kanser savunuculuğu rolünü toplumun tüm kesimlerinde yerine getirmesi sağlanmalıdır.
- Damgalanmayı azaltmak için yapılan kesitsel çalışmaların sonuçları doğrultusunda halk eğitimi kampanyalarına öncelik verilmelidir. Halk eğitimi de iyileşme imkânsızlığı ve kanser hastalığını ortaya çıkarma ve yayma alt boyutları puan ortalamaları daha yüksek olduğundan, bu konulardaki kanser hakkındaki mitlere daha fazla odaklanmalıdır.
- Kansere ilişkin damgalamaya maruz kalan bireylerin belirlenip, bu bireylere karşı gerekli olan psikolojik desteği almaları sağlanmalıdır.
- Ailede kanser öyküsü bulunan bireylerin, kanser tanısını ortaya çıkarma, yayma, ayrımcılık ve toplam damgalamada olmayanlara göre daha olumsuz tutuma sahip olduklarından toplum ruh sağlığı önleme uygulamaları açısından önemli olan bu grubun riskli grup olarak değerlendirilerek ileride yapılacak çalışmalarda önleyici olarak ele alınmalıdır.
- Sağlık çalışanları, kanser hastalığına sahip ve kanser hastalığını yenen kişilerle yüz yüze görüşmeler düzenleyecek tecrübelerini artırarak, damgalamaya yönelik araştırmaların sürekliliğine katkı sağlamalıdır.
- Toplumda oluşan ve zaman içerisinde de oluşabilecek olumsuz davranışlar, etiketlemeler ve damgalamalara karşı toplumun bilgi, tutum ve becerilerinin artırılmasına yönelik eğitimler uygulanmalıdır.

Topluma yönelik öneriler;

- Gerekli eğitimlere ulaşamayan bireyler için TV kanalları veya daha farklı yollarla medyada kanserle ilgili olumlu tutumu sağlayacak bilgilendirme yapılmalı, herkesin kanser hastalığına yakalanabileceği, bunun utanılacak, saklanacak, dışlanmaya sebep olabilecek bir hastalık olmadığı aşılmalıdır.
- Kanser hastalığına sahip, kanser hastalığı yenen kişilerin ve bunların yakınlarının bir araya gelmeleri sağlanıp, bilgi/tecrübe paylaşımları sağlanarak bu bireylerin birbirleri ile dayanışmaları arttırılmalı ve bu konuda teşvik edilmelidir.

- İş yeri sahipleri de dâhil olmak üzere toplum, hem kanser hastalarının hem de kanseri yenen hastaların diğer bireylere oranla daha verimsiz olacağı konusundaki tutumları değiştirilmelidir. Halk, kanser öyküsü olan kişilerin topluma ayak uydurmaları konusunda bu kişilere yardımcı olma konusunda daha hevesli olmalıdır.
- Damgalama gerek bireysel gerekse toplumsal olarak son derece zararlı sonuçları olan bir durum olduğundan toplumsal farkındalık oluşturularak bilincin oluşturulması oldukça önemlidir.



7. KAYNAKLAR

- Ahmedani BK: Mental Health Stigma: Society, Individuals, and the Profession. *J Soc Work Values Ethics*, 8(2): 1-14, 2011. PMID:22211117
- Arifoğlu A, Dağoğlu N, Küçük S, Oral EN: Kanser Epidemiyolojisi. **İçinde:** Can G (Ed): Onkoloji Hemşireliği. s. 19-26. Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul, 2014.
- Asadzadeh VF, Broeders MJM, Kiemeny LALM, Verbeek ALM. Opportunity for breast cancer screening in limited resource countries: a literature review and implications for Iran. *Asian Pac J Cancer Prev*, 12, 2467-75. 2011. PMID: 22320940
- Atay İM, Kaya V, Yalçın AY, Ünal GÖ: Determining family functioning and relation with depression in breast cancer patients. *J Clin Anal Med*, 6(5):612-15, 2015. doi 10.4328/JCAM.2343
- Aubin M, Vézina L, Verreault R, Simard S, Desbiens JF, Tremblay L, Dumont S, Fillion L, Dogba MJ, Gagnon P: Effectiveness of an intervention to improve supportive care for family caregivers of patients with lung cancer: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 18(1), 304, 2017. doi: 10.1186/s13063-017-2044-y
- Ay R: Epilepsi ve damgalanma: Bir gözden geçirme. *Klinik Psikiyatri Derg*, 20(2): 129-131, 2017. doi: 10.5505/kpd.2017.47965
- Ayaz Ö: Kadın Sağlık Çalışanlarının Serviks Kanseri Erken Tanısına ve Hpv Aşısına İlişkin Bilgi, Uygulama Durumları ve Tutumlarının Belirlenmesi. Üsküdar Üniv, Sağlık Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2019.
- Babaoğlu E: Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Duygusal ve Sosyal Gereksinimleri. Hacettepe Üniv, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara, 2001.
- Badihian S, Choi EK, Kim IR, Parnia A, Manouchehri N, Badihian N, Tanha JM, Guallar E, Cho J: Attitudes toward cancer and cancer patients in an Urban Iranian population. *Oncologist*, 2017. doi:10.1634/theoncologist.2017-0073
- Baykara O: Kanser tedavisinde güncel yaklaşımlar. *Balıkesir Heal Sci J.*, 5(3): 154-165, 2016. doi: 10.5505/bsbd.2016.93823
- Baysal GÖD: Damgalanma ve ruh sağlığı. *Arşiv Kaynak Tarama Derg*, 22 (2):239-251, 2013. doi:10.17827/aktd.49844
- Bedikian AY, Thompson SE: Saudi community attitude towards cancer. *Annals of Saudi Medicine*, 5(3), 161-167. 1985. doi:10.5144/0256-4947.1985.161
- Bektaş H: Kanser sürecinde aileye yaklaşım. **İçinde:** Can G(Ed): Onkoloji Hemşireliği. s.933-41. Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul, 2015.
- Bilge A, Çam O: Ruhsal hastalığa yönelik damgalama ile mücadele. *TAF Prev Med Bull*, 9(1):71-78, 2010. doi: 10.5505/phd.2013.92300
- Büker N, Şen F: Onkoloji Hastasında Kemoterapi ve Bakım. **İçinde:** Can G (Ed): Onkoloji Hemşireliği, s. 205, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2015.
- Chambers SK, Dunn J, Occhipinti S, Hughes S, Baade P, Sinclair S, Aitken J, Youl P, O'Connell DL: A systematic review of the impact of stigma and nihilism on lung cancer outcomes. *BMC cancer*, 12(1), 184, 2012. doi: 10.1186/1471-2407-12-184
- Cho J, Smith K, Choi EK, Kim IR, Chang YJ ve Park HY Public attitudes toward cancer and cancer patients: a national survey in Korea, *Psychooncology*; 22: 605–613, 2012. doi: 10.1002/pon.3041.
- Cho J, Choi EK, Kim SY, Shin DW, Cho BL, Kim CH, Koh DH, Guallar E, Bardwell WA, Park JH: Association between cancer stigma and depression among cancer survivors: a nationwide survey in Korea. *Psycho-Oncology*, 22(10), 2372-2378, 2013. doi:10.1002/pon.3041

