



KOÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KANSERE YÖNELİK TOPLUMSAL TUTUMUN İNCELENMESİ

KARDELEN DOLGUNÖZ

HEMŞİRELİK PROGRAMI(PSİKİYATRİ
HEMŞİRELİĞİ) YÜKSEK LİSANS TEZİ

İSTANBUL – 2020



KOÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KANSERE YÖNELİK TOPLUMSAL TUTUMUN İNCELENMESİ

HEMŞİRELİK PROGRAMI(PSİKİYATRİ
HEMŞİRELİĞİ) YÜKSEK LİSANS TEZİ

KARDELEN DOLGUNÖZ

DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ: Prof. Dr. PERİHAN GÜNER

Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans programı (Psikiyatri Hemşireliği) öğrencisi Kardelen DOLGUNÖZ, “*KANSERE YÖNELİK TOPLUMSAL TUTUMUN İNCELENMESİ*” konulu Yüksek Lisans tezini 29/01/2020 tarihinde başarılı olarak tamamlamıştır.



Prof. Dr.Besti Üstün



Prof.Dr.Kafiye Eroğlu



Prof.Dr.Perihan Güner

(Danışman)

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam boyunca bilgi ve deneyimleri ile bana her noktada yardımcı olup yol gösteren ve bana bu süreç boyunca her zaman moral ve motivasyon desteğinde bulunan değerli danışman hocam Sayın Prof. Dr. Perihan GÜNER'e,

Tezimle ilgili gerekli literatüre ulaşmamda verdiği destek ve katkıları için Ertaç NEBİOĞLU'na ve analizlerim konusunda bana sağladığı katkılar nedeniyle Arzu BAYGÜL'e

Bana her konuda destek olan ve güç veren. her zaman yanımda olduğunu bildiğim aileme ve hayat arkadaşıma,

Çalışmaya katılmayı kabul ederek zaman ayıran ve değerli katkıları olan, benimle değerli fikirlerini paylaşan herkese;

Teşekkürlerimi sunarım.

Kardelen Dolgunöz

ÖZET

Kansere Yönelik Toplumsal Tutumun İncelenmesi

Bu çalışmanın amacı, kansere yönelik toplumsal tutumun ve toplumsal tutumun yordayıcılarının belirlenmesidir.

Tanımlayıcı olarak yapılan çalışma, 1022 kişi ile Google Survey programı kullanılarak online olarak yapılmıştır. Veri toplama aracı olarak “Kişisel Bilgi Formu” ve “Kansere İlişkin Tutumları (Kanser Etiket) Ölçme Anketi- Toplum Versiyonu” kullanılmıştır. Verilerin analizinde, tanımlayıcı analizler, t testi, Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), Kruskal Wallis Testi, Tukey HSD testi, Games-Howell ve lojistik regresyon analizi kullanılmıştır.

Katılımcıların iyileşmenin imkansız olması/damgalama, ayrımcılık, ortaya çıkarma/yayma alt ölçeklerine ilişkin olumsuz tutum saptanma oranı sırasıyla %9.10, %3.03, 17.32 olarak belirlenmiştir. 18-28 yaş grubunda olan bireylerin diğer yaş gruplarına göre, evli olan bireylerin bekar olanlara göre, ortaokul ve altı eğitim düzeyine sahip olan bireylerin diğer eğitim düzeylerine göre, köy/kasabada yaşayan bireylerin büyükşehirde yaşayan bireylere göre, ailede kanser nedeniyle ölen bireyin var olduğu ailelerin, olmayan ailelere göre ve kronik hastalığı olan bireylerin olmayanlara göre, iyileşmenin imkansız olması/damgalama alt ölçeğine yönelik olumsuz tutumlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Yaş, eğitim, kronik hastalık durumu ve yaşanan yer değişkenlerinin iyileşmenin imkansız olması/damgalama alt ölçeğinin yordayıcıları oldukları saptanmıştır ($p<0.05$). Erkek olan bireylerin kadın olan bireylere göre, 51 yaş ve üzerinde olan bireylerin 18-28 yaş grubunda olan bireylere göre,, ortaokul ve altı eğitim düzeyine sahip olan bireylerin diğer eğitim düzeyine sahip bireylere göre ayrımcılık alt ölçeğine yönelik olumsuz tutumlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Erkek olan bireylerin kadın olan bireylere göre, 51 yaş ve üzerinde olan bireylerin 40-50 yaş grubunda olan bireylere göre, bekar olan bireylerin evli olan bireylere göre ve kronik hastalığa sahip olan bireylerin olmayanlara göre ortaya çıkarma/yayma alt ölçeğine yönelik olumsuz tutumlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Sadece cinsiyet değişkeninin ortaya çıkarma/yayma alt ölçeğinin yordayıcısı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Erkek olmanın, ortaokul ve altı eğitim düzeyine sahip olmanın, daha ileri yaşta olmanın, kronik hastalığa sahip olmanın ve köy/kasabada yaşamamanın kansere yönelik olumsuz tutumu artırdığı söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Kanser, tutum, damgalama, toplum

ABSTRACT

Investigation of Public Attitude Towards Cancer

The aim of this study is to determine the predictors of social attitude and social attitude towards cancer.

The descriptive study was done online using the Google Survey program with 1022 people. "Personal Information Form" and "Attitudes toward cancer and cancer patients" were used as data collection tools. Descriptive analysis, t test, One Way Variance Analysis (ANOVA), Kruskal Wallis Test, Tukey HSD test, Games-Howell and logistic regression analysis were used in the analysis of the data.

The rate of negative attitude of the participants regarding the impossibility of recovery / stigmatization, discrimination, disclose/ spreading subscales was found to be 9.10%, 3.03%, 17.32%, respectively. Individuals who are in the other age groups compared to individuals in the 18-28 age group, individuals who are married compared to individuals who are single, individuals who have secondary or lower education levels compared to individuals who have the other education levels, individuals who are living in the village / town compared to individuals who are living in the metropolitan area, individuals who died in their family due to cancer compared to individuals who do not have this, individuals who have chronic disease compared to individuals who do not have chronic disease have higher negative attitudes towards impossibility of recovery/stigmatization subscale ($p < 0.05$). It was determined that age, education, chronic disease status and location variables were predictors of impossibility of recovery/stigmatization subscale ($p < 0.05$). Individuals who are male compared to individuals who are women, individuals who are 51 years old and older than compared to individuals who are 18-28 years old, individuals who have secondary education or below compared to individuals who have the other education levels have higher negative attitudes towards discrimination subscale ($p < 0.05$). Individuals who are male compared to individuals who are women, individuals who are 51 years old and older than compared to individuals who are 40-50 years old, individuals who are singles compared to individuals who are married, individuals who have chronic disease compared to individuals who do not have chronic disease have higher negative attitudes towards disclose subscale ($p < 0.05$). It was determined that only the gender variable was the predictor of the subscale of disclose ($p < 0.05$).

It can be said that being male, having secondary education and below, being older, having chronic disease and living in the village / town increase the negative attitude towards cancer

Keywords: Cancer, attitude, stigmatization, society

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	5
ABSTRACT	6
İÇİNDEKİLER	7
TABLOLAR DİZİNİ	10
KISALTMALAR DİZİNİ	11
1. GİRİŞ.....	12
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	12
1.2. Araştırmanın Amacı.....	14
2. GENEL BİLGİLER.....	16
2.1. Tutum ve Davranış Kavramları	16
2.2 Tutum ve Davranışı Etkileyen Faktörler	18
2.3 Damgalam Kavramı ve Aşamaları	19
2.4 Damgalamanın Türleri.....	20
2.4.1 Etki alanına göre damgalama türleri.....	20
2.4.2 Damgalamanın Oluştığı Gruba Göre Damgalama Türleri:	21
2.5 Damgalamanın Olumsuz Sonuçları	22
2.6 Kansere Yönelik Olumsuz Tutumlara/ Damgalamaya İlişkin Çalışmalar	23
2.6.1 Hastalar Üzerinde Yapılan Çalışmalar	23
2.6.2 Sağlık Profesyonelleri Üzerinde Yapılan Çalışmalar	23
2.6.3 Toplum Üzerinde Yapılan Çalışmalar	24
3. GEREÇ ve YÖNTEM	29
3.1 Araştırmanın Tipi	29
3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı	29
3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	29
3.4 Araştırmanın Değişkenleri	29
3.5 Dahil Etme ve Dışlama Kriterleri.....	30
3.5.1 Dahil Etme Kriterleri	30
3.5.2 Dışlama Kriterleri	30
3.6 Veri Toplama Araçları.....	30
3.7 Verilerin Toplanması	32
3.8 Verilerin Değerlendirilmesi	33
3.9 Araştırmanın Sınırlılıkları	33
3.10 Etik Kurul İzni.....	34
4 BULGULAR.....	35
5. TARTIŞMA.....	54
5.1 Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi Alt Ölçeklerine İlişkin Tutumlar	54
5.2 Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ile Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi Alt	vii

Ölçeklerine İlişkin Puan Ortalamalarının/Medyan Değerlerinin İncelenmesi.....	56
5.3 Katılımcıların Madde Kullanım Özellikleri ile Kanser İlişkin Tutumları Ölçme Anketi Alt Ölçeklerine İlişkin Puan Ortalamalarının İncelenmesi.....	63
5.4 Katılımcıların Hastalık Özelliklerine Göre Kanser İlişkin Tutumları Ölçme Anketi Alt Ölçeklerine İlişkin Puan Ortalamalarının İncelenmesi.....	64
5.5 Katılımcıların Kanser İlişkin Tutumları Ölçme Anketi Alt Ölçeklerine Yönelik Tutumlarının Yordayıcıları.....	66
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	68
6.1 Sonuçlar	68
6.2 Öneriler	71
7. KAYNAKÇA	72
8. EKLER	81
8.1 Kişisel Bilgi Formu	81
8.2 Kanser İlişkin Tutumları Ölçme Anketi (Kanser Etiket) - Toplum Versiyonu	82
8.3 Etik Kurul İzni	83

TABLÖLAR DİZİNİ

- 4.1 Katılımcıların Sosyodemografik, Madde Kullanım ve Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı
 - 4.1.1 Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı
 - 4.1.2 Katılımcıların Madde Kullanım Özelliklerine Göre Dağılımı
 - 4.1.3 Katılımcıların Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı
- 4.2 Katılımcıların Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi Alt Ölçek Puan Ortalamaları
- 4.3 Katılımcıların Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi Alt Ölçeklerine İlişkin Tutumlarının Dağılımı
- 4.4 Katılımcıların Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi Alt Ölçek Maddeleri ile İlgili Olumsuz Tutumlarının Dağılımı
- 4.5 Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi Alt Ölçeklerine İlişkin Puan Ortalamalarının/ Medyan Değerlerinin Karşılaştırılma
 - 4.5.1 Katılımcıların Yaşlarına Göre Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi Alt Ölçeklerine İlişkin Tukey HSD Sonuçları
 - 4.5.2 Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi Alt Ölçeklerine İlişkin Games-Howell Sonuçları
 - 4.5.3 Katılımcıların Yaşamın Büyük Çoğunluğunda Yaşadıkları Yere Göre Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi Alt Ölçeklerine İlişkin Games-Howell Sonuçları
- 4.6 Katılımcıların Madde Kullanım Özelliklerine Göre Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi Alt Ölçeklerine İlişkin Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması
- 4.7 Katılımcıların Hastalık Özelliklerine Göre Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi Alt Ölçeklerine İlişkin Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması
- 4.8 Katılımcıların Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi Alt Ölçeklerine Yönelik Tutumlarının Yordayıcıları
 - 4.8.1 Katılımcıların İyileşmenin İmkansız Olması/Damgalama Alt Ölçeğine Yönelik Regresyon Sonuçları
 - 4.8.2 Katılımcıların Ortaya Çıkarma/Yayma Alt Ölçeğine Yönelik Regresyon Sonuçları

KISALTMALAR DİZİNİ

WHO: World Health Organization

TDK: Türk Dil Kurumu

CLCSS: Cataldo Lung cancer stigma scale

QOLI: The Quality of Life Inventory

CAHPS: Consumer Assessment of Health Care Providers and Systems Program

CASS: Cancer Stigma Scale



1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Hastalık deneyimi, çok bireyseldir ve etkileyen birçok faktör söz konusudur. Bireyler; deneyimleri, hastalıkla ilgili bilgileri, değerleri, inançları ve gereksinimleri doğrultusunda hastalığa bir anlam yüklerler. Hastanın birey olarak hastalığına ilişkin yorumu, algısı ve tutumu; ortaya koyduğu duygusal ve davranışsal tepkileri ve baş etme biçimini belirleyici unsurlardır (Armay ve ark, 2007). Çünkü, tutum, davranıştan önce oluşmakta ve davranışın ortaya çıkmasına öncülük etmektedir. Bu nedenle, bireylerin tutumlarının belirlenmesinin, davranışlarının öngörülmesi için fırsat olduğu belirtilmektedir (Özbey, 2010). Etiketleme/Damgalama/Stigma da, toplum içinde bazı farklılıklara ve hastalıklara karşı var olan ve bireylerin dışlanmasına, öz-imajının, öz-saygısının etkilenmesine yol açan olumsuz görüş ya da tutumlardır (Polat, 2017). Damgalamanın, toplum tarafından bir konu ile ilgili geliştirilmiş güçlü bir olumsuz tutum olarak da tanımlanabileceği ifade edilmektedir (Corrigan ve Lundin, 2001). Damgalamanın temelinde, olumsuz inançların ve bunun sonucu olan önyargının olduğu belirtilmektedir. Bu önyargılı davranışların, ayrımcılığı ve dışlama davranışlarını getirdiği ifade edilmektedir (Kocabaşoğlu ve Aliustaoğlu, 2003).

Literatürde, damgalamaya neden olan sağlık sorunlarının başında, intihar, tüberküloz, psikiyatrik hastalıklar, epilepsi, AIDS ve kanser gibi sorunlar ya da hastalıklar yer almaktadır (Polat, 2017; Özer ve ark., 2017; Ay, 2017; Gökengin ve ark., 2017). Kansere yönelik damgalamanın, bireyleri koruyucu ve tedavi edici yöntemlere erişimi azalttığı, tanı ve tedavi davranışlarını olumsuz etkilediği ve tedaviye uyumu azalttığı, düşük benlik saygısına yol açtığı ve bütün bunların psikososyal sorunların gelişmesi üzerinde de etkili olduğu ifade edilmektedir (Carter ve ark., 2014; Marlow ve Wardle, 2014; Polat, 2017; Özer ve ark., 2017).

Kansere ilişkin olumsuz tutumların incelendiği bir çalışmada (Park ve Kim, 2009), hastaların %47'sinin tanı konulduğu yıl içinde işlerini kaybettikleri ve sadece %30,5'inin tekrar iş bulabildikleri belirlenmiştir. Benzer şekilde başka bazı çalışmalarda da (Ahn ve ark., 2009; Lee ve ark., 2008) kanserli bireylerin kanser tedavisi sonrasında işlerine geri dönmekte zorlandıkları tespit edilmiştir. Sigara ile olan ilişkisinden dolayı daha çok damgalamaya uğradıkları düşünülen akciğer kanserli hastalar üzerinde yapılan çalışmada (Carter, 2015) hastaların, yakınları ve sağlık

personeli tarafından damgalamaya uğradıkları ve bunun sağlık bakımı almada bir bariyer oluşturduğu belirlenmiştir. Aynı popülasyonda yapılan bir diğer çalışmada (Carter ve ark., 2014) ise, damgalamanın akciğer kanseri semptomları görülen bireylerin yardım alma davranışlarını olumsuz etkilediği ve damgalamaya uğrayan bireylerin yardım almadıkları ya da yardım alma sürelerinin uzadığı belirlenmiştir.

Toplumun kansere yönelik tutumunu belirlemek için yapılan az sayıdaki çalışmada, toplumun da kansere yönelik tutumunun olumsuz olduğu görülmektedir. Toplumun kansere ilişkin tutumunu belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada (Cho ve ark., 2012), çalışmaya katılan bireylerin yarısından fazlasının (%53) kansere ilişkin olumsuz tutuma sahip oldukları, kanseri tedavi edilemez bir hastalık olarak algıladıkları, yaşlı ve kentte yaşayan bireylerin kansere karşı tutumlarının daha olumsuz olduğu saptanmıştır. Toplumda yapılan bir diğer çalışmada (Badihian ve ark., 2017) ise, katılımcıların %20'sinin kanserin tedavi edilemez bir hastalık olduğunu düşündükleri ve bu çalışmada diğer çalışmanın aksine gençlerin kansere karşı tutumlarının daha olumsuz olduğu bulunmuştur. Toplumun kansere ilişkin olumsuz tutumunun özellikle erken tanı ve tarama işlemleri için engel oluşturduğu belirtilmektedir. Bu bağlamda toplumun kansere yönelik olumsuz tutumu ve damgalanma korkusu, kanser belirtilerinin görmezden gelinmesi, kendi kendine muayenenin ve kanser taramalarının yapılmaması için potansiyel bir engel olduğu belirtilmektedir (Lee ve ark., 2008; Walters, 2004; Oksuzoglu ve ark., 2006).

Konuya ilişkin yapılan çalışmaların genel olarak hasta deneyimlerine dayalı olduğu (Jackson ve ark., 2010; Valente ve Saunders., 1997; Carter ve ark., 2014; Steffen ve ark., 2018; Shiri ve ark., 2018; Yılmaz ve ark., 2017), toplumun kansere yönelik tutumu ile ilgili çalışmaların çok az olduğu (Cho ve ark., 2012; Badihian ve ark., 2017) ve Türkiye’de bu konuda yapılmış bir çalışmanın olmadığı görülmektedir. Literatürde kansere ilişkin tutumların, kanseri algılama biçimlerinin bireylerin kültüründen, ırkından, dininden etkilendiği belirtilmektedir (Dein, 2004). Bu nedenle, tutum ve davranış arasındaki yadsınamaz ve karmaşık ilişki nedeniyle bireylerin kanser hakkındaki tutumlarının bilinmesi önem kazanmaktadır. Bu tutumların bilinmesi, olası davranışların tahmin edilmesini sağlayacaktır. Toplumun kanser hastalığına yönelik tutumunun ve tutumu yordayan faktörlerin ortaya konması ile, var olan ya da gelecekte var olabilecek olumsuz davranışların tespit edilmesine ve önlenmesine ya da uygun stratejiler geliştirilmesine katkı sağlayacaktır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, kansere yönelik toplumsal tutumu ve toplumsal tutumun yordayıcılarının belirlenmesidir. Bu doğrultuda bu çalışmada aşağıda yer alan sorulara yanıt aranmıştır.

1. Katılımcıların Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi İyileşmenin İmkansız Olması/Damgalama alt ölçeği, Ayrımcılık alt ölçeği ve Kanser Tanısını Ortaya Çıkarma/Yayma alt ölçeği puan ortalamaları nedir?
2. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, algılanan sosyoekonomik düzey, dini inanç, yaşamın büyük çoğunluğunda yaşanılan yer), madde kullanım özellikleri (sigara kullanımı ve düzeyi, alkol kullanımı ve düzeyi) ve hastalık özelliklerine (ailede kanser öyküsünün varlığı, ailede kanser nedeniyle kaybedilen birey varlığı, kronik bir hastalığın varlığı) göre Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi İyileşmenin İmkansız Olması/Damgalama alt ölçeği puan ortalamaları arasında fark var mıdır?
3. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, algılanan sosyoekonomik düzey, dini inanç, yaşamın büyük çoğunluğunda yaşanılan yer), madde kullanım özellikleri (sigara kullanımı ve düzeyi, alkol kullanımı ve düzeyi) ve hastalık özelliklerine (ailede kanser öyküsünün varlığı, ailede kanser nedeniyle kaybedilen birey varlığı, kronik bir hastalığın varlığı) göre Kansere İlişkin

Tutumları Ölçme Anketi Ayrımcılık alt ölçeği puan ortalamaları arasında fark var mıdır?

4. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, algılanan sosyoekonomik düzey, dini inanç, yaşamın büyük çoğunluğunda yaşanılan yer), madde kullanım özellikleri (sigara kullanımı ve düzeyi, alkol kullanımı ve düzeyi) ve hastalık özelliklerine (ailede kanser öyküsünün varlığı, ailede kanser nedeniyle kaybedilen birey varlığı, kronik bir hastalığın varlığı) göre Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi Kanser Tanısını Ortaya Çıkarma/Yayma alt ölçeği puan ortalamaları arasında fark var mıdır?

