



**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI**

**KANSER HASTALARINDA DAMGALANMA VE
İLİŞKİLİ DEĞİŞKENLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Khuraman NAMAZOVA

Antalya, 2020



**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI**

**KANSER HASTALARINDA DAMGALANMA VE
İLİŞKİLİ DEĞİŞKENLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Khuraman NAMAZOVA

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Gülsüm Özge BAYSAL

“Kaynak gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

Antalya, 2020

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca kuramsal ve pratik deneyimlerini cömertçe paylaşan, dinamik yaklaşımı ve terapist kimliği ile bana ilham veren, tez sürecinde yardımlarını esirgemeyen, TPD Antalya şubesi yönetim kurulunda 2 yıl beraber çalışma şansı bulduğum değerli tez hocam Prof. Dr. Gülsüm Özge Baysal'a,

Tez çalışması sürecinde destekleri ve önerileriyle yol gösteren sevgili Prof. Dr. Yeşim Senol ve araştırma süresince veri toplama imkanı ve çalışma alanı sağlayan Prof.Dr. Hasan Şenol Coşkun'a,

Psikiyatri hekimliği becerisini kazanmam için bana kılavuz olan hocalarımdan, pozitifliği, anlayışlı tavırları, eğlenceli anıları, deneyim paylaşımı ile her zaman yanımda olan Doç.Dr. Mustafa Mehmet Eryılmaz'a, destekleyici, teşvik edici, sayesinde farklı terapi ekolleri deneyimlediğimiz sevgili hocam Dr.Öğr.Üyesi Buket Cinemre'ye, psikofarmakolojiye hakim olmamız için desteklerini esirgemeyen Dr.Öğr.Üyesi Özmen Metin'e, pratik, çözüm odaklı ve dinamik uzmanlar olabilmemiz için kendi deneyimlerini sınırsızca sunan Doç.Dr. Burak Kulaksızoğlu'na, beraber çalıştığımız süre boyunca gerek kıdemliliğinde, gerek uzmanlığında hepimize örnek olan ve bizi daha iyi hekimler olmamız için zorlamaktan kaçınmayan Öğr.Gör.Dr. Ali Erdoğan'a, asistanlığım boyunca gerek mesleki, gerek hayata dair önerileriyle desteğini esirgemeyen, rotasyonum süresince değerli bilgiler öğrendiğim Doç. Dr. Esin Özatalay'a;

Birlikte çalışma şansına eriştiğim, bana değerli bilgiler ve deneyimler kazandıran ancak bölümden emekli olarak ayrılan hocalarım, değerli hocam Prof.Dr. Taha Karaman'a ve Prof.Dr. Mehmet Murat Kuloğlu'na

Psikiyatri eğitimine başladığımız günden bugüne kadar hem dostluklarından hem de edindiğimiz bilgiler ışığında kendimizi ve

Çevremizi yeniden keşfederken birlikte olmaktan çok keyif aldığım, analitik yönelimli sohbetlerine asla doymayacağım sevgili eşkıdemlilerim Dr. Asena Uzdu Yaşar, Dr. Mehmet Murat Balcı, Dr. zgen zelik ve birlikte severek çalıştığım tüm asistan arkadaşlarıma,

Poliklinik ve servisimizde beraber mesai yaptığım tüm çalışma arkadaşlarıma,

Her ne kadar uzakta da olsalar, sevgilerini ve varlıklarını her zaman yanımda hissettiğim canım aileme, hayatıma anlam ve renk katan canım kızım, cıvcıvım, Selin'ime

Türkiye'de ikinci ailem olan, desteklerini ve yardımlarını esirgemeyen sevgili Duman ailesine,

İsmini burada belirtmeyi unuttuğum herkese
Teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
Kısaltmalar Dizini	vi
Şekiller Dizini	vii
Tablolar Dizini	viii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Kanser	3
2.2. Kanser Epidemiyolojisi	4
2.3. Kanser türleri	6
2.4. Evreleme	6
2.5. Kanser tanı ve tedavisi	7
2.6. Kanserin psikososyal yönü	9
2.7. Kanser ve psikiyatrik sorunlar	11
2.8. Damgalanma	13
2.9. Sağlıkla ilgili damgalanma	13
2.10. Kanser ve damgalanma	16
2.11. Kanserde damgalanmanın boyutları	16
2.12. Kanserde Damgalanmanın sonuçları	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM	21
3.1. Örneklem	21
3.2. Uygulama	21

3.3. Veri Toplama Araçları	22
3.4. Verilerin Değerlendirilmesi	23
4. BULGULAR	24
4.1. Sosyodemografik Veriler	24
4.2. Klinik Veriler	24
4.3. Sosyodemografik Veriler ile CAKDÖ Puanlarının Değerlendirilmesi	29
4.4. Klinik Veriler ile CAKDÖ Puanlarının Değerlendirilmesi	33
5. TARTIŞMA	39
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	50
7. ÖZET	53
8. ABSTRACT	55
9. KAYNAKLAR	57
10. EKLER	67

KISALTMALAR DİZİNİ

ICD-O	(The International Classification of Diseases for Oncology) Uluslararası Hastalık Sınıflandırması-Onkoloji
TNM	Tümör-Nodül-Metastaz
CAKDÖ	Cataldo Akciğer Kanseri Damgalanma Ölçeği
HPV	Human Papilloma Virus
RT	Radyoterapi
KT	Kemoterapi



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1: Cinsiyete Göre Toplam Kansere İnsidansının Uluslararası Karşılaştırması.

Şekil 2.2: Sartorius'un Damgalanma Döngüsü.



ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 2.1: Cinsiyete Göre Toplam Kanser İnsidansının Uluslararası Karşılaştırması.

Çizelge 2.2: Onkoloji Hastalarında Psikolojik Sorunlara Yol Açan Durumlar.

Çizelge 4.1: Örneklem Grubunun Sosyodemografik Verileri.

Çizelge 4.2: Örneklem Grubunun Hastalık Bilgileri.

Çizelge 4.3: Örneklem Grubunun Tedavi Bilgileri.

Çizelge 4.4: Örneklem Grubunun Geçirdiği Operasyon Tipi Dağılımı.

Çizelge 4.5: En Fazla Rahatsızlık Veren Yan Etki.

Çizelge 4.6: CAKDÖ Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması.

Çizelge 4.7: CAKDÖ Puanlarının Yaşa ve Hastalık Süresine Göre Değerlendirilmesi.

Çizelge 4.8: CAKDÖ Puanlarının Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması.

Çizelge 4.9: CAKDÖ Puanlarının Öğrenim Düzeyine Göre Karşılaştırılması.

Çizelge 4.10: CAKDÖ Puanlarının Yaşadığı Yere Göre Karşılaştırılması.

Çizelge 4.11: CAKDÖ Puanlarının İş Durumuna Yere Göre Karşılaştırılması.

Çizelge 4.12: CAKDÖ Puanlarının Hastalık Türüne Göre Karşılaştırılması.

Çizelge 4.13: CAKDÖ Puanlarının Tedavi Türlerine Göre Karşılaştırılması.

Çizelge 4.14: CAKDÖ Puanlarının Diğer Tedavi Değişkenlerine Göre Karşılaştırılması.

Çizelge 4.15: CAKDÖ Puanlarının Hastalığın Evresine Göre Karşılaştırılması.

Çizelge 4.16: CAKDÖ Puanlarının Operasyon Tipine Göre Karşılaştırılması.

Çizelge 4.17: CAKDÖ Puanlarının Yan Etki Tipine Göre Karşılaştırılması.

1. GİRİŞ

Kanser süregelen ve ölümcül bir hastalık olmasının yanı sıra duygusal, ruhsal ve davranışsal tepkilere yol açan önemli bir sorundur. Bu anlamda hastayı anlayabilmek, yeni duruma uyumunu kolaylaştırmak ve uygun yaklaşımı planlamak amacıyla ruhsal sorunların ve bu ruhsal sorunları etkileyen etmenlerin saptanması önemlidir (1).

Kanser, görülme sıklığı ve ölüm nedenleri arasında ön sıralarda yer alması nedeniyle bir sağlık sorunu olması ile birlikte topluma getirdiği sosyal ve ekonomik yük nedeni ile de bir toplum sorunu olarak da görülebilir (2) .

Kanser tanısına verilebilecek normal yanıt, endişe, gerginlik, kaybedilen sağlık için keder ve üzüntüden hastalığın önemini yadsıma, bu süreci bir savaş gibi algılama ya da kaderci bir kabullenmeye kadar değişir (3). Bu yanıtlar kişinin normal hayatında kullandığı başa çıkma ve iletişim mekanizmalarının birer yansımasıdır (4).

Kanserin varlığı hastanın ve ailenin hayatının bütün boyutlarını gerçekten kesintiye uğratır. Hekimler ve diğer sağlık çalışanlarının hasta ve yakınlarının bu durumla başa çıkabilmesi ve işlevlerini devam ettirebilmesinde aktif rolü vardır (1). Damgalanma bir kişi veya grup hakkında olumsuz bir sosyal yargıya ilişkin deneyim, algı veya makul beklentiden kaynaklanan dışlama, reddetme, suçlama veya değersizleştirme ile karakterize edilen sosyal bir süreçtir (5). Damga tanı ve tedaviden sonra da kanser tanısı almış kişileri etkileyen önemli bir güçtür (6).

Damgalama süreci, bir bireyin ayırt edici bir özelliğinden dolayı değersizleştirilmesini içerir ve içselleştirilmiş damgalanma (yani, olumsuz toplumsal tavırları kendine karşı yönlendirme) ve beklenen damgalanma (yani, başkalarından olumsuz değerlendirme veya muamele korkusu) gibi içsel süreçleri tetikleyebilir (7).

Kanser tanısı almış hastalara yönelik damgalama hastaların tedavisine bireysel ve sosyal süreçlerine zarar vermekte, psikolojik sorunlara, kendini suçlamaya ve yaşam kalitelerinin azalmasına neden olmaktadır.

Bu çalışma kanser tanısı almış hastaların yaşadıkları damgalanma algısını ve damgalanma algısının sosyodemografik ve klinik değişkenlerle ilişkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapılacaktır. Elde edilen bulguların, kanser tanısı almış hastalarla çalışan klinisyenler açısından ve kanser hastalarına yönelik psikososyal müdahaleler planlanırken katkı sağlayacağına inanılmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kanser

Kanser kelimesi Latince yengeç anlamına gelen “*canker*” veya “*carcinus*” kelimelerinden türemiştir. Tümör terimi ilk defa ilk defa MÖ 3. yüzyılda tümörün etrafındaki şişmiş damarları bir yengecin bacaklarına benzettiği için Hipokrat tarafından kullanılmış, Yunan hekim Galen ise şişme anlamına gelen “*oncos*” terimini kullanmıştır. Kanser, bir organizmadaki hücrelerin kontrolsüz bir şekilde bölünmesi, çoğalması ve birikmesidir. Tek bir organı etkileyebildiği gibi uzaktaki organlara da yayılarak etkisini gösterebilir (8).

Kanser hastalığının ortaya çıkabilmesi için yalnızca kontrolsüz çoğalma yeterli değildir. Hücrenin invazyon (diğer sağlıklı dokuları istila etme) ve metastaz (dolaşıma geçerek sağlıklı başka dokulara yayılma) gibi diğer malin özellikleri de kazanması gerekmektedir. Kanser hücreleri normal hücrelerden daha hızlı büyümeyizler. Ancak daha uzun süre yaşarlar ve daha hızlı bölünürler. Böylelikle büyüme sürecinde daha büyük kanser hücreleri oranını oluşturlar (2).

Hücre kontrolünün bozulup bir hastalık olarak kanser tablosu çıkıncaya kadar geçen kanser oluşum süresi, kanser cinslerine göre değişkenlik göstermekle birlikte ortalama 15-20 yıldır (2).

Uluslararası Hastalık Sınıflamasında (ICD-10) 100 den fazla farklı kanser türü tanımlanmıştır (3). En sık görülen kanser türleri ise deri, akciğer, meme, sindirim ve üreme sistemlerinden kaynaklanan kanserlerdir (2, 11).

Kanserin ortaya çıkmasında etkin olan faktörler arasında tütün ve tütün ürünlerinin kullanımı, alkol, kötü beslenme, obezite, “Body habitus” ve egzersiz Hepatit B, Hepatit C ve HPV (Human Papilloma Virus) gibi virüsler, iyonizan ışınlar ya da radon gazına maruziyet, mesleki hastalıklar ve çevresel kirleticiler sayılabilir (8, 12).

Amerika'da kanser olgularının en az yüzde 80'ine yaşam alışkanlıkları (örneğin, sigara içimi, alkol tüketimi ve diyet) ve çevresel karsinojenler neden olmaktadır (12).

2.2. Kanser Epidemiyolojisi

Kanser ülkemizde ve dünyada ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer almaktadır. Küresel olarak yaklaşık her 6 ölümden biri, ülkemizde ise her 5 ölümden biri kanser nedeniyledir (13).

Küresel kanser yükünün 2018'de 18,1 milyon yeni vakaya ve 9,6 milyon ölüme yükseldiği tahmin edilmektedir. Dünya çapında 5 erkekten biri ve 6 kadından birinde yaşamları boyunca kanser gelişmekte ve 8 erkekten biri ve 11 kadından biri bu kanser nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Kanser teşhisinin dünya çapında 5 yıllık prevalansının 43,8 milyon olduğu tahmin edilmektedir. Akciğer kanseri en fazla tanı konan (toplam vakaların %11,6'sı) ve en önde gelen ölüm nedenidir (toplam kansere dayalı ölümlerin %18,4'ü). Akciğer kanserini insidans olarak meme kanseri (%11,6), prostat kanseri (%7,1) ve kolon-rektum kanseri (%6,1), (non melanom) cilt kanseri (%5,8) ve mortalite için kolon-rektum kanseri (%9,2), mide kanseri (%8,2) ve karaciğer kanseri (%8,2) takip etmektedir (14).

Akciğer kanseri, erkekler arasında en sık görülen kanser türüdür ve kanser ölümünün önde gelen nedenidir. Bunu prostat ve kolon-rektum kanseri (insidans için) ve karaciğer ve mide kanseri (mortalite için) takip eder. Kadınlarda ise meme kanseri en sık teşhis edilen kanser türüdür ve kanser ölümünün önde gelen nedenidir. Bunu kolon-rektum ve akciğer kanseri (insidans için) takip eder. Mortalite için bu sıralama tersine dönmüştür. Serviks kanseri insidans ve mortalite açısından dördüncü sıradadır (14, 15).

Kanser görülme sıklığı yaşa, cinsiyete, köken aldığı organa, diğer çevre faktörlerine göre farklılıklar göstermektedir. Çocukluk çağının özel tümörleri dışında sonraki dönemde yaş arttıkça kanser sıklığı daha da artmaktadır.

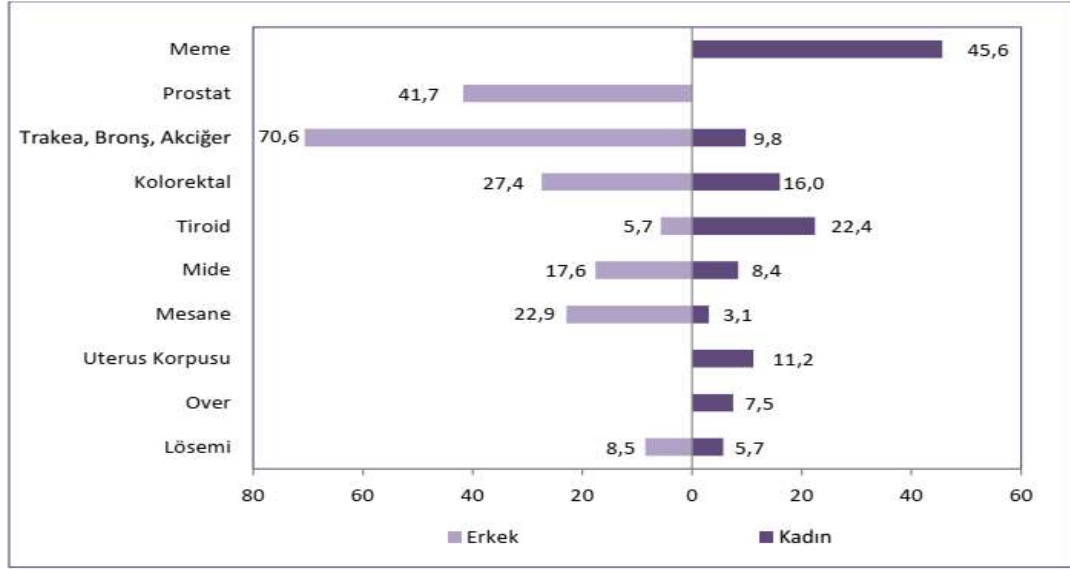
Türkiye uluslararası kanser insidansı sıralamasında (Çizelge 2.1) erkeklerde 41'inci, kadınlarda 74'üncü, toplamda da 53'üncü sırada yer almaktadır (4).

Türkiye’de en sık görülen 10 kanser türünün cinsiyete göre insidansı Şekil 2.1’de verilmiştir (16).

ÇİZELGE 2.1: Cinsiyete Göre Toplam Kanser İnsidansının Uluslararası Karşılaştırması, (100.000’de, Dünya Standart Nüfusu)

Sıra	Ülke	Erkek	Ülke	Kadın	Ülke	Toplam
1	Avustralya	579,9	Avustralya	363,0	Avustralya	468,0
2	Yeni Zelanda	526,0	Yeni Zelanda	358,3	Yeni Zelanda	438,1
3	İrlanda	430,8	Macaristan	330,6	İrlanda	373,7
4	Macaristan	427,1	Belçika	329,9	Macaristan	368,1
5	Fransa	405,6	Kanada	329,7	Birleşik Devletler	352,2
6	Birleşik Devletler	393,2	Danimarka	325,5	Belçika	345,8
7	Letonya	375,7	İrlanda	322,9	Fransa	344,1
8	Belçika	371,1	Birleşik Devletler	321,2	Danimarka	340,4
9	Norveç	369,8	Hollanda	318,9	Norveç	337,8
10	Slovenya	367,6	Norveç	311,3	Hollanda	334,1
	Türkiye (41)	284,2	Türkiye (74)	182,3	Türkiye (53)	225,1
	Dünya	218,6	Dünya	182,6	Dünya	197,9

Not: Türkiye’nin yanında parantez içinde yazan değerler Türkiye’nin dünya sıralamasındaki yerini göstermektedir. Kanser insidansları, DSÖ’nün 2018 yılına ait tahmin verileridir. (Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2018)



Şekil 2.1: Cinsiyete Göre Toplam Kanser İnsidansının Uluslararası Karşılaştırması, (100.000'de, Dünya Standart Nüfusu), (Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2018)

2.3. Kanser türleri

Kanser, neoplazma adı verilen ve tümörleri oluşturan anormal hücrelerin kontrolsüz bir şekilde büyümesi olarak tanımlanmaktadır. İki tür tümör vardır. Bunlar; vücutta yayılmayan iyi huylu (benign) tümörleri ve metastaz özelliğine sahip kötü huylu/habis (malin) tümörlerdir (17).

Kanser başladığı yere göre de türlere ayrılır. Beş ana kanser türü; karsinomlar, sarkomlar, lösemiler ve lenfomalar ve miyelomlardır (18).

2.4. Evreleme

Evreleme kanserin nerede yerleştiğinin, nerelere yayıldığının ya da vücutta diğer organları etkilenip etkilenmediğinin tanımlanmasıdır (19).

TNM sistemi, en yaygın kullanılan kanser evreleme sistemidir.