- Criswell KR: Lung cancer stigma. Associated variables and coping strategies. Loma Linda University Electronic Theses, Dissertations and Projects. Paper 330. 2016.
- Çam O, Bilge A: Türkiye’de ruhsal hastalığa/hastaya yönelik inanç, tutum ve damgalama süreci: sistematik derleme. *Psikiyatri Hemşireliği Derg*, 4(2), 91-101, 2013. doi: 10.5505/phd.2013.92300
- Çam O, Çuhadar D: Ruhsal hastalığa sahip bireylerde damgalama süreci ve içselleştirilmiş damgalama. *Psikiyatri Hemşireliği Derg*, 2(3), 136-140, 2011.
- Dündar PE, Özmen D, Öztürk B, Haspolat G, Akyıldız F, Çoban S, Çakıroğlu G. The knowledge and attitudes of breast self-examination and mammography in a group of women in a rural area in western Turkey. *BMC cancer*, 6(1), 43). 2006. doi:10.1186/1471-2407-6-43
- Edelen MO, Chandra A, Stucky B, Schear R, Neal C, Rechis, R: Developing a global cancer stigma index. *SAGE Open*, 4(3), 2158244014547875, 2014. doi: 10.1177/2158244014547875
- Elangovan V, Rajaraman S, Basumalik B, Pandian D: Awareness and perception about cancer among the public in Chennai, India *J Glob Oncol*. 3(5), 469-479, 2017. doi: 10.1200/JGO.2016.006502
- Erol E: Kanserden korunma. **İçinde:** Can G (Ed): *Onkoloji Hemşireliği*. s. 31. Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul, 2014.
- Ersoy E: Cinsiyet kültürü içerisinde kadın ve erkek kimliği (Malatya örneği). *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Derg*, 19(2), 209-230, 2009.
- Fujisawa D, Hagiwara N: Cancer stigma and its health consequences. *Curr Breast Cancer Rep.*, 7(3), 143-150, 2015. doi: 10.1007/s12609-015-0185-0
- Gany FM, Herrera AP, Avallone M, Changrani J: Attitudes, knowledge, and health-seeking behaviours of five immigrant minority communities in the prevention and screening of cancer: a focus group approach. *Ethn Heal*. 11 (1), 19-39. 2006. doi: 10.1080/13557850500391394
- Gülgün Akçay G: Kanser Hastalarında Kişilik Yapısı, Anksiyete Düzeyi ve Rahatsızlığa Dayanma Gücü Arasındaki İlişki. Üsküdar Üniv, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2019.
- Gündüz F: Kanserli Hasta ve Bakım Verenlerinin Algıladıkları Sosyal Destek ile Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Aydın Adnan Menderes Üniv, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2019.
- Güngör E: Kanser Tanısı Alan Bireylerde Travma Sonrası Büyüme ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerinin İncelenmesi, Atatürk Üniv, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2019.
- Hamann HA, Ostroff JS, Marks EG, Gerber DE, Schiller JH, Lee SJC: Stigma among patients with lung cancer: a patient-reported measurement model. *Psychooncology.*, 23(1), 81-92, 2014. doi: 10.1002/pon.3371
- Hekimoğlu CH, Kaptan F: Kronik hepatit b, kronik hepatit c ve insan immün yetmezlik virusu enfeksiyonu olgularında stigmatizasyon algılarının karşılaştırılması. *Klimik Derg*. 26(1), 2014. doi: 10.5152/kd.2014.16
- Jarret LA: Health-related stigma in advanced lung cancer. Graduate School of Vanderbilt University Doctor of Philosophy in Nursing Science, Nashville, 2015.
- Kagawa-Singer M, Valdez Dadia A, Yu MC, Surbone A: Cancer, culture, and health disparities: time to chart a new course?. *CA Cancer J Clin.*, 60(1), 12-39, 2010. doi:10.3322/caac.20051
- Karakoyunlu Şen S: Sağlık Algısı ile Kanser Taraması Farkındalığı Arasındaki İlişki. Sağlık Bilimleri Üniv, Tepecik Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği, Tıpta Uzmanlık Tezi, İzmir, 2019.
- Keeney S, McKenna H, Fleming P, McIlpatrick, S: Attitudes to cancer and cancer prevention: what do people aged 35–54 years think?. *Eur J Cancer Care* 19(6), 769-777, 2010. doi: 10.1111/j.1365-2354.2009.01137.x.