5. Katılımcıların iyileşmenin imkansız olması/damgalama, ayrımcılık ve kanser tanısını ortaya çıkarma/yayma alt ölçeklerine yönelik tutumlarının yordayıcıları nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tutum ve Davranış Kavramları

Literatürde tutum, bir takım insan, nesne ya da konular hakkında olumlu ya da olumsuz duygulara işaret eden genel bir kavram olarak ifade edilmektedir (Özbey, 2010). Türk Dil Kurumu'na (TDK) göre tutum, “bireyin insanlar, olaylar ve cansız varlıklar karşısında takındığı davranış biçimi” ya da “belirli birtakım kişi, nesne ve olaylara karşı sürekli olarak aynı biçimde davranmamıza neden olan öğrenilmiş bir eğilimdir” (TDK, 2016). Bireylerin yaşama bakış açısının, doğdukları ve büyüdüğüleri çevredeki topluma uygun olarak biçimlendiği belirtilmektedir. Bu bakış açısının, bireylerin olaylar karşısında verdikleri duygusal tepkileri de etkilediği ifade edilmektedir. Ancak bu tepkiler bazen olumlu bazen de olumsuz olabilmektedir. Bireylerin verdikleri bu tepkiler ve dünya görüşlerinin bütünleşmesi ile oluşan bakış açısı da “tutum” olarak ifade edilmektedir (Corrigan ve Lundin, 2001).

Tutum, davranıştan önce oluştuğu ve davranışın ortaya çıkmasında rol oynadığı için davranışın öncüsü olarak belirtilmektedir. Tutum, bireyleri davranışa yönlendirir. Yani, her tutumun altında bir davranış eğilimi yatar. Tutum, gözlenemez ama insanların davranışları değerlendirilerek onların sahip oldukları tutumun hangi yönde ya da nasıl bir nitelik taşıdığı anlaşılabilir (Özbey, 2010).

Tutum, bilişsel, duygusal ve davranışsal olmak üzere üç temel ögeden oluşur. Bu üç ögenin toplamına da tutumun gücü denir. Tutumun gücü arttıkça tutumun değiştirilmesi zorlaşır. Bu kavramları bir örnek ile açıklamak gerekirse, A partisinin kazanması gerektiği fikrine inanmak tutumun bilişsel ögesini, diğer partileri destekleyenlere öfke duymak ya da A partisini destekleyenleri sevmek duygusal ögesini, insanları A partisine oy vermek için ikna etmeye çalışmak, parti çalışmalarında yer almakta tutumun davranışsal ögesini oluşturur. Bütün bu ögelerin toplam gücü de tutumun gücü olarak tanımlanır. Bu üç öge arasında iç tutarlılık olduğu varsayılmaktadır. İnsanlar şu ya da bu nedenle her zaman duygularına uygun bir şekilde davranmaz ya da davranamazlar, ancak duygulara uygun hareket etme eğilimi daima mevcuttur. Bu nedenle, çoğu kez tutumlardan davranışları yordayabilmek mümkündür (Baysal 1981, Karakaş 2011).

Tutum ve davranış arasında doğrusal bir ilişkinin olmadığı da ifade edilmektedir. Literatürde tutum ve davranış arasındaki ilişkinin tutarlı olmadığı yönünde çalışmalar mevcuttur. Karakaş (2011), Şimşek ve ark.na (2014) göre bu çelişkiyi saptayan ve oldukça bilinen iki deney bulunmaktadır. Bu çalışmalar La Piere'in 1930-32 yılları arasında yaptığı bir çinli çiftin otel ve lokantalarda kabul görmesi ile ilgili araştırması ve Minard'ın 1952 yılında kömür madeninde zencilere karşı tutumu ölçen çalışmasıdır. Bu iki çalışmada da tutum ve davranışın her zaman tutarlılık göstermediği saptanmıştır (Şimşek ve ark., 2014).

Tutum ve davranış arasındaki ilişkinin açıklanması için Ajzen tarafından ilk kez 1985 yılında geliştirilen daha sonra Ajzen tarafından geliştirilerek 2008 yılında günümüzde kullanılan halini alan “Planlı Davranış Teorisi” (Theory of planned behavior) bireylerin davranışlarını açıklamak için sıklıkla kullanılan bir modeldir. Planlı davranış teorisine (PDT) göre davranış; temelde olası sonuçların değerlendirilmesinden ve niyetten oluşmaktadır. PDT'ye göre niyet ise üç faktörden oluşmaktadır. Bunlar, davranışa yönelik kişisel tutum, öznel norm (bireyin önemli olarak kabul ettiği kişilerin, herhangi bir davranışına karşı tutumu) ve algılanan davranış kontrolüdür (davranışın değiştirilmesi noktasında algılanan zorluk düzeyi) (Ajzen, 2008). Bütün bu süreci bir örnekle açıklamak gerekirse iş değiştirme davranışı örnek olarak seçilebilir. Bireyin iş değiştirmesinin onun için daha iyi olacağını düşünmesi bireyin davranışa yönelik tutumudur. Yani birey iş değiştirme davranışını olumlu olarak değerlendirir. Bireyin kendisi gibi ailesinin ve arkadaşlarının da işini değiştirmesi gerektiğini düşündüğüne olan inancı öznel normdur. Yani bu örnekte birey eğer işini değiştirirse bunun ailesi ve arkadaşları tarafından da onaylanacağına inanmaktadır. Bireyin iş değiştirme davranışını etkileyen diğer faktör ise, algılanan davranış kontrolüdür. Bireyin sıklıkla iş teklifleri alıyor olması yani kolaylıkla yeni bir iş bulabileceğine inanıyor olması buna örnek olarak verilebilir. Bütün bu faktörlerin sonucunda bu kişinin niyeti iş değiştirmek olarak şekillenir. Bu noktada birey iş değiştirme kararının olası sonuçlarını değerlendirir ve bir karar verir. Teoriye göre; bir davranış olumlu olarak algılandığı takdirde (kişisel tutum), birey bu davranışın önem verdiği kişiler tarafından olumlu olarak algılanacağını düşündüğünde (öznel norm) ve son olarak birey davranış üzerinde kontrol sahibi olduğunu düşündüğünde (algılanan davranış kontrolü) davranışın gerçekleştirilme olasılığı artar (Ajzen, 2008; Nunko ve Ramkissoo, 2010). Bu teori, bütün planlı davranışların açıklanmasında

kullanılabilmektedir. Ancak teorinin en temel eksigi planlı olmayan refleks tipi davranışlarda kullanılamaz olmasıdır (Ajzen, 2008). Yani teoriye göre bütün planlı davranışlar belli nedenlere bağlı olarak ortaya çıkar. Davranışlar, kararlaştırılmış niyetler neticesinde meydana gelir. Niyet ise, tutum tarafından belirlenerek davranışı ortaya çıkarır (Özbey, 2010). PDT; bireylerin bir davranışı gerçekleştirmelerinin birincil açıklayıcısının niyet olduğunu; bireylerin niyetlerinin ise, davranışa yönelik tutumlar, algılanan sosyal baskı (kişisel normlar) ve algılanan davranışsal kontrol tarafından açıklandığını ifade eder (Özbey, 2010; Ajzen 2008).

2.2 Tutum ve Davranışı Etkileyen Faktörler

Literatürde, tutumların oluşumunda etkili olan faktörler; genetik faktörler, fizyolojik koşullar, tutum konusu ile ilgili deneyim, kişilik, toplumsallaşma süreci, grup üyeliği, sosyal sınıf olarak tanımlanmıştır. Bu faktörler arasından tutumun oluşumunda en etkili faktörlerin toplumsallaşma süreci ve grup üyeliği olduğu ifade edilmektedir (Baysal, 1981). Tutumun oluşumunda etkili olan her bir faktörün tutumu, dolaylı olarak da davranışı etkileyebileceği varsayılmaktadır. Bu da tutum ve davranışı etkileyen faktörlerin genel (dın, eğitim, kültür, cinsiyet gibi) ve özel (aile ilişkisi, geçmiş deneyim, sosyal kimlik gibi) birçok şeyden etkilenebileceği anlamına gelmektedir (Karakaş, 2011). Şimşek ve arkadaşlarına.(2014) göre tutum, bireyin konu hakkındaki bütün bilgi birikimi ve deneyimi ile kişinin zaman içinde bilgi ve davranışları sonucunda oluşturduğu etkilenme katsayısından oluşmaktadır (Şimşek ve ark., 2014). Yani sigara içme davranışı ile ilgili tutum incelendiğinde, sigara ile ilgili bütün bilgi ve deneyimleri ve bütün bunlardan etkilenme düzeyi sigara içme davranışına karşı tutumu belirler. Bütün bunlar değerlendirildiğinde tutumu ve dolayısı ile davranışı etkileyen faktörler bireyi etkileyen herşey olarak tanımlanabilir (Şimşek ve ark., 2014). Çeşitli konu ve alanlarda tutumları ve bu tutumları etkileyen faktörleri inceleyen çalışmalar bulunmaktadır (Şanlı ve Öztürk 2007; Arslantaş ve ark., 2011; Örucü ve Tavşancı, 2001). Ancak bunun genellenemiyor oluşu ve tutumların birçok şeyden etkilenen yapısı nedeniyle tutumların nelerden ne kadar etkilendiğini saptamak imkansızdır. Ancak belirli konu ve belirli gruplar için tutumu etkileyen faktörler saptanabilir (Karakaş, 2011). Örneğin cinsiyet faktörü ele alındığında bunun bütün tutumları aynı derecede etkilemesi beklenemez. Kadın olmak görsel sanatlarla ve bununla ilgilenen bireylere ilişkin tutumu etkileyen bir faktör olmayabilir. Öte yandan

kadın olmak ataerkil düzene ilişkin tutumu etkileyebilir. Bu nedenle tutumu etkileyen faktörler belirli konu ya da gruplar için saptanabilir ancak genellenemezler (Karakaş, 2011).

2.3 Damgalam Kavramı ve Aşamaları

Damgalama kelimesi Cambridge sözlüğünde toplumun genelinin bir konu ile ilgili sahip olduğu yoğun onaylamama hissi olarak tanımlanmıştır (Cambridge Dictionary 2019) ve Türkçe'ye leke, utanç verici şey olarak çevrilmiştir (TDK 2016). Sözcüğün bu anlamda kullanımı ortaçağda suçlu bireylerin, suçluluğun göstergesi olarak kızgın demirle dağlanmalarından sonra olmuştur (Taşkın, 2007). Oran ve Şenuzun'a göre (2008) damgalama kuramının öncüsü Amerikalı sosyolog Goffman; damgalamayı, "damgalanan bireye daha az değer verme davranışı, bu damgayı taşıyan insanların daha az istenebilir ve neredeyse insan gibi algılanmaması" olarak tanımlamıştır. Ayrımcılık, toplumdaki kişi ya da grupların diğerlerini damga ve önyargı nedeniyle bazı hak ve menfaatlardan yoksun bırakmasıdır. Böylece damgalama, bazen en az hastalığın kendisi kadar tehlikeli olmaktadır (Üçok, 2003). Örneğin; insanlık tarihi kadar eski bir geçmişe sahip olan ve ilk damgalanan hastalıklardan olan cüzzam, tanrının insana verdiği bir "kötülük" olarak nitelendirilmiştir (Gary, 2005). Damgalama da toplum içinde bazı farklılıklara ve hastalıklara karşı var olan ve bireylerin dışlanmasına, öz-imajının, öz-saygısının etkilenmesine yol açan olumsuz görüş ya da tutumlardır (Polat, 2017). Bütün bu tanımlar doğrultusunda damgalama; toplumun genelinin bir konu ile ilişkili sahip olduğu güçlü olumsuz tutum olarak da tanımlanabilir.

Damgalama beş temel aşamadan oluşmaktadır. Bunlar: Etiketleme, stereotipler, bilişsel ayırma/ önyargılar, duygusal reaksiyon ve sosyal konum kaybı/ ayrımcılık olarak tanımlanır. Bu sınıflandırmada her zaman öğelerin sırası ile gerçekleşmesi beklenmez. Yani beş temel aşama sıralı ve ya sırasız bir biçimde gerçekleşebilir (Corrigan ve Watson., 2002; Link ve Phelan., 2001).

- **Etiketleme:** Etiketleme kavramı bir grubun toplumda diğer gruplardan ayrılması ve bir temel özelliği ya da durumu ile var olmaya başlaması sürecidir (Link ve Phelan, 2001). Etiketleme süreci, kanser hastalarının bütün değişken özelliklerinin göz ardı edilerek temel bir düzeyde sadece kanser hastası olarak tanımlanması olarak açıklanabilir.
- **Stereotipler:** Stereotipi kavramı, toplumların ortak görüşünü temsil eder (Baron ve Graziano, 1991). Kanserli bireyler iyileşemez görüşü buna örnek olarak verilebilir.
- **Bilişsel ayırma/ önyargı:** Önyargı ise, stereotipleri destekleyerek farklı duygusal reaksiyonlar gelişmesine yol açabilir (Link ve Phelan, 2001). Kanserli bireyler çalışamaz düşüncesi bu duruma örnektir.
- **Duygusal reaksiyon:** Stereotipi ve önyargıların bir araya gelmesi ile öfke, korku, acıma, sinirlilik, anksiyete gibi duygular oluşur (Taşkın, 2007). Kanserli bireyler acı çekerek öldüğü için onlara acımak bu duruma örnektir. Bu durumda artık bireyde duygusal reaksiyon oluştuğu görülmektedir.
- **Ayrımcılık:** Ayrımcılık ise, bilişsel ve duygusal çıktıların bireylerin davranışlarına yansımalarıdır (Link ve Phelan, 2001). Kanser hastaları iyileşmeyip giderek kötüleşeceği için onlarla evlenmeyi ya da arkadaş olmayı istememe. Bu noktada ise, artık etiketleme süreci tamamlanarak davranışa dönüşmüştür.

2.4 Damgalamanın Türleri

Damgalama etki alanına ve damgalamanın oluştuğu gruba göre sınıflandırılmaktadır.

2.4.1 Etki alanına göre damgalama türleri

- **Birincil damgalama:** Etkin damgalama veya doğrudan damgalama olarak da tanımlanır. Bu damgalama türünde bireyin kendisinin damgalanması söz konusudur (Bos ve ark., 2013). Birincil damgalama, hissedilen ve içselleştirilmiş damgalamayı kapsamaktadır. Hissedilen damgalama, algılanan damgalama olarak da bilinmektedir. Damgalanan bireyin damgalamaya ilişkin hissettikleri hissedilen damgalama olarak tanımlanabilir. Bireyin, davranışları gizlemeye çalışması, korku, utanç duyması gibi duygular yaşaması hissedilen damgalamaya örnek olabilir (Brohan ve ark., 2010). İçselleştirilmiş damgalama; kendini damgalama ya da kişisel damgalama olarak da

ifade edilebilir. Ayrıca bazı kaynaklarda öz damgalama olarak geçmektedir (Çam ve Çuhadar 2011; Coşkun ve Güven 2012). İçselleştirilmiş damgalama, diğer insanların yönelttiği görüşlerin, bireylerin iç dünyasını etkileyerek bir kabul oluşturmalarıdır (Kuş Saillard, 2010). Damgalanan bireyin kendisi ile ilgili olan damgalamayı kabullenmesi, içselleştirmesi, bu durumun varlığını benimsemesidir (Rüsch ve ark., 2005; Yıldız ve ark., 2012).

- **İkincil damgalama:** Hissedilen damgalama ya da dolaylı damgalama, damgalanan kişi ile birliktelik yoluyla oluşan damgalama olarak tanımlanabilir. Bireyin ailesine, arkadaşlarına ve yakınlarına da yansıyan damgalama türüdür. Bu damgalama türünde damgalanan bireyle ilişkisi olan kişiler de damgalamadan etkilenirler (Bos ve ark., 2013).

2.4.2 Damgalamanın Oluştığı Gruba Göre Damgalama Türleri:

- **Toplumsal damgalama:** Genel kamu tarafından sahip olunan kalıp yargılar, önyargılar ve ayrımcılık içeren inançlardır (Simmons ve ark. 2015). Toplumsal damgalama, içselleştirilmiş damgalamaya yol açar (Simmons, L.A. ve ark. 2015, Corrigan, P.W. ve ark. 2014).
- **Yapısal damgalama:** Deneyimlenen damgalama olarak ifade edilmektedir. Yapısal damgalama, toplumdaki gruplara karşı, imkânların kısıtlanması, sistemin kendisinde adaletsizlik ve fırsat eşitsizliği oluşturulmasıdır (Corrigan ve ark. 2014). Bir toplumdaki bazı statü ve ideolojik sistemlere karşı yapılan damgalamanın meşrulaşmış hali olarak görülebilir (Bos ve ark., 2013, Brakel ve ark. 2006). Buna örnek olarak ruhsal hastalığa sahip bireylerin bazı temel vatandaşlık haklarının (evlenme, oy kullanma) olmaması verilebilir.
- **Kurumsal damgalama:** Kamusal alanda yaşanan damgalamadır. Örgütsel ve iyatrojenik damgalamayı kapsar. Örgütsel damgalama, firma ve sektör itibarının az olduğu işyerleri üzerindeki damgalamadır (Saillard, 2010). İyatrojenik damgalama, Sartorius (2002) tarafından ortaya atılmıştır. İyatrojenik damgalama, başta psikiyatristler olmak üzere sağlık profesyonellerinin hastalara karşı olan damgalayıcı tutumlarını ifade eder (Sartorius, 2002).

2.5 Damgalamanın Olumsuz Sonuçları

Literatürde damgalamanın; bireyler, iş hayatı, toplum ve damgalanan bireyin ailesi ve çevresi üzerindeki etkileri olmak üzere dört başlık altında ifade edilmektedir (Yaman ve Güngör, 2013).

Birey üzerindeki etkileri: Sağlık sorunları ile ilişkili damgalamanın bireylerin tedavi aramasını ve tedaviye katılımını engellediği ifade edilmektedir (Corrigan ve ark. 2014). Sahip oldukları sağlık sorunları nedeniyle toplumsal damgalama yaşayan bireyler; hastalıklarını gizlemektedirler ya da hastalıklarını söyleyerek sahip oldukları toplumsal desteği kaybetmektedirler (Oran ve Şenuzun, 2008). Bireyler, genelde hastalıklarından daha fazla, damgalanmayla mücadele etmek zorunda kalarak, kendilerini dış dünyadan soyutlamaktadırlar (Kadıoğlu ve Şahin, 2015). Yaşanan damgalama, bireyde kendini küçük görme, depresyon, anksiyete ve kendini savunma gereksinimine yol açmaktadır (Yaman ve Güngör, 2013; Rössler ve ark., 2005; Bostancı, 2004).

İş yaşantısı üzerindeki etkileri: Toplumdaki damgalama; dışlama, yalnızlaştırma, mobbing, iş yükünün artırılması, ötekileştirme ve terfi etmesine engel olma gibi iş yaşamına da olumsuz yansıyabilmektedir (Yaman ve Güngör, 2013).

Toplum üzerindeki etkileri: Toplumdaki birey ya da gruplar, damga ve önyargılar gibi nedenlere sığınarak diğerlerini bazı hak ve menfaatlerden yoksun bırakmaktadırlar (Topkaya, 2011).