T, N ve M sonuçlarına göre kanser 1, 2, 3 ve 4 evre olarak tanımlanır.

Evre 0: Anormal hücreler mevcuttur ancak yakındaki dokuya yayılmamıştır. *In situ karsinom* veya CIS olarak da adlandırılır. CIS kanser değildir, ancak kansere dönüşebilir.

Evre I kanser: Etkilenmemiş ve uzak metastazlar olmayan lenf nodları ile konumu belirlenmiş tümör. Bu evrede, tümör genellikle cerrahi olarak çıkarılır.

Evre II kanser: Tümör cerrahi olarak çıkarılması için hala yeterince küçüktür. Ancak, lenf nodları daha öncesinde etkilenmişse ilave tedavi (radyasyon, kemoterapi) gerekebilir

Evre III kanser: Lenf nodlarını etkilemiş olan veya belirli bir boyutu aşmış olan lokal olarak ileri evre tümör. Evre III A'da ardından radyasyon/ kemoterapinin geldiği cerrahi yine de bir seçenek olabilir. Diğer taraftan evre III B'de cerrahi her zaman mümkün değildir ve genel olarak terapötik sonucu iyileştirmez. Yine de sonraki radyoterapi ve bağışıklık tedavisi hastalığın ilerlemesini duraklatabilir.

Evre IV kanseri: Uzak metastazlar vücutta mevcuttur. Çoğu vakalarda, bu evrede sadece ilaçlı tedavi (kemoterapi, bağışıklık tedavisi) düşünülebilir (5), (20).

2.5. Kanser tanı ve tedavisi

Kanser Belirtileri:

1. Vücudun herhangi bir yerinde şişlik:
2. İyileşmeyen veya iyileşmesi geciken yara:
3. Ben ve siğillerdeki değişiklik
4. Olağan dışı kanama
5. Yutma güçlüğü:
6. Sürekli öksürük ve ses kısıklığı
7. İdrar ve dışkılama alışkanlıklarında değişiklik (6).

Röntgen, kan testleri, bilgisayarlı tomografi taramaları, manyetik rezonans görüntüleme (MRI), endoskopi ve genetik görüntüleme testleri kanserin erken teşhisinde kullanılabilecek araçlardır (8). Erken tanı ve tedavi ile kanser tanılı

hastalarda önemli oranda iyileşme mümkün olabilmektedir. Bununla birlikte bilgi eksikliği, korku, ihmal gibi nedenlerle hastaların hekime zamanında başvurmaması tanıyı geciktirmekte, tedaviyi de güçleştirmektedir (2).

Tıbbi tedavilerin amacı, hastanın sağlık durumunun iyileştirilmesidir. İyileştirmenin, tümörü küçültmek veya ortadan kaldırmak, metastazları azaltmak veya ortadan kaldırmak, hastalıksız aralığı uzatmak veya hastalığın yayılmasını durdurmak gibi farklı biçimleri olabilir (21)

Kanser tedavileri asli ve yaygın tedavileri cerrahi, radyoterapi ve adjuvan veya adjuvan olmayan (neoadjuvan) kemoterapi prosedürlerini içerir. Tedavi yöntemlerinin çoğu kombinasyon halinde (örneğin, kemoterapi sonrası radyoterapi veya ameliyattan önce kemoterapi) kullanılır (21, 22). Sahip olduğu avantajlar kadar dezavantajları da bulunan ve “altın standart” olarak tanımlanan bu konvansiyonel yöntemlere ek olarak çeşitli immünolojik ve biyolojik tedavi yöntemleri, hormonal tedaviler, kanser aşılı, kanser büyüme baskılayıcıları, gen terapileri geliştirilmektedir (8).

Araştırmalar, hastanın tedavilere yönelik tutumunun ana belirleyicilerinin tedavinin süresi, yan etkileri, toksisite derecesi, yeniliği (modernite), tedavi yeri, uygulama şekli, tedavinin neden olabileceği öngörülen zarar ve iyileşmeye olası katkısı olduğunu göstermiştir (21). Chahl ve Bond kanserin tedavisini genellikle uzun, nahoş ve öngörülemeyen, bedeni, zihni ve hastanın sosyal koşullarını etkileyen bir süreç olarak tarif eder (23). Kanserde tedavi arayışının önündeki en büyük engeller tedavi maliyetleri, alternatif tedavilere inanç ve kansere dönük algı ve farkındalığın yetersizliğidir. (24)

Yorgunluk, ıslan alınan bölgede cilt hasarı, yutkunma güçlüğü, ağrı (radyoterapi servikse odaklanmışsa), farklı yürütücü işlevlerde ve bellekte yıllarca sürebilen bozulma ve kalıcı saç dökülmesi radyoterapide sık görülen yaygın yan etkilerdir (21) Kemoterapi, hastaların duygusal, sosyal, fiziksel ve ruhsal refahı üzerinde derin ikincil etkileri olan yan etkilere ve toksisitelere neden olur. Kemoterapinin alopesi (saç dökülmesi), mide bulantısı, iştahsızlık, halsizlik, ağrı, kanama, enfeksiyon, ağız yaraları, infertilite, yara iyileşmesinde gecikme gibi yan etkileri bildirilmiştir. (21, 23). Carelle ve arkadaşları bu fiziksel etkilere ek olarak

"aileyi veya partneri olumsuz etkilemesi" iş veya ev görevleri üzerinde, sosyal aktiviteler üzerindeki olumsuz etki ve cinsel his kaybı gibi fiziksel olmayan şikayetler bildirmiştir (25).

2.6. Kanserin psikososyal yönü

Kanser tedavisinin uzun ve pahalı olması, organ kaybına yol açabilmesi, hastalığın yayılabilir olması ve kimi zaman ölümle sonuçlanabilmesi hasta ve yakın çevresine ağır psikososyal problemleri de beraberinde getirmektedir (26).

Kanser tanısı almış hastanın hastalığa psikolojik uyumunda rol alan bir dizi tıbbi, psişik ve psikososyal faktörler aşağıda sıralanmıştır.

1) Hastalık, hastalığın tuttuğu organ, tipi, belirti ve bulguları, seyri ve hastanın tıbbi hastalıklara ilişkin deneyim ve düşünceleri

2) Hastanın hangi yaş grubunda bu hastalığa yakalandığı, yaşına uygun amaç ve projeler için oluşan tehdit düzeyi (iş, aile)

3) Hastanın çevresindeki destek öğeleri (aile, arkadaş vb)

4) Hastalığa ilişkin sosyal ve kültürel tutumlar

5) Hastanın genel fiziksel ve sosyal potansiyeli, kişilik yapısı ve baş edebilme süreçleri (27).

ÇİZELGE 2.2: Onkoloji Hastalarında Psikolojik Sorunlara Yol Açan Durumlar

Hastalık Kökenli Oluşan Durumlar:

- Kanserin ileri evrede olması
- Kötü prognoz
- Hastalık süreci
- Kanserin metastaz yapması
- Hastada şiddetli psikosomatik belirtilerin ortaya çıkması

Tedavi Kökenli Oluşan Durumlar:

- Palyatif tedavi durumları
- Operasyon, kemoterapi ve radyoterapiden kaynaklanan tedaviye özel durumların yarattığı yan etkiler
- Hastanın tedaviye beklenen yanıtı vermemesi

Hastadan Kaynaklanan Durumlar:

- Psiko-sosyal faktörler (sıkıntı yaratan durumlar, çatışmalar, sosyal destek azlığı, sosyo-ekonomik sorunlar)
 - Öncesinde psikiyatrik bir hastalık öyküsünün olması
 - Başa çıkma stratejilerinin azlığı ya da yanlış kullanımı
 - Sosyo-demografik faktörler (yaş ve cinsiyet faktörü)
-

Çizelge 2.2’de kanser hastalarının yaşayabilecekleri sorunların gelişim durumları (bu durumlar bir psikiyatrik bozukluğun ortaya çıkmasına neden de olabilir) özetlenmiştir (28).

Elisabeth Kübler-Ross, ölümcül hastalıkları olan hastalarla yapılan çalışmalarda yasın aşamaları hakkında bir model geliştirmiştir. Bu aşamalar inkâr, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenmedir (29). Bu model kanser hastalığının getirdiği süreçleri açıklamak için kullanılabilir.

İnkâr: Hastalığını öğrenen kişinin verdiği “hayır bu bana olamaz!” tepkisidir. Bu birkaç gün süren alışılmış bir tepkidir ve bireye yüz yüze geldiği gerçekten korunmak için bir sığınak görevi yapar, yaşanan anksiyeteyi maskeler.

Öfke: İlk birkaç günden sonra artık yapılacak tedaviler, hastanın nerede tedavi olacağı ve kimin tarafından tedavi edileceği gibi kararların alınması zorunluluğu ortaya çıkar. Kübler-Ross'a göre bu noktada öfke gelişir. "Neden ben?" sorusu sorulur.

Pazarlık: “Evet, ama”. Bu noktada hasta ölüm gerçeğini kabullense de daha uzun süre yaşamak için pazarlığa girer. Bir hafta, bir ay ya da bir yıl daha yaşamak için, iyi bir insan olmaya ya da iyi davranışlarda bulunmaya söz verir.

Depresyon: Duygusuzluğunun, metanetin ya da öfkesinin yerini büyük bir kayıp duygusu alır ve depresyon yerleşir. Kübler-Ross bu çöküntü aşamasını “ölümcül hastanın bu dünyadan ayrılışına hazırlanabilmek için geçirdiği hazırlayıcı üzüntü ” olarak tanımlar. Eğer kederini ifade etmesine izin verilirse hastanın kaybı kabullenmesi kolaylaşabilir

Kabullenme: Hasta kaybı kabullenmiş, “kaderi” konusunda öfkeli ya da bunalımlı olmadığı bir aşamaya varmıştır.

Kübler-Ross, bu evrelerde umudu önemli ve sürekli bir etken olarak görmektedir. Yeni bir ilaç, bir araştırmada son dakikadaki bir başarı, yeni bir tedavi yöntemi gibi düşünceler hastanın son aylarına, haftalarına kadar koruduğu düşüncelerdendir. Bu umut sadece iyileşme umudu değildir. Aynı zamanda olumu kabul ederek ölme umududur. Bu umut, hem olumu ve hem de olum kederini daha insancıl ve anlamlı kılmaktadır (30).

2.7. Kanser ve psikiyatrik sorunlar

Kanserde ortaya çıkan psikiyatrik bozuklukların belirlenmesine yönelik prevelans çalışmalarında kanser tanılı hastalarda ruhsal bozuklukların sıklığı %29-47 arasında değişen oranlarda bildirilmektedir. Uyum bozukluğu, majör depresif

bozukluk, anksiyete bozukluğu, organik beyin sendromu (deliryum) sık rastlanan psikiyatrik rahatsızlıklardır (1, 3, 28, 31, 32).

Somatik semptomlar kansere benzer olduğu için kanser tanılı hastalarda depresyonu teşhis etmek daha zordur. Bu nedenle değerlendirme sırasındaki ana odak, bilişsel semptomlar olmalıdır. Temel ayırt edici özellikler yaygın anhedoni (motivasyon eksikliği), suçluluk veya değersizlik duyguları, duygulanımın azalmış tepkiselliği ve sürekli düşük ruh halidir. Depresyonlu bir hasta sabahın erken saatlerinde yorgunluk ve motivasyon eksikliği hissederken, depresyonu olmayan kanser tanılı bir hastanın günün ilerleyen saatlerinde yorgunluk hissetme olasılığı daha yüksektir (23).

Hastalar klinik depresyonun ötesinde anlam, değer, amaç gibi kavramları sorgulatan varoluşsal bir krizin içinde bulunabilirler (26, 33).

İleri evre kanser hastalarında çaresizlik, ümitsizlik ve bir an önce ölme arzusu görülmektedir (33). Hastaların en az yarısının ölüm ve ölmek konusunda endişeli oldukları, uyku esnasında, hızlı ve ağrısız “iyi ölüm” düşüncesini rahatlatıcı buldukları bildirilmiştir (34).

Kanser hastaları arasında özkıyım eğilimi oldukça yüksektir (32). Akciğer, mide, baş ve boyun kanseri, depresyon, önceden özkıyım girişimi öyküsü, önceden var olan psikopatoloji, ilerlemiş hastalık ve kötü prognoz özkıyım riskini artıran etmenlerdir. (23, 35).

Amerika Birleşik Devletleri'ndeki kanser tanılı hastalarda özkıyım insidansı, genel ABD nüfusunun yaklaşık iki katıdır. Kanser tanısı almış kişiler arasında özkıyım riskindeki göreceli artışın, kanser teşhisi konulduktan sonraki ilk 5 yıl içinde en yüksek seviyede olduğu ve daha sonra kademeli olarak azaldığı, ancak teşhisten 15 yıl sonra genel ABD nüfusu ile karşılaştırıldığında yüksek kaldığı bulunmuştur (36).

Kanser hastalarının deneyimlediği korku, gelecek kaygısı, tedavinin işe yaramayacağı düşüncesi, olumsuz sonuç bekleme, hastanede yatarken ailenin desteğini yeterince görememe ve belirsizlik yaşama anksiyeteye yol açabilir (27).

Kansere bağlı anksiyete, ağrı hissini arttırır, uyku alışkanlıklarını etkiler, bulantı ve kusmaya neden olur, hastalığa karşı mücadele etmeyi engeller, tedaviyi geciktirir, hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkiler. Ayrıca tedavi edilmediği sürece ciddi düzeydeki anksiyete, hastanın yaşam süresini etkileyebilir (37).

Ölümcül hastaların % 85'ine kadarına varacak şekilde hastalığın ilerleyen aşamalarında Organik Beyin Sendromu (deliryum) görölmektedir (32).

2.8. Damgalanma

Link ve Phelan damgalanma literatürüne ilişkin geniş incelemelerine dayanarak, damgalanma sürecinin tipik olarak dört adımda gerçekleştiğini öne sürmüştür. İlk olarak, insanlar kategorize edilir ve “farklı” olarak etiketlenir. İkinci olarak, etiketli farklılıklar istenmeyen özellikler ve basmakalıp inançlarla ilişkilidir. Üçüncüsü, ayrılık yaratmanın bir yolu olarak, istenmeyen niteliklerle etiketlenen insanlar, "biz" kategorisinden temelde farklı olan "onlar" kategorisine yerleştirilir. Dördüncüsü, "onlar" kategorisindeki kişiler (yani etiketli kişiler) dışlanır, reddedilir, değersizleştirilir ve sonuç olarak statü kaybederler ve ayrımcılık yaşarlar (38).

Park ve arkadaşları ise güncel literatürün damgalanmayı yapısal, sosyal ve içselleştirilmiş olarak üç düzeyde tarif ettiğini belirtmiştir. Yapısal damga sistemsel düzeyde, sosyal damgalama grup düzeyinde, içselleştirilmiş (ya da kendini) damgalama ise bireysel düzeyde yer alır (39).

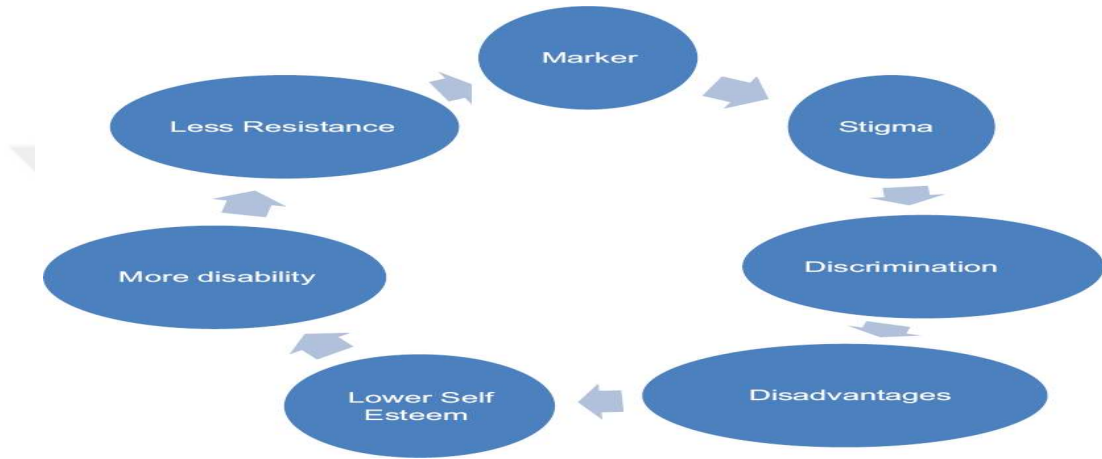
2.9. Sağlıkla ilgili damgalanma

Sağlıkla ilgili damgalama bir hastalık nedeniyle bir kişi ya da grubun diğerleri tarafından damgalanmasını ifade eder (40). Damgalanma, başkaları kişinin davranışının hastalığa neden olduğunu algıladığında ve/veya hastalık gözle göröölür bir şekil bozukluğu veya işlev bozukluğu yarattığında ortaya çıkar (17, 41).

Sağlıkla ilgili damgalama, prognoz veya tedavide gecikmeler, sunulan sağlık hizmetlerinde azalma ve araştırma fonlarının sınırlandırılması, sağlık

alışanlarından, aile veya arkadaşlardan gelen ayrımcı davranışlar dahil olmak üzere birçok farklı biçimde olabilir (42, 43, 44, 45).

Damgalanma ayrımcılığa neden olur ve bu ayrımcılığın neden olduğu dezavantajlar kişinin özgüveninin azalmasına, durumunun daha kötüye gitmesine, direncinin düşmesine, dolayısıyla damgalanmanın şiddetlenmesine neden olur. Sartorius bu süreci damgalanma döngüsü (şekil 2.2) olarak tanımlamıştır (46).



şEKİL 2.2. Sartorius'un Damgalanma Döngüsü

Schambler ve Hopkins sağlıkla ilgili damgalanın iki türünden bahseder:

Dayatılan damgalanma (enacted stigma): hastalara karşı kabul edilemezlik veya değersizlik algısı nedeniyle ayrımcılık yapılan durumları ifade eder (47). Literatürde deneyimlenmiş damgalanma (experienced stigma) ya da algılanan ayrımcılık (percieved discrimination) olarak da tanımlanmıştır. Başkalarından kendilerine dönük olan basmakalıp tanımlanma (stereotyping), önyargılar ve ayrımcılık deneyimlerinin düzeyini ifade eder (48). İş kaybı, sosyal reddedilme hatta fiziksel şiddete uğrama gibi biçimlerde deneyimlenebilir.

Algılanan damgalanma (felt stigma): Hastanın kendisinin damgalanan hastalığa sahip olmaktan duyduğu utanı ve dayatılan damgalanmaya maruz

kalmaktan duyduğu korkuyu ifade etmektedir (47). Bazı araştırmalarda hissedilen ya da beklenen damgalanma olarak da isimlendirilmiştir (49).

Damgalanma algısı kişiler arası düzeyde (hissedilen damgalanma) ve bireysel düzeyde (işselleştirilmiş damgalanma) olarak da incelenebilir.

Algılanan damgalanma hastalığı olan kişilerin dış çevreden gelen olumsuz tutum ve dışlayıcı yaklaşımlardan kaynaklanan ya da hiçbir uyarı olmaksızın damgalanmışlık duygusu taşımasıdır. Damgalanma algısı genellikle hastanın bir tanı alması ile birlikte başlamaktadır. Etiketin (hastalığın) varlığı çoğu kez tek başına, damgalanma duygusunun yaşantılanması için yeterlidir. Ayrıca bu etiketin damgalayıcı içeriği ne kadar yüksek ise hastalardaki damgalanma duygusu da o kadar artmaktadır (50).