- Knaak S, Mantler E, Szeto A: Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions. *Healthc Manag Forum.*, 30(2):111-116, 2017. doi: 10.1177/0840470416679413
- Knapp S, Marziliano A, Moyer A: Identity threat and stigma in cancer patients. *Heal Psychol Open.*, 1(1), 2014. doi: 10.1177/2055102914552281
- Korkmaz G: Akut Psikiyatri Servislerinde Yatan Hastalarda İçselleştirilmiş Stigma ve Algılanan Aile Desteği. İstanbul Üniv, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 2013.
- Korkmaz E: Kanser ve Kanser Hastalarına İlişkin Tutumların İncelenmesi. İstanbul Üniv, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2010.
- Küçük S: Batı ve doğu düşünce sistemlerinde insan anlayışı ve sömürgeci zihniyet. *Fırat Üniversitesi Ortadoğu Araştırmaları Derg.*, V(2):181-189, 2008
- Okuyan S. Doğu kültürünün Batıda yansımaları. *SAÜ Fen Edebiyat Derg.*, 2011, 99-122) .
- Lebel S, Castonguay M, Mackness G, Irish J, Bezjak A, Devins GM: The psychosocial impact of stigma in people with head and neck or lung cancer. *Psychooncology.*, 22(1), 140-152, 2013. doi: 10.1002/pon.2063
- Link BG, Struening EL, Rahav M, Phelan JC, Nuttbrock L: On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *J Health Soc Behav.* 177-190, 1997. doi:10.2307/2955424
- Link BG, Phelan JC: Conceptualizing stigma. *Annu Rev Sociol.* 27(1), 363-385, 2001. doi: 10.1146/annurev.soc.27.1.363
- Liu H, Yang Q, Narsavage GL, Yang C, Chen Y, Xu G, Wu X: (2016). Coping with stigma: the experiences of Chinese patients living with lung cancer. *SpringerPlus*, 5(1), 1790, 2016. doi: 10.1186/s40064-016-3486-5
- LoConte NK, Else-Quest NM, Eickhoff J, Hyde J, Schiller JH: Assessment of guilt and shame in patients with non-small-cell lung cancer compared with patients with breast and prostate cancer. *Clin Lung Cancer*, 9(3), 171-178, 2008. doi: 10.3816/CLC.2008.n.026
- Marlow LA, Wardle, J: Development of a scale to assess cancer stigma in the non-patient population. *BMC cancer*, 14(1), 285. 2014. doi:10.1186/1471-2407-14-285
- McCutchan GM, Wood F, Edwards A, Richards R, Brain KE: Influences of cancer symptom knowledge, beliefs and barriers on cancer symptom presentation in relation to socioeconomic deprivation: a systematic review. *BMC Cancer*, 15(1). 2015. doi:10.1186/s12885-015-1972-8
- Meşe İ: Damgalamanın" köşeye sıkıştırdığı" kadınlar: zihinsel engelli çocukların anneleri. *Journal of International Social Research*, 7(31), 546-550, 2014.
- Min HS, Park J, Kim Y, Yang HK, Park K: Income difference in attitudes towards cancer in general population: findings from a national survey *J Korean Med Sci.*, 33(33) 2018. doi: 10.3346/jkms.2018.33.e215
- Moore RJ, Buttow P: Culture and Oncology. **In:** Moore RJ, Spiegel D (Eds), *Cancer, Culture and Communication*. New York, USA: Kluwer Academic/ Plenum Publishers, 2004. eBook ISBN: 0-306-48007-7
- Muratdağı G, Aşıcı N, Oturak G, Kibar FA, Keskin M, Berberoğlu U, Ekerbiçer HC, Aydın A: Medyada yer alan kanser haberlerinin değerlendirilmesi. *Sak Med J.* 9(4), 619-625. 2019. doi:10.31832/smj.562475
- Neal C, Beckjord EB, Rechis R, Schaeffer J, Berno D, Duchover D: Stigma and silence around the world: A Livestrong report, pp 1-22. 2013
- Nyblade L, Stockton M, Travasso S, Krishnan S: A qualitative exploration of cervical and breast cancer stigma in Karnataka, India. *BMC Womens Health*, 17(1), 58, 2017. doi: 10.1186/s12905-017-0407-x