Damgalanan bireyin ailesi ve çevresi üzerindeki etkileri: Damgalama, yalnızca bireyi etkilemez. Damgalanan birey gibi ailesi ve çevresi de bu damgalamadan etkilenir. Sadece damgalanan bir bireyin yakını olduğu için lekelenebilirler (Yaman ve Güngör, 2013)

2.6 Kansere Yönelik Olumsuz Tutumlara/ Damgalamaya İlişkin Çalışmalar

2.6.1 Hastalar Üzerinde Yapılan Çalışmalar

Kansere yönelik olumsuz tutumlara/ damgalamaya ilişkin yapılan çalışmalar incelendiğinde, konu ile ilişkili Tablo 1’de verilen, dört tanesi nitel olan (Lehto, 2014; Casillas, 2010; Meacham 2016; Chapple ve ark., 2004) toplam 17 çalışmaya rastlanmıştır. Bu çalışmaların 13 tanesinin (Ahn ve ark., 2009; Carter ve ark., 2015; Carter ve ark., 2014; Cataldo ve ark., 2012; Shen ve ark., 2016; Gonzalez ve Jacobsen, 2012; Chapple ve ark., 2004; Lehto, 2014; MacDonald, 1984; Phelan, 2013; Cho, 2013; Casillas, 2010; Meacham, 2016) hastalar ya da hastalığı yenmiş bireyler üzerinde yapıldığı tespit edilmiştir. Bu çalışmaların yaklaşık yarısının (yedi tanesi) sigara ile olan ilişkisinden dolayı daha çok damgalamaya maruz kaldığı düşünülen akciğer kanserli bireyler üzerinde gerçekleştirildiği görülmüştür (Carter ve ark., 2015; Carter ve ark., 2014; Cataldo ve ark., 2012; Shen ve ark., 2016; Gonzalez ve Jacobsen, 2012; Chapple ve ark., 2004; Lehto, 2014). Ahn ve ark. (2009) tarafından yapılan çalışmada meme kanserini yenmiş bireylerin istihdam edilme oranının topluma göre %20 daha düşük olduğu bulunmuştur. Bazı çalışmalarda, hasta ya da hastalığı yenmiş bireylerin hasta yakınları, diğer hastalar ve sağlık personelleri tarafından damgalamaya uğradıkları ve içselleştirilmiş damgalama geliştirdikleri saptanmıştır (Carter ve ark., 2015; Carter ve ark., 2014; Cataldo ve ark., 2012; Shen ve ark., 2016; Wassenaar ve ark., 2007; Gonzalez ve Jacobsen, 2012; MacDonald 1984; Phelan, 2013; Cho 2013; Casillas, 2010; Meacham, 2016). Bunun bireyin yardım alma davranışını olumsuz etkilediği (Carter ve ark. 2015, Carter ve ark. 2014; Casillas, 2010; Meacham, 2016), yaşam kalitesini düşürdüğü (Cataldo ve ark., 2012), bireylerin psikososyal ayrımcılığa maruz kaldıkları ya da kalma endişesi duydukları (Gonzalez ve Jacobsen, 2012; Chapple ve ark., 2004; Lehto 2014, Cho 2013) belirtilmiştir.

2.6.2 Sağlık Profesyonelleri Üzerinde Yapılan Çalışmalar

Kansere yönelik olumsuz tutumlara/damgalamaya ilişkin sağlık profesyonelleri üzerinde yapılan çalışmalar literatür ışığında incelendiğinde konu ile ilgili bir çalışmaya rastlanmıştır (Wassenaar ve ark. 2007). Bu çalışmada, hekimlerin hasta seçimleri ile kansere yönelik damgalayıcı tutumları arasında bir ilişki olabileceği varsayımında bulunulmuştur.

2.6.3 Toplum Üzerinde Yapılan Çalışmalar

Kansere yönelik olumsuz tutumlara/ damgalamaya ilişkin toplum üzerinde yapılan çalışmalar incelendiğinde (Tablo1) , konu ile ilgili üç çalışmaya rastlanmıştır. Bu çalışmalardan ikisi ölçek geliştirme çalışmasıdır (Cho ve ark., 2012; Marlow 2015). Diğeri ise Cho ve ark. (2012) tarafından geliştirilen “ Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi- Toplum Versiyonu ” ile İran’da yapılan çalışmadır (Badihian ve ark. 2017). Cho ve ark. (2012) tarafından yapılan çalışmada, toplumun %53’ünün kansere ilişkin olumsuz tutuma sahip olduğu ve kanserin tedavi edilebilirliğine inanmadıkları tespit edilmiştir. İran popülasyonunda yapılan çalışmada ise bu oran %20 olarak tespit edilmiştir (Badihian ve ark. 2017).



Tablo 1. Kansere Yönelik Olumsuz Tutuma/ Damgalamaya İlişkin Çalışmalar

Yazarlar. Tarih	Örneklem. Ülke	N	Ölçme Aracı	Sonuçlar
Ahn ve ark. 2009	Meme kanserini yenmiş kadınlar, Kore	1594	Yazarlar tarafından geliştirilmiş anket formu	Meme kanserini yenmiş kişilerin istihdam edilme oranının genel popülasyona göre %20 daha düşük olduğu saptanmıştır.
Carter ve ark. 2015	Akciğer kanserli kişiler, Amerika	94	Cataldo Lung cancer stigma scale (CLCSS)	Hastaların yakınları ve sağlık personelleri tarafından damgalamaya uğradıkları ve bunun sağlık bakımı almakta bir bariyer oluşturduğu belirlenmiştir.
Carter ve ark. 2014	Akciğer kanserli kişiler, Amerika	94	Revised Health Care System Distrust Scale, CLCSS	Damgalamanın akciğer kanseri semptomları görülen bireylerin yardım alma davranışını olumsuz etkilediği ve damgalamaya uğrayan bireylerin yardım almadıkları ya da yardım alma sürelerinin uzadığı tespit edilmiştir.
Cataldo ve ark. 2012	Akciğer kanserli kişiler, Amerika	149	CLCSS, The Quality of Life Inventory (QOLI)	Kansere yönelik damgalamanın düşük yaşam kalitesine neden olduğu saptanmıştır.

Tablo 1. Kansere Yönelik Olumsuz Tutuma/ Damgalamaya İlişkin Çalışmalar (Devam)

Yazarlar, Tarih	Örneklem, Ülke	N	Ölçme Aracı	Sonuçlar
Shen ve ark. 2016	Akciğer kanseri bireyler, Amerika	231	CLCSS, Consumer Assessment of Health Care Providers and Systems Program (CAHPS)	Sigara içme durumu ile ilişki olmaksızın bütün akciğer kanseri bireylerin damgalamaya maruz kaldıkları saptanmıştır.
Wassenaar ve ark. 2007	Birinci basamak hizmet veren doktorlar, Amerika	1132	Yazarlar tarafından geliştirilmiş anket formu	Hekimlerin, ileri tedavi için akciğer kanseri hastalar yerine meme kanseri hastaları daha çok tercih ettikleri görülmüştür. Bu durum yazarlar tarafından akciğer kanseri stigmatı ile ilişkili olabileceği şeklinde yorumlanmıştır.
Gonzalez ve Jacobsen, 2012	Akciğer kanseri bireyler, Amerika	95	Yazarlar tarafından geliştirilmiş öz değerlendirme ölçeği, Social Impact Scale, Epidemiologic al Studies Depression Scale	Akciğer kanseri hastaları arasında algılanan stigma ve depresyon düzeyi arasında pozitif yönde ilişki olduğu saptanmıştır.

Tablo 1. Kanserle Yönelik Olumsuz Tutuma/ Damgalamaya İlişkin Çalışmalar (Devam)

Yazarlar. Tarih	Örneklem. Ülke	N	Ölçme Aracı	Sonuçlar
Chapple ve ark. 2004	Akciğer kanserli bireyler. İngiltere	45	Nitel veri analizi	Hastaların diğer kanser türlerine sahip hastalar tarafından damgalamaya maruz kaldıkları, sigarayı bırakmış ya da hiç kullanmamış hastaların sigara kullanmak ve bu nedenle hasta olmakla suçlandıkları ve destek almalarını engelleyeceğini düşündükleri için hastalıklarını gizledikleri tespit edilmiştir.
Lehto 2014	Sigara öyküsü olan akciğer kanserli bireyler. Amerika	11	Nitel veri analizi	Hastaların suçluluk. Pişmanlık, utanç hissettikleri ve ailelerine haksız yere acı çektirdiklerini düşündükleri ve damgalanma deneyimleri yaşadıkları saptanmıştır.
MacDonald 1984	Rektum kanserli bireyler. İngiltere	420	Yazar tarafından geliştirilmiş stigma öz değerlendirme ölçeği	Hastalarının yarısının kendini damgalanmış hissettikleri ve damgalanmış hissetmenin kadınlarda ve kalıcı kolostomisi olan hastalarda daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 1. Kanser Yönelik Olumsuz Tutuma/ Damgalamaya İlişkin Çalışmalar (Devam)

Yazarlar. Tarih	Örneklem. Ülke	N	Ölçme Aracı	Sonuçlar
Phelan 2013	Kolorektal kanserli bireyler. ABD	1109	Kolorektal kanserler için yazarlar tarafından geliştirilmiş stigma ölçeği	Katılımcıların %31'inin en az bir alanda kanser stigmatına maruz kaldıkları, %25'inin hastalıkları için kendilerini suçladıkları tespit edilmiştir.
Cho 2013	Kanser tedavisini tamamlanmış kişiler. Kore	466	Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği. yazarlar tarafından geliştirilmiş kanser stigma ölçeği	Bireylerin %30'undan fazlasının kansere karşı olumsuz tutumları olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca katılımcıların %10'unun kanser nedeniyle sosyal ayrımcılığa maruz kaldıkları belirlenmiştir.
Casillas 2010	Latin ergen ve geç erişkin kanser hastaları ve aileleri. Amerika	21	Nitel veri analizi	Kanser algısının ve damgalanmanın sağlık bakımı alma konusunda hasta ve ailesini olumsuz etkilediği saptanmıştır.
Meacham 2016	Meme kanserli bireyler. Uganda	20	Nitel veri analizi	Algılanan ve içselleştirilmiş damgalamanın tedaviye katılımı ve tedavinin tamamlanmasını olumsuz etkilediği tespit edilmiştir

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Tipi

Bu çalışma; kansere yönelik toplumsal tutumu ve toplumsal tutumun yordayıcılarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Google Survey programı aracılığı ile online olarak yapılmıştır. Program yardımıyla veri toplama araçları online ortama aktarılarak topluma ulaşılmıştır. Veriler, 01.01.2019-07.05.2019 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırma, Temmuz 2018- Ocak 2020 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Türkiye'deki kanser hastası olmayan ve 18 yaşın üstündeki okur yazar bireyler oluşturmaktadır. Araştırmanın örnekleminin belirlenmesi amacıyla %5 tip I hata düzeyi ile, %80 güçte, orta derecede etki ile yapılan G-Power analizi ile minimum örneklem sayısı N: 620 olarak saptanmıştır. Araştırmada maksimum örneklem sayısına ulaşılması hedeflenmiş ve toplam 1022 bireye ulaşılarak araştırma tamamlanmıştır. 1022 birey üzerinden %5 tip I hata düzeyi ve düşük dereceli etki ile yapılan post-hoc G-Power analizinde çalışmanın gücü %93 olarak belirlenmiştir.

3.4 Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenlerini; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, algılanan sosyo ekonomik düzey, sigara kullanımı ve düzeyi, alkol kullanımı ve düzeyi, ailede kanser öyküsünün varlığı, ailede kanser nedeniyle hayatını kaybetmiş bireyin varlığı, kronik hastalığın varlığı, yaşamın büyük çoğunluğunda yaşanılan yer ve dini inanç düzeyi oluşturmaktadır. Araştırmanın bağımlı değişkenini; kansere ilişkin tutumları ölçme anketi alt ölçek puan ortalamaları oluşturmaktadır.

3.5 Dahil Etme ve Dışlama Kriterleri

3.5.1 Dahil Etme Kriterleri

- Yaşamın herhangi bir bölümünde kanser tanısı almış olmamak
- 18 yaşın üstünde olmak
- Okur yazar olmak ve Türkçe bilmek

3.5.2 Dışlama Kriterleri

- Yaşamın herhangi bir bölümünde kanser tanısı almış olmak
- 18 yaşın altında olmak
- Okur yazar olmamak ve Türkçe bilmemek

3.6 Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak, araştırmacı tarafından literatür ışığında hazırlanan Kişisel Bilgi Formu (EK-1) ve Kansere İlişkin Tutumları (Kanser Etiket) Ölçme Anketi- Toplum Versiyonu (EK-2) kullanılmıştır.

Kişisel Bilgi Formu: Kişisel bilgi formunda, araştırmacı tarafından literatüre dayalı olarak (Çağ ve Yıldırım, 2016; Gündüz, 2016) hazırlanan bazı sosyodemografik (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, algılanan sosyoekonomik düzey, dini inanç, yaşamın büyük çoğunluğunda yaşanılan yer), madde kullanım özellikleri (sigara kullanımı ve düzeyi, alkol kullanımı ve düzeyi) ve hastalık özellikleri (ailede kanser öyküsünün varlığı, ailede kanser nedeniyle kaybedilen birey varlığı, kronik bir hastalığın varlığı) olmak üzere toplam on dört soru yer almaktadır (EK-1).

Kansere İlişkin Tutumları (Kanser Etiket) Ölçme Anketi- Toplum Versiyonu: Toplumdaki bireylerin ve kanserli hasta yakınlarının; kansere ve kanserli hastalara ilişkin tutumlarını ölçmek amacıyla Cho ve ark.(2013) tarafından geliştirilen ve orijinal adı “Public attitudes toward cancer and cancer patients” olan ölçeğin orijinal versiyonu toplam 15 maddeden ve 4 alt ölçekten (iyileşmenin imkansız olması, kanser hastalarının damgalanması, ayrımcılık, kanser tanısını ortaya çıkarma/yayma) oluşmaktadır. Türkiye’de Yılmaz ve ark. (2017) tarafından Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması yapılan ölçek, 12 maddeden ve 3 alt ölçekten (iyileşmenin imkansız olması/ damgalama, ayrımcılık, kanser tanısını ortaya çıkarma/yayma) oluşmaktadır (EK-2). Yılmaz ve ark. (2017) tarafından gününbirlik kemoterapi ünitesinde kemoterapi alan hastaların sağlıklı yakınları ve bir aile sağlığı merkezine herhangi bir nedenle başvuran

322 birey üzerinde geçerlik güvenirlik çalışması yapılmıştır. Ölçeğin, madde sayıları ve Cronbach alfa değerleri aşağıda yer almaktadır (Yılmaz ve ark. 2017).

- *İyileşmenin imkansız olması/damgalama*: Bireylerin kanserin tedavi edilebilirliğine ve kansere ilişkin tutumlarını ölçer. İyileşmenin imkansız olması/damgalama alt ölçeğinin, madde numaraları: 1,2,3,4,5'dir. Yılmaz ve ark.(2017) tarafından yapılan geçerlik güvenirlik çalışmasında İyileşmenin imkansız olması/ etiketleme alt ölçeğinin Cronbach alfa değeri 0.81 olarak hesaplanmıştır. Çalışmamızda ise Cronbach alfa değeri 0.83 olarak belirlenmiştir. İyileşmenin imkansız olması/etiketleme alt ölçeğinden elde edilecek en düşük puan, 5 ve en yüksek puan ise, 20'dir (min:5- max:20). Bu alt ölçek puan ortalamasının medyan değerinin, 2.5'dan yüksek olması, bireylerin kanserin tedavi edilebilirliğine inanmadıklarını ve kansere ilişkin damgalama yaptıklarını göstermektedir (Yılmaz ve ark. 2017).
- *Ayrımcılık*: Bireylerin kanserli kişilere ilişkin ayrımcı tutumlarını ölçer. Ayrımcılık alt ölçeğinin, madde numaraları: 6,7,8'dir. Yılmaz ve ark.(2017) tarafından yapılan geçerlik güvenirlik çalışmasında Ayrımcılık alt ölçeğinin Cronbach alfa değeri 0.93 olarak hesaplanmıştır. Çalışmamızda ise Cronbach alfa değeri 0.91 olarak belirlenmiştir. Ayrımcılık alt ölçeğinden elde edilecek en düşük puan, 3 ve en yüksek puan ise 12'dir (min:3- max:12). Bu alt ölçek puan ortalamasının medyan değerinin 2.5'den yüksek olması, katılımcıların kanserli bireylere karşı ayrımcı duygu ve düşüncelere sahip olduklarını göstermektedir (Yılmaz ve ark. 2017).
- *Kanser tanısını ortaya çıkarma/ yayma*: Bireylerin olası bir kanser tanısına ilişkin yayma/ ortaya çıkarma tutumunu ölçer. Kanser tanısını ortaya çıkarma/ yayma alt ölçeğinin, madde numaraları: 9,10,11,12'dir. Yılmaz ve ark.(2017) tarafından yapılan geçerlik güvenirlik çalışmasında Ortaya çıkarma/yayma alt ölçeğinin Cronbach alfa değeri 0.92 olarak hesaplanmıştır. Çalışmamızda ise Cronbach alfa değeri 0.93 olarak belirlenmiştir. Kanser tanısını ortaya çıkarma/ yayma alt ölçeğinden elde edilecek en düşük puan, 4 ve en yüksek puan ise 16'dir (min:4-max:16). Bu alt ölçek puan ortalamasının medyan değerinin 2.5'den yüksek olması, katılımcıların kanser tanısını çevrelerinden gizleme eğilimde olduklarını göstermektedir (Yılmaz ve ark. 2017).

Ölçekte yer alan maddeler “(1) Kesinlikle katılmıyorum, (2) Katılmıyorum, (3) Katılıyorum, (4) Kesinlikle katılıyorum” şeklinde cevaplanmaktadır. Ölçekte ters puanlanan madde bulunmamaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesinde her bir alt ölçek için maddelerin puan ortalaması kullanılmaktadır. 1-4 arasında değişkenlik gösteren

puan ortalaması, medyan değeri olan 2.5 ve üzerinde ise, kansere ilişkin olumsuz (negatif) tutumun varlığını göstermektedir. Bunun yanı sıra herhangi bir alt ölçek puan ortalamasının artması kansere ilişkin olumsuz, azalması ise olumlu tutum olarak yorumlanmaktadır (Yılmaz ve ark. 2017).

3.7 Verilerin Toplanması

Araştırmanın yapıldığı Google Survey programı üzerinden ölçme araçları oluşturulduktan sonra, ankete ve ölçeğe ilişkin bilgilendirme ve onam metni oluşturulmuştur. Bu metin üzerinden katılımcılara araştırmanın amacı, içeriği, süresi, gizlilik politikası gibi konularda bilgi verilmiştir. Bu bilgilerin devamında katılımcıların ankete katılmayı onayladıklarına dair bir ifade bulunup, yalnızca ankete katılmayı kabul ediyorum ifadesini seçen bireylerin ankete erişimi sağlanmıştır. Bu yöntem ile onamı alınan bireylere ait veriler online olarak toplanmıştır. Anket ve ölçeğin doldurulması ortalama 5 dakika sürmüştür. Araştırmada veriler, 01.01.2019-07.05.2019 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.8 Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmadan elde edilen veriler değerlendirilirken, istatistiksel analizler için PSPP 1.0.1 (2017) programı kullanılmıştır. Verilerin analizinden önce yeterli katılım sağlanamayan bazı gruplar (okur yazar , ilkokul mezunu, ortaokul mezunu, köyde yaşayan, kasabada yaşayan bireyler) birleştirilerek çalışmaya devam edilmiştir. Bu doğrultuda okur yazar, ilkokul mezunu, ortaokul mezunu bireyler tek grup altında birleştirilerek ortaokul ve altı eğitim düzeyi olarak tanımlanmıştır. Yaşamın büyük çoğunluğunda köyde ya da kasabada yaşayan bireyler köy-kasaba şeklinde gruplandırılmıştır. Araştırmada verilerin değerlendirilmesinde parametrelerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistik olarak, veri tipine göre sayı ve yüzdelikler ya da ortalama±standart sapma kullanılmıştır. Bunun yanı sıra normal dağılım göstermeyen değişkenlerin (eğitim, yaşamın büyük çoğunluğunda yaşanan yer, algılanan sosyo ekonomik durum) gruplar arası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Bu test sonrası anlamlılık saptanan grupların ikili karşılaştırmalarında Games-Howell testi kullanılmıştır. Normal dağılıma uygunluk gösteren değişkenlerin (cinsiyet, yaş, medeni durum, sigara kullanımı, alkol kullanımı, ailede kanser öyküsünün varlığı, ailede kanser nedeniyle hayatını kaybetmiş bireyin varlığı, kronik hastalık varlığı ve dini inanç düzeyi) analizinde t testi kullanılmıştır. Normal dağılıma uygunluk gösteren değişkenlerin (yaş, sigara ve alkol kullanım düzeyi) analizinde tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Bu grupların ikili karşılaştırmalarında Tukey HSD testi kullanılmıştır. Anlamlılık $p<0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinin ardından anlamlılık saptanan değişkenler (cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, ailede kanser nedeniyle kaybedilen bireyin varlığı, kronik hastalık varlığı, yaşamın büyük çoğunluğunda yaşanan yer) arasındaki ilişkiyi ölçmek için lojistik regresyon modeli kullanılmıştır.

3.9 Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmanın bazı sınırlılıkları mevcuttur. Bunlar; bu çalışma online anket yöntemi ile yapılmıştır. Bu yöntem doğası gereği internet ve bilgisayar kullanımı gerektirmektedir. Bu nedenden dolayı erişim sağlanan bireylerin büyük çoğunluğu eğitim düzeyi yüksek, daha çok genç yaşta olan ve büyük şehirlerde yaşayan bireyler oluşturmaktadır. Bu nedenle, bu çalışmadan elde edilen sonuçlar, tüm Türk toplumuna

genellenemez. Bu çalışmanın diğer sınırlılığı ise, bu çalışmadan elde edilen veriler, sadece bireylerin ifadelerine dayalıdır. Bu nedenle bireyler kansere ilişkin tutumlarını daha olumlu ya da olumsuz ifade etmiş olabilirler.