Bireyin toplumdaki olumsuz kalıp yargıları kendisi için kabullenmesi ve bunun sonucunda değersizlik, utanç gibi olumsuz duygularla kendisini toplumdan geri çekmesi içselleştirilmiş damgalanmaya neden olur (51, 52). En önemli kaynak kişinin kendisidir. Hastanın yakın çevresi ve toplumdaki damgalama eğilimiyle artış gösterir (50).

Bir bakıma damgalanma algısı kişinin damgalandığını hissetmesiyken, içselleştirilmiş damgalanma kişinin kendisini damgalamasıdır (53).

Earnshaw ve Quinn (48) dayatılan damgalanma ve içselleştirilmiş damgalanmaya ek olarak Markowitz'in (54) tanımladığı beklenen damgalanmadan (anticipated stigma) bahseder. Beklenen damgalanma insanların gelecekte başkalarından kendilerine yöneltilen stereotipleme, önyargı ve ayrımcılık deneyimlerini ne ölçüde bekledikleri düzeyidir. Bu damgalanma beklentileri, içselleştirilmiş ve dayatılmış damgalanma kaynaklı olabilirler. Bu nedenle kısmen içsel kısmen kişilerarası bir olgu halini alır. Kendine ilişkin olumsuz inançları içselleştirmiş kişiler, damgalanmış nitelikleri nedeniyle başkalarının kendilerine olumsuz davranacağına dönük bir tahmin oluşturabilirler. Bu nedenle içselleştirilmiş damgalanma ne kadar yüksekse damgalanma beklentisi de o kadar artacağı sylenabilir.

Damgalanma ve ayrımcılık beklentisi, sağlık hizmetlerine başvuruda gecikmeye, bulaşma riskinin uzamasına, tedaviye uyumun zayıf olmasına ve engellilik ve ilaca direnç riskinde artışa neden olur (48, 55).

Örneğin, hastanın ve doktorun tutumu kanserde erken tanının ve erken tedavi edilebilir aşamada tedaviye başlayabilmenin en temel belirleyicilerinden biridir. Hastaların olumsuz tutumları inkara ve tıbbi yardıma başvuruda gecikmelere neden olabilirken (56) doktorların yeni, agresif ve bazen toksik yan etkileri olan tedavilere karar verme sürecinde yaşadığı ikilemlerde, kansere yönelik duygu ve tutumları işin içine girmekte ve yaşadıkları kararsızlık sağlanan tedaviyi etkileyebilmektedir (57). Damgayı içselleştirmiş kronik hastalıklarla yaşayan insanlar bakıma erişme olasılıkları daha düşük olabilir çünkü bakımı hak etmediklerini veya bakımın kendileri için işe yaramayacağını düşünürler (48) .

2.10. Kanser ve damgalanma

Kanser damgalanan bir hastalık olarak kabul edilmesine ve kanser hastalarının damgalanma algısını tanımlamalarına rağmen daha az çalışılmıştır (58, 59). Hastalığın kendisine karşı oluşan olumsuz algı ve tutumlar kanser tanısı almış hastalara yönelik olumsuz tutum ve davranışlara neden olmaktadır (60). Kanser tanısı hastalığın türü fark etmeksizin korku ve damgalanmayla karşılaşacaktır (61). Spesifik ve karışık kanser bölgeleri arasında, hissedilen damgalanma %13 ile %80 arasında değişmektedir. Bununla birlikte, damgalanmanın en yoğun görüldüğü kanser türü akciğer kanseridir (62-64).

2.11. Kanserde damgalanmanın boyutları

Jones ve arkadaşları sosyal damgalama kuramında damgalanmanın altı boyutunu tanımlamışlardır: Gizlenebilirlik (concealability), gidişat (course), rahatsızlık (disruptiveness), estetik kalite (aesthetic quality), kaynak (origin) ve tehlike (peril) (65). Fujisawa ve Hagiwara bu 6 boyutu kanserle ilgili damgalanmaya uyarlamıştır (66).

Gizlenebilirlik, hastalar için kanseri başkalarından gizlemenin ne kadar kolay olduğu ile ilgilidir. Bazı kanser türleri, kanserin konumu nedeniyle (örn. Baş ve boyun kanseri, mide bağırsak kanseri) veya tedavilerin etkileri (örn. Kemoterapinin neden olduğu alopesi, cilt kanseri sonucu oluşan deformasyonlar, trakeostomi vs.) nedeniyle diğerlerinden daha az gizlenebilir (66, 67). Bireyin dışarıdan anlaşılabilir bir hastalığa sahip olması, onu olumsuz duygulanımlara sürükleyebilir. Hastalarda çekingenlik, yalnızlık, olumsuz bir vücut görüntüsü algısı, utanç duygusu, korku ve stres oluşabilir. Bu da kendilerine olan öz güvenin kaybına neden olabilir (68). Meme, prostat ve kolon kanserlerinde ise hastalığın gizlenebilir olması damgalanmadan kaçınmak için başlangıçta daha avantajlı görünmekte ise de uzun vadede sosyal sosyal ilişkilerden çekilme (örneğin, istihdamdan) ve damgalama eğilimlerini destekleme yoluyla ciddi sıkıntılara neden olabilirler (63).

Gidişat, insanların kanser prognozu ve ölüm oranı hakkındaki inançlarıyla ilgilidir. Kanser tedavisindeki ilerleme, kanser tanılı hastaların çoğunun (yaklaşık % 60) tanıdan sonra uzun süre yaşamasını sağlasa da, kanser sıklıkla ölümle ilişkilidir. Genellikle ölümle sonuçlanan kötü prognozlu hastalıklar için tedavilerin boşuna olduğu inancı vardır (66). Kanser tedavilerinin başarısı ile ilgili inançlar daha iyimser hale gelirse ve uzun süreli hayatta kalma şansı daha yüksek görülürse damgalanma azaltılabilir (69).

Hastalığın algılanan ciddiyeti ve işlevsel sağlık durumlarında bozulma olup olmaması da gidişat boyutunda önemli değişkenlerdir. Hastalar hastalıklarını ne kadar “ciddi” olarak algılasa ve işlevsel sağlık durumlarında kötüleşme ne kadar artarsa damgalanma da o kadar artar. Bu en az iki faktöre bağlı olabilir. Birincisi, hastalık ne kadar şiddetliyse, hastalığı gizleme zorluğu o kadar artar ve bireyin diğerlerine göre farklılıkları o kadar belirgin hale gelir. İkincisi, hastalık ne kadar şiddetli olursa, insanlar normal sosyal hayata katılma konusunda o kadar az yetenekli olurlar, o kadar izole olurlar ve o kadar çok reddedilirler (6). Bu durum da hastanın yaşantısında yıkıcı rahatsızlıklara neden olacaktır.

Rahatsızlık, kanserin kanser tanılı hastalar ve diğerleri arasındaki sorunsuz etkileşimleri ve iletişimi engelleme veya engelleme derecesiyle ilgilidir. Kanser

gibi ciddi bir hastalığı olan bir kişiyle bir arada olmak, genellikle onlara ne söyleyeceklerini bilmedikleri için insanlara kendilerini rahatsız hissettirir (66). Hastalığın getirdiği sosyal ve ekonomik yük de olumsuz duygu ve tutumlara yol açacaktır.

Estetik nitelikler kanserin hastaları ne ölçüde görsel olarak itici, çirkin veya moral bozucu yaptığıyla ilgilidir. Örneğin baş ve boyun kanseri, hastaların yüzünde belirgin şekil bozukluğuna neden olabilir veya kolostomi rahatsız edici kokuya neden olabilir. Başka bir örnek olarak, kemoterapi saç dökülmesine neden olabilir. Estetik nitelikler gizlenebilirlikle de ilişkilidir, çünkü estetik nitelikler özellikle kanser gizlenemediğinde önem kazanır (66).

Kanser tedavisinde kullanılan radikal cerrahi, sıklıkla organların veya uzuvların rezeksiyonu veya amputasyonunu içerir. Rektal kanser için abdominoperineal rezeksiyon veya meme kanseri için radikal mastektomi gibi sakatlayıcı cerrahi prosedürler kalıcı bir tedavi sağlayabilir, ancak hastalarda fiziksel ve duygusal yara izi bırakır (70).

Meme ve prostat kanseri cinsiyet karakterleriyle ilgili olması nedeniyle damgalanmaya açıktır. Mastektomi ile ilgili çalışmaların bulguları, olumsuz beden imajı, azalmış bir kadınlık hissi, cinsel çekicilik ve işlevde azalma ve utanç ve suçluluk duygusunu göstermektedir (70). Prostat kanseri de beraberinde getirdiği cinsel işlev bozuklukları ve erkekliğin yitimi algısı nedeniyle olumsuz algılanmaktadır (71).

Kaynak, hastaların kanserinden sorumlu olduğuna (örneğin sigara içme, kötü beslenme) inanılıp inanılmadığı (örneğin, kalıtım, çevresel etkenler) ile ilgilidir (66). İnsanlar, hastalıkları ve kendi eylemleri arasında neden sonuç ilişkisi kurduklarında bu ilişkiyi kuramadıkları durumdakinden daha büyük bir damgalanma yaşarlar. Tütün kullanmanın ve alkol tüketiminin akciğer ve baş ve boyun kanserindeki rolü bilindiği için, kanserlerini bu risk üreten davranışlara bağlayan kişiler, bunu yapmayanlara göre daha fazla içselleştirilmiş damgalanma yaşayabilir (17, 41, 72).

İnsanlar kişinin damgalanmasına neden olan olumsuzluklardan sorumlu olduğuna ne kadar çok inanırsa, yani damgalanmayı ne kadar kontrol edilebilir algıarlarsa, yardım etmeye o kadar az istekli olurlar (73). Akciğer kanserine diğer kanserlerden daha fazla kişisel sorumluluk atfedilmektedir. Ayrıca, akciğer kanseri hastalarını korumaya yönelik politika girişimlerine daha az destek verildiği ve mali ayrımcılığın daha fazla kabul gördüğü belirtilmiştir (64, 74).

Tehlike, insanların kendilerine kanserden kaynaklanan tehlikenin yakınlığı ve ciddiyeti hakkındaki inançlarıyla ilgilidir. Hastalık bulaşıcı (örn. HIV / AIDS) veya tehlikeli kabul edilirse (örn. Bazı akıl hastalıkları) tehlike algısı ortaya çıkacaktır (69).

Kanser bazen kalıtsal bir hastalık olarak kabul edilir; bu nedenle, aileden birinin kanser olması, insanlara güvenlik duygularının tehlike altında olduğunu hissettirir. Dahası, bazı topluluklarda insanlar kanserin bulaşıcı olduğuna inanırlar ve bu da artan bir güvensizlik duygusuyla sonuçlanır (66).

Kansere ilişkin damgalamanın “fundamental anksiyete” olarak tanımlanan hastalığın kendisinden korkma ve ölüm korkusundan kaynaklanabileceği ileri sürülmüştür (75).

Hastaların kanser tanısı alırlarsa bunu bilmek isteyip istemeyeceklerine dair farklı sonuçlar bulunmuştur. Korkmaz (76), 275 kişiyle yaptığı çalışmada katılımcıların kanseri ölümle ilişkilendirdiklerini, çoğunun kanser olma düşüncesini korkutucu bulduğunu, buna rağmen önemli bir kısmının kanser olurlar ise bunu bilmek istediklerini belirlemiştir. Alacacıoğlu’nun çalışmasında (27) da “tanınızı bilmeseydiniz size söylenmesini ister miydiniz” sorusuna hastaların %95,5’i tanılarını bilmek istedikleri cevabını vermiştir.

2.12. Kanserde Damgalanmanın Sonuçları

Kanser tanısı almış hastalara yönelik damgalama hastaların tedaviye uyumunu ve beklenen yaşam süresini azaltmakta, toplumdan dışlanmasına, sosyal izolasyona, sosyal desteğin azalmasına, depresyon ve anksiyeteye, kendini suçlamaya ve duygusal iyilik hali başta olmak üzere yaşam kalitelerinin azalmasına

neden olmaktadır (7, 36, 62, 71, 77, 78, 79). Kanser damgası, iyileştikten sonra kanser hastalarının topluma tam entegrasyonu için ek engeller oluşturabilir.

Hastalığın yaratacağı ayrımcılık ve diğer sorunlar başka insanlara açıklanıp açıklanmaması sorununu da gündeme getirmektedir. İnsanlar başkalarının gözünde değersiz olacaklarına ne kadar inanırlarsa psikolojik iyilik halleri de o kadar kötüye gitmektedir (7, 49).

Sadece bireysel değil yapısal ve sosyal düzeyde de ortaya çıkaracağı düşünülen sorunlar nedeniyle kanser hastalığının ifşasından kaçınılmaktadır. Araştırmalar, kanser hastalarının sağlık sigortası veya istihdam kaybını önlemek ve ilişki sorunlarından kaçınmak için kanser teşhislerini genellikle gizlediğini göstermektedir (63).

Lebel ve ark. (80) kanser hastalarında görülen kendini suçlama davranışının hem olumlu hem de olumsuz etkileri olabileceğini öne sürmüştür. Kendini suçlama, akciğer kanserindeki sonuçların önemli bir belirleyicisi olan sigarayı bırakmak gibi olumlu değişimi motive edebilir. Erken evre akciğer kanseri olan hastaların sigarayı bırakması 5 yıllık sağkalımı iki katına çıkarmaktadır (81).

Bu çalışma kanser hastalarının yaşadıkları damgalanma algısını ve damgalanma algısının sosyodemografik ve klinik değişkenlerle ilgisinin değerlendirilmesi amacıyla yapılacaktır. Elde edilen bulguların, kanser tanısı almış hastalarla çalışan klinisyenler açısından ve kanser hastalarına yönelik psikososyal müdahaleler planlanırken katkı sağlayacağına inanılmaktadır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Örneklem

Bu çalışma Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Onkoloji Polikliniğinde yürütülmüştür. Araştırmaya akciğer, meme, kolon-rektum, prostat, cilt ve mide kanseri tanısı almış, ayaktan ya da yatarak tedavileri süren 147'si kadın, 95'i erkek toplam 242 hasta alınmıştır. Bu kanser türleri toplumda en çok görülen kanser türleridir. Diğer kanser türleri çalışma dışında bırakılmıştır.

Araştırma için örneklem seçilmeyip, Etik Kurulu Onayı sonrasında 9 Temmuz-30 Eylül 2020 tarihleri arasında, yukarıda sayılan kanser tanılarına sahip ve çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar araştırmaya alınmıştır.

Araştırmaya kabul edilme ölçütleri:

- 18 yaşından büyük olmak.
- Akciğer, meme, kolon-rektum, prostat, cilt ve mide kanseri tanısı almış olmak.
- Araştırma ölçeklerini dolduracak bilişsel yeterliliğe sahip olmak.
- Okuryazar olmak.

Araştırmadan çıkarılma ölçütleri:

- Soruları eksik yanıtlamak.
- Çalışmadan çıkmak istemek.

3.2. Uygulama

Çalışma için 08.07.2020 tarihinde 527 karar no ile Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı alındı. Bireyler araştırma hakkında detaylı olarak bilgilendirilmiş olup çalışma içeriğinde isminin kullanılmayacağı, her türlü kişisel bilginin gizli kalacağı, çalışmaya

katılmaktan çalışmanın herhangi bir aşamasında vazgeçebileceği, çalışmaya katılmama ya da çalışmaya katılmaktan vazgeçme sebebiyle tedavi programında herhangi bir etkilenme olmayacağı bireylere anlatıldı ve gönüllü katılım belgesi imzalatıldı. Hasta grubu ile bir kez görüşüldü. Görüşmeler Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Onkoloji Polikliniğinde ve yataklı servisinde gerçekleştirildi. Hasta grubuna,

- Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu
- Cataldo Akciğer Kanseri Damgalanma Ölçeği (CAKDÖ) uygulandı.

3.3. Veri Toplama Araçları

Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu:

Sosyodemografik ve klinik verileri toplamaya yönelik araştırmanın amacına uygun olarak araştırmacılar tarafından geliştirilmiş yarı yapılandırılmış bilgi toplama aracıdır. Bu form yaş, cinsiyet, öğrenim düzeyi, medeni durum, çocuk sayısı, iş durumu, yaşadığı yer, hastalık süresi (ay), tanı, evre, hastane yatışı, operasyon, operasyon tipi, radyoterapi, adjuvan kemoterapi, neoadjuvan kemoterapi alınıp alınmadığı, ailede kanser öyküsü olup olmadığı, ilaç uyumu, sosyal güvence, yan etki ve yan etkinin tipi sorularını içermektedir.

Cataldo Akciğer Kanseri Damgalanma Ölçeği(CAKDÖ):

Bu ölçek ayaktan takip edilen akciğer kanseri hastalarının damgalanma algısını ölçmek için Cataldo ve arkadaşları tarafından (7) geliştirilmiş ve kullanılmıştır. Daha sonra uygulama kolaylığı açısından ölçeğin 21 sorudan oluşan kısa formu hazırlanmıştır (8). Ölçeğin utanç ve suçluluk, sosyal izolasyon ve ayrımcılık alt ölçekleri bulunmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması Doğanavşargil-Baysal ve arkadaşları (9) tarafından yapılmış, Carter-Harris'in (8) 21 soruluk ölçeği kullanılmış ancak iki madde istatistiksel değerlendirme sonucu çıkartılarak ölçek 19 soruya (utanç ve suçluluk;7 soru, sosyal izolasyon;8 soru, ayrımcılık;4 soru) indirilmiştir. CAKDÖ'nin tüm kanser tipleri

için geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu ve Türkiye için kanser hastalarının damgalanmasının gösterilmesinde kullanılabileceği gösterilmiştir.

Çalışmada CAKDÖ'nün 19 maddelik Türkçe versiyonu kullanılmıştır.

3.4. Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel değerlendirme, IBM SPSS Statistics 23 istatistik programı kullanılarak yapıldı. Örnekleme tanımlamak için frekans dağılımı, ortalama, standart sapma gibi tanımlayıcı istatistikler kullanıldı. Verilerin istatistiksel karşılaştırılmasında parametrik test varsayımlarının sağlandığı durumlarda bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın anlamlılık testi "Student t testi", Üç ve daha fazla grubun değişkenlerinin karşılaştırılmasında ise tek yönlü varyans analizi, grupların farklılığını göstermek için Tukey analizi yapıldı. Ayrıca sürekli değişkenlerin ilişkisinin gösterilmesinde Korelasyon analizi kullanıldı. Analizlerde farklılıkların belirlenmesi için %95 anlamlılık düzeyi ($\alpha=0.05$ hata payı) kullanıldı.

4. BULGULAR

4.1. Sosyodemografik Veriler

Araştırmaya akciğer, meme, kolon-rektum, prostat, deri ve mide kanseri tanısı almış ve tedavileri süren 242 kişi katıldı. Katılımcıların 147'si (%60,7) kadın, 95'i (%39,3) erkekti. Katılımcıların yaş ortalaması $57,69 \pm 11,47$ olarak belirlendi. (Çizelge 4.1.1).

Örneklem medeni durum açısından incelendiğinde %83,1 evli, %4,1 bekar, %5 ayrılmış, %7,9 dul olduğu bulundu. Öğrenim düzeylerinin dağılımı %9,1 okuryazar ve altı, %58,3 ilköğretim, %16,9 lise, %15,7 yüksekokul veya üniversite mezunu idi. Örneklem %43'ü çalışmadığını, %13,6 halen çalışıyor olduğunu, %43,4'ü de emekli olduğunu bildirdi. Yaşadıkları yere bakıldığında %57 oranında şehirlerde, %27,7 oranında kasabada, %15,3 oranında köylerde yaşamaktaydı (Tablo 4.1). Örneklem grubunun %5'inin (n=12) çocuğu yok iken iki çocuğu olanlar %40 (n=95) ile en yüksek oranı oluşturmaktaydı (Çizelge 4.1).