- Molem VD: Relating information needs to the cancer experience: 1. Information as a key coping strategy. *Eur J Cancer Care*, 8, 238–44, 1999. doi: 10.1046/j.1365-2354.1999.00176.x
- Oran NT, Şenuzun F: Toplumda kırılması gereken bir zincir: HIV/AIDS stigmatı ve baş etme stratejileri. *Uluslararası İnsan Bilim Derg*, 5(1), 1-16, 2008.
- Overton SL, Medina SL: The stigma of mental illness. *J Couns Dev*, 86(2): 143-151, 2008. doi:10.1002/j.1556-6678.2008.tb00491.x
- Oystacher T, Blasco D, He E, Huang D, Schear R., McGoldrick D, Link B, Yang LH: Understanding stigma as a barrier to accessing cancer treatment in South Africa: implications for public health campaigns. *Pan African Medical Journal*, 29(1), 1-12, 2018. doi:10.11604/pamj.2018.29.73.14399
- Özdemir G: Kanser Hastasına Bakım Verenlerde Bakım Yüğü, Baş Etme ve Duygusal Zekânın İncelenmesi. Eskişehir Osmangazi Üniv, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir, 2018.
- Phelan SM, Griffin JM, Jackson GL, Zafar SY, Hellerstedt W, Stahre M, Nelson D, Zullig LL, Burgess DJ, Van Ryn M: Stigma, perceived blame, self-blame, and depressive symptoms in men with colorectal cancer. *Psychooncology*, 22(1), 65-73, 2013. doi:10.1002/pon.2048.
- Robb KA, Simon AE, Miles A, Wardle J: Public perceptions of cancer: a qualitative study of the balance of positive and negative beliefs. *BMJ open*, 4(7), 2014. doi: 10.1136/bmjopen-2014-005434
- Sartorius N, Gaebel W, Cleveland HR: Psikiyatri ve psikiyatristlerin damgalanma ile nasıl mücadele edileceği üzerine WPA Kılavuzu. *Word Psikiyatri, Bağlam Yayıncılık*, 131-145, 2010.
- Schear R: Building a Global Model Program to Fight Cancer Stigma “Success Stories from South Africa and Mexico”. *World Cancer Congress, Malaysia*, 1-4 October, SS.2.170-3, 2018.
- Schernhammer E, Haidinger G, Waldhör T, Vargas R, Vutuc C: A study of trends in beliefs and attitudes toward cancer. *J Cancer Educ.*, 25(2), 211-216, 2010. 10.1007/s13187-010-0104-z
- Sercekus P, Besen DB, Gunusen NP, Edeer AD: Experiences of family caregivers of cancer patients receiving chemotherapy. *Asian Pac J Cancer Prev*, 15(12), 5063-5069, 2014. doi: 10.7314/apjcp.2014.15.12.5063
- Shiri FH, Mohtashami J, Nasiri M, Manoochehri H, Rohani C: Stigma and related factors in Iranian people with cancer. *Asian Pacific J Cancer Prev.: APJCP*, 19(8), 2285-2290, 2018. doi:10.22034/APJCP.2018.19.8.2285
- Stenberg U, Ruland CM, Miaskowski C: Review of the literature on the effects of caring for a patient with cancer. *Psychooncology*, 19(10), 1013-1025, 2010. doi: 10.1002/pon.1670.
- Stuenkel DL, Wong VK: Stigma (Chapter 3). *Chronic Illness: Impact and Intervention*, 8th edn (eds IM Lubkin and P Larsen), 47-74, 2013.
- Şengör K: Onkolojik Cerrahi Tedavi Uygulanan Hastalara Bakım Veren Yakınlarının Kansere İlişkin Tutumları. İstanbul Üniv. Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2019.
- Tang PL, Mayer DK, Chou FH, Hsiao KY: The experience of cancer stigma in Taiwan: a qualitative study of female cancer patients. *Arch Psychiatr Nurs.*, 30(2), 204-209, 2016. doi: 10.1016/j.apnu.2015.08.015
- Ülger E, Alacacıoğlu A, Gülseren AŞ, Zencir G, Demir L, Tarhan MO: Kanserde psikososyal sorunlar ve psikososyal onkolojinin önemi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg.*, 28(2), 85-92, 2014. doi:10.18614/deutfd.88761
- Wang QX, Bai Y, Lu GF, Zhang CY: Perceived health-related stigma among patients with breast cancer. *Chinese Nurs Res.* 4 (4): 158-161, 2017. doi:10.1016/j.cnre.2017.10.002
- Williams AL: Psychosocial burden of family caregivers to adults with cancer. In *Psycho-Oncology* (pp. 73-85). Springer, Berlin, Heidelberg, 2014.

- Yalçınay M: Perceived Stigmatization, Discrimination and Grief Symptoms In Cancer Patients. Bahçeşehir Üniv, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2015.
- Yazıcıoğlu Y, Erdoğan S: SPSS Uygulamalı Bilimsel Araştırma Yöntemleri. s. 84-90. Detay Yayıncılık, Ankara, 2011.
- Yeşilbalkan ÖU: Yorgunluk. **İçinde:** Can G (Ed): Onkoloji Hemşireliği. s. 335. Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul, 2014.
- Yetimakan EY: Birinci Derece Yakınlarında Kansere Olan ve Olmayan Bireylerin Kansere Tarama Programlarına İlişkin Farkındalık, Bilgi ve Tutumlarının Karşılaştırılması. Sağlık Bilimleri Üniv, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2018.
- Yaman E, Güngör H: Damgalama (Stigma) ölçeği' nin geliştirilmesi, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Değerler Eğitimi Derg, 11(25), 251-270, 2013.
- Yıldırım I: High School Students' Knowledge Level of, Attitudes toward and Interest in Cancer. İhsan Doğramacı Bilkent Üniv, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2017.
- Yıldırım Y: Kansere Ağrısı. **İçinde:** Can G (Ed): Onkoloji Hemşireliği. s. 317. Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul, 2014.
- Yılmaz M, Dişsiz G, Göçmen F, Usluoğlu AK, Alacacıoğlu A: Kansere ilişkin tutumları (kansere damgası) ölçme anketi-toplum versiyonu' nun türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Derg, 20(2) : 99-106, 2017.