3.10 Etik Kurul İzni

Araştırmaya başlamadan önce, Koç Üniversitesi Sosyal Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu'ndan (2018.214.IRB3.152 nolu karar) onay alınmıştır (Ek 3). Araştırmaya katılan hastalara yazılı bilgilendirme yapıldıktan sonra ankete ve ölçeğe erişimleri sağlanmadan önce aydınlatılmış onamları alınmıştır.



4 BULGULAR

4.1. Katılımcıların Sosyo Demografik, Madde Kullanım ve Hastalık

Özelliklerine Göre Dağılımı

4.1.1 Katılımcıların Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Sosyodemografik özellikler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	560	54.8
Erkek	462	45.2
Yaş		
18-28	378	37.0
29-39	311	30.4
40-50	203	19.8
51 ve üzeri	130	12.8
Medeni durum		
Evli	567	55.4
Bekar	455	44.6
Eğitim Durumu		
Ortaokul ve altı	68	6.7
Lise	151	14.8
Üniversite	675	66.0
Lisansüstü	128	12.5
Algılanan sosyo ekonomik düzey		
Düşük	99	9.7
Orta	850	83.2
Yüksek	73	7.1
Yaşamın büyük çoğunluğunda yaşanılan yer		
Köy-kasaba	58	5.7
İlçe	192	18.8
Büyükşehir	772	75.5
Dini inanç düzeyi		
Düşük	132	12.9
Orta	463	45.3
Yüksek	307	30.0
İnanmıyor	120	11.8
Toplam	1022	100.0

Tablo 4.1.1’de araştırmaya katılan bireylerin sosyodemografik özellikleri yer almaktadır. Katılımcıların yaklaşık %55’inin kadın ve çoğunluğunun (%67) 40 yaş altı oldukları saptanmıştır. Katılımcıların %55’i evli iken, çoğunluğunun (%66) üniversite mezunu oldukları belirlenmiştir. Katılımcıların büyük çoğunluğu (%83) sosyo-ekonomik düzeyini orta olarak değerlendirirken, %75’inin yaşamlarının çoğunu büyük şehirlerde geçirdikleri saptanmıştır. Araştırmaya katılan bireylerin %45’i dini inanç düzeyini orta olarak tanımlarken yaklaşık %12’si dini inancı olmadığını ifade etmiştir.

4.1.2 Katılımcıların Madde Kullanım Özelliklerine Göre Dağılımı

Madde Kullanım Özellikleri	n	%
Sigara kullanımı		
Evet	440	43.1
Hayır	582	56.9
Sigara kullanım miktarı (n:440)		
Az-çok az (10 ve daha az)	99	22.5
Orta (11-30 adet)	205	46.7
Fazla-çok fazla (31 ve daha fazla)	135	30.8
Alkol kullanımı		
Evet	438	42.9
Hayır	584	57.1
Alkol kullanım miktarı (n:438)		
Az-çok az (ayda 1-3 kereden fazla değil)	293	67.0
Orta (haftada 1-5 kez)	113	25.9
Fazla-çok fazla (hemen hemen her gün)	31	7.1
Toplam	1022	100.0

Tablo 4.1.2’de araştırmaya katılan bireylerin madde kullanım özellikleri incelenmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin %43’ünün sigara kullandığı ve sigara kullanan bireylerin yaklaşık yarısının (%47) sigara kullanım miktarını orta düzey olarak tanımladıkları tespit edilmiştir. Katılımcıların %42’si alkol kullandıklarını belirtmiş ve alkol kullanan bireylerin çoğunluğunun (%67) alkol kullanım miktarını az-çok az şeklinde tanımladıkları belirlenmiştir.

4.1.3. Katılımcıların Hastalık zelliklerine Göre Dağılımı

Hastalık zellikleri	n	%
Ailede kanser öyküsü varlığı		
Evet	542	53.0
Hayır	480	47.0
Ailede kanser nedeniyle kaybedilen bireyin varlığı		
Evet	427	41.8
Hayır	595	58.2
Kronik hastalık varlığı		
Evet	235	23.0
Hayır	787	77.0
Toplam	1022	100.0

Tablo 4.1.3’de araştırmaya katılan bireylerin hastalık özellikleri incelenmiştir. Katılımcıların %53’ünün ailesinde kanser öyküsü olduğu ve yaklaşık %42’sinin ise, kanser nedeniyle bir yakınını kaybettiği saptanmıştır. Katılımcıların % 77’sinin kronik bir hastalığı olmadığı saptanmıştır.

4.2. Katılımcıların Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi Alt Ölçek Puan Ortalamaları

Alt Ölçekler	Min-max	Ort±SS
İyileşmenin imkansız olması/ damgalama	1-4	1.72±0.56
Ayrımcılık	1-4	1.37±0.55
Ortaya çıkarma/ yayma	1-4	1.77±0.76

Tablo 4.2’de çalışmaya katılan bireylerin Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketine-(Toplum Versiyonu) ilişkin alt ölçek puan ortalamaları yer almaktadır. Çalışmaya katılan bireylerin ortaya çıkarma/yayma alt ölçeği puan ortalamasının en yüksek ($\bar{x}$: 1.77), ayrımcılık alt ölçeği puan ortalamasının ise en düşük ($\bar{x}$: 1.37) olduğu saptanmıştır.

4. 3. Katılımcıların Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi Alt Ölçeklere İlişkin Tutumlarının Dağılımı

Alt Ölçekler	n	%
İyileşmenin imkansız olması/ damgalama		
Olumlu tutum (≤ 2.5)	929	90.90
Olumsuz tutum (>2.5)	93	9.10
Ayrımcılık		
Olumlu tutum(≤ 2.5)	991	96.97
Olumsuz tutum (>2.5)	31	3.03
Ortaya çıkarma/ yayma		
Olumlu tutum(≤ 2.5)	845	82.68
Olumsuz tutum (>2.5)	177	17.32

Tablo 4.3’de çalışmaya katılan bireylerin Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi(Toplum Versiyonu) alt ölçeklerine ilişkin tutumları yer almaktadır. Çalışmaya katılan bireylerin ortaya çıkarma/yayma alt ölçeğine ilişkin olumsuz tutum oranı en yüksek (%17.32) iken, ayrımcılık alt ölçeğine ilişkin olumsuz tutum oranı ise en düşük(%3.03) olarak saptanmıştır.

4.4. Katılımcıların Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi Alt Ölçek Maddeleri ile İlgili Olumsuz Tutumlarının Dağılımı

Alt Ölçekler	Olumsuz tutum n (%)	Ort±SS
İyileşmenin imkansız olması/ damgalama		
3.Kanser hastalarının başarılı kanser tedavisinden sonra bile işyerinde görev yeteneği azalabilir.	201 (19.66)	1.86 (0.80)
4.Kanser tanısı olan bir kişinin bir daha sağlıklı olması çok zordur.	176 (17.21)	1.86 (0.76)
1.Kanser tedavisi ne kadar gelişmiş olursa olsun tedavi edilmesi mümkün değildir	136 (13.29)	1.77 (0.78)
2.Kanser hastaları bir kez tanı aldı mı bir daha sosyal olarak aktif olamazlar.	92 (8.99)	1.66 (0.68)
5.Kanser hastalarının topluma katkıda bulunması mümkün olmaz	32 (3.12)	1.43 (0.58)
Ayrımcılık		
6.Kanser hastaları ile birlikte olduğumda rahatsızlık hissedirim.	53 (5.18)	1.40 (0.63)
7. Kanser tanısı olan komşularla iletişim kurmaktan kaçınma eğilimindeyim.	38 (3.71)	1.36 (0.58)
8.Kanserli kişilerle çalışmaktan kaçınıyorum.	36 (3.51)	1.36 (0.58)
Ortaya çıkarma/yayma		
11. Eğer kanser tanısı alırsam komşularıma söylemem.	233 (22.78)	1.90 (0.91)
12. Eğer kanser tanısı alırsam iş arkadaşlarıma/ meslektaşlarıma söylemem.	185 (18.1)	1.82 (0.86)
10. Eğer kanser tanısı alırsam arkadaşlarıma söylemem.	141 (13.79)	1.74 (0.79)
9 . Eğer kanser tanısı alırsam aileme söylemem.	113 (11,05)	1.64 (0.77)

Tablo 4.4’de çalışmaya katılan bireylerin Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi (Toplum Versiyonu) Alt Ölçek Maddeleri ile İlgili Olumsuz Tutumlarının Dağılımı yer almaktadır. Katılımcıların iyileşmenin imkansız olması/damgalama alt ölçeğine ilişkin maddelere yönelik olumsuz tutumları incelendiğinde, katılımcıların en yüksek (%19.66) ifade ettikleri olumsuz tutum maddesinin , “*kanser hastalarının başarılı bir tedaviden sonra bile işyerinde görev yeteneği azalabilir*” olduğu ve bunu (%17.21) “*Kanser tanısı olan bir kişinin bir daha sağlıklı olması çok zordur*” maddesinin izlediği saptanmıştır. Katılımcıların %13.29’u ise, “*Kanser tedavisi ne kadar gelişmiş olursa olsun tedavi edilmesinin mümkün olmadığı*” ifadesine inandıkları saptanmıştır. Katılımcıların ayrımcılık alt ölçeğine ilişkin maddelere yönelik olumsuz tutumlarına bakıldığında,

bireylerin en yüksek (%5.18) ifade ettikleri olumsuz tutum maddesinin “*Kanser hastaları ile birlikte olduğumda rahatsızlık hissederim*” olduğu ve bunu (%3.71) “*Kanser tanısı olan komşularla iletişim kurmaktan kaçınma eğilimindeyim*” maddesinin izlediği saptanmıştır. Katılımcıların ortaya çıkarma/yayma alt ölçeğine yönelik olumsuz tutumları incelendiğinde; bireylerin en yüksek (%22.78) ifade ettikleri olumsuz tutum maddesinin “*Eğer kanser tanısı alırsam komşularıma söylemem*” olduğu ve bunu (%18.1) “*Eğer kanser tanısı alırsam iş arkadaşlarıma/ meslektaşlarıma söylemem*” maddesinin izlediği belirlenmiştir.



4.5. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi Alt Ölçeklerine İlişkin Puan Ortalamalarının/ Medyan Değerlerinin Karşılaştırılması

Sosyo-demografik özellikler	İyileşmenin imkansız olması /damgalama				Ayrımcılık			Ortaya çıkarma/ yayma		
	n	$\bar{X} \pm SS$	Medyan(min-max)	t/F p	$\bar{X} \pm SS$	Medyan(min-max)	t/F p	$\bar{X} \pm SS$	Medyan(min-max)	t/F p
Cinsiyet										
Kadın	560	1.69 ± 0.53	1.80(1.00-3.80)	t :1.85 p:0.065	1.33 ± 0.51	1.00(1.00-4.00)	t: 2.44 p:0.015*	1.72 ± 0.69	2.00(1.00-4.00)	t: 2.50 p:0.013*
Erkek	462	1.75 ± 0.59	1.80(1.00-4.00)		1.42 ± 0.59	1.00(1.00-4.00)		1.84 ± 0.83	2.00(1.00-4.00)	
Yaş										
18-28	378	1.60 ± 0.51	1.60(1.00-4.00)	F:10.41 <0.001*	1.30 ± 0.51	1.00(1.00-4.00)	F:4.48 p:0.004*	1.76 ± 0.74	1.75(1.00-4.00)	F:2.87 p:0.035*
29-39	311	1.77 ± 0.53	1.80(1.00-4.00)		1.39 ± 0.55	1.00(1.00-4.00)		1.79 ± 0.77	2.00(1.00-4.00)	
40-50	203	1.75 ± 0.58	1.80(1.00-4.00)		1.43 ± 0.62	1.00(1.00-4.00)		1.69 ± 0.73	1.75(1.00-4.00)	
51 ve üzeri	130	1.88 ± 0.66	1.80(1.00-3.40)		1.46 ± 0.54	1.00(1.00-3.00)		1.93 ± 0.80	2.00(1.00-4.00)	
Medeni Durum										
Evli	567	1.75 ± 0.55	1.80(1.00-4.00)	t: 2.04 p:0.042*	1.39 ± 0.55	1.00(1.00-4.00)	t: 1.35 p:0.177	1.73 ± 0.73	1.75(1.00-4.00)	t:2.02 p:0.044*
Bekar	455	1.68 ± 0.57	1.60(1.00-4.00)		1.35 ± 0.55	1.00(1.00-4.00)		1.83 ± 0.78	2.00(1.00-4.00)	
		Sıra Ortalaması	Medyan(min-max)	KW p	Sıra Ortalaması	Medyan(min-max)	KW p	Sıra Ortalaması	Medyan(min-max)	KW p
Eğitim Durumu										
Ortaokul ve altı	68	641.08	2.00(1.00-3.60)	KW:15.24 p:0.002*	616.46	1.67(1.00-4.00)	KW:13.16 p:0.004*	565.35	2.00(1.00-4.00)	KW:4.85 p:0.183
Lise	151	522.70	1.80(1.00-3.00)		521.05	1.00(1.00-4.00)		478.25	1.75(1.00-4.00)	
Üniversite	675	499.53	1.60(1.00-4.00)		498.86	1.00(1.00-4.00)		515.28	2.00(1.00-4.00)	
Lisansüstü eğitim	128	492.55	1.60(1.00-3.20)		511.15	1.00(1.00-3.00)		500.62	1.75(1.00-3.75)	
	n	$\bar{X} \pm SS$	Medyan(min-max)	t/F p	$\bar{X} \pm SS$	Medyan(min-max)	t/F p	$\bar{X} \pm SS$	Medyan(min-max)	t/F p
Dini inanç düzeyi										
Düşük	132	1.68 ± 0.57	1.60(1.00-3.60)	F:1.14 p:0.330	1.35 ± 0.51	1.00(1.00-4.00)	F:0.66 p:0.575	1.74 ± 0.69	1.75(1.00-4.00)	F:0.27 p:0.847
Orta	463	1.74 ± 0.54	1.80(1.00-4.00)		1.37 ± 0.55	1.00(1.00-4.00)		1.79 ± 0.77	2.00(1.00-4.00)	
Yüksek	307	1.72 ± 0.58	1.60(1.00-4.00)		1.40 ± 0.59	1.00(1.00-4.00)		1.75 ± 0.76	2.00(1.00-4.00)	
İnanmıyorum	120	1.65 ± 0.55	1.60(1.00-3.40)		1.33 ± 0.48	1.00(1.00-3.00)		1.81 ± 0.78	1.88(1.00-4.00)	

4.5. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi Alt Ölçeklerine İlişkin Puan Ortalamalarının/ Medyan Değerlerinin Karşılaştırılması (Devam)

Sosyo-demografik özellikler		İyileşmenin imkansız olması /damgalama			Ayrımcılık			Ortaya çıkarma/ yayma		
	n	Sıra ortalaması	Medyan(min-max)	KW p	Sıra ortalaması	Medyan(min-max)	KW p	Sıra ortalaması	Medyan(min-max)	KW p
Algılanan sosyo ekonomik düzey										
Düşük	99	557.14	1.80(1.00-3.60)		561.11	1.00(1.00-4.00)		537.63	2.00(1.00-4.00)	
Orta	850	508.37	1.80(1.00-4.00)	KW:3.06 p:0.216	506.83	1.00(1.00-4.00)	KW:4.15 p:0.126	510.02	2.00(1.00-4.00)	KW:1.16 p:0.559
Yüksek	73	486.02	1.60(1.00-3.20)		498.58	1.00(1.00-3.00)		493.27	1.50(1.00-3.75)	
Yaşamın büyük çoğunluğunda yaşanan yer										
Köy-kasaba	58	523.11	2.00(1.00-3.40)		556.34	1.00(1.00-3.00)		512.69	1.88(1.00-4.00)	
İlçe	192	510.68	1.80(1.00-3.60)	KW:7.78 p:0.004*	550.78	1.00(1.00-4.00)	KW:0.55 p:0.457	511.11	2.00(1.00-4.00)	KW:0.06 p:0.805
Büyükşehir	772	507.74	1.60(1.00-4.00)		496.98	1.00(1.00-4.00)		485.76	2.00(1.00-4.00)	

Tablo 4.5’de çalışmaya katılan bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi alt ölçeklerine ilişkin puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Katılımcıların cinsiyetlerine göre Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi alt ölçeklerine ilişkin puan ortalamaları incelendiğinde; erkeklerin iyileşmenin imkansız olması/ damgalama alt ölçeği puan ortalamalarının (1.75 ± 0.59) kadınlara (1.69 ± 0.53) göre daha yüksek olduğu ancak puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Erkeklerin ayrımcılık alt ölçeği puan ortalamalarının (1.42 ± 0.59) kadınların ayrımcılık alt ölçeği puan ortalamalarına (1.33 ± 0.51) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Benzer şekilde erkeklerin ortaya çıkarma/yayma alt ölçek puan ortalamalarının (1.84 ± 0.83) kadınların ortaya çıkarma/yayma alt ölçek puan ortalamalarına (1.72 ± 0.69) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Katılımcıların yaşlarına göre Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi alt ölçeklerine ilişkin puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 4.5); yaş ile iyileşmenin imkansız olması/damgalama, ayrımcılık ve ortaya çıkarma/yayma alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için Tukey HSD testi ile ikili

karşılaştırmalar yapılmıştır. (4.5.1) Bu karşılaştırmalar sonucunda 18-28 yaş grubu bireylerin iyileşmenin imkânsız olması/damgalama alt ölçeğine ilişkin puan ortalamalarının (1.60 ± 0.51) diğer yaş gruplarının iyileşmenin imkânsız olması/damgalama alt ölçek puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Bireylerin yaşlarına göre ayrımcılık alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde, 51 yaş ve üzeri bireylerin ayrımcılık ölçek puan ortalamalarının (1.46 ± 0.54) 18-28 yaş arası bireylerin puan ortalamalarına (1.30 ± 0.51) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Diğer yaş grupları arasında ayrımcılık alt ölçeğine ilişkin istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmamıştır ($p < 0.05$). Bireylerin yaşlarına göre ortaya çıkarma/yayma alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde 51 yaş ve üzeri bireylerin ortaya çıkarma/ yayma puan ortalamalarının (1.93 ± 0.80) 40-50 yaş arası bireylerin puan ortalamalarına (1.69 ± 0.73) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Diğer yaş grupları arasında ortaya çıkarma/yayma alt ölçeğine ilişkin istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmamıştır ($p < 0.05$). (Tablo 4.5)

Katılımcıların medeni durumlarına göre Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi alt ölçeklerine ilişkin puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 4.6) çalışmaya katılan bireylerin medeni durumları ile iyileşmenin imkansız olması/damgalama ve ortaya çıkarma/ yayma alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Buna göre evli bireylerin iyileşmenin imkansız olması/damgalama alt ölçek puan ortalamalarının (1.75 ± 0.55) bekar bireylerin iyileşmenin imkansız olması/damgalama alt ölçek puan ortalamalarına (1.68 ± 0.57) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Katılımcıların Ortaya çıkarma/yayma alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde ise (Tablo 4.5) bekar bireylerin puan ortalamalarının (1.83 ± 0.78) evli bireylerin puan ortalamalarına (1.73 ± 0.73) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Bireylerin medeni durumlarına göre, ayrımcılık alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde ise, evli bireylerin ayrımcılık puan ortalamasının (1.39 ± 0.55), bekar bireylere göre (1.35 ± 0.55) daha yüksek olduğu ancak puan ortalamaları arasındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$).