4.2. Klinik Veriler

veriler değerlendirildiğinde örneklem ortalama hastalık süresi $34,3 \pm 38,8$ ay bulundu. Kanser türleri sırasıyla meme (n=111, %45,9), kolon-rektum (n=55, %22,7), akciğer (n=38, %15,7), mide (n=18, %7,4), deri (malin melanom) (n=14, %5,8) ve prostat kanseri (n=6, %2,5) olarak dağılım gösterdi. Tüm kanserlerin evre dağılımı 1. Evre (n=32, %13,8), 2.evre (n=53, %22,8), 3.evre (n=50, %21,6), 4.evre (n=97, %41,8) olarak bulundu. Ailede kanser öyküsü görülme sıklığı %40,1 (n=97) idi (Çizelge 4.2).

ÇİZELGE 4.1: Örneklem grubunun sosyodemografik verileri

Yaş		Ortalama + Standart Sapma: 57,69±11,24	
Minimum:		30	
Maksimum:		90	
		N	%
Cinsiyet	Kadın	147	60,7
	Erkek	95	39,3
Medeni durum	Evli	201	83,1
	Bekar	10	4,1
	Ayrılmış	12	5,0
	Dul	19	7,9
Öğrenim düzeyi	Okuryazar ve altı	22	9,1
	İlköğretim	141	58,3
	Lise	41	16,9
	YO veya üniversite	38	15,7
İş durumu	Çalışmıyor	104	43,0
	Çalışıyor	33	13,6
	Emekli	105	43,4
Yaşadığı yer	Şehir	138	57,0
	Kasaba	67	27,3
	Köy	37	15,3
Çocuk Sayısı	0	12	5,0
	1	40	16,5
	2	97	40,1
	3	46	19,1
	4	20	8,3
	5	12	5,0
	6	4	1,7
	7	4	1,7
	8	3	1,2
	9	2	,8
	11	1	,4

Çizelge 4.2: Örneklem Grubunun Hastalık Bilgileri

Hastalık Süresi (Ay)		Ortalama + Standart sapma: 34,33±38,78	
		N	%
Tanı	Akciğer CA	38	15,7
	Meme CA	111	45,9
	Kolon-rektum CA	55	22,7
	Prostat CA	6	2,5
	Malin melanom	14	5,8
	Mide CA	18	7,4
Evre	1	32	13,8
	2	53	22,8
	3	50	21,6
	4	97	41,8
Ailede CA	Var	97	40,1
	Yok	145	59,9

Araştırmaya katılan hastaların tedavileri ile ilgili verdikleri yanıtların dağılımı aşağıda sunulmuştur.

Hastalıkları ile ilgili operasyon geçirenlerin oranı %81,8 (n=198), radyoterapi (RT) alanların oranı %55,4 (n=134), neoadjuvan ve adjuvan kemoterapi (KT) alanların oranı da sırasıyla %42,7 (n=103) ve %64,5 (n=156) idi. Hastaların %96,7'si (n=232) ilaçlarını hiç aksatmadan kullandığını belirtti. Sosyal güvenceye sahip olma oranı %98,8 idi (Çizelge4.3).

Çizelge 4.3: Örneklem Grubunun Tedavi Bilgileri

		N	%
Hastane yatışı	Evet	206	85,1
	Hayır	36	14,9
Operasyon	Var	198	81,8
	Yok	43	17,8
Radyoterapi (RT)	Evet	134	55,4
	Hayır	108	44,6
Neoadjuvan KT	Evet	103	42,7
	Hayır	138	57,3
Adjuvan KT	Evet	156	64,5
	Hayır	86	35,5
İlaç uyumu	Ayda 1 den az doz atlıyor	232	96,7
	Ayda 1 den fazla doz atlıyor	8	3,3
Yan etki	Evet	134	55,6
	Yok	107	44,4
Sosyal güvence	Var	239	98,8
	Yok	3	1,2

Örneklem grubunun geçirdiği operasyonlara bakıldığında mastektomi %48,2 (n=94) ile ilk sırada yer alırken, onu sırasıyla %23,6 (n=46) ile kolon rezeksiyonu, %6,2 (n=12) ile Akciğer lobektomi ve gastrektomi takip etti (Tablo 4.3).

Hastaların %55,6'sı (n=132) kullandıkları ilaçlar nedeniyle çeşitli yan etkiler yaşadıklarını bildirdi (Tablo 4.3). Bildirilen en olumsuz yan etki %50,8 (n=67) ile gastrointestinal yan etkiler (bulantı, kusma, ishal vb.) oldu. Ardından halsizlik %12,1 (n=16), nöropati %10,6 (n=14), döküntü/akne %6,8 (n=9) ve alopesi %6,1 (n=8) bildirildi (Tablo 4.4).

ÇİZELGE 4.4: Örneklem Grubunun Geçirdiği Operasyon Tipi Dağılımı

	N	%
Operasyon tipi Mastektomi	94	48,2
Mastektomi +AC lobektomi	1	,5
Tümör eksizyonu	6	3,1
Torakotomi	1	,5
Akciğer lobektomi	12	6,2
Histerektomi+ ooferaektomi	2	1,0
Kolon rezeksiyonu	46	23,6
Gastrektomi	12	6,2
Lumpektomi	3	1,5
Omentektomi+apendektomi	1	,5
Wedge operasyonu	1	,5
Beyin metastaz operasyonu	4	2,1
Kolostomi	4	2,1
Transüretral prostat rezeksiyonu	4	2,1
Küçük hücreli karsinomlar operasyonu	1	,5
Amputasyon	1	,5
Torakal laminektomi	1	,5
Lenf nodu disseksiyonu	1	,5
Toplam	195	100,0

ÇİZELGE 4.5: En fazla rahatsızlık veren yan etki

	N	%
Yan Etki Türü Gastrointestinal Y	67	50,8
Alopesi	8	6,1
Nöropati	14	10,6
Diyabet	5	3,8
Halsizlik	16	12,1
Döküntü/Akne	9	6,8
Cinsel Fonk. Boz.	1	,8
Nötropeni-anemi	3	2,3
Ateş	4	3,0
Ağrı	2	1,5
Kanama	1	,8
Bayılma	1	,8
Bellek sorunu	1	,8
Toplam	132	100,0

4.3. Sosyodemografik Veriler ile CAKDÖ Puanlarının Değerlendirilmesi

Damgalanma toplam, utanç ve suçlama, izolasyon, ayrımcılık alt boyut puanları örneklem grubuna dahil edilen hastaların cinsiyetlerine göre karşılaştırılabilir. Diğer değişkenlerde cinsiyetler arasında bir farklılık tespit edilmemiştir (Çizelge 4.6).

ÇİZELGE 4.6: CAKDÖ Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

	Cinsiyet	N	X	SS	t	df	p
Utanç ve suçlama	Kadın	147	9.63	3.705	0.372	240	0.710
	Erkek	95	9.44	4.171			
İzolasyon	Kadın	147	10.55	4.186	-1.458	240	0.146
	Erkek	95	11.41	4.896			
Ayrımcılık	Kadın	147	5.46	2.442	-3.529	240	0.001*
	Erkek	95	6.73	3.137			
Toplam	Kadın	147	25.64	8.652	-1.650	240	0.100
	Erkek	95	27.58	9.344			

Student's t-testi uygulanmıştır (*p<0.05)

Yaş ve hastalık süresinin damgalanma ve alt boyutları ile ilişkiyi test etmek için Pearson korelasyon testi uygulandı. Yaş ile toplam damgalanma ($r=-0,217$; $p<0,01$), utanç ve suçlama ($r=-0,235$; $p<0,01$) ve ayrımcılık ($r=-0,182$; $p<0,05$) puanları arasında anlamlı ve negatif yönlü bir korelasyon bulundu. Hastalık süresi ile damgalanma ve alt boyutları arasında anlamlı bir korelasyon gözlenmedi (Çizelge 4.7).

ÇİZELGE 4.7: CAKDÖ puanlarının yaşa ve hastalık süresine göre değerlendirilmesi

		Yaş	Hsüresi	Utanc	ve	İzolasyon	Ayrımcılık	Toplam
Yaş	Pearson's	—						
	p-value	—						
Hsüresi ay	Pearson's	0.017	—	0.012	-0.012	-0.092	-0.030	
	p-value	0.797	—	0.860	0.858	0.158	0.650	
Utanc	Pearson's	-0.235	***	—				
	p-value	< 0.001		—				
İzolasyon	Pearson's	-0.117		0.554	***	—		
	p-value	0.070		<0.001		—		
Ayrımcılık	Pearson's	-0.182	**	0.338	***	0.419	***	—
	p-value	0.005		< 0.001		< 0.001	—	
Toplam	Pearson's	-0.217	***	0.817	***	0.872	***	0.669
	p-value	< 0.001		< 0.001		< 0.001	< 0.001	—

Not Pearson korelasyon testi kullanıldı (2 tailed).. * p <0.05, ** p <0.01, *** p <0.001

ÇİZELGE 4.8: CAKDÖ puanlarının medeni duruma göre karşılaştırılması

	Medeni Dur.	N	Ort.	SS	F	P
Utanc ve suçlama	Evli	201	9,61	3,93	2,74	0,044*
	Bekar	10	12,30	5,10		
	Ayrılmış	12	8,58	3,26		
	Dul	19	8,21	2,20		
İzolasyon	Evli	201	10,93	4,44	1,42	0,238
	Bekar	10	12,20	6,29		
	Ayrılmış	12	11,83	5,36		
	Dul	19	9,16	2,99		
Ayrımcılık	Evli	201	5,88	2,65	4,19	0,006*
	Bekar	10	8,50	4,50		
	Ayrılmış	12	6,75	3,05		
	Dul	19	4,89	2,42		
Toplam	Evli	201	26,42	8,88	3,28	0,022*
	Bekar	10	33,00	11,58		
	Ayrılmış	12	27,17	9,81		
	Dul	19	22,26	5,55		

One-way anova, * p<0,05

Hastaların medeni durumları ile CAKDÖ puanları ortalamaları değerlendirildi (Utanç ve suçlama (($p=0,044$; $p<0,05$)) ve ayrımcılık (($p=0,006$; $p<0,05$)) boyutları ile toplamda (($p=0,022$; $p<0,05$)) istatistiksel olarak anlamlı farklar görüldü (Çizelge 4.8). Post-hoc (Tukey-HSD) testlerde utanç ve suçlama boyutunda bekar istatistiksel olaraklardan ($\bar{x}_1-\bar{x}_2= 4,09$; $p=0.035$) daha yüksek puan alırken, ayrımcılık boyutunda da evlilerden ($\bar{x}_1-\bar{x}_2= 2,62$; $p=0.019$) ve dullardan ($\bar{x}_1-\bar{x}_2= 3.61$; $p=0,005$) daha yüksek puan aldı. Damgalanma toplam puanında bekar hastaların puanı dul hastaların puanından ($\bar{x}_1-\bar{x}_2= 10,74$; $p=0.011$) istatistiksel olarak anlamlı biçimde yüksekti.

ÇİZELGE 4.9: CAKDÖ Puanlarının Öğrenim Düzeyine Göre Karşılaştırılması

Öğrenim düzeyi		N	Ort	SS	F	P
Utanç ve suçlama	Okuryazar ve altı	22	8,68	2,61	1,811	0,146
	İlköğretim	141	9,28	3,77		
	Lise	41	10,63	4,49		
	Yo veya üniversite	38	9,95	4,09		
İzolasyon	Okuryazar ve altı	22	10,00	3,07	1,475	0,222
	İlköğretim	141	10,61	4,39		
	Lise	41	12,07	4,51		
	Yo veya üniversite	38	11,16	5,34		
Ayrımcılık	Okuryazar ve altı	22	4,59	1,26	5,569	0,001*
	İlköğretim	141	5,65	2,65		
	Lise	41	7,07	3,45		
	Yo veya üniversite	38	6,66	2,69		
Toplam	Okuryazar ve altı	22	23,27	5,99	3,684	0,013*
	İlköğretim	141	25,54	8,38		
	Lise	41	29,78	10,26		
	Yo veya üniversite	38	27,76	10,00		

One-way anova; * $p<0,05$

Öğrenim düzeyi, damgalanma puanları ortalamasında ayrımcılık boyutunda ($p=0,001$; $p<0,05$) ve toplamda ($p=0,013$; $p<0,05$) anlamlı bir fark oluşturdu (Çizelge 4.3.4). yapılan Post hoc testlerde (Tukey HSD); "toplam"da okuryazar ve altı ile lise ($\bar{x}_1-\bar{x}_2=-6,51$; $p=0,29$), ilköğretim ile lise ($\bar{x}_1-\bar{x}_2=-,78$; $p=0,37$) ayrımcılık boyutunda deise okuryazar ve altı ile lise ($\bar{x}_1-\bar{x}_2=-2,49$; $p=0,004$), okuryazar ve altı ile YO veya üniversite ($\bar{x}_1-\bar{x}_2=-2,07$; $p=0,026$), ilköğretim ile lise $\bar{x}_1-\bar{x}_2=-1,42$; $p=0,019$) arasında istatistiksel olarak farkın anlamlı olduğu görüldü.

ÇİZELGE 4.10: CAKDÖ Puanlarının Yaşadığı Yere Göre Karşılaştırılması

	Yaşadığı yer	N	Ort.	SS	F	P
Toplam	Şehir	138	26,70	9,29	0,734	0,481
	Kasaba	67	26,69	9,07		
	Köy	37	24,76	7,43		
Utanç ve suçlama	Şehir	138	9,80	4,19	1,293	0,276
	Kasaba	67	9,55	3,60		
	Köy	37	8,65	3,09		
İzolasyon	Şehir	138	10,95	4,70	0,065	0,937
	Kasaba	67	10,90	4,38		
	Köy	37	10,65	3,92		
Ayrımcılık	Şehir	138	5,95	2,84	0,924	0,398
	Kasaba	67	6,24	2,81		
	Köy	37	5,46	2,62		

One-way anova; * $p<0,05$

Hastaların yaşadıkları yerin CAKDÖ puanları üzerinde herhangi bir fark oluşturmadığı bulundu (Çizelge 4.10).

ÇİZELGE 4.11: CAKDÖ puanlarının iş durumuna yere göre karşılaştırılması

İş durumu		N	Ort	SS	F	P
Utanç ve suçlama	Çalışmıyor	104	9,86	3,95	2,267	0,106
	Çalışıyor	33	10,42	5,14		
	Emekli	105	8,99	3,28		
İzolasyon	Çalışmıyor	104	10,92	4,47	0,011	0,989
	Çalışıyor	33	10,79	5,22		
	Emekli	105	10,89	4,30		
Ayrımcılık	Çalışmıyor	104	5,41	2,54	4,911	0,008*
	Çalışıyor	33	7,06	3,34		
	Emekli	105	6,14	2,76		
Toplam	Çalışmıyor	104	26,19	8,91	0,842	0,432
	Çalışıyor	33	28,27	11,42		
	Emekli	105	26,02	8,12		

One-way anova; *p <0,05

İş durumu yalnızca ayrımcılık boyutunda ($p=0,008$, $p<0,05$) anlamlı bir fark ortaya çıkardı. Diğer boyutlarda ve toplamda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (Çizelge 4.11) Post hoc testlerde (Tukey HSD) çalışanların ayrımcılık puanları çalışmayan hastalardan ($\bar{x}_1-\bar{x}_2=-1,65$; $p=0,009$) istatistiksel olarak anlamlı biçimde yüksekti.

4.4. Klinik Veriler İle CAKDÖ Puanlarının Değerlendirilmesi

Hastaların tedavilerine ilişkin değişkenler ve bu değişkenlerin CAKDÖ puanlarına etkisi değerlendirildi. İlk olarak hastalığın türünün CAKDÖ puanlarına etkisine bakıldı. Damgalanma toplam puanı ($p=0,007$; $p<0,05$), utanç ve suçlama ($p=0,038$; $p<0,05$), izolasyon ($p=0,031$; $p<0,05$) ve ayrımcılık ($p=0,000$; $p<0,05$) olmak üzere tüm boyutlarda hastalık türünden kaynaklı anlamlı farklılıklar bulundu (Çizelge 4.12). CAKDÖ puanlarında kanser türlerinden kaynaklanan farklar Post-hoc testlerde (Tukey HSD) şu şekilde oluştu: Utanç ve suçlama boyutunda malin melanom akciğer kanserinden ($\bar{x}_1-\bar{x}_2= 3,59$; $p=0,035$) ve kolon-rektum kanserinden ($\bar{x}_1-\bar{x}_2= 3,41$; $p=0,038$) istatistiksel olarak anlamlı biçimde ayrıştı. Ayrımcılık boyutunda akciğer kanseri meme kanserinden ($\bar{x}_1-\bar{x}_2= 2,54$; $p=0,000$) ve kolon-

rektum kanserden ($\bar{x}_1 - \bar{x}_2 = 2,23$; $p=0,001$) istatistiksel olarak anlamlı biçimde yüksekti.

ÇİZELGE 4.12: CAKDÖ puanlarının hastalık türüne göre karşılaştırılması

	Kanser Türü	N	Ort	SS	F	P
Utanç ve suçlama	AC CA	38	9,05	3,14	2,395	0,038*
	Meme CA	111	9,65	3,62		
	Kolon-rektum CA	55	9,24	4,48		
	Prostat CA	6	7,50	,84		
	Malin melanom	14	12,64	5,60		
	Mide CA	18	9,33	3,12		
	Total	242	9,56	3,89		
İzolasyon	AC CA	38	12,53	5,32	2,503	0,031*
	Meme CA	111	10,65	4,07		
	Kolon-rektum CA	55	10,64	4,54		
	Prostat CA	6	8,83	1,33		
	Malin melanom	14	12,64	6,48		
	Mide CA	18	9,00	2,00		
	Total	242	10,89	4,49		
Ayrımcılık	AC CA	38	7,87	3,47	6,356	0,000*
	Meme CA	111	5,32	2,28		
	Kolon-rektum CA	55	5,64	2,56		
	Prostat CA	6	4,83	,98		
	Malin melanom	14	7,36	3,67		
	Mide CA	18	6,06	2,58		
	Total	242	5,95	2,80		
Toplam	AC CA	38	29,45	9,33	3,250	0,007*
	Meme CA	111	25,62	8,35		
	Kolon-rektum CA	55	25,51	9,10		
	Prostat CA	6	21,17	2,40		
	Malin melanom	14	32,64	12,38		
	Mide CA	18	24,39	6,48		
	Total	242	26,40	8,96		

One-way anova; * $p < 0,05$

Tedavi seçenekleri ile ilişkili duruma bakıldığındaı operasyon öyküsü olan ve olmayan hastaların ayrımcılık ($t=2,722$; $p=0,07$) alt boyutu puanları arasında olarak anlamlı bir fark bulunurken damgalanma toplam, utanç ve suçlama ve izolasyon puanlarında anlamlı bir görülmedi(Çizelge 4.13).