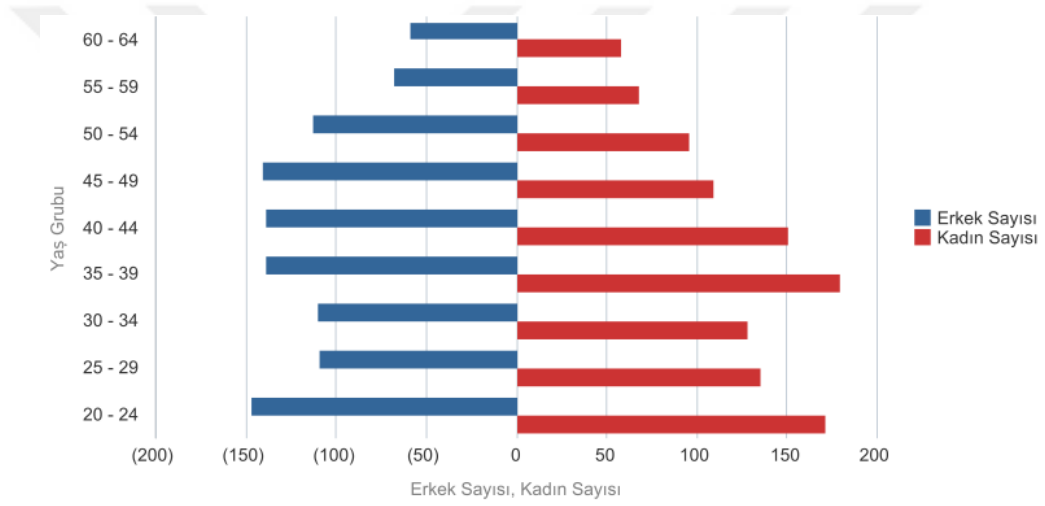
8. EKLER

EK-1	Yusufpaşa Aile Sağlığı Merkezi Merkeze Kayıtlı Nüfus Sayısı
EK-2	Yusufpaşa Aile Sağlığı Merkezi 20-65 Yaş Arası Merkeze Kayıtlı Nüfus Sayısı
EK-3	Başbakanlık TOKİ Aile Sağlığı Merkezi Merkeze Kayıtlı Nüfus Sayısı
EK-4	Başbakanlık TOKİ Aile Sağlığı Merkezi 20-65 Yaş Arası Merkeze Kayıtlı Nüfus Sayısı
EK-5	Anket Formu
EK- 6	Kansere İlişkin Tutumları Ölçme (KİTÖ) Anketi- Toplum Versiyonu
EK- 7	Araştırmamın Etik Kurul Onayı
EK- 8	Kars İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma Onay Yazısı
EK- 9	Ölçek İzin Yazışmaları
EK- 10	Tez Konusu İsim Değişikliği Onay Kararı

EK-1

**YUSUFPAŞA AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ MERKEZE KAYITLI NÜFUS
SAYISI**

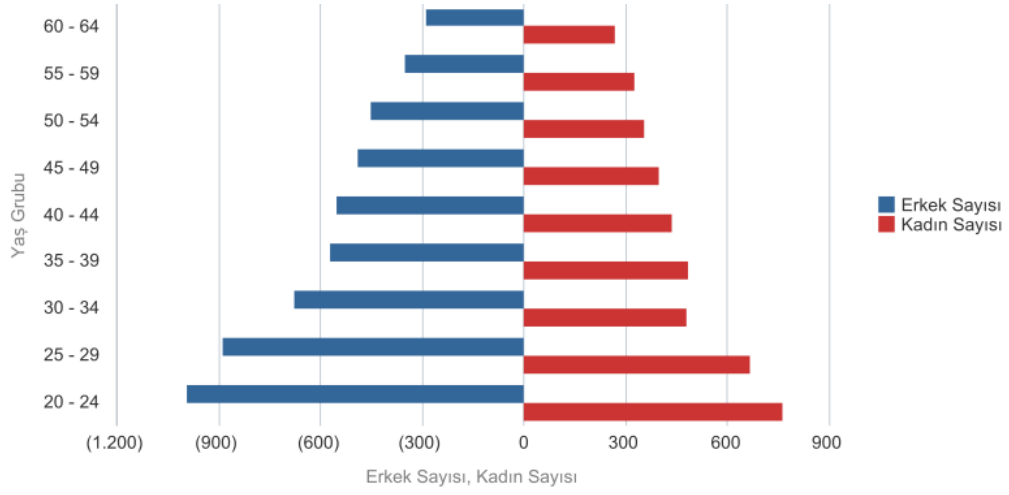
İl Adı	Kayıtlı Kişi Sayısı	Diğer Sayısı	Erkek Sayısı	Kadın Sayısı
Genel Toplam	2.120	0	1.025	1.095
KARS	2.120	0	1.025	1.095



EK-2

**YUSUFPAŞA AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ 20-65 YAŞ ARASI
MERKEZE KAYITLI NÜFUS SAYISI**

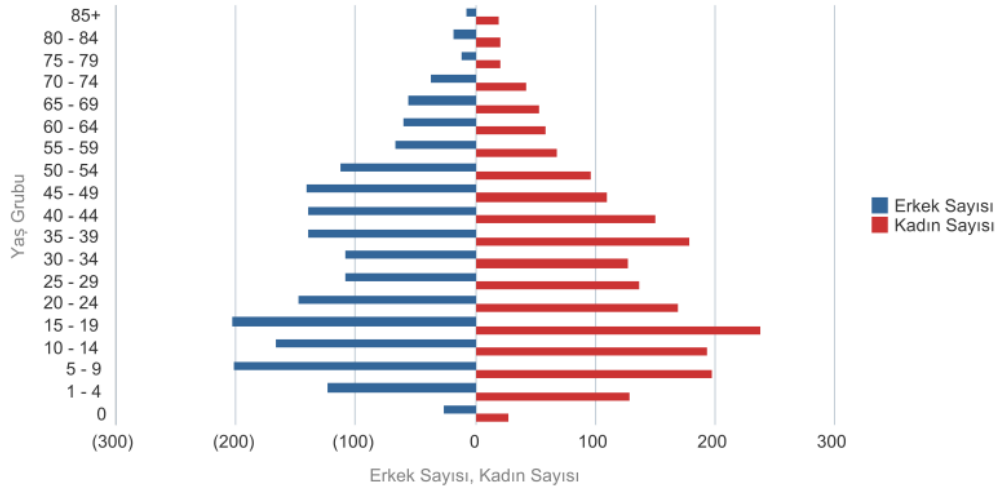
İl Adı	Kayıtlı Kişi Sayısı	Diğer Sayısı	Erkek Sayısı	Kadın Sayısı
Genel Toplam	9.437	2	5.267	4.168
KARS	9.437	2	5.267	4.168