Katılımcıların Eğitim düzeylerine göre Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi alt ölçeklerine ilişkin puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 4.5) çalışmaya katılan bireylerin eğitim düzeyleri ile ortaya çıkarma/yayma alt ölçek medyan değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Çalışmaya katılan bireylerin eğitim düzeyleri ile iyileşmenin imkansız olması/damgalama ve ayrımcılık alt ölçek medyan değerleri arasındaki farkın ise, istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını anlamak için Games-Howell testi ile ikili karşılaştırmalar yapılmıştır (Tablo 4.5.2). Bu karşılaştırmada, ortaokul ve altı eğitim düzeyine sahip bireylerin iyileşmenin imkansız olması/damgalama alt ölçeği medyan değerlerinin (2.00) diğer eğitim düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Araştırmaya katılan bireylerin eğitim düzeyleri ile ayrımcılık alt ölçek medyan değerleri incelendiğinde de, ortaokul ve altı eğitim düzeyine sahip bireylerin medyan değerlerinin (1.67) üniversite (1.00) ve lisansüstü eğitim (1.00) düzeyine sahip bireylerin medyan değerlerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Araştırmaya katılan bireylerin dini inanç düzeylerine göre Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi alt ölçeklerine ilişkin puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 4.5) iyileşmenin imkansız olması/damgalama, ayrımcılık ve ortaya çıkarma/yayma alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Katılımcıların algılanan sosyoekonomik düzeylerine göre Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi alt ölçeklerine ilişkin medyan değerleri incelendiğinde (Tablo 4.5) iyileşmenin imkansız olması/damgalama, ayrımcılık ve ortaya çıkarma/yayma alt ölçek medyan değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Yaşamın büyük bir çoğunluğunda yaşanan yere göre Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi alt ölçeklerine ilişkin medyan değerleri incelendiğinde (Tablo 4.5) yaşanan yer ile ayrımcılık ve ortaya çıkarma/yayma alt ölçek medyan değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Katılımcıların yaşamın büyük çoğunluğunda yaşadıkları yer ile iyileşmenin imkansız olması/damgalama alt ölçek medyan değerleri arasındaki farkın ise, istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için Games-Howell testi ile ikili karşılaştırmalar yapılmıştır (Tablo 4.5.3). Bu karşılaştırmalar sonucunda yaşamının büyük çoğunluğunda köy-kasabada yaşayan bireylerin iyileşmenin imkansız olması/damgalama alt ölçeğine ilişkin medyan değerinin (2.00) yaşamının büyük çoğunluğunda büyükşehirde yaşayan bireylerin medyan değerine (1.60) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. ($p>0.05$).

4.5.1 Katılımcıların Yaşlarına Göre Kanserle İlişkin Tutumları Ölçme Anketi Alt Ölçeklerine İlişkin Tukey HSD Sonuçları

Alt ölçekler	Yaş(i)	Yaş(j)	xi-xj	sHX	p
İyileşmenin imkansız olması/ damgalama	18-28	29-39	-0.17	0.04	0.001*
		40-50	-0.15	0.05	0.012*
		51 ve üzeri	-0.28	0.06	<0.001*
	29-39	18-28	0.17	0.04	0.001*
		40-50	0.02	0.05	0.982
		51 ve üzeri	-0.11	0.06	0.210
	40-50	18-28	0.15	0.05	0.012*
		29-39	-0.02	0.05	0.982
		51 ve üzeri	-0.13	0.06	0.150
	51 ve üzeri	18-28	0.28	0.06	<0.001*
		29-39	0.11	0.06	0.210
		40-50	0.13	0.06	0.150
Ayrımcılık	18-28	29-39	-0.10	0.04	0.091
		40-50	-0.13	0.05	0.063
		51 ve üzeri	-0.17	0.06	0.013*
	29-39	18-28	0.10	0.04	0.091
		40-50	-0.03	0.05	0.917
		51 ve üzeri	-0.07	0.06	0.605
	40-50	18-28	0.13	0.05	0.063
		29-39	0.03	0.05	0.917
		51 ve üzeri	-0.04	0.06	0.923
	51 ve üzeri	18-28	0.17	0.06	0.013*
		29-39	0.07	0.06	0.605
		40-50	0.04	0.06	0.923
Ortaya çıkarma/yayma	18-28	29-39	-0.03	0.06	0.960
		40-50	0.07	0.07	0.727
		51 ve üzeri	-0.18	0.08	0.100
	29-39	18-28	0.03	0.06	0.960
		40-50	0.10	0.07	0.485
		51 ve üzeri	-0.15	0.08	0.243
	40-50	18-28	-0.07	0.07	0.727
		29-39	-0.10	0.07	0.485
		51 ve üzeri	-0.24	0.08	0.021*
	51 ve üzeri	18-28	0.18	0.08	0.100
		29-39	0.15	0.08	0.243
		40-50	0.24	0.08	0.021*

* $p < 0.05$

4.5.2 Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi Ölçeklerine İlişkin Games-Howell Sonuçları

Alt ölçekler	Eğitim durumu(i)	Eğitim durumu(j)	xi-xj	sHX	P
İyileşmenin imkansız olması/ damgalama	Ortaokul ve altı	Lise	0.33	0.08	0.006*
		Üniversite	0.36	0.07	0.001*
		Lisansüstü eğitim	0.38	0.08	0.002*
	Lise	Ortaokul ve altı	-0.33	0.08	0.006*
		Üniversite	0.03	0.05	0.931
		Lisansüstü eğitim	0.05	0.07	0.878
	Üniversite	Ortaokul ve altı	-0.36	0.07	0.001*
		Lise	-0.03	0.05	0.931
		Lisansüstü eğitim	0.02	0.05	0.984
	Lisansüstü eğitim	Ortaokul ve altı	-0.38	0.08	0.002*
		Lise	-0.05	0.07	0.878
		Üniversite	-0.02	0.05	0.984
Ayrımcılık	Ortaokul ve altı	Lise	0.20	0.08	0.136
		Üniversite	0.26	0.07	0.012*
		Lisansüstü eğitim	0.26	0.08	0.025*
	Lise	Ortaokul ve altı	-0.20	0.08	0.136
		Üniversite	0.06	0.05	0.688
		Lisansüstü eğitim	0.06	0.07	0.806
	Üniversite	Ortaokul ve altı	-0.26	0.07	0.012*
		Lise	-0.06	0.05	0.688
		Lisansüstü eğitim	0.00	0.05	1.000
	Lisansüstü eğitim	Ortaokul ve altı	-0.26	0.08	0.025*
		Lise	-0.06	0.07	0.806
		Üniversite	0.00	0.05	1.000

* $p < 0.05$

4.5.3 Katılımcıların Yaşamın Büyük Çoğunluğunda Yaşadıkları Yere Göre Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi Alt Ölçeklerine İlişkin Games-Howell Sonuçları

	Yaşamın büyük çoğunluğunda yaşanılan yer(i)	Yaşamın büyük çoğunluğunda yaşanılan yer(j)	xi-xj	sHX	P
İyileşmenin imkansız olması/ damgalama	Köy-kasaba	İlçe	0.17	0.08	0.230
		Büyükşehir	0.26	0.08	0.017*
	İlçe	Köy-kasaba	-0.17	0.08	0.230
		Büyükşehir	0.10	0.04	0.102
	Büyükşehir	Köy-kasaba	-0.26	0.08	0.017*
		İlçe	-0.10	0.04	0.102

* $p < 0.05$

4.6 Katılımcıların Madde Kullanım Özelliklerine Göre Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi Alt Ölçeklerine İlişkin Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Madde Kullanım Özellikleri	İyileşmenin imkansız olması /damgalama				Ayrımcılık			Ortaya çıkarma/ yayma		
	n	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	t/F p	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	t/F p	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (Min-max)	t/F p
Sigara kullanım durumu										
Evet	440	1.72 ± 0.60	1.80(1.00-4.00)	t:0.01	1.35 ± 0.56	1.00(1.00-4.00)	t: 1.32	1.74 ± 0.79	1.75(1.00-4.00)	t: 1.19
Hayır	582	1.72 ± 0.52	1.80(1.00-4.00)	p:0.992	1.39 ± 0.54	1.00(1.00-4.00)	p:0.186	1.80 ± 0.73	2.00(1.00-4.00)	p:0.235
Sigara kullanım miktarı										
Az-çok az(10 ve daha az)	99	1.75 ± 0.53	1.80(1.00-3.40)		1.40 ± 0.56	1.00(1.00-4.00)		1.78 ± 0.76	1.75(1.00-4.00)	
Orta(11-30 adet)	205	1.65 ± 0.56	1.60(1.00-3.80)	F:2.34 p:0.098	1.31 ± 0.51	1.00(1.00-4.00)	F:0.92 p:0.397	1.67 ± 0.73	1.50(1.00-4.00)	F:1.73 p:0.178
Fazla-çok fazla (31 ve daha fazlası)	135	1.79 ± 0.71	1.80(1.00-4.00)		1.36 ± 0.64	1.00(1.00-4.00)		1.83 ± 0.90	1.75(1.00-4.00)	
Alkol kullanım durumu										
Evet	438	1.70 ± 0.56	1.60(1.00-4.00)	t: 0.57	1.36 ± 0.54	1.00(1.00-4.00)	t: 0.51	1.81 ± 0.76	2.00(1.00-4.00)	t:1.18
Hayır	584	1.72 ± 0.55	1.80(1.00-4.00)	p:0.567	1.38 ± 0.56	1.00(1.00-4.00)	p:0.607	1.75 ± 0.75	2.00(1.00-4.00)	p:0.239
Alkol kullanım miktarı										
Az-çok az(ayda 1-3 kereden fazla değil)	293	1.68 ± 0.54	1.60(1.00-3.40)		1.36 ± 0.53	1.00(1.00-4.00)		1.82 ± 0.74	2.00(1.00-4.00)	
Orta(haftada 1-5)	113	1.76 ± 0.65	1.80(1.00-4.00)	F:0.76 p:0.469	1.40 ± 0.58	1.00(1.00-4.00)	F:0.69 p:0.501	1.78 ± 0.84	1.75(1.00-4.00)	F:0.16 p:0.853
Fazla-çok fazla(hemen hemen her gün)	31	1.73 ± 0.49	1.80(1.00-2.80)		1.27 ± 0.45	1.00(1.00-2.33)		1.76 ± 0.76	1.75(1.00-3.00)	

Tablo 4.6’da katılımcıların madde kullanım özelliklerine göre Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi alt ölçeklerine ilişkin puan ortalamaları yer almaktadır.

Araştırmaya katılan bireylerin **sigara** kullanım durumları ve miktarına göre Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi alt ölçeklerine ilişkin puan ortalamaları incelendiğinde, **iyileşmenin imkansız olması/damgalama, ayrımcılık ve ortaya çıkarma/yayma** alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Katılımcıların **alkol** kullanım durumları ve miktarına göre Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi alt ölçeklerine ilişkin puan ortalamaları incelendiğinde **iyileşmenin imkansız olması/damgalama, ayrımcılık ve ortaya çıkarma/yayma** alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

4.7 Katılımcıların Hastalık Özelliklerine Göre Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi Alt Ölçeklerine İlişkin Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Hastalık özellikleri	n	İyileşmenin imkansız olması /damgalama			Ayrımcılık			Ortaya çıkarma/ yayma		
		$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	t/F p	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	t/F p	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (Min-max)	t/F p
Ailede kanser tanısı konan birey varlığı										
Evet	542	1.74 $\pm$ 0.58	1.80(1.00-4.00)	t :1.38	1.36 $\pm$ 0.56	1.00(1.00-4.00)	t :1.05	1.77 $\pm$ 0.78	2.00(1.00-4.00)	t :0.09
Hayır	480	1.69 $\pm$ 0.54	1.70(1.00-4.00)	p:0.167	1.39 $\pm$ 0.55	1.00(1.00-4.00)	p:0.294	1.78 $\pm$ 0.73	2.00(1.00-4.00)	p:0.926
Ailede kanser nedeniyle kaybedilen birey										
Evet	472	1.77 $\pm$ 0.57	1.80(1.00-4.00)	t :2.58	1.37 $\pm$ 0.56	1.00(1.00-4.00)	t :0.03	1.78 $\pm$ 0.77	2.00(1.00-4.00)	t :0.14
Hayır	595	1.68 $\pm$ 0.55	1.60(1.00-4.00)	p:0.010*	1.37 $\pm$ 0.54	1.00(1.00-4.00)	p:0.974	1.77 $\pm$ 0.75	2.00(1.00-4.00)	p:0.890
Kronik hastalık varlığı										
Evet	235	1.82 $\pm$ 0.61	1.80(1.00-3.60)	t:3.06 p:0.002*	1.41 $\pm$ 0.54	1.00(1.00-4.00)	t :1.32 p:0.186	1.90 $\pm$ 0.79	2.00(1.00-4.00)	t :2.94 p:0.003*
Hayır	787	1.68 $\pm$ 0.54	1.60(1.00-4.00)		1.36 $\pm$ 0.55	1.00(1.00-4.00)		1.74 $\pm$ 2.94	1.67(1.00-4.00)	

* $p<0.05$,

Tablo 4.7’de katılımcıların hastalık özelliklerine göre Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi alt ölçeklerine ilişkin puan ortalamaları incelenmiştir. Katılımcıların ailesinde kanser tanısı konan bireyin olması ile Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi iyileşmenin imkansız olması/damgalama, ayrımcılık ve ortaya çıkarma/yayma alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Araştırmaya katılan bireylerin, ailede kanser nedeniyle kaybedilen bireyin olması durumu ile Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi alt ölçeklerine ilişkin puan ortalamaları arasındaki ilişki incelenmiştir (Tablo 4.7). Bu inceleme sonucunda bireylerin ailede kanser nedeniyle kaybedilen/ölen bireyin varlığına göre ayrımcılık ve ortaya çıkarma/yayma alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Ancak ailesinde kanser nedeniyle ölen birey bulunan katılımcıların iyileşmenin imkansız olması/damgalama alt ölçeğine ilişkin puan ortalamalarının (1.77 ± 0.57) ailesinde kanser nedeniyle kaybedilen birey bulunmayan katılımcıların puan ortalamalarına (1.68 ± 0.55) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Katılımcıların kronik hastalık durumu ile Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi alt ölçekleri arasındaki ilişki incelendiğinde (Tablo 4.7): iyileşmenin imkansız olması/damgalama ve ortaya çıkarma/yayma alt ölçeklerine ilişkin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Buna göre kronik hastalığa sahip bireylerin iyileşmenin imkansız olması/damgalama alt ölçeğine ilişkin puan ortalamasının (1.82 ± 0.61) kronik hastalığı bulunmayan katılımcıların puan ortalamalarına (1.68 ± 0.54) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Kronik hastalığı bulunan bireylerin ortaya çıkarma/yayma alt ölçeğine ilişkin puan ortalamalarının (1.90 ± 0.79) kronik hastalığı bulunmayan katılımcıların puan ortalamalarına (1.74 ± 2.94) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Katılımcıların kronik hastalık varlığı ile ayrımcılık alt ölçek puan ortalamaları arasında ise, istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

4.8. Katılımcıların Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi Alt Ölçeklerine Yönelik Tutumlarının Yordayıcıları

Katılımcıların kansere ilişkin tutumları ölçme anketi alt ölçeklerine yönelik olumsuz tutumların yordayıcılarının tanımlanması amacıyla univariate analizlerde anlamlılık saptanan değişkenler için lojistik regresyon analizi uygulanmıştır. Analizler doğrultusunda iyileşmenin imkansız olması/damgalama ve ortaya çıkarma/yayma alt ölçekleri için yapılan regresyon modelinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0,05$) saptanmıştır. Ayrımcılık alt ölçeği için yapılan regresyon modelinin ise, istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

İyileşmenin imkansız olması/damgalama alt ölçeğine ilişkin yapılan lojistik regresyon analizinde model anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$). Modelin uyumu Hosmer Lemeshow testi ile incelendiğinde yeterli bir model olduğu sonucu elde edilmiştir (Ki-kare: 11.222, sd:8 ve $p > 0.05$). Yapılan analizde (Tablo 4.8.1) yaş, eğitim, kronik hastalık durumu ve yaşanan yer değişkenlerinin iyileşmenin imkansız olması/damgalama alt ölçeğinin yordayıcısı oldukları saptanmıştır ($p < 0.05$). 18-28 yaş grubu bireylerin iyileşmenin imkansız olması/ damgalama alt ölçeğine ilişkin olumsuz tutumlarının; 29-39 yaş grubundaki bireylerden 2.1 kat ve 51 ve üzeri yaş grubu bireylerden ise 3.6 kat daha düşük olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Ortaokul ve altı mezun olanlara göre, lise mezunu olmanın 0.32 kat, üniversite mezunu olmanın 0.39 kat ve lisansüstü eğitime sahip olmanın 0.42 kat iyileşmenin imkansız olması/damgalama alt ölçeğine ilişkin olumsuz tutumu azalttığı saptanmıştır. Ayrıca kronik hastalığa sahip olmamanın, 0.54 kat ve büyükşehirde yaşamanın, 0.41 kat iyileşmenin imkansız olması/damgalama alt ölçeğine ilişkin olumsuz tutumu azalttığı saptanmıştır.

4.8.1 Katılımcıların İyileşmenin İmkansız Olması/Damgalama Alt Ölçeğine Yönelik Regresyon Sonuçları

Değişkenler		(B)	Std. Hata	Sig (p)	OR	95% C.I.for EXP(B)	
						Lower	Upper
Yaş	18-28(ref)			.014*			
	29-39	-.770	.340	.023*	2.159	1.109	4.203
	40-50	-.628	.407	.123	1.873	0.843	4.162
	51 ve üzeri	-.1284	.413	.002*	3.610	1.607	8.109
Medeni Durum	Bekar	.476	.281	.090	1.610	.928	2.795
Eğitim	Ortaokul ve altı(ref)			.049*			
	Lise	-1.137	.436	.009*	.321	.137	.754
	Üniversite	-.919	.377	.015*	.399	.191	.835
	Lisansüstü eğitim	-.866	.483	.043*	.421	.163	1.085
Kanser nedeniyle kaybedilen bireyin varlığı	Yok	-.386	.230	.094	.680	.433	1.068
Kronik hastalık varlığı	Yok	-.599	.244	.014*	.549	.340	.887
Yaşamın büyük çoğunluğunda yaşanılan yer	Köy-kasaba(ref)			.016*			
	İlçe	-.265	.428	.536	.767	.332	.1776
	Büyükşehir	-.881	.402	.029	.415	.188	.912
Constant		.190		<0.001			
Logistic regresyon analizi *p<0.05, Cox & Snell R Square: .053,Nagelkerke R Square: .115, Overall Percentage:90.9							

4.8.2 Katılımcıların Ortaya Çıkarma/Yayma Alt Ölçeğine Yönelik Regresyon Sonuçları

Değişkenler		B	Std. Hata	Sig (p)	OR	95% C.I.for EXP(B)	
						Lower	Upper
Cinsiyet	Kadın	-.521	.169	.002*	.594	.427	.827
Yaş	18-28(ref)			.141			
	29-39	-.241	.233	.300	.786	.498	1.239
	40-50	.101	.292	.730	1.106	.624	1.961
	51 ve üzeri	-.531	.301	.078	.588	.326	1.061
Medeni durum	Bekar	-.391	.214	.068	.677	.445	1.029
Kronik hastalık varlığı	Yok	.293	.192	.127	1.340	.920	1.953
Constant				<0.001	4.219		

Logistic regresyon analizi * $p < 0.05$ Cox & Snell R Square: .021, Nagelkerke R Square: .035, Overall Percentage:82.7

Ortaya çıkarma/yayma alt ölçeğine ilişkin yapılan lojistik regresyon analizinde de (Tablo 4.8.2) model anlamlı ($p=0.001$) bulunmuştur. Modelin uyumu Hosmer Lemeshow testi ile incelendiğinde yeterli bir model olduğu sonucu elde edilmiştir (Ki-kare: 7.618, sd:7 ve $p > 0.05$). Yapılan analizde, sadece cinsiyet değişkeninin ortaya çıkarma/yayma alt ölçeğinin yordayıcısı olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Erkeklerin ortaya çıkarma/yayma alt ölçeğine ilişkin olumsuz tutumlarının kadınlara göre 0.59 kat daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Yaş, medeni durum, kronik hastalık varlığı değişkenlerinin ortaya çıkarma/yayma alt ölçeğinin yordayıcıları olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$).