ÇİZELGE 4.13: CAKDÖ puanlarının tedavi türlerine göre karşılaştırılması

Operasyon		N	Ort	SS	t	df	p
Utanc ve suçlama	Evet	198	9,55	3,97	-0.197	239	0,844
	Hayır	43	9,67	3,56			
İzolasyon	Evet	198	10,68	4,32	-1.626	239	0,105
	Hayır	43	11,91	5,14			
Ayrımcılık	Evet	198	5,73	2,65	-2.722	239	0,007*
	Hayır	43	7,00	3,28			
Toplam	Evet	198	25,96	8,80	-1.745	239	0,082
	Hayır	43	28,58	9,53			
Radyoterapi		N	Ort	SS	t	df	p
Utanc ve suçlama	Evet	134	9,87	4,11	1,375	240	0,171
	Hayır	108	9,18	3,58			
İzolasyon	Evet	134	10,84	4,32	-,203	240	0,840
	Hayır	108	10,95	4,71			
Ayrımcılık	Evet	134	5,95	2,74	-,042	240	0,967
	Hayır	108	5,96	2,89			
Toplam	Evet	134	26,65	9,21	,480	240	0,632
	Hayır	108	26,09	8,67			
Adjuvan KT		N	Ort	SS	t	df	p
Utanc ve suçlama	Evet	156	9,88	4,15	1,734	210,632	0,084 ^a
	Hayır	86	8,98	3,29			
İzolasyon	Evet	156	10,77	4,28	-,556	240	0,579
	Hayır	86	11,10	4,85			
Ayrımcılık	Evet	156	5,81	2,72	-1,100	240	0,273
	Hayır	86	6,22	2,93			
Toplam	Evet	156	26,46	9,08	,127	240	0,899
	Hayır	86	26,30	8,80			
Neoadjuvan KT		N	Ort	SS	t	df	p
Utanc ve suçlama	Evet	103	9,27	3,67	-,937	239	0,350
	Hayır	138	9,75	4,05			
İzolasyon	Evet	103	11,50	5,37	1,862	170,1	0,079 ^a
	Hayır	138	10,42	3,67			
Ayrımcılık	Evet	103	6,14	2,79	,888	239	0,376
	Hayır	138	5,81	2,82			
Toplam	Evet	103	26,91	9,61	,799	239	0,424
	Hayır	138	25,98	8,48			

Not: Student's t-test uygulanmıştır; *p< .05; ^a Levene's test is sig.(p < .05), suggesting a violation of the equal variance assumption

Radyoterapi, neoadjuvan ve adjuvan kemoterapi öyküsünün olup olmaması damgalanma puanlarında istatistiksel olarak anlamlı herhangi bir farklılık ortaya çıkarmadı (Çizelge 4.13).

Çizelge 4.14: CAKDÖ puanlarının diğer tedavi değişkenlerine göre karşılaştırılması

Ailede CA öyküsü		N	Ort	SS	t	df	p
Utancı ve suçlama	Evet	97	9,36	3,74	-0,644	240	0,520
	Hayır	145	9,69	3,99			
İzolasyon	Evet	97	10,91	4,39	0,053	240	0,958
	Hayır	145	10,88	4,57			
Ayrımcılık	Evet	97	6,10	3,20	0,643	171,224	0,521 ^a
	Hayır	145	5,86	2,50			
Toplam	Evet	97	26,37	9,30	-0,042	240	0,966
	Hayır	145	26,42	8,76			
İlaç Uyumu		N	Ort	SS	t	df	p
Utancı ve suçlama	Ayda 1'den az atlıyor	232	9,42	3,74	-1,753	7,169	0,122 ^a
	Ayda 1'den fazla atlıyor	8	13,38	6,35			
İzolasyon	Ayda 1'den az atlıyor	232	10,79	4,44	-1,293	238	0,197
	Ayda 1'den fazla atlıyor	8	12,88	5,87			
Ayrımcılık	Ayda 1'den az atlıyor	232	5,88	2,77	-1,611	238	0,197
	Ayda 1'den fazla atlıyor	8	7,50	3,30			
Toplam	Ayda 1'den az atlıyor	232	26,09	8,73	-1,652	7,219	0,141 ^a
	Ayda 1'den fazla atlıyor	8	33,75	13,01			
Sosyal Güvence		N	Ort	SS	t	df	p
Utancı ve suçlama	Var	239	9,52	3,79	-0,555	2,007	0,164 ^a
	Yok	3	12,67	9,81			
İzolasyon	Var	239	10,91	4,51	0,603	240	0,547
	Yok	3	9,33	2,31			
Ayrımcılık	Var	239	5,98	2,81	1,218	240	0,635
	Yok	3	4,00	,00			
Toplam	Var	239	26,41	8,95	-0,078	240	0,927
	Yok	3	26,00	12,12			
Yan Etki		N	Ort	SS	t	df	p
Utancı ve suçlama	Var	134	9,83	3,94	1,522	239	0,129
	Yok	107	9,08	3,55			
İzolasyon	Var	134	11,25	4,68	1,864	238,939	0,064 ^a
	Yok	107	10,24	3,68			
Ayrımcılık	Var	134	6,33	3,00	2,388	238,743	0,018*
	Yok	107	5,49	2,47			
Toplam	Var	134	27,40	9,45	2,386	238,93	0,018*
	Yok	107	24,81	7,41			

Not: Student's t-test uygulanmıştır; *p< .05; ^a Levene's test is sig. (p < .05), suggesting a violation of the equal variance assumption

Ailede kanser öyküsünün bulunup bulunmamasının, oral ilaç alımı referans alınarak ilaç uyumunun bulunup bulunmamasının ya da hastanın sosyal

güvencesinin olup olmamasının da CAKDÖ puanlarına istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olmadığı görüldü (Çizelge 4.14).

Kullandıkları ilaçlardan kaynaklı yan etki yaşayan hastaların damgalanma toplam ($t=2,386$; $p=0,018$), izolasyon ($t=1,864$; $p=0,064$) ve ayrımcılık ($t=2,388$; $p=0,018$) puan ortalamaları yan etki yaşamayanların puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksekti (Çizelge 4.14).

ÇİZELGE 4.15: CAKDÖ puanlarının hastalığın evresine göre karşılaştırılması

	Evre	N	Ort	SS	F	P
Utancı ve suçlama	1	32	8,81	2,53	1,564	0,199
	2	53	8,83	3,75		
	3	50	9,40	4,26		
	4	97	10,06	4,05		
	Total	232	9,47	3,87		
İzolasyon	1	32	9,72	3,34	7,416	0,000*
	2	53	9,42	2,98		
	3	50	9,66	2,88		
	4	97	12,15	5,26		
	Total	232	10,66	4,29		
Ayrımcılık	1	32	5,75	2,51	2,233	0,085
	2	53	5,04	2,50		
	3	50	6,14	2,95		
	4	97	6,16	2,75		
	Total	232	5,73	2,68		
Toplam	1	32	24,28	5,91	4,991	0,002*
	2	53	23,28	7,36		
	3	50	25,20	7,89		
	4	97	28,38	9,84		
	Total	232	25,97	8,66		

One-way anova; * $p<0,05$

Hastalığın evrelerinin CAKDÖ puanlarıyla ilişkisine bakıldığında damgalanma toplam ($p=0,002$; $p<0,05$) izolasyon ($p=0,000$; $p<0,05$) puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu görüldü (Çizelge 4.4.3). Pos-hoc testlerde (Tukey HSD) hastalığın 4. evresindeki hastalar “damgalanma toplam” puanında hastalığın 2. evresindeki hastalardan ($\bar{x}_1-\bar{x}_2= 5,10$; $p=0,003$) anlamlı derecede yüksek puan aldı. “İzolasyon” boyutunda 4. evre hastalar 1. evre hastalardan ($\bar{x}_1-\bar{x}_2= 2,44$; $p=0,021$), 2. evre hastalardan ($\bar{x}_1-\bar{x}_2= 2,74$; $p=0,001$), 3.

evre hastalardan ($\bar{x}_1 - \bar{x}_2 = 2,49$; $p=0,003$) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almıştı (Çizelge 4.15).

Hastaların geçirdiği operasyon tipinin CAKDÖ puanlarına etkisine bakıldı. İzolasyon ($p=0,034$; $p<,05$) ve ayrımcılık ($p=0,002$; $p<,05$) boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görüldü (Çizelge 4.16). Bazı operasyon türlerinde yalnızca 1 vaka bulunması nedeniyle Post-hoc analiz çalışılmadı.

ÇİZELGE 4.16: CAKDÖ puanlarının operasyon tipine göre karşılaştırılması

	N	Ort	SS	F	P
Toplam	195	25,97	8,86	1,873	0,023*
Utanç ve suçlama	195	9,55	3,99	1,170	0,294
İzolasyon	195	10,71	4,35	1,778	0,034*
Ayrımcılık	195	5,71	2,645	2,510	0,001*

One-way anova; * $p<0,05$

Yan etki tipinin CAKDÖ puanlarına etkisine bakıldı. Damgalanma toplam ($p=0,032$; $p<0,05$) ve izolasyon ($p=0,010$; $p<0,05$) puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklar gözlemlendi. Bazı yan etki türlerinde yalnızca 1 vaka bulunması nedeniyle Post-hoc analiz çalışılmadı (Çizelge 4.17).

ÇİZELGE 4.17: CAKDÖ puanlarının yan etki tipine göre karşılaştırılması

	N	Ort	SS	F	P
Toplam	132	27,06	9,31	1,980	0,032*
Utanç ve suçlama	132	9,76	3,87	1,419	0,167
İzolasyon	132	11,05	4,53	2,331	0,010*
Ayrımcılık	132	6,26	2,96	1,452	0,152

One-way anova; * $p<0,05$

5. TARTIŞMA

Kanser başlığı altında toplanmış 100'den fazla farklı tanı olduğu düşünüldüğünde tek bir semptom kümesinden, prognozdan ve tedavi şeklinden bahsetmek mümkün olmayacaktır. Kanser hastalarını basitçe homojen bir grup olarak algılamak yanlış bir varsayımdır (22). Dolayısıyla kansere dönük damgalanmanın da kanser türündeki farklılıkla birlikte çeşitli farklılıklar göstermesi beklenmelidir.

Fujisawa ve Okigara (66) kanserle ilgili damgalanmanın boyutlarını inceleyen iki temel çalışmaya (65, 69) bakıldığında insanların kansere dönük algısını, düşünce ve davranışlarını dolayısıyla damgalanmayı etkileyen üç ortak faktörden bahseder: kaynak/kişisel sorumluluk, gidişat/hastalığın şiddeti ve rahatsızlık/uygunsuzluk. Bu değişkenler damgayı oluşturduktan sonra diğer insanların kanser tanısı almış hastalara dönük olumsuz tepkileri ortaya çıkar ve hasta için tıbbi sonuçlar doğurur.

Çalışmamızda toplumda en yaygın görülen altı kanser türüne dönük algılanan damgalanma ve bu damgalanmayla ilişkili değişkenlerin Cataldo Akciğer Kanseri Damgalanma Ölçeğinin utanç ve suçlama, sosyal izolasyon ve ayrımcılık alt boyutlarında ve damgalama puanları toplamında incelenerek değerlendirilmesi yapıldı. Hastalığın türünün damgalanma puanlarına etkisine bakıldı tüm boyutlarda ve toplamda hastalık türünden kaynaklı anlamlı farklılıklar bulundu. Utanç ve suçlama boyutunda malin melanom akciğer kanserinden ve kolon-rektum kanserinden anlamlı biçimde ayrışırken ayrımcılık boyutunda akciğer kanseri meme kanserinden ve kolon-rektum kanserinden anlamlı biçimde yüksekti. Bulgularımız kanser türüne bağlı olarak damgalanma deneyiminde farklılıklar olacağı varsayımını öneren literatür bilgileriyle uyumludur.

Malin melanomun neden olduğu tümörler özellikle baş boyun bölgesi gibi vücudun örtülemeyen kısımlarında geliştiklerinde görünürlüğü yüksek olması sebebiyle kanserin gizlenebilirliğine engel olmakta ve hastalığı diğerleri için de görünür kılmaktadır. Gizlenebilirliğin düşük olması utanç ve suçlama boyutundaki

damgalanmayı açıklayabilir. Kozmetik kullanımı, solaryum, aşırı güneşlenmek (84) gibi yaşam tarzına bağlı tercihlerin cilt kanserine neden olduğu inancı hastaların damgalanma deneyimlerini artıracaktır. Dolayısıyla hastalığın gizlenebilirliğindeki düşüş ve hastalığa neden olduğuna inanılan engellenebilir faktörlerin çokluğundan dolayı malin melanomun hastalarda utanç ve suçlanma algısı yaratması beklenebilir. Bununla birlikte akciğer ve kolon-rektum kanserleri de kişinin kendi hastalığından sorumlu olduğu en fazla düşünülen yani en fazla suçluluk atfedilen kanser türlerindendir.

Araştırmaya dahil edilen kanser türleri için 5 yıllık sağkalım oranları meme kanseri için tüm evrelerde %90, ileri evrede %27, kolon-rektum kanseri için tüm evrelerde %65, ileri evrede %14, akciğer kanseri için tüm evrelerde %18, ileri evrede %5, malin melanom için tüm evrelerde %92, ileri evrede %20, prostat kanseri için tüm evrelerde %99, ileri evrede %30, mide kanseri için ise tüm evrelerde %31, ileri evrede %5 olarak bulunmuştur (85). Yani, araştırmamıza dahil edilen kanser türleri arasında en kötü prognozu olan dördüncü kanser türü olması nedeniyle malin melanomun diğer türlerden yüksek utanç ve suçlama puanı alması beklenmeyen bir sonuçtur.

Akciğer kanseri damgalanmanın en yoğun görüldüğü kanser türüdür ve bir kişinin hastalığına neden olmakla suçlanması, (45, 62, 63, 64, 74, 86) sağlık hizmeti sağlayıcıları tarafından farklı şekilde tedavi edilmesi (87- 91) veya diğer kanser türlerine kıyasla daha az destek ve ilgi gösterilmesi (74, 92, 93) gibi çeşitli şekillerde ortaya çıkabilir. Bu bilgi de araştırmamızda akciğer kanserinin yüksek ayrımcılık puanıyla ilgili olmasını destekler niteliktedir.

Araştırmalarda meme kanserinin, diğer kanser türlerinin çoğundan daha düşük damgalanmaya maruz kaldığı görülmüştür (64, 86). Marlow ve arkadaşları “kalıtımının” meme kanseri için en yaygın bilinen risk faktörü olduğunu ve bu nedenle birçok kadının bunu kontrol edilemez olarak görebileceğini, dolayısıyla kendini suçlama ve damgalanma olasılığının düşük olabileceğini vurgulamıştır (86). Meme kanseri aslında alkol almak ve aşırı kilolu /obez olmak, hareketsiz yaşam gibi bir dizi davranışsal risk faktörü ile ilişkilidir ve bağırsak kanserinden daha fazla meme kanseri vakası yaşam tarzına atfedilebilen nedenlerle yaşamını

kaybetmektedir (94). Hastalığın “kaynak” boyutu göz önüne alınarak değerlendirildiğinde, hastalığın nedenine dair inanışın damgalanma deneyimine etki ettiği söylenebilir.

Servikal kanser kontrolsüz, rastgele cinsel ilişkiden bulaşan HPV nedeniyle olduğu ve bulaşıcı olduğu inanışı (86, 95-97) kolon-rektum kanserleri de kötü beslenme alışkanlıkları ve anal yolla cinsel ilişkiden kaynaklandığı inanışı nedeniyle damgalanmaya açıktır (97, 98).

Prostat kanseri erkekler arasında en yaygın ikinci ve en yüksek mortaliteye sahip beşinci sıradaki kanser türü olmasına ve önlenabilirlik algısı düşük olmasına rağmen hayatı tehdit eden ve cinsel organları ve cinsel işlevi etkileyen bir hastalık olması nedeniyle “çifte damgalanma” riski taşımaktadır (99).

Çalışmamızda örnekleme dâhil edilen 242 hastanın %60,7’si kadın, %39,3’ü erkekti. Ayrımcılık alt boyutunda erkeklerin kadınlardan daha yüksek puan aldı ancak diğer boyutlarda ve damgalanma toplam puanında cinsiyetler arasında bir farklılık tespit edilmedi. Bu bulgu da cinsiyetin damgalanma deneyimiyle ilişkisi hakkındaki geçmiş araştırma bulgularıyla uyumludur.

Toplumsal cinsiyet rollerinden kaynaklanan erkeklerin kadınlara kıyasla daha güçlü, daha kontrollü, daha dayanıklı olması gerektiği inanışı hastalıklarından sorumlu oldukları inanışını da beraberinde getirmektedir. Hedef cinsiyetin manipüle edildiği araştırmalarda kadınlar hastalıklarından daha az sorumlu tutulmuşlar ve erkeklere oranla daha fazla destek sunulmuştur (100). Gözlemcilerin cinsiyetinin etkisine bakıldığında ise özellikle erkeklerin, fiziki ağrı çeken kadın hastalara aynı durumdaki erkek hastalardan daha fazla üzüntü duyduğunu göstermiştir (101).

Fife ve Wright (6), Cinsiyetin izolasyon algısına etki ettiğini, kadınların erkeklerden anlamlı olarak anomi ve sosyal izolasyon duygusu deneyimlediğini belirtirken, Marlow ve Wardle alt boyutları ile birlikte kanser damgalanmasını erkeklerde daha yüksek bulmuştur (69). Weiss ve arkadaşları içselleştirilmiş damgalanmayı inceledikleri çalışmada erkeklerin daha fazla damgalanma puanı aldığını bulmuştur (102).

Örnekleminizin yaş ortalaması 57,69 idi. Çalışmamızda yaş ile toplam damgalanma, utanç ve suçlama ve ayrımcılık boyutları arasında negatif yönlü bir korelasyon olduğu yani damgalanma puanlarında azalma olduğu bulundu. Bu sonuç da geçmiş araştırma sonuçlarıyla uyumludur.

Hastalıklarından dolayı kendilerini suçlama olasılığının yaşlı hastalarda daha genç yaş gruplarına kıyasla daha düşük olması (86), kanser türünden (22) ve tedavilerden (103) kaynaklı psikolojik sıkıntıların yaş ile birlikte azalması, genç hastaların yaşlılara kıyasla gündelik hayata daha fazla dahil olması ve dolayısıyla hastalığın ve tedavinin genç hastaların gündelik yaşantılarının daha fazla aksamasına neden olması gibi gerekçeler araştırmamızın bu sonucunu açıklayabilir.

Akciğer kanserinde damgalanma, hastanın davranışının (sigara içme) kanserin nedeni olduğu inancına dayansa da (82), daha yaşlı insanların akciğer kanseri olması nedeniyle daha gençlere göre daha az suçlandıklarını göstermektedir (91, 102, 104). Bu durum yaşlı insanların sigaraya başladıkları dönemlerde sigara içmenin sosyal olarak kabul gören bir davranış olması ve zararlarının yeterince bilinmemesi ile açıklanabilir (72).

Araştırmamızın örnekleminde %83,1 evli, %4,1 bekar, %5 ayrılmış, %7,9 dul katılımcılar yer almıştır. Bekar hastaların damgalanma toplam ve tüm alt boyutlarda dul hastalardan daha yüksek puan aldıkları görüldü. Bu sonuç hastalar kanser tanısı ve ilgili tedavilerle ilişkili sıkıntılarla yüzleşirken sosyal desteğin gücünü doğrular niteliktedir. 19 dul hastanın yalnızca 1 tanesinin hiç çocuğu yok iken (%5,3), 12 bekar hastanın 5 inin (%42) çocuğu yoktur. Dolayısıyla dul hastalar eşlerini kaybetmiş olsalar bile çocukların varlığı aile desteğinin sürmesi ve damgalanma deneyiminin daha az sıkıntıyla geçirilmesi anlamına gelebilir.