EK-3

**BAŞBAKANLIK TOKİ AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ MERKEZ KAYITLI
NÜFUS SAYISI**

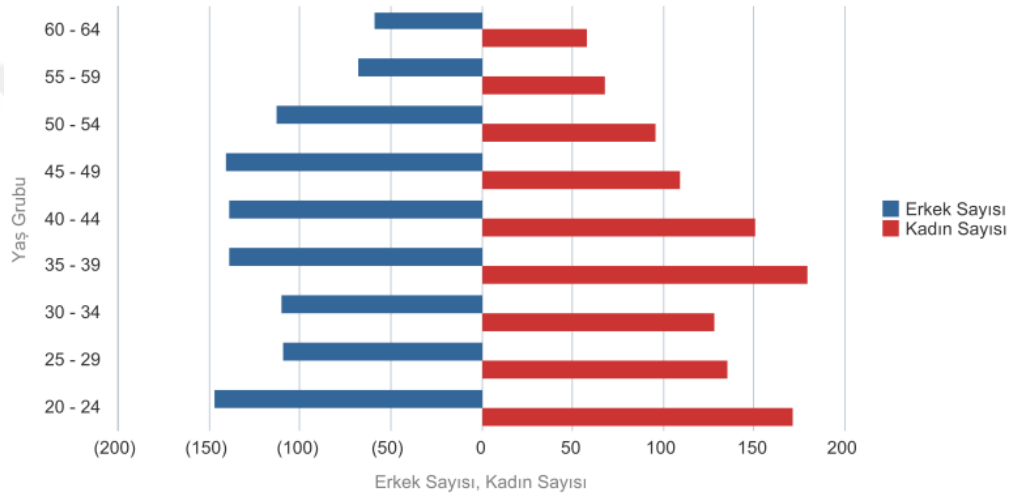
İl Adı	Kayıtlı Kişi Sayısı	Diğer Sayısı	Erkek Sayısı	Kadın Sayısı
Genel Toplam	3.911	0	1.875	2.036
KARS	3.911	0	1.875	2.036



EK-4

**BAŞBAKANLIK TOKİ AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ 20-65 YAŞ ARASI
MERKEZE KAYITLI NÜFUS SAYISI**

İl Adı	Kayıtlı Kişi Sayısı	Diğer Sayısı	Erkek Sayısı	Kadın Sayısı
Genel Toplam	2.120	0	1.025	1.095
KARS	2.120	0	1.025	1.095



EK 5**ANKET FORMU**

Bu araştırma, “Kars Merkez’de 20-65 Yaş Arası Bireylerde Kansere İlişkin Tutumları (Kanser Damgası) Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi” amaçlı yapılmaktadır. Vereceğiniz yanıtlar önem taşımaktadır. Samimi yanıtlar vermeniz, araştırmanın sonuçlarının sağlıklı bir biçimde değerlendirilmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Bu araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Soru formu üzerine, kimliğinize ait herhangi bir bilgi yazmayınız. Cevaplarınız gizli tutulacak ve yalnızca araştırma amacına yönelik kullanılacaktır. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Birsen GÜNGÖR KAYA (Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü-Yüksek lisans Öğrencisi)

Dr. Öğretim Üyesi Nihal BOSTANCI DAŞTAN (Danışman)

1. Yaşınız:.....
2. Cinsiyetiniz: (1) Kadın (2) Erkek
3. Medeni Durum: (1) Evli (2) Bekâr
4. Eğitim Durumunuz: (1) Okur-Yazar (2) İlkokul Mezunu (3) Ortaokul Mezunu
(4) Lise Mezunu (5) Üniversite Mezunu (6) Lisans Üstü
5. Çalışma Durumu : (1) Çalışıyor (2) Emekli (3) İşsiz
6. Sosyal Güvencesi: (1) Var (2) Yok
7. Gelir Düzeyi Algısı: (1) İyi (2) İdare eder-Orta Halli (3) Kötü
8. Sigara İçme Durumu: (1) İçiyor (2) İçmiyor
9. Algılanan Sağlık Durumu: (1) İyi (2) Kötü
10. Kanser tanısı aldınız mı? (1) Evet (2) Hayır
11. Ailesinde Kanser Öyküsü: (1) Evet (2) Hayır Eğer evetse yakınlığı:.....
12. Arkadaşlarında Kanser Öyküsü:(1) Evet (2) Hayır Eğer evetse yakınlığı:.....
13. Kanser önlenbilir mi? (1) Evet (2) Hayır
14. Kanser erken tanılanabilir mi? (1) Evet (2) Hayır
15. Kanser tedavi edilebilir mi? (1) Evet (2) Hayır
16. Kanser bulaşıcı mıdır? (1) Evet (2) Hayır

17. Aşağıdaki durumlarda kendinizi rahatsız hisseder misiniz?

Durum	Evet	Hayır
Kanser hakkında konuşmaktan		
Kanser hakkında bilgilenmekten (okuma, dinleme v.b.)		
Kanser hastaları ile herhangi bir şey yemek ve içmekten		
Kanser hastaları ile yaşamaktan		
Kanser hastaları ile sosyal ortamda olmaktan		
Kanser hastaları ile çalışmaktan		



EK 6**KANSERE İLİŞKİN TUTUMLARI ÖLÇME (KİTÖ) ANKETİ****TOPLUM VERSİYONU**

Aşağıda kanser ve kanser tanısı alan bireylere yönelik 12 madde bulunmaktadır. Her maddeyi dikkatle okuyarak size uygunluk düzeyine göre ne derece katıldığınızı gösteren bölümü işaretleyiniz. Doğru ya da yanlış cevap yoktur, ilginiz ve desteğiniz için teşekkür ederiz.