5. TARTIŞMA

5.1 Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi Alt Ölçeklerine İlişkin Tutumlar

Çalışmamızda, katılımcıların iyileşmenin imkansız olması/damgalama alt ölçeğine ilişkin olumsuz tutum oranı %9.10 olarak saptanmıştır (Tablo 4.3). Buna göre neredeyse, her 10 kişiden birinin kanserin tedavi edilemez bir hastalık olduğuna inandıkları ve kanserli bireyleri damgaladıkları söylenebilir. Ancak yapılan iki çalışmada (Cho ve ark. 2013; Badihian ve ark. 2017) iyileşmenin imkansız olması ve damgalama alt ölçeklerine ilişkin olumsuz tutum oranının çalışmamızdan çok daha yüksek olduğu görülmektedir. Cho ve ark. (2013) tarafından yapılan çalışmada, iyileşmenin imkansız olması alt ölçeğine ilişkin olumsuz tutum oranı %42.56 ve damgalama alt ölçeğine ilişkin olumsuz tutum oranı %53.5 iken, Badihian ve ark. (2017) tarafından yapılan çalışmada da, iyileşmenin imkansız olması alt ölçeğine ilişkin olumsuz tutum oranı %24.2 ve damgalama alt ölçeğine ilişkin olumsuz tutum oranı ise, %33,25 olarak saptanmıştır. Çalışmamızda katılımcıların iyileşmenin imkansız olması/damgalama alt ölçek maddelerine yönelik olumsuz tutumları incelendiğinde ise, Cho ve ark. (2013) tarafından yapılan çalışma sonuçları ile tutarlı olmadığı ancak Badihian ve ark (2017) tarafından yapılan çalışma sonuçları ile tutarlı olduğu belirlenmiştir. Ancak olumsuz tutum oranının her iki çalışmada da bizim çalışmamızdan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda katılımcıların “Kanser hastalarının başarılı kanser tedavisinden sonra bile işyerinde görev yeteneği azalabilir” iyileşmenin imkansız olması/damgalama alt ölçek maddesine yönelik olumsuz tutumun en yüksek (%19.66) olduğu, “Kanser hastalarının topluma katkıda bulunması mümkün olmaz” maddesine yönelik olumsuz tutumun ise, en düşük (%3.12) olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4). Çalışmamızın tersine Cho ve ark. (2013) tarafından yapılan çalışmada ise, “Kanser hastalarının topluma katkıda bulunması mümkün olmaz” maddesine yönelik olumsuz tutumun en yüksek (%71.5) olduğu saptanmıştır. Badihian ve ark. (2017) tarafından yapılan çalışmada ise, çalışmamıza benzer şekilde “Kanser hastalarının başarılı kanser tedavisinden sonra bile işyerinde görev yeteneği azalabilir” maddesine yönelik olumsuz tutum en yüksek (%37.1) ve “Kanser hastalarının topluma katkıda bulunması mümkün olmaz” maddesine yönelik olumsuz tutumun ise, en düşük (%5.5) olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda, ayrımcılık alt ölçeğine ilişkin olumsuz tutum oranı, %3.03 olarak belirlenmiştir (Tablo 4.3). Diğer bir ifade ile, araştırmaya katılan bireylerin büyük bir çoğunluğunun kanserli bireylere karşı yapılan ayrımcı davranışları onaylamadığı ve olumsuz tutumun en az ayrımcılığa yönelik olduğu görülmektedir. İyileşmenin imkansız olması ve damgalama alt ölçeklerinde olduğu gibi, yapılan iki çalışmada (Cho ve ark. 2013; Badihian ve ark. 2017) ayrımcılık alt ölçeğine ilişkin olumsuz tutumun çalışmamızdan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Cho ve ark. (2013) tarafından yapılan çalışmada, ayrımcılık alt ölçeğine ilişkin olumsuz tutum oranı %35.3 iken, Badihian ve ark. (2017) tarafından yapılan çalışmada ise, bu oran %13,15 olarak saptanmıştır. Çalışmamızda, katılımcıların ayrımcılık alt ölçek maddelerine ilişkin olumsuz tutumları incenlendiğinde (Tablo 4.4) katılımcıların “*Kanser hastaları ile birlikte olduğumda rahatsızlık hissederim*” maddesine yönelik olumsuz tutumlarının en yüksek olduğu (% 5.18) saptanmıştır. Cho ve ark. (2013) tarafından yapılan çalışmada ise, bu oran % 42.3 ve Bedihian ve ark. (2017) tarafından yapılan çalışmada da bu oran %17.4 olarak belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan bireylerin ortaya çıkarma/yayma alt ölçeğine ilişkin olumsuz tutum oranı %17.32 olarak saptanmıştır (Tablo 4.3). Çalışmamızda neredeyse her beş kişiden birinin kanser tanısı konması durumunda, bunu aile ya da çevreleri ile paylaşmaktan çekineceği görülmektedir. Cho ve ark. (2013) tarafından yapılan çalışmada ise, ortaya çıkarma/yayma alt ölçeğine ilişkin olumsuz tutum oranı %42.6 iken, Badihian ve ark. (2017) tarafından yapılan çalışmada ise bu oran %24,50 olarak saptanmıştır. Aynı şekilde her iki çalışmadan elde edilen sonucun çalışmamızdan elde edilen sonuçtan daha yüksek olduğu görülmektedir. Katılımcıların ortaya çıkarma/yayma alt ölçek maddelerine ilişkin tutumları incenlendiğinde bireylerin %11.05’i “*Eğer kanser tanısı alırsam aileme söylemem*” yanıtını vermişlerdir (Tablo 4.4). Cho ve ark. (2013) tarafından yapılan çalışmada ise bu oran %30.2 ve Bedihian ve ark. (2017) tarafından yapılan çalışmada bu oran %24.7 olarak belirlenmiştir. Çalışmamızda katılımcıların %22.78’i “*Eğer kanser tanısı alırsam komşularıma söylemem*” yanıtını verirken, Bedihian ve ark. (2017) tarafından yapılan çalışmada bu oran %55.3 olarak belirlenmiştir. Çalışmamızda bireylerin, %18.1’i “*Eğer kanser tanısı alırsam iş arkadaşlarıma/ meslektaşlarıma söylemem*” derken, %13.79’u da, “*Eğer kanser tanısı alırsam arkadaşlarıma söylemem*” yanıtını vermişlerdir. Cho ve ark. (2013) tarafından yapılan çalışmada ise her iki soru içinde bu oran yaklaşık %50

ve Bedihian ve ark. (2017) tarafından yapılan çalışmada ise bu oran yaklaşık %45 olarak belirlenmiştir.

Ortaya çıkarma/yayma alt ölçeğine ilişkin bulgular literatür ışığında incelendiğine çalışmamızdan elde edilen olumsuz tutum verilerinin genel olarak literatür verilerine göre düşük olduğu saptanmıştır. Bu sonuç Türkiye'nin kültürel yapısının yardımlaşma ve dayanışma temelli olmasından kaynaklanıyor olabilir. Ancak çalışma sonuçlarının birbirinden farklı olması nedeniyle, bu konuda yeni çalışmalar yapılması sonucu daha iyi ortaya koyabilir.

Yapılan az sayıdaki çalışmalara bakıldığında, çalışma sonuçlarının birbirinden çok farklı olduğu görülmektedir. Yapılan çalışmalarda, bütün alt ölçeklerde en olumsuz tutumun Cho ve ark.(2013) tarafından Kore popülasyonu üzerinde yapılan çalışmada olduğu, çalışmamızda ise, bütün alt ölçeklerde kansere yönelik görece olumsuz tutumun en düşük olduğu saptanmıştır. Kültürün hastalık algısı ve davranışları üzerinde belirleyici etkisi olduğu ifade edilmektedir (Bolsoy ve Sevil. 2006). Bu durum farklı ülkelerde yapılan çalışma sonuçlarının birbiriyle tutarlı olmamasının bir nedeni olabilir. Türkiye'de toplumun engelli bireylere yönelik tutumunun incelendiği bir çalışmada (Burcu 2011), engelli bireylerin toplum tarafından “acıyan, işe yaramaz, muhtaç” olarak tanımlandığı belirlenmiştir. Kanser de zorlu ve uzun tedavisi nedeniyle kanserli bireye karşı oluşturulan kültürel tanımlamalar engelli bireylere karşı oluşturulanla benzerlik gösterebilir. Bu nedenle özellikle iyileşmenin imkansız olması/damgalama ve ayrımcılık alt ölçeklerinde tutumun, diğer toplumlarda yapılan çalışmalara göre göreceli olarak düşük çıkmasının bir nedeni bu olabilir.

5.2 Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ile Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi Alt Ölçeklerine İlişkin Puan Ortalamalarının/Medyan Değerlerinin İncelenmesi

Çalışmamızda cinsiyete göre kansere ilişkin tutumları ölçme anketi alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 4.5), katılımcıların cinsiyeti ile iyileşmenin imkansız olması/ damgalama alt ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmamıştır ($p>0.05$) Cho ve ark.(2013) ve Bedihian ve ark. (2017) tarafından yapılan çalışmalarda da benzer sonuca ulaşılmıştır.

Katılımcıların cinsiyeti ile ayrımcılık alt ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 4.5), Bedihian ve ark. (2017) tarafından yapılan çalışmaya benzer şekilde erkeklerin ayrımcılık alt ölçek puan ortalamalarının (1.42 ± 0.59) kadınların ayrımcılık alt ölçek puan ortalamalarına (1.33 ± 0.51) göre istatistiksel olarak

anlamli düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Diğer bir ifade ile, çalışmamızda erkeklerin kanser hastalarına daha fazla ayrımcı davranışlar gösterme eğiliminde oldukları görülmektedir. Ancak Cho ve ark.(2013) tarafından yapılan çalışmada ise, cinsiyete göre ayrımcılık alt leği puan ortalamaları arasında fark olmadığı saptanmıştır. Akbulut ve Sağlam (2010) tarafından yapılan bir çalışmada, kadınların empati becerilerinin erkeklere göre daha gelişmiş olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda, kadınların ayrımcı davranış gösterme olasılıklarının daha az olması empati becerilerinin daha gelişmiş olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Katılımcıların cinsiyeti ile ortaya çıkarma/yayma alt ölçek puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde (Tablo 4.5) alışmamıza ayrımcılık alt ölçeğinde olduğu gibi, erkeklerin ortaya çıkarma/yayma alt ölçek puan ortalamalarının (1.84 ± 0.83) kadınların ortaya çıkarma/yayma alt ölçek puan ortalamalarına (1.72 ± 0.69) göre istatistiksel olarak anlamli düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Çalışmamızdaki bu sonuç, erkeklerin kanser tanısını paylaşmakta/açıklamada kadınlara göre daha fazla zorlandıklarını, bunu gizleme eğilimde olduklarını göstermektedir. Yapılan bir çalışmada (etinkaya 2011) kadınların duygu ve düşüncelerini erkeklerden daha iyi ifade edebildikleri ve başkaları ile paylaşma eğilimlerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızın bu bulgusu, kadınların genellikle duygu ve düşüncelerini çevreleri ile paylaşma eğilimlerinin daha yüksek olması ve bu konuda daha başarılı olmaları ile açıklanabilir. Öte yandan Cho ve ark. (2013) tarafından yapılan çalışmada ise, cinsiyete göre ortaya çıkarma/yayma alt ölçek puan ortalamaları arasında bir fark olmadığı saptanmıştır. Bu konuda yapılan çalışma sayısının az olması ve mevcut çalışma sonuçlarının birbiri ile tutarlı olmaması nedeniyle cinsiyet ile kansere yönelik toplumun tutumuna yönelik yeni çalışmaların yapılması konuya daha iyi açıklık getirebilir.

Çalışmamızda, katılımcıların yaşları ile iyileşmenin imkansız olması/damgalama, ayrımcılık ve ortaya çıkarma/yayma alt ölçek puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.5). Tukey HSD testi ile yapılan ikili karşılaştırmalarda (Tablo 4.5.1) 18-28 yaş grubu bireylerin iyileşmenin imkânsız olması/damgalama alt ölçeğine ilişkin puan ortalamalarının (1.60 ± 0.51) diğer yaş grubundaki bireylerin (29-39, 40-50, 51 ve üzeri) puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Diğer bir ifade ile, 18-28 yaş grubu bireylerin kanserin tedavi edilemez bir hastalık olduğuna yönelik inançları ve kanser hastalarını damgalama ihtimallerinin diğer yaş gruplarına göre daha düşük olduğu görülmektedir. Benzer biçimde, Bedihian ve ark. (2017) tarafından yapılan çalışmada ise 50 yaş ve üstü bireylerin 50 yaş altı bireylere göre kanserin iyileşebilirliğine olan inancının daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Bir hastalığa yönelik algının oluşumunda hastalığa ilişkin bilginin önemi büyüktür (Pehlivan ve ark. 2013). Bu bağlamda elde edilen bu sonucun bir nedeni, kanserin önlenabilir ve tedavi edilebilir bir hastalık olduğuna yönelik özellikle medya ve sosyal medyada sıklıkla gündeme gelmesi ile ilgili olabilir. Gençlerin sosyal medyayı daha fazla kullandıkları gerçeği de sonucun böyle çıkmasında bir etken olabilir.

Bireylerin yaşlarına göre ayrımcılık alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 4.5.1) 51 yaş ve üzeri bireylerin ayrımcılık alt ölçek puan ortalamaları (1.46 ± 0.54) 18-28 yaş arası bireylerin ayrımcılık alt ölçeği puan ortalamalarından (1.30 ± 0.51) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ($p<0.05$) ancak diğer yaş grupları arasındaki farkın (29-39, 40-50) istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Buna göre 18-28 yaş arası bireylerin kanser hastalarına karşı ayrımcı davranışlarda bulunma olasılıklarının 51 yaş üzeri bireylere göre daha düşük olduğu görülmektedir. Öte yandan Cho ve ark. (2013) tarafından yapılan çalışmada da 30 yaş altı katılımcıların 65 yaş üstü katılımcılara göre ayrımcılık alt ölçeği puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızdan elde edilen bu sonucun bir nedeni, 18-28 yaş arası bireylerin kansere ilişkin bilgilerinin daha güncel ve yaşadıkları dönem nedeniyle kanserle-kanserli bireylerle yüz yüze ya da medya/sosyal medyada daha sık karşılaşmaları sonucu bunu normalleştirmelerinden kaynaklanıyor olabilir.

Katılımcıların yaşlarına göre ortaya çıkarma/yayma alt ölçek puan ortalamaları

incelendiğinde (Tablo 4.5.1) 51 yaş ve üzeri bireylerin ortaya çıkarma/ yayma alt ölçek puan ortalamalarının (1.93 ± 0.80) 40-50 yaş arası bireylerin puan ortalamalarına (1.69 ± 0.73) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ($p < 0.05$) ancak diğer yaş grupları (18-28, 29-39), arasındaki farkın ise, istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$). Bir başka ifade ile 51 yaş ve üzeri bireylerin olası kanser tanılarını aile ve çevrelerinden gizleme eğilimi 40-50 yaş arasındaki bireylere göre daha yüksektir. Benzer şekilde Cho ve ark. (2013) tarafından yapılan çalışmada da 30 yaş altı katılımcıların 65 yaş üstü katılımcılara göre ortaya çıkarma/yayma alt ölçek puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuç, daha ileri yaşta olan bireylerin, hastalığı ve hastalığın yarattığı olumsuz etkileri daha zor kabullenmeleri ve ileri yaş nedeniyle tedavilerden endişe duymaları, yanlış inançlara sahip olmaları ile ilgili olabilir.

Çalışmamızda, bireylerin medeni durumları ile iyileşmenin imkansız olması/damgalama alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Buna göre evli bireylerin iyileşmenin imkansız olması/damgalama alt ölçek puan ortalamaları (1.75 ± 0.55) bekar bireylerin puan ortalamalarına (1.68 ± 0.57) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$) (Tablo 4.5). Bir başka ifade ile, evli bireylerin kanserin tedavi edilemezliğine olan inançlarının ve kanserli bireyleri damgalama olasılıklarının bekar bireylere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Cho ve ark. (2013) tarafından yapılan çalışmada da çalışmamıza benzer şekilde, evli bireylerin bekar bireylere göre kanserin tedavi edilemezliğine olan inançlarının ve kanserli bireyleri damgalama olasılıklarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Öte yandan Badihian ve ark. (2017) tarafından yapılan çalışmada ise, çalışmamızın tam tersine bekar bireylerin kanserli bireyleri damgalama olasılıklarının evli bireylere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmamızdaki bu sonuç, evli olan bireylerin genel olarak yaşlarının daha ileri olması ile ilgili olabilir. Öte yandan sonuçlar arasındaki tutarsızlık bu konuda daha fazla araştırma yapılması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Bireylerin medeni durumları ile ayrımcılık alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.5). Ancak Cho ve ark. (2013) tarafından yapılan çalışmada ise, evli bireylerin bekar bireylere göre ayrımcılık alt ölçek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç, evli ya da bekar olmanın kanser hastalığında ayrımcılık yapmaya bir etkisi olmadığını göstermektedir. Ancak bu konuda yapılacak yeni çalışmalar durumu daha iyi ortaya koyabilir.

Katılımcıların medeni durumlarına göre ortaya çıkarma/ yayma alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Ortaya çıkarma/yayma alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde bekar bireylerin ortaya çıkarma/yayma alt ölçek puan ortalamalarının (1.83 ± 0.78) evli bireylerin puan ortalamalarına (1.73 ± 0.73) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.5). Bu bulgu bekar bireylerin olası kanser tanısını aile ve çevrelerinden daha fazla gizleme eğiliminde olduklarını göstermektedir. Cho ve ark. (2013) tarafından yapılan çalışma da benzer bir sonuca ulaşılmıştır. Bu durum bekar bireylerin kendilerini çevrelerine kabul ettirme kaygılarının daha yoğun yaşamalarının bir sonucu olabilir.

Çalışmamızda, bireylerin eğitim düzeyleri ile iyileşmenin imkansız olması/damgalama alt ölçek medyan değerleri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Games-Howell testi ile yapılan ikili karşılaştırmalarda ortaokul ve altı eğitim düzeyine sahip bireylerin iyileşmenin imkansız olması/damgalama alt ölçeğine ilişkin medyan değerinin(2.00) diğer bütün eğitim düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.5.2). Bir başka ifade ile ortaokul ve altı eğitim düzeyine sahip bireylerin kanserli kişilerin iyileşemez oluşuna olan inancı ve kanserli bireyleri damgalama olasılığının diğer bütün eğitim düzeylerine sahip bireylere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Benzer şekilde Badihian ve ark. (2017) ve Cho ve ark. (2013) tarafından yapılan çalışmalarda da ortaokul ve altı eğitim düzeyine sahip bireylerin diğer gruplara göre kanserli bireyleri etiketleme olasılıklarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hastalık algısının oluşumunda hastalığa ilişkin bilginin önemi bilinmektedir (Pehlivan ve ark. 2013). Eğitim durumu ile bilgi arasındaki ilişki düşünüldüğünde, bu sonuç eğitim düzeyi daha düşük olan bireylerin kanserin tedavi edilebilirliği ve kanser alanında yaşanan değişimlerin daha az farkında olmalarının sonucu olabilir.

Bireylerin eğitim düzeyleri ile ayrımcılık alt ölçeği medyan değerleri incelendiğinde (Tablo 4.5.2) ortaokul ve altı eğitim düzeyine sahip bireylerin medyan değerlerinin (1.67) üniversite ve lisansüstü eğitim düzeyine sahip kişilerin medyan değerlerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Bu sonuç ortaokul ve altı eğitim düzeyine sahip bireylerin kanserli bireylere ayrımcı davranış gösterme ihtimalinin üniversite ve lisansüstü eğitim düzeyine sahip bireylere göre yüksek olduğunu göstermiştir Benzer şekilde Bedihian ve ark. (2017) ve Cho ve ark. (2013) tarafından yapılan çalışmada da düşük eğitim düzeyi ayrımcılık için risk faktörü olarak belirtilmiştir. Bunun nedeni bilgi eksikliğine ya da yanlış bilgilere bağlı ayrımcı tutum oluşması olabilir.

Çalışmaya katılan bireylerin eğitim düzeyleri ile ortaya çıkarma/yayma alt ölçek medyan değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.5). Benzer şekilde Cho ve ark. (2013) ve Bedihian ve ark (2017) tarafından yapılan çalışmalarda da eğitim düzeyi ile ortaya çıkarma/yayma alt ölçeği puan ortalamaları arasında bir fark bulunamamıştır. Her birey için kanser hala kabullenilmesi en zor hastalıklardan biridir. Bu nedenle çalışmamızın bu sonucu, kanser hastalığının algılanması ile ilgili olabilir.

Yapılan bir çalışmada (Eren ve Öztürk 2019) bireylerin hastalıklarını gizlemelerindeki en temel neden yetersiz sosyal destek olarak tanımlanmıştır. Çalışmamızda ortaya çıkan bu durum hastalığı ortaya çıkarma/yayma sürecinin daha çok sosyal destek-toplumsal kabul gibi süreçlerle ilişkili olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Bu çalışmada katılımcıların dini inanç düzeylerine göre iyileşmenin imkansız olması/damgalama, ayrımcılık ve ortaya çıkarma/yayma alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.5). Benzer şekilde Cho ve ark. (2013) tarafından yapılan çalışmada da dini inanç düzeyi ile kansere ilişkin tutum arasında bir farklılık olmadığı belirlenmiştir. Literatürde dini inancın bireylerin hastalık davranışlarını etkilediği ancak hastalık algıları ve olası hastalık davranışları arasındaki ilişkiyi açıklayamadığı ifade edilmektedir (Apaydın ve ark., 2014). Bu nedenle bu konuda yeni çalışmalar yapılması, sonucu daha iyi ortaya koyabilir.