Zebora ve arkadaşları evli hastaların psikolojik sıkıntı düzeyinin evli olmayanlardan daha düşük olduğunu bulmuştur. Genel olarak, kanser hastalarında ve uzun süreli sağkalanlarda psikososyal uyumu öngören üç değişken tanımlamıştır. Bunlar, hastalığın şiddeti, psikolojik istikrar ve sosyal desteklerin varlığıdır. Özellikle, ilişkiden bağımsız olarak evde başka bir kişinin varlığının optimal psikososyal işlevsellikle yüksek oranda ilişkili olduğu belirtilmiştir (22).

Chapple ve arkadaşlarının çalışmasında yaş ve medeni durum kanseri damgası ile anlamlı derecede ilişkili tek demografik özellik olduğu, ileri yaş ve evli/partnerle yaşıyor olmanın olma daha az damgalanma ile ilişkili olduğu bulunmuştur. (91)

Evlenmemiş olmak kanserli hastalar arasında daha yüksek intihar oranları ile ilişkilendirilmiştir (36) .

Weiss ve arkadaşları ise evli olmayı, damgalanma puanındaki artışlarla ilişkili bulmuştur (102). Her ne kadar araştırmada bu ilişki için yorum yapılmamışsa da tedavi yan etkileri konusunda yapılan bir araştırmada (25) fiziksel olmayan şikayetler arasında en üst sıradaki şikayetin “Ailemi/partnerimi olumsuz etkiliyor” olması hastalığın ve tedavisinin aileye olumsuz etkisi konusunda fikir vermektedir.

Kanser tanısı, aile bireyleri ve yakınları üzerinde belirgin bir gerilim ve kaygıya neden olur. Sevdikleri kişinin yaşadığı değişim ve sıkıntılarla birlikte ortaya çıkan, rol değişiklikleri, rollerin yeniden belirlenmesi, hastalık nedeniyle çalışamamaktan ve tedavinin maliyetinden kaynaklı maddi sıkıntılar da durumu olumsuz etkiler. Özellikle hastaya bakım veren bireyde, mevcut üzüntünün yanı sıra bir takım bedensel hastalıklar da gelişebilir (27).

Çalışmamıza dahil olan örneklemde öğrenim düzeyi, ayrımcılık boyutunda ve toplam damgalanmada anlamlı bir fark oluşturdu. Düşük eğitim düzeyi düşük damgalanma puanlarıyla ilgiliydi. Bu bulgu yüksek öğrenim düzeyine sahip hastaların hastalığa dair farkındalıklarının daha yüksek olabileceği sağlıkları hakkında daha fazla endişe, sıkıntı ve anksiyete deneyimleyebileceği ve daha fazla görüntüleme ve araştırma davranışında bulunuyor olabileceği olasılığı ile açıklanabilir. Michielutte ve arkadaşları (105) daha genç yaşta olmayı, kadın olmayı, düşük öğrenim düzeyine sahip olmayı cilt kanserinde korunma ve görüntüleme olasılığını azaltması muhtemel faktörler olarak sıralamıştır.

Quaife ve arkadaşlarının çalışmasında, düşük eğitim düzeyine sahip olan kanserli hastaların üniversite mezunu olanlara kıyasla hastalıkla ilgili hem olumlu hem de olumsuz inanışlara daha yüksek oranda katıldığı ve tedavilerinden memnuniyetlerinin de daha düşük olduğu bulunmuştur (106).

Yüksek öğrenim düzeyi, bağırsak, rahim ağzı ve akciğer kanseri için daha fazla suçlama ile ilgili bulunmuş, ancak eğitim düzeyleri arasındaki farklılıklar kanserler arasında anlamlı farklılık göstermemiştir (86)

Örneklemin %43'ü çalışmadığını, %13,6 halen çalışıyor olduğunu, %43,4'ü de emekli olduğunu bildirdi. İş durumu yalnızca ayrımcılık boyutunda anlamlı bir fark ortaya çıkardı. Damgalanmanın bu boyutunun ortaya çıkması alandaki bulgularla paraleldi.

Kanser hastalarının damgalanmayı en fazla deneyimlediği alanlardan biri de çalışma hayatıdır. Tedaviden sonra işe dönebilmek ya da yeni istihdama erişebilmek, zorbalık, taciz, terfide ya da yükselme için gerekli eğitimlere ulaşmada yaşanan sorunlar gibi ayrımcılık uygulamaları ortaya konmuştur. Çalışma saatlerin azalması, maaş kesintileri ve sigorta yardımlarından yararlanamamak gibi sorunlar da bahsedilen diğer sorunlar arasında yer almaktadır (107, 108).

Örneklemin yaşadıkları yerin CAKDÖ puanları üzerinde herhangi bir fark oluşturmadığı bulundu. Yapılan taramada bu değişkenle ilgili bilgi içeren tek çalışmada, kırsal bölgelerde yaşayan akciğer kanseri tanımlı hastalara oranla, kentsel alanlarda yaşayan hastalar daha fazla kendini suçlama ve damgalanma puanı bildirmiştir (102).

Örnekleminimize dahil olan hastalardan operasyon öyküsü olan hastaların ayrımcılık alt boyutunda damgalanma deneyimledikleri görüldü. Radyoterapi, neoadjuvan ve adjuvan kemoterapi öyküsünün olup olmaması damgalanma puanlarında istatistiksel olarak anlamlı herhangi bir farklılık ortaya çıkarmadı.

Hastalığın kötü prognozuyla birlikte cerrahi operasyonların neden olduğu sakatlayıcı ve şekil bozan müdahaleler ile kemoterapi ve radyoterapinin görünür yan etkileri hastalığı daha görünür kılmakta ve damgalanma olasılığını artırmaktadır (23).

Kanser cerrahisi sıklıkla organların veya uzuvların rezeksiyonunu veya amputasyonunu içerir. Cerrahi prosedürler kalıcı bir tedavi sağlar, ancak hastalarda fiziksel ve duygusal ve sosyal yara izleri bırakır (23, 70, 109, 110). Mages ve

arkadaşlarına göre, hastalığın ilk aşamalarında neredeyse tüm hastalar fiziksel engellilik seviyelerine bakılmaksızın yüksek düzeyde duygusal sıkıntı yaşarlar. Bununla birlikte, zaman ilerledikçe, kanserden iyileşmiş ancak kalıcı sakatlıkları olan hastaların ciddi düzeyde kanser deneyimi kaynaklı psikolojik sıkıntı yaşama olasılığı oldukça yüksektir (111). Melette de baş ve boyun kanseri ya da kolorektal kanser tedavisi gören hastaların işyerlerindeki ayrımcılığa karşı özellikle savunmasız ve daha büyük risk altında olduğunu vurgular (10).

Bizim çalışmamızda örneklemin %50'si kullandıkları ilaçların neden olduğu en fazla rahatsız eden yan etki olarak gastrointestinal (bulantı, kusma, iştahsızlık, ishal vb.) yan etkiler bildirilmiştir. Sonrasına sırasıyla nöropati, halsizlik, döküntü ve alopesi yer almıştır. Oral ilaç tedavilerinden kaynaklı yan etki yaşayan hastaların damgalanma toplam, izolasyon ve ayrımcılık puan ortalamaları yan etki yaşamayanların puan ortalamasından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Utanç ve suçlama boyutunda herhangi bir etki görülmemesi, hastaların yan etkileri tedavinin doğal ve kaçınılmaz bir sonucu olarak görmesi dolayısıyla sorumluluk ya da suçlama atfında bulunmamaları ile açıklanabilir.

Yan etkiler hem hastanın gündelik hayatını kesintiye uğratması, hem de kanser hastasına hastalık deneyimini yeniden hatırlatması nedeniyle sosyal izolasyona, hastalığı yani damgayı da görünür kılması nedeniyle ayrımcılığa neden olacaktır. Hasta kemoterapiyi zararlı ve yıkıcı bir tedavi olarak görülürse, yan etki bir acı ve hastanın yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen bir kayıp olarak algılanacaktır. Öte yandan, tedavinin yararlı olduğu ve tedavi edilme umuduyla bağlantılı olduğu düşünülürse, yan etki ödenmesi gereken bir bedel olarak kabul edilecek ve hasta, yan etkilerin günlük hayatındaki etkisini sıradanlaştıracaktır (67, 103). Kreitler de bazı hastaların, daha modern tedavilerin daha az etkili olduğu, çünkü eski tedavilere göre daha az veya daha zayıf yan etkilere neden oldukları inancına sahip olduğunu vurgulamıştır (21).

Çalışmamızda %96,7'lik bir ilaç uyumu bulunmuştur. Ancak bu oran literatürün belirttiği ilaç uyumu ortalamasının oldukça üzerindedir. Bu durum

hastaların görüşme esnasında kendilerinden verilmesini beklendiğini düşündükleri cevabı vermesi, yani yanıt yanlılığı (response bias) ile açıklanabilir.

Özellikle son dönemde hastanelerde veya kliniklerde uygulanan ve izlenen IV terapiden, kendi kendine uygulanan ayakta tedavi oral tedavilerine geçiş eğilimiyle birlikte %60 a varan ilaç uyumu eksikliği gözlemlendiği (113), meme kanseri hastaları üzerinde yapılan bir çalışmada, tedavinin birinci ve dördüncü yılları arasında ilaç uyum% 77'den% 50'ye düştüğü bildirilmiştir (114).

İlaç uyum araştırmasının kapsamlı bir incelemesinde, genel olarak hastaların yaklaşık% 50'sinin doktorların talimatlarına uygun olarak reçete edilen ilaçları almadığı bulunmuştur (115).

Hematolojik hastalığı olan hastalarla ilgili bir çalışmada, tedaviye uyumsuzluğun, tedaviden kaynaklı yan etkilerin varlığı veya sıklığından ziyade, yan etkilerin üstesinden gelmenin zorluk düzeyi ile ilişkili olduğu bulunmuştur (103). Ancak hastalar, tedavilerinin kesilebileceği veya dozlarının düşürülebileceği korkusuyla yan etkileri bildirme konusunda genellikle isteksiz olabildiği öne sürülmüştür. (116).

Örneklemimizin %98,9 u sosyal güvenceye sahiptir. Tıpkı ilaç uyumu gibi %100 e yakın bir oran nedeniyle damgalanma ve alt boyutlarında fark oluşturacak anlamlı bir karşılaştırmanın yapılması mümkün olmamıştır.

Örneklemimizin %40,1 i ailede kanser öyküsü olduğunu bildirmiş ancak damgalanma ve alt boyutlarında bu durumdan kaynaklı anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Ailede kanser hastalığının varlığı hastalığın genetik kaynaklı, yani engellenemez olduğu algısı nedeniyle damgalanma olasılığını azaltacaktır. Bir diğer olasılık da, kişilerin yakın çevresinde kanser hastalarının varlığının bu konuda daha fazla deneyime sahip olmasına, dolayısıyla, suçlama ve damgalama olasılıklarını düşürebileceğidir (86).

Castillo ve arkadaşları, doğrudan kanser deneyiminin, hastaların kanser hakkında daha olumlu ve gerçekçi algılara sahip olmasına yol açabileceğini öne

sürmüştür. Öte yandan, aynı çalışmada, maruz kalma, hasta akrabalara bakma ve ailede kanserin sonuçlarına tanıklık gibi deneyimlerin, yanlış veya daha olumsuz kanser algıları oluşturmaya veya kişinin kendi riskini değerlendirmede ve başa çıkabilmedeki etkinliğinin azalmasına neden olabileceği de vurgulanmıştır (117) .

Örnekleminizin %63,4'ü ileri evre hastalardan oluşmuştu. Hastalığın evrelerinin CAKDÖ puanlarıyla ilişkisine bakıldığında damgalanma toplam ve izolasyon puanlarında anlamlı farklılıklar olduğu görüldü. Pos-hoc testlerde (Tukey HSD) hastalığın 4. evresindeki hastalar “damgalanma toplam” puanında hastalığın 2. Evresindeki hastalardan “izolasyon” boyutunda da diğer tüm evrelerden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan aldı. Evre 4 kanserin yayılmış olması, yoğun ve radikal tedavi seçeneklerinin uygulanmak zorunda oluşu, tedavilerin oluşturduğu yan etkilerin yarattığı sıkıntılar, tedavinin uzun süredir devam ediyor oluşu ve hastalığın tedavi edilemez algısının pekişmesi hasta için pek çok olumsuzluğu bir araya getirmektedir. Bu unsurlar dikkate alındığında çalışmamızda elde ettiğimiz sonuç beklentilerle uyushmaktadır.

Hastalığın ileri evrede olmasının damgalanmayla ilişkili bulunmasına rağmen hastalık süresiyle damgalanma arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemesi dikkat çekicidir. Bu durum için en olası açıklama kanserin ilerleyici bir hastalık olmasına rağmen ilerleme hızının tüm kanser türleri için aynı olmaması, tedavilerden alınan yanıtın hastalar ve kanser türleri arasında farklılık göstermesi olabilir. Ayrıca bazı kanser türleri uzak bölgelere yayılmadan belirti vermemektedir. Dolayısıyla hastalık tanısı çok yeni olsa bile tüm vücuda yayılmış olabilir. Tanı aşamasında kanserin evresi de damgalanmayı belirleyen faktörlerden biridir ve hastanın psikolojik süreçlerine doğrudan etki edecektir (118).

Hastalığın evresi hem teşhis ve tedavinin zamanlaması hem de hastalığın tedavi modalitesinin belirlenmesi ve prognozu açısından anlam taşımaktadır. Örneğin akciğer kanserinin erken aşamalarda teşhisi çok mümkün olmadığı için (yanlıca %15'i) 5 yıllık sağkalım oranları oldukça düşüktür. Bununla birlikte melanom vakalarının 4'te 3'ü lokal evrede tanılanmakta kolaylıkla ve tedavisinden

sonuç alınabilmektedir. Prostat kanserinde erken evre tanı oranı son 25 yıl içinde, %90'a, 5 yıllık sağkalım oranı da %99'a çıkmıştır (119).

Hastalığın erken evresindeki hastalar ilerleyen evre hastalara oranla daha az semptom sıkıntısı yaşarlar (120). İlerleyen evreler hastalığın şiddetinin ve algılanan ciddiyetin arttığı evrelerdir. Hastalar hastalıklarını ne kadar “ciddi” olarak algılasa ve işlevsel sağlık durumlarında kötüleşme ne kadar artarsa damgalanma da o kadar artacaktır (6).

Çalışmanın kısıtlılıkları

Çalışmamıza toplumda en yaygın görülen altı kanser türü tanısı almış hastalar dahil edilmiş ancak örneklemimizin %85 e yakınına üç kanser türü tanısı almış hastalar oluşturmuştur. Akciğer kanseri tanılı hastalar da %46'lık bir oranla temsil edilmiştir. Gelecekteki çalışmalarda daha dengeli bir dağılım oluşturmak amacıyla her bir tanı için kota uygulanması değerlendirilebilir.

Çalışmamızda hastalığın tanısı esnasındaki evresi sorgulanmamıştır. Damgalanma deneyimini ve hastalığın neden olduğu diğer psikolojik süreçleri doğrudan etkilemesi nedeniyle tanı alındığı esnadaki hastalık evresi sorgulanmalıdır.

Örnekleme en fazla rahatsızlık veren yan etkiler sorulmuş ve tek bir cevap istenmiştir. Birden fazla yan etki bildirilmesi ve bildirilen yan etkilerin yalnızca fiziksel etkilerle sınırlandırılmaması yarar sağlayacaktır.

Araştırmamız kesitsel bir tasarıma sahiptir. Boylamsal tasarımlı ve hastalık sürecinin hasta aileleri ve sağlık hizmeti sağlayıcıları öncelikli olmak üzere tüm paydaşlarının dahil edildiği araştırmalar damgalanma deneyiminin anlaşılması, değerlendirilmesi ve alanda kullanılabilir bulgu ve bilgi sunması açısından yararlı olacaktır.

Depresyon ve anksiyete başta olmak üzere hastaların yaşadığı ruhsal sıkıntıların araştırmaya dahil edilmesinin kanser tanılı hastaların psikososyal bakımı açısından yararlı olacağı düşünülmektedir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Çalışmamızda toplumda en yaygın görülen altı kanser türüne dönük damgalanma algısı ve bu damgalanma algısıyla ilişkili değişkenlerin utanç ve suçlama, sosyal izolasyon ve ayrımcılık alt boyutlarında ve damgalama puanları toplamında incelenerek değerlendirilmesi yapıldı.

1. Hastalığın türünün CAKDÖ puanlarına etkisine bakıldı tüm boyutlarda ve toplamda hastalık türünden kaynaklı anlamlı farklılıklar bulundu. Utanç ve suçlama boyutunda malin melanom akciğer kanserinden ve kolon-rektum kanserinden anlamlı biçimde ayrışırken, ayrımcılık boyutunda akciğer kanseri meme kanserinden ve kolon-rektum kanserinden anlamlı biçimde yüksekti.
2. Erkekler ayrımcılık alt boyutunda kadınlardan daha yüksek puan aldı ancak diğer boyutlarda ve damgalanma toplam puanında cinsiyetler arasında bir farklılık tespit edilmedi.
3. Yaş ile toplam damgalanma, utanç ve suçlama ve ayrımcılık boyutları arasında negatif bir korelasyon olduğu yani yaş arttıkça damgalanma puanlarında azalma olduğu bulundu.
4. Bekar katılımcılar utanç ve suçlama ve ayrımcılık boyutları ile toplamda istatistiksel olarak anlamlı farklar görürken sosyal izolasyonda anlamlı bir fark görülmemiştir.
5. Çalışmamıza dahil olan örnekleme öğrenim düzeyi, ayrımcılık boyutunda ve toplam damgalanmada anlamlı bir fark oluşturdu. Düşük eğitim düzeyi düşük damgalanma puanlarıyla ilgiliydi.
6. İş durumu yalnızca ayrımcılık boyutunda, çalışan hastaların damgalanma puanında anlamlı bir artış ortaya çıkardı.
7. Örneklemin yaşadıkları yerin CAKDÖ puanları üzerinde herhangi bir fark oluşturmadığı bulundu.
8. Örneklemeimize dahil olan hastalardan operasyon öyküsü olan hastaların ayrımcılık alt boyutunda damgalanma deneyimledikleri görüldü. Radyoterapi, neoadjuvan ve adjuvan kemoterapi öyküsünün olup olmaması

damgalanma puanlarında istatistiksel olarak anlamlı herhangi bir farklılık ortaya çıkarmadı.

9. Örneklemin %50'si en fazla rahatsız eden yan etki olarak gastrointestinal (bulantı, kusma, iştahsızlık, ishal vb.) yan etkiler bildirilmiştir. Sonrasına sırasıyla nöropati, halsizlik, döküntü ve alopesi yer almıştır. Oral tedavilerinden kaynaklı yan etki yaşayan hastaların damgalanma toplam, izolasyon ve ayrımcılık puan ortalamaları yan etki yaşamayanların puan ortalamasından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Utanç ve suçlama boyutunda herhangi bir etki görünmemesi, hastaların yan etkileri tedavinin doğal ve kaçınılmaz bir sonucu olarak görmesi dolayısıyla sorumluluk ya da suçlama atfında bulunmamaları ile açıklanabilir.
10. Çalışmamızda %96,7'lik bir ilaç uyumu bulunmuştur. Ancak bu oran literatürün belirttiği ilaç uyumu ortalamasının oldukça üzerindedir. Bu durum hastaların görüşme esnasında kendilerinden verilmesini beklediğini düşündükleri cevabı vermesi, yani yanıt yanlılığı (response bias) ile açıklanabilir.
11. Örneklemimizin %40,1 i ailede kanser öyküsü olduğunu bildirmiş ancak CAKDÖ puanlarında bu durumdan kaynaklı anlamlı bir fark bulunmamıştır.
12. Örneklemimizin %63,4'ü ileri evre hastalardan oluştu. Hastalığın evrelerinin damgalanma puanlarıyla ilişkisine bakıldığında damgalanma toplam ve izolasyon puanlarında anlamlı farklılıklar olduğu görüldü

Öneriler

1. Damgalanma yalnızca hastaları değil, ailelerini ve sağlık hizmeti verenleri de etkileyen bir faktördür. Sorunun tüm paydaşlarının ilerleyen süreçteki araştırmalara dahil edilmesi yararlı olacaktır.
2. Damgalanmanın yarattığı psikolojik sıkıntıların ölçülmesi için ilgili ölçekler eklenerek araştırmanın içeriği genişletilmelidir.