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

EK 7

ARAŞTIRMANIN ETİK KURUL ONAYI



T. C.
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR
ETİK KURUL BAŞKANLIĞI


Sayı : 81829502.903/02
Konu : Etik Kurul Değerlendirmesi.

26/10/2018

Sayın; Dr. Öğr. Üyesi Nihal BOSTANCI DAŞTAN
Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

“Kars Merkez’de 20-65 yaş arası bireylerde kansere ilişkin tutumları (kansere damgası) etkileyen faktörlerin incelenmesi” adlı çalışmanız Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu komisyonunca **26.10.2018** tarih ve **01** numaralı oturumda incelenmiş ve çalışmanın Etik Kurul yönergesindeki şartlara uygun olduğu sonucuna varılmıştır.

Bilgilerinize rica ederim.


Doç. Dr. Sevda ELİŞ YILDIZ
Etik Kurul Bşk.

Eki: 1. Adet Yönetim Kurulu Kararı

KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR
ETİK KURUL BAŞKANLIĞI

ETİK KURUL KARARI

TOPLANTI TARİHİ: 26.10.2018


TOPLANTI SAYISI: 2018/01

Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu **Doç.Dr. Sevda ELİŞ YILDIZ** başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararı almıştır.

KARAR 02

Dr. Öğr. Üyesi Nihal BOSTANCI DAŞTAN'ın "Kars Merkez'de 20-65 yaş arası bireylerde kansere ilişkin tutumları (kansere damgası) etkileyen faktörlerin incelenmesi" adlı çalışması.

Yukarıda belirtilen çalışmanın Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul Yönergesine uygun olduğuna karar verildi.

Etik Kurul Başkanı	Doç. Dr. Sevda ELİŞ YILDIZ	
---------------------------	----------------------------	--

Başkan Yardımcısı Prof. Dr. Yeliz AKKUŞ 	Raportör Üye Dr. Öğr. Üyesi Fadime KAYA 	Üye Dr. Öğr. Üyesi Arzu KARABAĞ AYDIN (İZİNLİ)
Fakülte Dışı Üye Öğr. Gör. Ömer SARIASLAN (Hukuk) 	İsmail Hakkı BARIN (Etik Kurul Sekreteri) 	

EK 8

KARS İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ARAŞTIRMA ONAY YAZISI

KARS İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
İZİN BELGESİ

Taraflar:

Bu protokol Kars İl Sağlık Müdürlüğü ile Hemşire Birsen GÜNGÖR KAYA arasında düzenlenmiştir.

Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluşlar: Yusufpaşa Aile Sağlığı Merkezi ve Başbakanlık TOKİ Aile Sağlığı Merkezi

Çalışmanın Adı: "Kars Merkez'de 20-65 Yaş Arası Bireylerde Kansere İlişkin Tutumları (Kanser Damgası) Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi"

Bu çalışmayı yürütecek kişi/kişiler: Birsen GÜNGÖR KAYA

Protokolün Hükümleri

- Bu protokol ilimiz sınırları içinde Kars İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri, yapılan koruyucu sağlık hizmeti çalışmalarını ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verileri içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma başvuran kişilerle yapılacak anket çalışmalarını kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.
- Yapılacak bilimsel çalışma proje aşamasında iken Kars İl Sağlık Müdürlüğü tarafından değerlendirilecektir.
- Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.
- Veri toplama sırasında İl Sağlık Müdürlüğü personelinden de yararlanılacaksa ayrıca İl Sağlık Müdürlüğünden onay alınacaktır.
- Çalışma yayın/tez haline getirilmeden önce İl Sağlık Müdürlüğünün ilgili birimi tarafından verilerin analizi değerlendirilecektir. Toplum sağlığı açısından sakıncalı verilerin yayımlanması kısıtlanabilecektir.
- Çalışma üniversite veya kurum tarafından kabul edildikten sonra bir nüshası kitapçık halinde Kars İl Sağlık Müdürlüğüne teslim edilecektir.
- Çalışmayı yapacak olan kişi e ve f maddelerini yerine getirmediği takdirde kurumumuza ait veriler yayın/proje/tez vs gibi bilimsel bir çalışmada kullanılmayacaktır.
- Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal vasisinden gerekse etik kuruldan onay alınacaktır.
- Araştırma verileri, sözel yada yazılı olarak kullanıldığında ilgili kurum/kurumların (Hastane, Sağlık Müdürlüğü vs.) ismi zikredilmeyecektir.
- 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması ve Kişisel Verilerin İşlenmesi ve Mahremiyeti Yönetmeliği çerçevesinde ve kimlik bilgilerinden arındırılmış olarak kullanılması gerekmektedir.

Protokolün süresi:

- Bu çalışmanın yürütücüsü kurumumuzda 1 yıl süre ile çalışmasını yürütecektir.
- Başlangıç** 07.12.2018 /**Bitiş** 07.12.2019
- Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır.
- Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak İl Sağlık Müdürlüğü protokolü daha önce de sonlandırabilir.

Sözleşme Şartlarına Aykırılık:

Protokol süresince yapılacak çalışmalar sırasında, yapılan çalışmayı devam ettiren kişi ya da kişiler aynı olacaktır. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tespit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dâhil edilmesi ancak Kars İl Sağlık Müdürlüğü onayı ile mümkün olabilecek, ya da protokol iptal edilecektir. İlgili hükümler ihlal edildiğinde, protokolle imzası ve beyanı bulunan ilgili kişiler hakkında Kars İl Sağlık Müdürlüğünce; kamu kurumlarının çalışmalarına ait verilerin kamudaki gizlilik ilkelerine ve resmi işleyiş esaslarına aykırı davranıldığı gerekçesiyle adli merciler nezdinde suç duyurusunda bulunulacaktır.

İhtilafların çözümü:

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

İlgili protokol hükümlerini ve ceza müeyyidelerini okudum ve kabul ettim.