Çalışmamızda katılımcıların sosyo ekonomik düzeylerine göre iyileşmenin imkansız olması/damgalama, ayrımcılık ve ortaya çıkarma/yayma alt ölçek medyan değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.5). Benzer şekilde Cho ve ark. (2013) tarafından yapılan çalışmada da gelir düzeyi ile kansere ilişkin tutum arasında bir ilişkiye rastlanmamıştır. Sosyoekonomik düzeyin para ile olan doğrusal ilişkisi nedeniyle kaliteli sağlık bakımı alma, erken tanı ve tedavi yöntemlerini kullanma, yaşam kalitesini yükselten davranışlarda bulunma, bilgi alma gibi konularda bireyler üzerinde etkili olduğu ifade edilmektedir (Pehlivan ve ark., 2013). Ancak çalışmamızda bu sonucun görülmemesi sosyoekonomik durumun tutumu değil, davranışı etkileyen bir unsur olması ile ilgili olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda katılımcıların yaşamın büyük çoğunluğunda yaşadıkları yere göre iyileşmenin imkansız olması/damgalama alt ölçek medyan değerleri arasında

istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.5). Games-Howell testi ile yapılan ikili karşılaştırmalarda (Tablo 4.5.3) yaşamının büyük çoğunluğunda köy-kasabada yaşayan bireylerin iyileşmenin imkansız olması/damgalama alt ölçeğine ilişkin medyan değerlerinin (2.00) yaşamının büyük çoğunluğunda büyükşehirde yaşayan bireylerin medyan değerlerine (1.60) göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bir başka ifade ile, yaşamın büyük çoğunluğunda köy-kasabada yaşayan bireylerin kanserin iyileşebilirliğine olan inançlarının daha düşük olduğu ve kanserli bireyleri damgalama olasılıklarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu sonuç, ülkemizde köy-kasabada yaşayan bireylerin eğitim düzeylerinin daha düşük olması ve kanser hastalığı ile ilgili tanı ve tedavi ile ilgili gelişmelerden daha az haberdar olmaları ve çalışmamızda yaşlı bireylerin daha çok köy/kasabada yaşamaları gibi nedenlerle açıklanabilir.

Çalışmamızda, katılımcıların yaşamın büyük çoğunluğunda yaşadıkları yere göre ayrımcılık ve ortaya çıkarma/yayma alt ölçek medyan değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.5). Çalışmamızın tersine, Cho ve ark. (2013) tarafından yapılan çalışmada kırsal bölgede yaşayan bireylerin kanserli kişilere karşı ayrımcı davranışlar gösterme olasılığının daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Yapılacak yeni çalışmalar bu konunun daha iyi açıklanmasına katkıda bulunacaktır.

5.3 Katılımcıların Madde Kullanım Özellikleri ile Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi Alt Ölçeklerine İlişkin Puan Ortalamalarının İncelenmesi

Çalışmamızda katılımcıların sigara kullanım durumları ve sigara kullanım düzeyleri ile iyileşmenin imkansız olması/damgalama, ayrımcılık ve ortaya çıkarma/yayma alt ölçeklerine ilişkin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.6). Çalışmamıza benzer şekilde Cho ve ark. (2013) tarafından yapılan çalışmada da sigara kullanım durumu ile iyileşmenin imkansız olması/damgalama, ayrımcılık ve ortaya çıkarma/yayma alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir. Öte yandan literatürde sigara kullanımı nedeniyle akciğer kanserli bireylerin daha fazla stigmaya uğradıkları yönünde bir çalışmaya rastlanmıştır (Chapple ve ark. 2004). Bu sonuç, sigara içmenin sağlıklı bireylerde kansere ilişkin tutumda bir farklılık yaratmadığı, ancak, kanser hastası olduktan sonra, kansere yönelik tutumda belirleyici olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Bu çalışmada katılımcıların alkol kullanım durumları ile iyileşmenin imkansız olması/damgalama, ayrımcılık ve ortaya çıkarma/yayma alt ölçeklerine ilişkin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.6). Benzer şekilde Cho ve ark. (2013) tarafından yapılan çalışmada da alkol kullanma durumu ile herhangi bir alt ölçek arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Sigara ve alkol kullanımının kanser hastalarında olumsuz tutuma yol açması ancak sağlıklı bireylerde aynı sonucun çıkmaması, bireylerin inkar ya da kaçınma savunma mekanizmasını kullandıklarını akla getirebilir. Ancak, bu konuda yapılacak yeni çalışmalar konuya daha iyi ışık tutabilir.

5.4 Katılımcıların Hastalık Özelliklerine Göre Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi Alt Ölçeklerine İlişkin Puan Ortalamalarının İncelenmesi

Çalışmamızda, katılımcıların ailede kanser tanısı konan bireyin varlığı ile iyileşmenin imkansız olması/damgalama, ayrımcılık ve ortaya çıkarma/yayma alt ölçeklerine ilişkin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.7). Benzer şekilde Cho ve ark. (2013) tarafından yapılan çalışmada da ailede kanser öyküsü varlığı ile kansere ilişkin olumsuz tutumlar (iyileşmenin imkansız olması/damgalama, ayrımcılık ve ortaya çıkarma/yayma) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Öte yandan, Bedihian ve ark. (2017) tarafından yapılan çalışmada ailesinde kanser öyküsü olan bireylerin kanserli bireylere karşı ayrımcı tutum gösterme olasılığının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bunun nedeni kişisel olumsuz deneyimler sonucunda geliştirilen ayrımcı tutum olabilir ancak literatürde bu çalışmayı destekleyen başka bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmamızda, katılımcıların ailede kanser nedeniyle kaybedilen bireyin varlığına göre ise, iyileşmenin imkansız olması/damgalama alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.7). Ailesinde kanser nedeniyle kaybedilen birey bulunan katılımcıların, iyileşmenin imkansız olması/damgalama alt ölçeğine ilişkin puan ortalamalarının (1.77 ± 0.57) ailesinde kanser nedeniyle kaybedilen birey bulunmayan katılımcıların puan ortalamalarına (1.68 ± 0.55) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bir başka ifade ile ailesinde kanser nedeniyle kaybedilen birey bulunan kişilerin kanserin iyileşebilirliğine olan inançlarının daha düşük ve kanserli bireyleri damgalama olasılığının daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu sonuçlarla, ailede sadece kanser hastası olmasının kanserin iyileşmesine yönelik tutumu

etkilemediği ancak ailede kanser nedeniyle ölen bir bireyin varlığının (olumsuz deneyim yaşama) bireylerin bundan etkilenerek olumsuz inanç geliştirmesine yol açabileceği söylenebilir.

Çalışmamızda, ailede kanser nedeniyle ölen bireyin var olması ile ayrımcılık ve ortaya çıkarma/yayma alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$)(Tablo 4.7). Bunun bir açıklaması, ailede kanser nedeniyle yaşanan olumsuz deneyimin, bireylerin kansere yönelik tutumlarının değişmesine engel olması ya da aynı kalmasına yol açması olabilir.

Kronik hastalığı bulunan bireylerin iyileşmenin imkansız olması/damgalama alt ölçeğine ilişkin puan ortalamalarının (1.82 ± 0.61) kronik hastalığı bulunmayan katılımcıların puan ortalamalarına (1.68 ± 0.54) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$)(Tablo 4.7). Diğer bir ifade ile, kronik hastalığa sahip bireylerin kanserin iyileşebilirliğine olan inançlarının daha düşük ve kanserli bireyleri damgalama olasılıklarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Benzer şekilde Bedihian ve ark (2017) tarafından yapılan çalışmada da, bireysel sağlığını kötü olarak değerlendiren kişilerin kanserin iyileşebilirliğine inançlarının düşük olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, kronik hastalığı olan bireylerin kronikleşmiş bir hastalık ile mücadele etmesi sonucu elde ettikleri olumsuz deneyimlerle açıklanabilir.

Çalışmamızda, kronik hastalık varlığı ile ayrımcılık alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.7). Benzer şekilde Bedihian ve ark (2017) tarafından yapılan çalışmada da bireysel sağlığını kötü ya da iyi olarak değerlendiren bireylerin kanser hastalarına ilişkin ayrımcı tutumları arasında bir farka rastlanmamıştır. Bunun nedeni, kronik hastalıkları nedeniyle ayrımcılığa uğrayan bireylerin bu davranışı benzer durumdaki birilerine göstermeme eğilimleri ile ilgili olabilir.

Kronik hastalığı bulunan bireylerin ortaya çıkarma/yayma alt ölçeğine ilişkin puan ortalamalarının (1.90 ± 0.79) kronik hastalığı bulunmayan katılımcıların puan ortalamalarına (1.74 ± 0.74) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$) (Tablo 4.7). Benzer şekilde Bedihian ve ark (2017) tarafından yapılan çalışmada da bireysel sağlığını zayıf olarak değerlendiren bireylerin kanser tanısını çevrelerinden ve ailelerinden gizleme eğiliminde oldukları saptanmıştır. Kronik hastalığa sahip bireylerin var olan kronik hastalıkları nedeniyle damgalanmış ve ayrımcılığa maruz kalmış olabilirler. Bu nedenle yaşadıkları olumsuz deneyimler nedeniyle, yeni bir kronik hastalık olasılığında da gizleme eğiliminde olabilirler.

5.5 Katılımcıların Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi Alt Ölçeklerine Yönelik Tutumlarının Yordayıcıları

Yapılan analizde (Tablo 4.8.1) yaş, eğitim, kronik hastalık durumu ve yaşanılan yer değişkenlerinin iyileşmenin imkansız olması/damgalama alt ölçeğinin yordayıcısı oldukları saptanmıştır ($p < 0.05$). 18-28 yaş grubu bireylerin iyileşmenin imkansız olması/ damgalama alt ölçeğine ilişkin olumsuz tutumlarının; 29-39 yaş grubundaki bireylerden 2.1 kat ve 51 ve üzeri yaş grubu bireylerden ise 3.6 kat daha düşük olduğu; ortaokul ve altı mezun olanlara göre, lise mezunu olmanın 0.32 kat, üniversite mezunu olmanın 0.39 kat ve lisansüstü eğitime sahip olmanın 0.42 kat; kronik hastalığa sahip olmamanın, 0.54 kat ve büyükşehirde yaşamamanın, 0.41 kat iyileşmenin imkansız olması/damgalama alt ölçeğine ilişkin olumsuz tutumu azalttığı saptanmıştır. Benzer biçimde, yapılan diğer çalışmalarda da, 50 yaş ve üstü bireylerin 50 yaş altı bireylere göre kanserin iyileşebilirliğine olan inancın daha düşük olduğu (Bedihian ve ark. (2017) ve ortaokul ve altı eğitim düzeyine sahip bireylerin diğer gruplara göre kanserli bireyleri etiketleme olasılıklarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Bedihian ve ark. 2017; Cho ve ark. 2013) . Bir hastalığa yönelik algının oluşumunda hastalığa ilişkin bilginin önemi büyüktür (Pehlivan ve ark. 2013). Bu bağlamda elde edilen bu sonucun bir nedeni, kanserin önlenabilir ve tedavi edilebilir bir hastalık olduğuna yönelik özellikle medya/ sosyal medyada sıklıkla gündeme gelmesi ile ilgili olabilir. Gençlerin sosyal medyayı daha fazla kullandıkları gerçeği de sonucun böyle çıkmasında bir etken olabilir.

Çalışmamızda ayrıca köy/kasabada yaşayan bireylerin iyileşmenin imkansız olması/damgalama alt ölçeğine ilişkin olumsuz tutumlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, ülkemizde köy-kasabada yaşayan bireylerin eğitim

düzeylerinin daha düşük olması ve kanser hastalığı ile ilgili tanı ve tedavi ile ilgili gelişmelerden daha az haberdar olmaları ve çalışmamızda yaşlı bireylerin daha çok köy/kasabada yaşamaları gibi nedenlerle açıklanabilir.

Ortaya çıkarma/yayma alt ölçeğine ilişkin yapılan lojistik regresyon analizinde, sadece cinsiyet değişkeni ortaya çıkarma/yayma alt ölçeğine ilişkin olumsuz tutumun yordayıcısı olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.8.2). Erkeklerin ortaya çıkarma/yayma alt ölçeğine ilişkin olumsuz tutumlarının kadınlara göre, 0,5 kat daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Öte yandan Cho ve ark. (2013) tarafından yapılan çalışmada ise, cinsiyete göre ortaya çıkarma/yayma alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Yapılan bir çalışmada (Çetinkaya 2011) kadınların duygu ve düşüncelerini erkeklerden daha iyi ifade edebildikleri ve başkaları ile paylaşma eğilimlerinin daha yüksek olduğu ifade edilmiştir. Çalışmamızda elde edilen bu bulgu kadınların genellikle duygu ve düşüncelerini çevreleri ile paylaşma eğilimlerinin daha yüksek olması ve bu konuda daha başarılı olmaları ile açıklanabilir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1 Sonuçlar

Toplumun kansere yönelik tutumu ve tutumun yordayıcılarını belirlemek amacıyla yapılan çalışmada şu sonuçlara ulaşılmıştır:

- Katılımcıların Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi ortaya çıkarma/yayma alt ölçek puan ortalamasının en yüksek (1.77 ± 0.76) olduğu, bunu iyileşmenin imkansız olması/damgalama alt ölçek puan ortalamasının izlediği (1.72 ± 0.56) ve ayrımcılık alt ölçek puan ortalamasının ise en düşük olduğu (1.37 ± 0.55) belirlenmiştir (Tablo 4.2).
- Katılımcıların Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketinin ortaya çıkarma/yayma alt ölçeğine yönelik olumsuz tutumun en yüksek olduğu (%17.32), bunu iyileşmenin imkansız olması/damgalama alt ölçeğine yönelik olumsuz tutumunun izlediği (%9.10) ve ayrımcılık alt ölçeğine yönelik olumsuz tutumun ise en düşük olduğu (% 3.03) belirlenmiştir (Tablo 4.3).
- Katılımcıların iyileşmenin imkansız olması/ damgalama alt ölçeğine ilişkin maddelere yönelik olumsuz tutumları incelendiğinde, %19.66'sının, kanser hastalarının başarılı bir tedaviden sonra bile işyerinde görev yeteneğinin azalabileceğine inandıkları tespit edilmiştir. Bireylerin %17.21'i kanser tanısı olan bir kişinin bir daha sağlıklı olabilmesinin çok zor olduğuna, %13.29'u kanserin tedavi edilemez olduğuna ve %3.12'sinin kanser hastalarının topluma katkıda bulunamayacağına inandıkları saptanmıştır (Tablo 4.4).
- Katılımcıların ayrımcılık alt ölçeğine ilişkin maddelere yönelik olumsuz tutumları incelendiğinde, bireylerin %5.18'inin kanser hastaları ile birlikte olmaktan rahatsız oldukları, %3.71'inin kanser tanısı olan komşularla iletişim kurmaktan kaçındıkları ve % 3.51'inin kanserli bireylerle çalışmaktan çekindikleri tespit edilmiştir (Tablo 4.4).
- Katılımcıların ortaya çıkarma/yayma alt ölçeğine ilişkin maddelere yönelik olumsuz tutumları incelendiğinde, bireylerin %22.78'inin kanser tanısı alırsa komşularına, %18.1'inin ise iş arkadaşlarına/meslektaşlarına, %13.79'unun arkadaşlarına ve %11.05'inin ise ailelerine bunu söylemeyeceklerini belirtmişlerdir (Tablo 4.4).
- Erkeklerin, kadınlara göre kanser tanısını gizleme eğilimlerinin ve kanserli bireylere ayrımcı davranışlar gösterme olasılığının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5)
- 18-28 yaş grubu bireylerin, kanserin iyileşebilirliğine olan inancının ve kanserli

bireyleri damgalamama olasılığının diğer bütün yaş grubundaki bireylere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. 51 yaş ve üzeri bireylerin kanser hastalarına karşı ayrımcı davranışlarda bulunma olasılığının 18-28 yaş arası bireylere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. 51 yaş ve üzeri bireylerin kanser tanısını ortaya çıkarma/ yayma alanında 40-50 yaş arası bireylere göre daha çok zorlandıklarını ve bu iki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.5.1).

- Evli bireylerin, bekar bireylere göre kanserin tedavi edilemezliğine olan inançlarının ve kanserli bireyleri damgalama olasılığının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bekar olan bireylerin ise, evli bireylere göre olası kanser tanısını aile ve çevrelerinden gizleme olasılıklarının istatistiksel olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5).
- Ortaokul ve altı eğitim düzeyine sahip bireylerin kanserli bireylerin iyileşemez oluşuna yönelik inançları ve kanserli bireyleri damgalama olasılığının diğer bütün eğitim düzeylerine sahip bireylere göre istatistiksel olarak daha yüksek olduğu ve bu farkın anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Ortaokul ve altı eğitim düzeyine sahip bireylerin kanserli bireylere ayrımcı davranış gösterme ihtimalinin üniversite ve lisansüstü eğitim düzeyine sahip kişilere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5.2).
- Yaşamın büyük çoğunluğunda köy-kasabada yaşayan bireylerin kanserin tedavi edilemezliğine olan inançlarının ve kanserli bireyleri damgalama olasılığının yaşamın büyük çoğunluğunda büyükşehirde yaşayan bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5.3).
- Ailesinde kanser nedeniyle kaybedilen birey bulunan kişilerin, kanserin tedavi edilebilirliğine olan inançlarının ailesinde kanser nedeniyle kaybedilen birey bulunmayan kişilere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 4.7).
- Kronik hastalığı bulunan bireylerin kanserin tedavi edilebilirliğine olan inançlarının kronik hastalığı bulunmayan bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptanmıştır. Kronik hastalığı bulunan bireylerin olası kanser tanısını gizleme olasılığının kronik bir hastalığı bulunmayan kişilere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.7).
- 18-28 yaş grubu bireylerin iyileşmenin imkansız olması/ damgalama alt ölçeğine ilişkin

olumsuz tutumlarının; 29-39 yaş grubundaki bireylerden 2.1 kat ve 51 ve üzeri yaş grubu bireylerden ise 3.6 kat daha düşük olduğu saptanmıştır. Ortaokul ve altı eğitim düzeyine sahip olanlara göre, lise mezunu olmanın 0.32 kat, üniversite mezunu olmanın 0.39 kat ve lisansüstü eğitime sahip olmanın 0.42 kat; kronik hastalığa sahip olmamanın, 0.54 kat ve büyükşehirde yaşamının, 0.41 kat iyileşmenin imkansız olması/damgalama alt ölçeğine ilişkin olumsuz tutumu azalttığı saptanmıştır (Tablo 4.8.1).

- Erkeklerin ortaya çıkarma/yayma alt ölçeğine ilişkin olumsuz tutumlarının kadınlara göre, 0,5 kat daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.8.2).



6.2 Öneriler

- Kanserin tedavi edilebilirliğine yönelik inanç geliştirmeye yönelik topluma kanser ve tedavisine yönelik bilgilendirme sağlanabilir.
- Kansere ilişkin olumsuz tutumların olası sonuçları hakkında bilgi verilerek, bireylerin kanser hastalarına karşı olumlu tutum geliştirmesi sağlanabilir.
- Yaş, eğitim durumu, yaşamın büyük çoğunluğunda yaşanan yer, kronik hastalık varlığı iyileşmenin imkansız olması/damgalama alt ölçeğinin yordayıcıları olduğu tespit edilmiştir. Buna göre kanserin iyileşebilirliğine olan inancının artırılması ve kanserli bireylere karşı uygulanan damgalamanın azaltılması için 51 yaş ve üzeri, ortaokul ve altı eğitim düzeyine sahip, köy-kasabada yaşayan ve kronik hastalığı olan bireyler hedef grup olarak alınabilir.
- Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi ayrımcılık alt ölçeği ile cinsiyet, yaş, eğitim durumu değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Buna göre kanserli bireylere uygulanan ayrımcılığın azaltılması için erkekler, 51 yaş ve üzeri bireyler, ortaokul ve altı eğitim düzeyine sahip bireyler hedef grup olarak alınabilir.
- Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi ortaya çıkarma/yayma alt ölçeğinin tek yordayıcısının cinsiyet olduğu belirlenmiştir. Buna göre kanser tanısını gizlemeye yönelik eğilimin azaltılması için erkekler, hedef grup olarak alınabilir.