3. Araştırma kesitsel bir tasarıma sahiptir. Gelecek alışmalar hastaların belirli aralıklarla çoklu eksenlerde takibini sağlayacak boylamsal bir biçimde tasarlanabilir.
4. Psikososyal bakımı hastanın tıbbi bakımına entegre edilmesi damgalanmayı azaltacaktır. Araştırma sonuçları Onkoloji AD ile birlikte değerlendirilerek bu entegrasyonun hayata geçirilmesi sağlanabilir.
5. Hastalığın tanısı esnasındaki evresinin bilinmesi damgalanma süreci açısından çok kıymetli bilgiler sunabilir. Gelecekteki çalışmalarda sosyodemografik ve klinik bilgi formunda bu konuda değişiklik yapılmalıdır.
6. Hastalığın tanısı ve tedaviye başlanması arasında geçen srenin bilinmesi de önemlidir. Gelecekteki çalışmalarda kullanılacak formlarda bu ekleme yapılmalıdır.

7. ÖZET

Bu çalışma kanser hastalarının yaşadıkları damgalanma algısının utanç ve suçlama, sosyal izolasyon ve ayrımcılık alt boyutlarıyla birlikte incelenmesi ve damgalanma algısının sosyodemografik ve klinik değişkenlerle ilişkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırmaya akciğer, meme, kolon-rektum, prostat, cilt ve mide kanseri tanısı almış, ayaktan ya da yatarak tedavileri süren, hastalığın farklı evrelerinde, 147'si kadın, 95'i erkek toplam 242 hasta dahil edilmiştir. Görüşmeler Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Onkoloji Polikliniğinde ve yataklı servisinde gerçekleştirildi. Hasta grubuna, araştırmacı tarafından Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu ve Cataldo Akciğer Kanseri Damgalanma Ölçeği (CAKDÖ) Türkçe Versiyonu uygulandı.

Kanserin türü CAKDÖ puanları üzerinde etkiliydi. Utanç ve suçlama boyutunda malin melanom akciğer kanserinden ve kolon-rektum kanserinden istatistiksel olarak anlamlı biçimde ayrışırken, ayrımcılık boyutunda akciğer kanseri meme kanserinden ve kolon-rektum kanserinden istatistiksel olarak anlamlı biçimde yüksek puan aldı. Erkek olmak, daha yaşlı olmak, bekar olmak, üniversite mezunu olmak, çalışıyor olmak daha yüksek CAKDÖ puanlarıyla ilişkili bulundu. Tedavi geçmişine bakıldığında cerrahi operasyon öyküsü olan hastaların ayrımcılık alt boyutunda damgalanma bildirirken radyoterapi, neoadjuvan ve adjuvan kemoterapi istatistiksel olarak anlamlı herhangi bir farklılık ortaya çıkarmadı.

Yan etkilerin varlığı izolasyon, ayrımcılık ve toplam damgalanma puanı ile ilişkili bulundu. Gastrointestinal yan etkiler en fazla rahatsız eden yan etkiydi. İlaç uyumu oldukça yüksek bulundu. Ailede kanser öyküsünün varlığı istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya çıkarmadı. Hastalığın ileri evresinde olmak toplam ve izolasyon puanlarında artışla ilgili bulundu.

Kanser hastalarının damgalanma deneyimlerinin çeşitli sosyodemografik ve klinik değişkenlerle ilişkili olarak farklı alt boyutlarda damgalanma deneyimledikleri bulunmuştur. Kanser hastalarının deneyimledikleri damgalanma nedeni psikolojik sıkıntıların da araştırmalara dahil edilmesi ve boylamsal çalışmaların tasarlanmasının yararlı olacağı düşünülmüştür. Psikososyal bakım kanser hastalarının tıbbi bakımına da eklenmelidir.

Anahtar kelimeler: Kanser, stigma, damgalanma, algılanmış damgalanma, damgalanma algısı.



8. ABSTRACT

This study aims to examine the perceived stigmatization of cancer patients with the subdimensions of shame and accusation, social isolation and discrimination, and to evaluate their stigmatization perception with sociodemographic and clinical variables.

A total of 242 cancer patients, 147 female and 95 male, diagnosed with lung, breast, colon-rectum, prostate, skin and stomach cancers, who were treated at different stages of the disease as outpatients or inpatients were included in the study. Interviews were conducted in Akdeniz University Medical Faculty Hospital Oncology Outpatient Clinic and inpatient service. A Sociodemographic and Clinical Information Form and the Turkish version of the the Cataldo Lung Cancer Stigmatization Scale (CACRS) were administered to the participants.

Cancer site was found to be related to stigmatization and its sub-dimensions. While malinant melanoma differed significantly from lung cancer and colon-rectal cancer in size of embarrassment and blame, lung cancer scored significantly higher than breast cancer and colon-rectal cancer in discrimination. Male gender, older age, being single, having university graduate degree and being employed were found to be associated with higher stigma scores. Regarding the treatment history, patients with a history of surgical operation reported perceived stigmatization in discrimination subscale, while radiotherapy, neoadjuvant and adjuvant chemotherapy did not make a significant difference.

Side effects of treatments were related to the isolation, discrimination, and total stigma score. Gastrointestinal side effects were the top reported most disturbing side effect. Drug compliance was very high. Having a family member with cancer didn't make a significant difference. The advanced stage of the disease was associated with an increase in total and isolation scores.

It has been found that cancer patients experience stigmatization in different sub-dimensions in terms of various sociodemographic and clinical variables. It would be beneficial to explore the psychological distress caused by the

stigmatization of cancer patients in future studies and to design longitudinal studies. Psychosocial care should be added to the medical care of cancer patients.

Keywords: Cancer, stigma, stigmatization, perceived stigma, stigma perception.



9. KAYNAKLAR

1. Ateşçi FÇ, Oğuzhanoglu NK, Baltalarlı B, Karadağ F, Ozdel O, Karagöz N. Kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklar ve ilişkili etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2003; 14 (2):145-52.
2. Kutluk T, Kars A. *Kanser Konusunda Genel Bilgiler*. ANKARA : TC Sağlık Bakanlığı Kanser ve Savaş Daire Başkanlığı, 1992.
3. Ülger E, Alacacıoğlu A, Gülseren AŞ, Zencir G, Demir L, Tarhan MO. Kanserde psikososyal sorunlar ve psikososyal onkolojinin önemi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2014; 28(2): 85-92.
4. Lowitz, BB. Kanser Bakımının Psikososyal Özellikleri. [dü.] Barry B. Lowitz Dennis A.Casciato. *Klinik Onkoloji El Kitabı*. Ankara : Palme Yayınevi, 2004.
5. Weiss M, Ramakrishna J, Somma D. Health-related stigma: rethinking concepts and interventions. *Psychol Health Med*. 2006; 11: 441-55.
6. Fife BL, Wright ER. The dimensionality of stigma: a comparison of its impact on the self of persons with HIV/AIDS and cancer. *J Health Soc Behav*. 2000;41(1):950-67.
7. Williamson, TJ, Choi, AK, Kim, JC, Garon, EB, Shapiro, JR,& Stanton, AL. A longitudinal investigation of internalized stigma, constrained disclosure, and quality of life across 12 weeks in lung cancer patients on active oncologic treatment. *Journal of Thoracic Oncology*. 2018; 13(9): 1284-93.
8. Baykara, O. Kanser tedavisinde güncel yaklaşımlar. 2016; 3: 154-65.
9. Aliustaoğlu, M. Temel Kanser Fizyopatolojisi. 2009; 22:3: 46-9.
10. World Health Organization. *International classification of diseases for oncology (ICD-O)*. Geneva : World Health Organization, 2013.
11. Dünya Sağlık Örgütü. Cancer. [Çevrimiçi] 02 09 2020. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>.
12. Lowitz BB, Casciato DA. Medikal Onkoloji ve Kanser Biyolojisinin Temelleri. [dü.] Barry B. Lowitz Dennis A.Casciato. *Klinik Onkoloji El Kitabı*. Ankara : Palme Yayınevi, 2004.
13. Kara F, Keskinlik B. *Türkiye Kanser İstatistikleri*. Ankara : T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2019.

14. IARC. Press release (No 263). *Latest global cancer data: Cancer burden rises to 18.1 million new cases and 9.6 million cancer deaths in 2018*. [Çevrimiçi] International Agency for Research on Cancer, 02 09 2020. https://www.iarc.fr/wp-content/uploads/2018/09/pr263_E.pdf.
15. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. 2018; Nov;68 (6): 394-424.
16. T.C. Sağlık Bakanlığı. *Sağlık İstatistikleri Yıllığı*. Ankara : Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, 2019.
17. 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. *Psycho-Oncology*. 2013; 22: 140-152.
18. Abbas Z, Rehman S. An Overview of Cancer Treatment Modalities. *Neoplasms*. London : INTECHOPEN LIMITED, 2018.
19. T.C. Sağlık Bakanlığı. Evreleme. *Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü*. [Çevrimiçi] 08 09 2020. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tedavisi/kanser-tedavisi-nelerdir/evreleme.html>.
20. Sherman, C D. Kanser yayılımının değerlendirilmesi: Evrelendirme. *Klinik Onkoloji*. Ankara : Uluslararası Kanserle Savaş Birliği, 1990.
21. Kreitler, S. *Psycho-Oncology for the Clinician: The Patient Behind the Disease*. Springer : Cham, 2019.
22. Zabora, J, BrintzenhofeSzoc, K, Curbow, B, Hooker, C, & Piantadosi, S. The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*. 2001; 10(1): 19-28.
23. Chahl, P, Bond, A. 'I'm sorry but you've got cancer': the role of psycho-oncology. *British Journal of Hospital Medicine*. 2009; 70(9): 514-7.
24. Gupta A, Dillon PK, Govil J, Bumb D, Dey S & Krishnan S. Multiple stakeholder perspectives on cancer stigma in North India. 2015; 16(14): 6141-7.
25. Carelle N, Piotto E, Bellanger A, Germanaud, J, Thuillier, A, Khayat, D. Changing patient perceptions of the side effects of cancer chemotherapy. *Cancer*. 2002; 95: 155-63.
26. Arıkan, RN. Travmatik bir yaşantı: Meme kanseri ve mastektomi. *Kriz Dergisi*. 1992; 9: 39-46.

27. Alacacıoğlu, A. Kanser hastaları ve hasta yakınlarının depresyon, umutsuzluk ve kaygı düzeylerinin değerlendirilmesi. *Doktora Tezi*. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, 2007.
28. Bağ, B. Psiko-Onkoloji, Psikososyal Sorunlar ve Ölçüm Yöntemleri. *Current Approaches in Psychiatry/Psikiyatride Guncel Yaklasimler*. 2012; 4(4): 449-64.
29. Kubler-Ross, E. *Ölüm ve Ölmek Üzerine*. [çev.] Büyükkal B. İstanbul : Boyner Holding Yayınları, 1997.
30. Zengin O, Saltık S, Duysak Y, Soytürk G, Orbay E, Tekin O. Kanserli çocuğa sahip ailelerin aşama yaklaşımına göre gösterdikleri tepkiler. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*,. 2012; 2(1): 1-4.
31. Tokgöz, G, Yaluğ İ, Özdemir S, Yazıcı A, Uygun K, Aker T. Kanser hastalarında majör depresyon yaygınlığı ve ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2008; 9(2): 59-66.
32. Quante A, Schulz K, & Fissler M. Psychiatric comorbidities in cancer patients: acute interventions by the psychiatric consultation liaison service. *Wiener Medizinische Wochenschrift*. 2020: 1-9.
33. Breitbart W, Poppito SR. *Kanser Hastalarıyla Psikoterapi*. İstanbul : Psikonet Yayınları, 2018.
34. Maguire R, Papadopoulou C, Kotronoulas G, Simpson MF, et al. A systematic review of supportive care needs of people living with lung cancer. *European Journal of Oncology Nursing*. 2013; 17:449-64.
35. Mehta RD, Roth AJ. Psychiatric considerations in the oncology setting. *CA Cancer J Clin* . 2015; 65:299–314.
36. Misono, S., Weiss, N. S., Fann, J. R., Redman, M., & Yueh, B. Incidence of suicide in persons with cancer. *Journal of Clinical Oncology*. 2008; 26(29): 4731-8.
37. Yılmaz M, Yazgı ZG. Onkoloji Hastalarının Yaşadığı Psikososyal Sorunlarla Baş Etmesinde Hemşirenin Rolü. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2020; 4.1: 60-70.
38. Link, BG, Phelan, JC. Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*. 2001; 27:363–85.
39. Park, SG, Bennett, ME, Couture, SM, & Blanchard, JJ. Internalized stigma in schizophrenia: relations with dysfunctional attitudes, symptoms, and quality of life. *Psychiatry research*. 2003; 205(1-2): 43-7.
40. G, Scambler. Health-related stigma. *Sociol Health Illn*. 2009;31:441e455.

41. Lebel S, Devins GM. Stigma in cancer patients whose behavior may have contributed to their disease. *Future Oncology*. 2008; 4:717-33.
42. Shepherd MA, Gerend MA. The blame game: cervical cancer, knowledge of its link to human papillomavirus and stigma. *Psychol Health*. 2013; 29(1): 94–109.
43. Johnson CGB, Brodsky JL, Cataldo JK. Lung cancer stigma, anxiety, depression, and quality of life. *J Psychosoc Oncol*. 2014; 32: 59-73.
44. Marteau TM, Riordan DC. Staff attitudes towards patients: the influence of causal attributions for illness. *British Journal of Clinical Psychology*. 1992; 31:107-10.
45. Cobb, M & De Chabert, JT. HIV/AIDS and care provider attributions: Who's to blame? *Aids Car*. 2002; 14(4), 545-8.
46. Sartorius, N. Lessons from a 10-year global programme against stigma and discrimination because of an illness. *Psychology, Health & Medicine*. 2006; 11(3): 383-8.
47. Scambler G, Hopkins A. Being epileptic : coming to terms with stigma. *Sociol Health Illn*. 1986; 8:26-43.
48. Earnshaw, VA & Quinn, DM. The impact of stigma in healthcare on people living with chronic illnesses. *Journal of health psychology*. 2012; 17(2), 157-68.
49. Quinn DM, Chaudoir SR. Living with a concealable stigmatized identity: the impact of anticipated stigma, centrality, salience, and cultural stigma on psychological distress and health. *J Pers Soc Psychol*. 2009; 97:634–51.
50. Taşkın, EO. İçselleştirilmiş damgalama ve damgalama algısı. [yazan] Taşkın EO. Ruhsal. *Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama*. İzmir. 2007: 31-40.
51. Corrigan, P. The impact of stigma on severe mental illness. *Cogn Behav Pract*. 1998; 5: 201-22.
52. Ersoy MA, Varan A. Ruhsal hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Türkçe Formu'nun güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2007; 18(2):163-71.
53. Doğanavşargil, GÖ. Şizofreni ve depresyonda içselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesi. *Doktora Tezi*. DEÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2010.
54. Markowitz, FE. The effects of stigma on the psychological well-being and life satisfaction of persons with mental illness. *Journal of health and social behavior*. 1998: 335-47.

55. Heijnders M, Van der Meij S. The Fight Against Stigma: An Overview of Stigma-Reduction Strategies and Interventions. *Psychology, health & medicine*. 2006; 11:353-63.
56. Carter-Harris, L. Lung cancer stigma as a barrier to medical help-seeking behavior: Practice implications. *Journal of American Assoc Nurse Pract*. 2015; 27(5):240-5.
57. Lebovits, A. H., Croen, L. G., Goetzel, R. Z. Attitudes Towards Cancer: Development of the Cancer Attitudes Questionnaire. *Cancer*. 1984; 54:1124-9.
58. Gökler-Danışman I, Yalçınay-İnan M, Yiğit İ. Experience of grief by patients with cancer in relation to perceptions of illness: The mediating roles of identity centrality, stigma-induced discrimination, and hopefulness. *J Psychosoc Oncol* . 2017; 35: 776–96.
59. Doganavsargil-Baysal Ö, Şenol Y, Coşkun, HS. Cancer stigma scale: Validity and reliability study of the Turkish version of the Cataldo Lung Cancer Stigma Scale for all cancer subtypes. *Journal of Oncological Sciences*. 2019; 5:3 105-8.
60. Cho J, Choi EK, Shin DW, Cho B, Kim C, Koh DH ve ark. Association between cancer stigma and depression among cancer survivors: A nationwide survey in Korea. *Psycho-Oncology*. 2013; 22: 2372-8.
61. Yalçınay, M. Percieved stigmatization, discrimination and grief symptoms in cancer patients. *Yükseklisans Tezi*. İstanbul : Bahçeşehir Üniversitesi, 2015.
62. Else-Quest NM, LoConte NK, Schiller JH, Hyde JS (2009). Perceived stigma, self-blame, and adjustment among lung, breast and prostate cancer patients. *Psychol Health*. 2009; 24: 949–64.
63. Ernst J, Mehnert A, Dietz A,. Perceived stigmatization and its impact on quality of life - results from a large register-based study including breast, colon, prostate and lung cancer patients. *BMC Cancer*. 2017; 17: 1–8.
64. Marlow L, Waller J, Wardle J. Does lung cancer attract greater stigma than other cancer types? *Lung Cancer*. 2015; 88:104–7.
65. Jones EE, Farina A, Hastorf AH, Markus H, Miller DT, Scott RA. *Social stigma: the psychology of marked relationships*. New York : Freeman and Company, 1984.
66. Fujisawa, D ve Hagiwara, N. Cancer stigma and its health consequences. *Current Breast Cancer Reports*. 2015; 7(3):143-50.
67. Rosman, S. Cancer and stigma: experience of patients with chemotherapy-induced alopecia. *Patient education and counseling*. 2004; 52(3): 333-9.