07/12/2018
Hmş.Birsen GÜNGÖR KAYA

B. Q.

07/12/2018
Opr. Dr. Hasan ALTUN
Kamu Hastaneleri Şiş. Başkanı

OLUR
07/12/2018
Uz.Dr.Zakir LAZOĞLU
Sağlık Müdürü

Zakir

EK 9

ÖLÇEK İZİN YAZIŞMALARI

**Birsen Gungör** <brsngnr38@gmail.com>

Alıcı: medine.cylmaz, medine1974 ▾

11 Eki 2018 18:57 ☆ ↶ ⋮

Sayın Medine YILMAZ;

Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Psikiyatri Hemşireliği'nde Dr. Öğretim Üyesi Nihal BOSTANCI DAŞTAN danışmanlığında yüksek lisans yapmaktayım. "Kars Merkez'de 20-65 Yaş Arası Bireylerde Kansere İlişkin Tutumları (Kanser Damgası) Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi" adlı tez konumda geliştirmiş/ uyarlamasını yaptığımız Kansere İlişkin Tutumları (Kanser Damgası) Ölçme Anketi adlı ölçeğinizi kullanabilir miyim? Ölçeğinizi ve ölçekle ilgili kullanabileceğim diğer kaynakları gönderebilir misiniz?

Saygılarımla.

Birsen GÜNGÖR KAYA

Kafkas Üniversitesi Yüksek lisans öğrencisi

**medine.cylmaz@ikc.edu.tr**

Alıcı: ben ▾

11 Eki 2018 20:25 ☆ ↶ ⋮

Sevgili Birsen merhaba;

tez çalışman için şimdiden başarılar.

Ölçeğin iki versiyonu var. Sanıyorum sen toplam versiyonunu istiyorsun. Bir de hasta versiyonu var. Hangisini istediğini belirtirsen ona göre göndereceğim belgeleri.

İyi çalışmalar

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

**Birsen Gungör** <brsngnr38@gmail.com>

Alıcı: medine.cylmaz ▾

11 Eki 2018 20:38 ☆ ↶ ⋮

Merhabalar Medine Hocam,

Toplum versiyonu ölçeğinde çalışma yapacağım. İlginiz ve desteğiniz için çok teşekkür ederim.

İyi çalışmalar dilerim.

<medine.cylmaz@ikc.edu.tr> adresine sahip kullanıcı 11 Eki 2018 Per, 20:25 tarihinde şunu yazdı:

**medine.cylmaz@ikc.edu.tr**

Alıcı: ben ▾

11 Eki 2018 20:46 ☆ ↶ ⋮

Sayın Birsen Gungör;

Yapacağınız tez çalışmasında "Kansere İlişkin Tutumları (Kanser Damgası) Ölçme Anketi- Toplum Versiyonu" ölçeğini kullanabilirsiniz. Ekte anketin yayınlanmış şekli bulunmaktadır (değerlendirme şekli makale içinde yer almaktadır).

Çalışmalarınızda kolaylıklar dilerim.

**Birsen Gungör** <brsngnr38@gmail.com>

Alıcı: medine.cylmaz ▾

14 Eki 2018 14:34 ☆ ↶ ⋮

| Sayın Medine YILMAZ;

Ölçek izniniz ve ilginiz için çok teşekkür ederim.

İyi çalışmalar dilerim.

EK-10**TEZ KONUSU İSİM DEĞİŞİKLİĞİ ONAY KARARI****T.C.
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü
YÖNETİM KURULU KARARLARI****OTURUM TARİHİ: 12.05.2020**
OTURUM SAYISI : 11

Enstitümüz Yönetim Kurulu Müdür Doç.Dr. Özgür ÇELEBİ başkanlığında 12.05.2020 tarihinde saat 10:00'da online toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.

KARAR-101 Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Birsen GÜNGÖR KAYA'nın tez konusu değişikliği teklifinin anabilim dalından geldiği **"20-65 Yaş Arası Bireylerde Kansere Yönelik Damgalama ve Etkileyen Faktörler"** şekli ile kabulüne oybirliği ile karar verildi.

Yönetim Kurulu Başkanı Enstitü Müdürü	Doç.Dr.Özgür ÇELEBİ	
Enstitü Müdür Yardımcısı	Doç.Dr.Özlem KARABULUTLU	
Enstitü Müdür Yardımcısı	Doç.Dr.Başak KURT	
Üye	Prof.Dr.İsa ÖZAYDIN	
Üye	Prof.Dr.Leyla VATANSEVER	
Üye	Doç.Dr.Metin ÖĞÜN	
Raportör (Enstitü Sekreteri)	Erdal YILDIZ	

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Doc. Dr. Ozgur CELEBI tarafından 12.05.2020 tarihinde e-imzalanmıştır. Evrağımızı belgesorgu.kafkas.edu.tr linkinden 10D0635CX3 kodu ile doğrulayabilirsiniz.

9. ÖZGEÇMİŞ

- 1. Adı Soyadı** : Birsen GÜNGÖR KAYA
- 2. Doğum Tarihi** : 19.11.1993
- 3. Doğum Yeri** : Kars
- 4. Unvanı** : Hemşire
- 5. Öğrenim Durumu** : Lisans
- 6. Yabancı Dil** : İngilizce

Derece	Üniversite	Alan	Yılı
Lise	Kars Faik Fikriye Torunoğulları Anadolu Sağlık Meslek Lisesi	Hemşirelik	2007-2011
Lisans	Kafkas Üniversitesi	Hemşirelik	2013-2017
Yüksek Lisans	Kafkas Üniversitesi	Hemşirelik Anabilim Dalı	2017-2020

6. Çalıştığı Kurum: Kars İl Sağlık Müdürlüğü (2012- Devam Ediyor)

7. İletişim Bilgileri:

E mail: brsngngr36@gmail.com