68. Alpsoy E, Şenol Y, Bilgiç Temel A, Baysal GÖ, & Akman Karakaş A. Psoriasisde içselleştirilmiş stigmatizasyon (damgalanma) ölçeğinin güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *TÜRKDERM-Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi*. 2015; 49(1): 45-9.
69. Marlow, L, Wardle, J. Development of a scale to assess cancer stigma in the non-patient population. *BMC cancer*. 2014; 14(1): 285.
70. Donovan, T. The stigma of terminal cancer. Carlisle C, Mason, T, Watkins, C, & Whitehead, E (Eds.). *Stigma and Social Exclusion in Healthcare*. London : Routledge, 2001.
71. Knapp S, Marziliano A, Moyer A. Identity threat and stigma in cancer patients. *Heal Psychol Open*. 2014;1: 1-10.
72. Chapple A, Ziebland S, McPherson A. Stigma, shame, and blame experienced by patients with lung cancer: qualitative study. *BMJ*. 2004; 328:7454, 1470.
73. Weiner B, Perry RP and Magnusson J. An attributional analysis of reactions to stigmas. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1988; 55: 738-48.
74. Weiss J, Stephenson BJ, Edwards LJ, Rigney M, Copeland A. Public attitudes about lung cancer: Stigma, support, and predictors of support. *J Multidiscip Healthc*. 2014; 7: 293-300.
75. Mosher, CE, Danoff-Burg, S. Death Anxiety and Cancer- Related Stigma: A Terror Management Analysis. *Death Studies*. 2007; 31:885-907.
76. Korkmaz, E. Kanser ve Kanser Hastalarına İlişkin Tutumların İncelenmesi. *Yüksekisans Tezi*. İstanbul : İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2010.
77. Cho J, Choi EK, Shin DW, Cho B, Kim C, Koh DH ve ark. Public attitudes toward cancer and cancer patients: a national survey in Korea. *Psycho-Oncology*. 2012; 22: 605-13.
78. Joachim, G, Acorn, S. Stigma of visible and invisible chronic conditions. *Journal of advanced nursing*. 2000; 32(1):243-8.
79. Idemudia, ES, & Matamela, NA. The role of stigmas in mental health: A comparative study. *Curationis*. 2012; 35(1):1-8.
80. Sophie Lebel, Andrea Feldstain, Megan McCallum, Sara Beattie, Jonathan Irish, Andrea Bezjak & Gerald M. Devins. Do behavioural self-blame and stigma predict positive health changes in survivors of lung or head and neck cancers? *Psychology & health*. 2013; 28(9):1066-81.

81. Parsons A, Daley A, Begh R, Aveyard P. Influence of smoking cessation after diagnosis of early stage lung cancer on prognosis: systematic review of observational studies with meta-analysis. *Bmj*. 2010; 340: b5569.
82. Cataldo JK, Slaughter R, Jahan TM, Pongquan VL, Hwang WJ. Measuring stigma in people with lung cancer: Psychometric testing of the Cataldo lung cancer stigma scale. *Oncol Nurs Forum* . 2011; 38: 46-54.
83. Carter-Harris L, Hall LA. Development of a short version of the Cataldo lung cancer stigma scale. *Journal of Psychosocial Oncology*. 2014; 32:665-77.
84. Uhoda I, Petit L, Piérard-Franchimont C, Piérard GE. Tanning benches to accusation benches]. . *Revue Medicale de Liege*. 2002 Jan;57(1):29-32.
85. Staff, A. Cancer Facts & Figures 2018. . *Atlanta: American Cancer Society, Cancer*. 2018.
86. Marlow, LAV, Waller, J. & Wardle, J. Variation in blame attributions across different cancer types. *Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev*. 2010;19: 1799–805.
87. Wassenaar, TR., Eickhoff, JC, Jarzemsky, DR, Smith, SS, Larson, ML, & Schiller, JH. Differences in primary care clinicians' approach to non-small cell lung cancer patients compared with breast cancer. *Journal of Thoracic Oncology*. 2007; 2(8): 722-8.
88. Wang, LDL, Zhan, L, Zhang, J, & Xia, Z. Nurses' blame attributions towards different types of cancer: A cross-sectional study. *International journal of nursing studies*. 2015; 52(10); 1600-6.
89. Hamann, HA., Lee, JW., Schiller, JH, Horn, L, Wagner, LI., Chang, VTS, Fisch, MJ. Clinician perceptions of care difficulty, quality of life, and symptom reports for lung cancer patients: an analysis from the Symptom Outcomes and Practice patterns (SOAPP) study. *Journal of Thoracic Oncology*. 2013; 8(12), 1474-83.
90. Hamann HA, Ostroff JS, Marks EG, Gerber DE , SchillerJH, Lee SHJ. Stigma among patients with lung cancer: A patient-reported measurement model. *Psychooncology*. 2014; 23: 81–92.
91. Shen, MJ, Hamann, HA, Thomas, AJ, & Ostroff, JS. Association between patient-provider communication and lung cancer stigma. *Supportive Care in Cancer*. 2016;24(5): 2093–9.
92. Criswell, KR, Owen, JE, Thornton, AA, & Stanton, AL. Personal responsibility, regret, and medical stigma among individuals living with lung cancer. *Journal of Behavioral Medicine*.. 2016; 39(2): 241–53.

93. Conlon, A, Gilbert, D, Jones, B, Aldredge, P. Stacked stigma: Oncology social workers' perceptions of the lung cancer experience. *Journal of Psychosocial Oncology*. 2010; 28(1): 98–115.
94. Danaei, G, Vander Hoorn, S, Lopez, AD, Murray, CJL. & Ezzati, M. Causes of cancer in the world: Comparative risk assessment of nine behavioural and environmental risk factors. *Lancet*. 2005; 366: 1784-93.
95. Azaiza F, Cohen M. Between traditional and modern perceptions of breast and cervical cancer screenings: a qualitative study of Arab women in Israel. *Psycho-Oncology*. 2008; 17.1: 34-41.
96. Kahn, JA, Slap, GB, Bernstein, DI, Tissot, AM, Kollar, LM, Hillard, PA et al. Personal meaning of human papillomavirus and pap test results in adolescent and youngadult women. *Health Psychol*. 2008; 26(2):192-200.
97. Holland JC, Kelly, BJ, Weinberger, MI. Why psychosocial care is difficult to integrate into routine cancer care: stigma is the elephant in the room. . *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*. 2010, 8(4): 362-6.
98. Koller, M, Kussman, J, Lorenz, W, Jenkins, M, Voss, M, Arens, E et al. Symptom reporting in cancer patients: the role of negative affect and experienced social stigma. *Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society*. 1996, 77(5):983-95.
99. Gray, RE, Fitch, M, Phillips, C, Labrecque, M, & Fergus, K. To tell or not to tell: patterns of disclosure among men with prostate cancer. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*. 2000, 9(4), 273-82.
100. Mosher, CE ve Danoff-Burg, S. An attributional analysis of gender and cancer-related stigma. *Sex roles*. 2008; 59,11-12: 827-38.
101. Dijker, AJ. The influence of perceived suffering and vulnerability on the experience of pity. *European Journal of Social Psychology*. 2001; 31: 659–76.
102. Weiss, J, Yang, H, Weiss, S, Rigney, M, Copeland, A, King, JC, & Deal, AM. Stigma, self-blame, and satisfaction with care among patients with lung cancer. *J. Psychosoc. Oncol*. 2017; 35;166–79 .
103. Richardson, JL, Marks, G, Levine, A. The influence of symptoms of disease and side effects of treatment on compliance with cancer therapy. *Journal of Clinical Oncology*. 1988; 6(11): 1746-52.
104. Rose, S, Kelly, B, Boyes, A, Cox, M, Palazzi, K, Paul, C. Impact of perceived stigma in people newly diagnosed with lung cancer: A cross-Sectional analysis . *Oncology Nursing Forum* . 2018; 45(6):737–47 .

105. Michielutte, R, Dignan, MB, Sharp, PC, Boxley, J, & Wells, HB. Skin cancer prevention and early detection practices in a sample of rural women. *Preventive Medicine*,. 1996; 25(6): 673–83.
106. Quaife, SL, Winstanley, K, Robb, KA, Simon, AE, Ramirez, AJ, Forbes, L, L. Socioeconomic inequalities in attitudes towards cancer: An international cancer benchmarking partnership study. *European Journal of Cancer Pre*. 2015; 24(3): 253-60.
107. Quigley, KM. The adult cancer survivor: psychosocial consequences of cure. *Seminars in Oncology Nursing*. s.l. : WB Saunders , 1989: 63-9.
108. Stergiou-Kita, M, Pritlove, C, & Kirsh, B. The “Big C”—stigma, cancer, and workplace discrimination. *Journal of Cancer Survivorship*. 2016; 10(6): 1035–50.
109. Taylor, SE, Lichtman, RR, Wood, JV, Bluming, AZ, Dosik, GM, & Leibowitz, RL. Illness-related and treatment-related factors in psychological adjustment to breast cancer. *Cancer*, 1985; 55(10), 2506–13.
110. Collins, KK, Liu, Y, Schootman, M, Aft, R, Yan, Y, Dean, G. Effects of breast cancer surgery and surgical side effects on body image over time. *Breast Cancer Research and Treatment*. 2011; 126(1): 167-76 .
111. Mages, NL, Castro, JR, Fobair, P, Hall, J, Harrison, I, Mendelsohn, G et.al. Patterns of psychosocial response to cancer: Can effective adaptation be predicted? *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 1981; 7:385-92.
112. Mellette, SJ. The cancer patient at work. *CA: a cancer journal for clinicians*,. 1985; 35(6): 360-5.
113. Wood, L. A review on adherence management in patients on oral cancer therapies. *European Journal of Oncology Nursing*. 2012; 16(4): 432-8.
114. Partridge, AH, Wang, PS, Winer, EP, Avorn, J. Nonadherence to adjuvant tamoxifen therapy in women with primary breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*. 2003; 21(4): 602-6.
115. Tebbi, CK. Treatment compliance in childhood and adolescence. *Cancer*. 1993; 71(10): 3441–9.
116. Cassidy, J, Twelves, C, Van Cutsem, E, Hoff, P, Bajetta, E, Boyer, M, Schilsky, RL. First-line oral capecitabine therapy in metastatic colorectal cancer: A favorable safety profile compared with intravenous 5-fluorouracil/leucovorin. *Annals of Oncolgy*. 2002; 13(4): 566-75.

117. Del Castillo, A, Godoy-Izquierdo, D, Vázquez, ML, & Godoy, JF. Illness beliefs about cancer among healthy adults who have and have not lived with cancer patients. *International journal of behavioral medicine*. 2011; 18(4): 342-51.
118. Gonzalez, BD & Jacobsen, PB. Depression in lung cancer patients: The role of perceived stigma. *Psycho-Oncology*. 2012; 21(3): 239:46.
119. Degner, LF, Sloan, JA. Symptom distress in newly diagnosed ambulatory cancer patients and as a predictor of survival in lung cancer. *J. Pain Symptom Manage*. 1995;10 (6):423–31.
120. Siegel, R, DeSantis, C, Virgo, K, Stein, K, Mariotto, A, Smith, T & Ward, E. Cancer treatment and survivorship statistics, 2012. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2012; 62(4): 220–41.

10. EKLER

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

2020

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası A Blok 1. Kat No: A1-05 Kampüs /ANTALYA
	TELEFON	0 (242) 249 69 54
	FAKS	0 (242) 249 69 03
	E-POSTA	etik@akdeniz.edu.tr
	ETİK KURUL KODU	2012-KAEK-20
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI		Prof.Dr.Özge BAYSAL
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Kanser Hastalarında Damgalanma ve İlişkili Değişkenlerin Değerlendirilmesi 190209
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:KAEK- 527	Tarih: 08.07.2020
	Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın yapılmasında bilimsel ve etik açısından sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.	

Prof.Dr. Arda TAŞATARGİL
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

Dr. Öğr. Üyesi M. Levent ÖZGÖNÜL
Başkan Yardımcısı

Prof.Dr. Murat CANPOLAT
Üye

Prof.Dr. Dilara İNAN
Üye

Prof.Dr. Gülşim Özge BAYSAL
Üye (Sorumlu Araştırmacı)

Prof.Dr. Bülent KARSLI
Üye

Prof.Dr. Özgür GÜRSİN
Üye

Prof.Dr. Dilge KIPMAN KORGUN
Üye

Doç.Dr. Banu NUR
Üye

Doç.Dr. Mehmet TÜRKAY
Üye

Dr. Öğr. Üyesi Nurettin YILMAZ
Üye

Dr. Onal HÜLÜR
Üye (İznil)

Turgut ALTUN
Üye (İznil)

Av. Mustafa AÇIKEL
Üye (İznil)

ASGARİ BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Katılımcı / Gönüllünün Protokol Numarası:

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

a. Araştırmanın Adı: “Kanser hastalarında damgalanma ve ilişkili değişkenlerin değerlendirilmesi”

b. Araştırmanın İçeriği: Etik kurulu onayını takip eden 3 (üç) aylık süre içerisinde Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Onkoloji polikliniği ve yataklı servisinde ayaktan ya da yatarak tedavi gören “akciğer, meme,kolorektal, prostat, cilt ve mide kanseri” tanısı almış hastaların kansere dönük damgalanmalarını belirleyebilmek amacıyla Cataldo Akciğer Kanserli Damgalanma Ölçeği ve Sosyodemografik veri formu hastaların kendisi ya da araştırmacılar tarafından doldurulacaktır.

c. Araştırmanın Amacı: Bu çalışma kanser hastalarının yaşadıkları damgalanma sorunu ve damgalanma sorununun sosyodemografik ve klinik değişkenlerle değerlendirilmesi amacıyla yapılacaktır.

d. Araştırmanın Nedeni:

() Bilimsel araştırma

(X) Tez çalışması

e. Araştırmanın Öngörülen Süresi: 3 ay

f. Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı: Bu çalışmaya Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Tıp Fakültesi Hastanesi Onkoloji polikliniğine ve yataklı servisine bu süre içinde başvuran, toplumda sık görülen (akciğer, meme, kolorektal, prostat, cilt ve mide kanseri) kanser olguları alınacaktır. Diğer kanser türleri çalışma dışında bırakılacaktır.

Örneklem seçilmeyip bu zaman diliminde yukarıda sayılan kanser tanılarında sahip tüm hastalara ulaşılması hedeflenmektedir.

g. Araştırmada İzlenecek Deneysel İşlemler: Yok

2. Gönüllünün/Katılımcının Uygulama Sırasında Karşılaşabileceği Riskler ve Rahatsızlıklar: yoktur.

Yukarıda açıklanan araştırma sırasında uygulanacak olan işlemlerin bana aşağıda belirtilen riskleri ve rahatsızlıkları getirebileceğinin bilincindeyim:

.....
.....
.....
.....

3. Gönüllüler/Katılımcılar İçin Araştırmadan Beklenen Yarar: Elde edilen bulguların, kanserli hastalarla çalışan klinisyenler açısından ve kanser hastalarına

yönelik psikososyal müdahaleler planlanırken katkı sağlayacağına bu katkının da hastaların tedavi sürecine uyarlanacağına inanılmaktadır.

4. Araştırma Konusundaki Soruların Cevaplandırılması:

Araştırmanın yürütülmesi sırasında olası yan etkiler, riskler ve zararlar ile haklarım konusunda bilgi almak için aşağıda belirtilen kişiyle bağlantı kurmam yeterli olacaktır.

Adı- Soyadı: Khuraman NAMAZOVA, 05550853105

Zararların Karşılanması:

Bu çalışmaya katıldığım için zarar göreceğim olursam, gerekli olan tıbbi bakımın sorumlu araştırmacı tarafından yerine getirileceği, uygulanan işleme bağlı olarak gelişebilecek her tür hasara (sakatlanma ve ölüm dahil) karşı güvencede olduğum, masraflarımın Khuraman NAMAZOVA tarafından karşılanacağı bana bildirildi.

5. Araştırma Giderleri:

Araştırma kapsamındaki bütün işlemler için benden ya da bağlı bulunduğum sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir.

6. Gönüllülük, Çalışmayı Reddetme ve Çalışmadan Çekilme Hakkı, Çalışmadan Çıkarılma:

a. Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.

b. Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.

c. Sorumlu araştırmacıya haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim.

7. Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmali nedeniyle ya da araştırma prosedürüne bağlı olarak onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.

8. Gizlilik:

Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.

9. Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye / katılımcıya verilmesi gereken bilgileri gösteren Aydınlatılmış Onam Formu adlı metni kendi anadilimde okudum ya da bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı, yazılı ve sözlü olarak açıklandı. Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma doyurucu cevaplar aldım. Çalışmaya katılmadığım ya da katıldıktan sonra çekildiğim durumda, hiçbir yasal hakkımdan vazgeçmiş olmayacağım. Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Bu metnin imzalı bir kopyasını aldım.

Gönüllünün / katılımcının Adı- Soyadı:

Yaş ve Cinsiyeti:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....
.....

Tarih:

Velayet ya da vesayet altında bulunanlar için;

Veli ya da Vasinin Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....
.....

Tarih:

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı- Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Onam alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı- Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih:

KANSER STİGMA ÖLÇEĞİ

Sayın katılımcı

İfadeler için size en uygun gelen seçeneği işaretleyiniz

Teşekkür ederiz

Çalışma ekibi

	İfadeler	H i ç k a t ı l m ı y o r u m	K a t ı l m ı y o r u m	K a t ı l m ı y o r u m	Ç o k k a t ı l m ı y o r u m
1	Kanser olduğumu gizlemek için çok çaba harcıyorum				
2	Kanser olmak bana kendimi kötü bir insanmışım gibi hissettiriyor				
3	Kanser olduğumu söyleyeceğim kişiler konusunda çok dikkatliyim				
4	Kanser olduğum için diğer insanlar kadar iyi birisi olmadığımı hissediyorum.				
5	Kanser olmak kendimi “kirli” gibi hissettiriyor				
6	Kendimi dünyanın geri kalanından ayrı tutulmuş ve izole edilmiş hissediyorum				
7	Bazıları sigara içtiğim için kanser olmayı hak ettiğimi söyledi				
8	Doktorum sigara öksürüğümü ciddiye almadığı için kanser olduğum geç teşhis edildi.				
9	Sigara içiciler kanser tedavisine kabul edilmeyebilir				
10	Onların tepkileri nedeniyle sosyalleşmekten vazgeçtim.				
11	İnsanlar fiziksel olarak benden uzak duruyor.				

12	Değer verdiğim kişiler kanser olduğumu öğrendikten sonra beni aramayı bıraktı.				
13	Kanser ölümle ilişkilendirildiği için insanlar senden kaçınır.				
14	Hastalığı bilen bazı kişiler sana daha uzak mesafede duruyor				
15	Kanser olduğumu öğrenen insanların tepkilerini görünce kırıldım				
16	Kanser kişinin kendisinin sebep olduğu bir hastalık olarak görünmektedir.				
17	Bazı insanlar ise kişi hayatında hiç sigara içmese de bu hastalığın kişinin sigara içmesi yüzünden olduğunu kabul ediyor.				
18	Bazı insanlar ise kişi sigarayı yıllar önce bırakmış olsa bile bu hastalığın kişinin sigara içmesi yüzünden olduğunu kabul ediyor.				
19	Bazı insanlar kanser olmamın benim hatam olduğunu düşünüyor.				

KİMLİK VE KLİNİK BİLGİ FORMU

Hastanın adı soyadı:
Doğum Tarihi ve yeri:

Hastane protokol no:
Tarih:

Cinsiyeti: 1.Kadın
2.Erkek

Öğrenim düzeyi:
0-okur yazar
1-ilkokul - ortaokul mezunu
2-lise mezunu
3-üniversite mezunu

Yasal medeni durumu:
1- evli
2-bekar
3- ayrılmış
4-dul

Çocuğu var mı: 1- evet
2-hayır
varsa sayısı:

İş Durumu
1-İşsiz
2-Çalışıyor
3-Emekli

Halen yaşadığı yer:
1- şehir
2-ilçe-kasaba
3-köy

Hastalığın başlangıç tarihi.....

Hastalığın tanısı.....

Hastalığı evresi.....

Kanser nedeniyle hastaneye yatışı var mı?
1-evet

Operasyon geçirmiş mi?
1-evet
2-hayır

Varsa ne şekilde?.....

Ailede kanser hastalık öyküsü var mı?

1-evet

2-hayır

Ayaktan tedaviye uyumu: İlaçlarını ne kadar düzenli kullanıyor?

1- Ayda 1 den az doz atlıyor

2-Ayda 1 den fazla doz atlıyor

Aldığı tedavi:

1-RT

2-KT

3-Diğer.....

Sosyal güvencesi:

1-var

2-yok

Kullanılan ilaca bağlı yan etkiler var mı? Varsa tanımlayınız.....

1-evet

2-hayır