7. KAYNAKÇA

1. Ahn E, Cho J, Shin DW et al. Impact of breast cancer diagnosis and treatment on work-related life and factors affecting them. *Breast Cancer Res Treat* 2009;116(3):609–616.
2. Ajzen I, Gilbert Cote N. Attitudes and the prediction of behavior. In: Crano WD, Prislin R, eds. *Attitudes and Attitude Change*. 1st ed. New York: Psychology Press; 2008. p.289311.
3. AK PD, Atakli D, Yuksel B, Guveli BT, Sari H. Stigmatization and social impacts of epilepsy in Turkey. *Epilepsy Behav* 2015; 50: 50-54.
4. Akbulut, E., & Sağlam, H. İ. (2010). Sınıf öğretmenlerinin empatik eğilim düzeylerinin incelenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 7(2), 1068-1083.
5. Akçay C. Kanserli hastalarda destek tedaviler. XIII. POG Ulusal Pediatrik Kanser Kongresi, Mayıs 2004, Türkiye. Kongre Özet Kitabı sayfa: 184-185
6. Akıncı F. HIV pozitif ve AIDS Hastalarının yaşadıkları güçlükler ve başetmeleri, Ankara, 2003. H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Programı Yayınlanmamış Doktora Tezi.
7. Angelino AF, Treisman GJ. Majör depression and demoralization in cancer patients: diagnostic and treatment considerations. *Support Care Cancer* 2001; 9: 344-349.
8. Apaydın, H., Özer, S., & Aydın, A. (2014). Hastalık sürecinde bireylerin dini eğilimlerine psikolojik bir yaklaşım. *Amasya Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 2(3), 5-51.
9. Arslantaş, H., Dereboy, İ. F., Aştı, N., & Pektekin, Ç. (2011). Yetişkinlerde profesyonel psikolojik yardım arama tutumu ve bunu etkileyen faktörler.
10. Aslan D, et al. Self-evaluations of tuberculosis patients about their illnesses at Ankara Atatürk Sanatorium Training and Research Hospital, Turkey. *Respiratory Medicine* (2004) 98, 626–631
11. Ateşçi, F. Ç., Oğuzhanoglu, N. K., Baltarlı, B., Karadağ, F., Özdel, O., & Karagöz, N. (2003). Kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklar ve ilişkili etmenler. *Türk Psikiyatri Derg*, 14, 145-152.
12. Bilge, A. ve Çam, O., (2010), “Ruhsal Hastalığa Yönelik Etiketleme ile Mücadele”, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(1): 71-78.
13. Bond SM, Neelon VJ, Belyea MJ. Delirium in hospitalized older patients with cancer. *Oncol Nurs Forum* 2006; 33:1775-1783.
14. Bolsoy, N., & Sevil, Ü. (2006). Sağlık hastalık ve kültürel etkileşimi. *Anadolu*

Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 9(3), 78-87.

15. Bos, A.E.R., Pryor, J.B., Reeder, G.D. and Stutterheim, S.E., (2013), “Stigma: advances in theory and research”, *Basic and Applied Social Psychology*, 35(1): 1-9.
16. Bostancı N (2004) Şizofreni hastalarına yönelik stigma ve bunun azaltılmasına ilişkin girişimler, *HD Hemşirelik Dergisi* (13, 53)
17. Brohan, E., Slade, M., Clement, S. And Thornicroft, G., (2010), “Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: a review of measures”, *BMC Health Services Research*, 10(80): 1-11.
18. Carr D, Goudas L, Lawrence D, Pirl W, Lau J, DeVine D et al. Management of cancer symptoms: pain, depression, and fatigue (Evidence Report/Technology Assessment No. 61). Rockville, Agency for Healthcare Research and Quality, 2002.
19. Carter-Harris, L. (2015). Lung cancer stigma as a barrier to medical help-seeking behavior: Practice implications. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 27(5), 240-245.
20. Carter-Harris, L., Hermann, C. P., Schreiber, J., Weaver, M. T., & Rawl, S. M. (2014, May). Lung cancer stigma predicts timing of medical help-seeking behavior. In *Oncology nursing forum* (Vol. 41, No. 3, p. E203). NIH Public Access.
21. Casillas, J., Kahn, K. L., Doose, M., Landier, W., Bhatia, S., Hernandez, J., & Zeltzer, L. K. (2010). Transitioning childhood cancer survivors to adult-centered healthcare: insights from parents, adolescent, and young adult survivors. *Psycho-oncology*, 19(9), 982-990.
22. Cataldo JK, Jahan TM, Pongquan VL. Lung cancer stigma, depression, and quality of life among ever and never smokers. *Eur J Oncol Nurs*. 2012;16(3):264–269
23. Chapple, A., Ziebland, S., & McPherson, A. (2004). Stigma, shame, and blame experienced by patients with lung cancer: qualitative study. *Bmj*, 328(7454), 1470.
24. Cho, J., Choi, E. K., Kim, S. Y., Shin, D. W., Cho, B. L., Kim, C. H., ... & Park, J. H. (2013). Association between cancer stigma and depression among cancer survivors: a nationwide survey in Korea. *Psycho-Oncology*, 22(10), 2372-2378.
25. Cho, J., Smith, K., Choi, E. K., Kim, I. R., Chang, Y. J., Park, H. Y., ... & Shim, Y. M. (2013). Public attitudes toward cancer and cancer patients: a national survey in Korea. *Psycho-Oncology*, 22(3), 605-613.
26. Collins J. Psychosocial well-being and epilepsy: an empirical study. *Epilepsia* 1990; 31: 418-426.

27. Corrigan, P.W., Druss, B.G. and Perlick, D.A., (2014), "The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care", *Psychological Science in the Public Interest*, 15(2): 37-70.
28. Courtwright A., Turner A. Tuberculosis and Stigmatization: Pathways and Interventions. *Public Health Reports*. 2010;125,;34-42
29. Crothers PK, Tomter HD, Garske JP. The relationships between satisfaction with social support, affect balance, and hope in cancer patients. *J Psychosoc Oncol* 2005; 23:103-118.
30. Çağ, P., & Yıldırım, İ. (2016). Evlilik doyumunu yordayan ilişkisel ve kişisel değişkenler. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 4(39).
31. Çam, O. ve Çuhadar, D., (2011), "Ruhsal Hastalığa Sahip Bireylerde Etiketleme Süreci ve İçselleştirilmiş Etiketleme", *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(3): 136-140.
32. Çetinkaya, Z. (2011). Türkçe öğretmen adaylarının iletişim becerilerine ilişkin görüşlerinin belirlenmesi.
33. Çevik A. Psikosomatik bozukluklar: onkolojik hastalıkların psikosomatik yönü (Ed A Çevik):77-90. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1996.
34. Dedeli Ö, Fadıloğlu Ç, Uslu R. Kanseri bireylerin fonksiyonel durumları ve algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi. *Türk Onkoloji Dergisi* 2008; 23:132-139.
35. Deniz, S., Kurt, B., Oğuzöncül, A. F., Nazlıcan, E., Akbaba, M., & Nayir, T. (2017). Knowledge, attitudes and behaviours of women regarding breast and cervical cancer in Malatya, Turkey. *PloS one*, 12(11), e0188571.
36. Doughty J, Baker GA, Jacoby A, Lavaud V. Cross-cultural differences in levels of knowledge about epilepsy. *Epilepsia* 2003; 44(1):115-123.
37. Eren, F., & Öztürk, Ş. (2019). Epilepside hastalığın gizlenme durumu ve uyku kalitesinin değerlendirilmesi.
38. Gary, F. A., (2005), "Stigma: barrier to mental health care among ethnic minorities", *Issues In Mental Health Nursing*, 26(10): 979-999.
39. Gonzalez BD, Jacobsen PB. Depression in lung cancer patients: the role of perceived stigma. *Psycho-Oncology*. 2012;21(3):239–246. doi: 10.1002/pon.1882.
40. Gültekin, M., & Boztaş, G. (2014). Türkiye kanser istatistikleri. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 43.
41. Gündüz, B. (2016). Öğretmenlerde tükenmişliğin akılcı olmayan inançlar ile bazı mesleki ve kişisel değişkenlere göre yordanması. *Türk Psikolojik Danışma ve*

Rehberlik Dergisi, 3(26).

42. Hancock, C., Oulton JA. (2003). Nurses: Fighting AIDS stigma caring for all. International Council of Nurses, Geneva, Switzerland.
43. Jackson, T., Davis, K., Haisfield, L., Dawson, D., Lynch, J., Regan, J., ... & Taylor, K. (2010). Disclosure of diagnosis and treatment among early stage prostate cancer survivors. Patient education and counseling, 79(2), 239-244.
44. Kadioğlu, M. ve Hotun Şahin, N., (2015), “Stigmatizasyon (Etiketleme) ve kadın”, Sağlık ve Toplum, 25(3): 3-9.
45. Kayahan, M. (2009). Hemşirelik öğrencilerinin şizofreniye karşı tutumları ve psikiyatri eğitiminin etkisi. J. Harran Univ. Med. Fac., 6(1), 27-34.,
46. Kennedy F, Haslam C, Munir F, Pryce J. Returning to work following cancer: a qualitative exploratory study into the experience of returning to work following cancer. Eur J Cancer Care (Engl) 2007;16(1):17–25.
47. Kocabaşoğlu ve Aliustaoğlu , “Stigmatizasyon”, Yeni Symposium, 2003, ss. 190-192.
48. Kuğu N. Şizofreniye bakış açısı, tutum ve stigma: şizofrenide cinsellik, saldırganlık ve stigma, Aker T, Karamustafalıoğlu O (Ed), 2001: s.12-15.
49. Kurspahić-Mujčić A et al. Tuberculosis related stigma and delay in seeking care after the onset of symptoms associated with tuberculosis. Med Glas (Zenica) 2013; 10(2):272-277
50. Kuş Saillard, E., (2010), “Ruhsal hastalara yönelik etiketlemeye ilişkin psikiyatrist görüşleri ve öneriler”, Türk Psikiyatri Dergisi, 21(1): 14-24.
51. Lee MK, Lee KM, Bae JM et al. Employment status and work-related difficulties in stomach cancer survivors compared with the general population. Br J Cancer 2008;98 (4): 708–715.
52. Lehto, R. H. (2014). Patient views on smoking, lung cancer, and stigma: a focus group perspective. European Journal of oncology nursing, 18(3), 316-322.
53. MacDonald, L. D., & Anderson, H. R. (1984). Stigma in patients with rectal cancer: a community study. Journal of Epidemiology & Community Health, 38(4), 284-290.
54. Majidzadeh-A, K., Farahmand, L., Zare, A. A., Esmaeili, R., Salehi, M., & Habibi, M. (2016). Iranian women's attitude toward prophylactic mastectomy for breast cancer. Journal of cancer research and therapeutics, 12(2), 915.

55. Marlow, L. A., & Wardle, J. (2014). Development of a scale to assess cancer stigma in the non-patient population. *BMC cancer*, 14(1), 285.
56. Marlow, L. A., Waller, J., & Wardle, J. (2015). Does lung cancer attract greater stigma than other cancer types?. *Lung Cancer*, 88(1), 104-107.
57. Meacham, E., Orem, J., Nakigudde, G., Zujewski, J. A., & Rao, D. (2016). Exploring stigma as a barrier to cancer service engagement with breast cancer survivors in Kampala, Uganda. *Psycho-Oncology*, 25(10), 1206-1211.
58. Michaud L, Burnand B, Stiefel F. Taking care of the terminally ill cancer patient: Delirium as a symptom of terminal disease. *Ann Oncol* 2004; 15(Suppl 4):199-203.
59. Mishra S.I., Aoelus P.L. & Hubbell F.A. (2000) Knowledge of and attitudes about cancer among American Samoans. *Cancer Detection and Prevention* 24, 186–195.
60. Montazeri A, Milroy R, Hole D, McEwen J, Gillis CR. Quality of life in lung cancer patients: as an important prognostic factor. *Lung Cancer*. 2001;31(2-3):233–240.
61. Morris ME, Grant M, Lynch JC. Patient-reported family distress among long-term cancer survivors. *Cancer Nurs* 2007; 30:1- 8.
62. Mosli, M., Alnahdi, Y., Alghamdi, A., Baabdullah, M., Hadadi, A., Khateery, K., ... & Aljahdli, E. (2017). Knowledge, attitude, and practices of primary health care physicians toward colorectal cancer screening. *Saudi journal of gastroenterology: official journal of the Saudi Gastroenterology Association*, 23(6), 330.
63. Oksuzoglu B, Abali H, Bakar M, Yildirim N, Zengin N. Disclosure of cancer diagnosis to patients and their relatives in Turkey: views of accompanying persons and influential factors in reaching those views. *Tumori* 2006;92 (1):62–66.
64. Onat H, Mandel MN. *Kanser hastasına yaklaşım, tanı, tedavi ve takipte sorunlar*. İzmir, Nobel Tıp Kitabevleri, 2002.
65. Onitilo AA, Nietert PJ, Egede LE. Effect of depression on all cause mortality in adults with cancer and differential effects by cancer site. *Gen Hosp Psychiatry* 2006; 28:396-402.
66. Oran NT, Şenuzun F. Toplumda kırılması gereken bir zincir: HIV/AIDS stigmatı ve baş etme stratejileri. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*. 2008; (5)1: 1-16
67. Osborn RL, Demoncada AC, Feuerstein M. Psychosocial interventions for depression, anxiety, and quality of life in cancer survivors: meta-analyses. *Int J Psychiatry Med* 2006; 36:13-34.

68. Özücü, E., & Tavşancı, S. (2001). Gıda ürünlerinde tüketicinin satın alma eğilimini etkileyen faktörler ve ambalajlama. Muğla üniversitesi Sosyal bilimler enstitüsü dergisi, (3).
69. Özdemir S. Kanser hastalarının yaşadığı semptomlar ile tedavi kararını değerlendirme ve yaşam tutum profili arasındaki ilişki (Yüksek lisans tezi). Erzurum, Atatürk Üniversitesi, 2006.
70. Özmen, S., & Erdem, R. (2018). Etiketlemenin kavramsal çerçevesi. Suleyman Demirel University Journal of Faculty of Economics & Administrative Sciences, 23(1).
71. Öztürk FÖ. Ankara ilindeki VSD tedavi alan tüberkülozlu hastaların damgalanma durumu. Yüksek lisans tezi Ankara 2013.
72. Özyiğit Ş, Savaş H, Ersoy MA, Yüce S, Tutkun H, Sertbaş G. Hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin şizofreniye ilişkin tutumları. Yeni Symposium Dergisi, 2004; 42(3): 105-112.
73. Park JH, Kim SG. Effect of cancer diagnosis on patient employment status: a nationwide longitudinal study in Korea. Psycho-Oncology 2009;18(7):691–699.
74. Pehlivan, S., Yıldırım, Y., & Fadiloğlu, Ç. (2013). Kanseri, kültür ve hemşirelik.
75. Perlick DA, Robert A, Clarkin JF, Maciejewski PK, Sirey J, Struening E, Ling BG (2004) Impact of family burden and affective response on clinical outcome among patients with bipolar disorder, Psychiatric Services 55, 1029-1035
76. Phelan, S. M., Griffin, J. M., Jackson, G. L., Zafar, S. Y., Hellerstedt, W., Stahre, M., ... & Van Ryn, M. (2013). Stigma, perceived blame, self-blame, and depressive symptoms in men with colorectal cancer. Psycho-oncology, 22(1), 65-73.
77. Pozitif Yaşam Derneği (2009) “HIV İle yaşayan bireyler için destek hizmetlerinin yaygınlaştırılması projesi”.
78. Price J.H. & Everett S.A. (1994) Perceptions of lung cancer and smoking in an economically disadvantaged population. Journal of Community Health 19, 361–375.
79. Pungrassami P, et al. Tuberculosis and AIDS stigma among patients who delay seeking care for TB symptoms. Int J Tuberc Dis 2010;14:181-7.
80. Rashid, S., Labani, S., & Das, B. C. (2016). Knowledge, awareness and attitude on HPV, HPV vaccine and cervical cancer among the college students in India. PloS one, 11(11), e0166713.
81. Rössler W, Salize H.J, Os J, Riecher-Rössler A (2005) Size of burden schizophrenia and psychotic disorders, European Neuropsychopharmacology 15, 399-409

82. Rüsch, N., Angermeyer, M.C. and Patrick, W.C., (2005), "Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma", *European Psychiatry*, 20: 529-539.
83. Sağduyu A, Aker T, Özmen E, Ögel K, Tamar D (2001) Halkın şizofreniye bakışı ve yaklaşımı, *Türk Psikiyatri Dergisi* (12,2), 99-110
84. Sartorius, N., (2002), "Iatrogenic stigma of mental illness", *BMJ*, 324:
85. Scocco P, Castriotta C, Toffol E, Preti A. Stigma of Suicide Attempt (STOSA) scale and Stigma of Suicide and Suicide Survivor (STOSASS) scale: two new assessment tools. *Psychiatry Res* 2012;200:872–8.
86. Shen MJ, Hamann HA, Thomas AJ, Ostroff JS. Association between patient-provider communication and lung cancer stigma. *Supportive Care Cancer*. 2016;24(5):2093–2099.
87. Shiri, F. H., Mohtashami, J., Nasiri, M., Manoochehri, H., & Rohani, C. (2018). Stigma and related factors in iranian people with cancer. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*, 19(8), 2285.
88. Simmons, L.A., Yang, N.Y., Wu, Q., Bush, H.M. and Crofford, L.J., (2015), "Public and personal depression stigma in a rural american female sample", *Archives of Psychiatric Nursing*, 29: 407-412.
89. Sleeth C, Drake K, Labiner DM, Chong J. Felt and enacted stigma in elderly persons with epilepsy: A qualitative approach. *Epilepsy Behav* 2016; 55:108-112
90. Sperner-Unterwegner B. Psychoonkologie – psychosoziale onkologie integration in ein onkologisches behandlungskonzept. *Nervenarzt* 2010; 82:371-380
91. Steffen, L. E., Vowles, K. E., Smith, B. W., Gan, G. N., & Edelman, M. J. (2018). Daily diary study of hope, stigma, and functioning in lung cancer patients. *Health Psychology*, 37(3), 218.
92. Şanlı, D., & Öztürk, C. (2007). Annelerin çocuklarını yetiştirme tutumlarını etkileyen etmenlerin incelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi*, (32), 31-48.
93. Tadros G, Jolley D. The stigma of suicide. *Br J Psychiatry* 2001;179:178.
94. Taşkın EO. Stigma ruhsal hastalıklara yönelik tutumlar ve etiketleme. Ed: Taşkın EO. 1. Basım. İzmir. Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri, 2007, s. 4-7, 17-40, 73-114.
95. Taşkın O, Şen FS, Aydemir, Ö, Demet M, Özmen E, İçelli İ. Türkiye’de Kırsal Bir Bölgede Yaşayan Halkın Şizofreniye İlişkin Tutumları. *Türk Psikiyatri Dergisi*,

2002;13(3); 205-214.

96. Taşkın, E.O., (2007a), Ruhsal hastalıklarda etiketleme ve ayrımcılık, içinde: stigma ruhsal hastalıklara yönelik tutumlar ve etiketleme, Ed: E.Oryal Taşkın, 1. Baskı, İzmir: Meta Basım ve Matbaacılık, 17-30.
97. Tavit A. Kanserli hastalarda psikiyatrik morbidite. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, İstanbul 1996.
98. Topkaya, N., (2011), Psikolojik yardım alma niyetinin sosyal etiketleme, tedavi korkusu, beklenen yarar, beklenen risk ve tutum faktörleriyle modellenmesi, İzmir: Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
99. Tripathi, L., Datta, S. S., Agrawal, S. K., Chatterjee, S., & Ahmed, R. (2017). Stigma perceived by women following surgery for breast cancer. Indian journal of medical and paediatric oncology: official journal of Indian Society of Medical & Paediatric Oncology, 38(2), 146.
100. Turan AH. Kanser Hastalarında Anksiyete, Depresyon, 92 Kanserde psikososyal sorunlar ve psikososyal onkolojinin önemi Uyum Güçlüğü Prevelansı ve Bunların Psikososyal Durumla İlişkisinin İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 1992.
101. Üçok A., (2003), “Şizofreni Hastası Neden Damgalanır?”, Klinik Psikiyatri, Ek 1: 3-8.
102. Valente, S. M., & Saunders, J. M. (1997). Diagnosis and treatment of major depression among people with cancer. Cancer Nursing, 20(3), 168-177.
103. Viteva E. Impact of stigma on the quality of life of patients with refractory epilepsy. Seizure 2013; 22: 64-69.
104. Walters KA. Stigma, shame, and blame experienced by patients with lung cancer: non-smoker status should also be declared. BMJ 2004;329(7462):403.
105. 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. J Thorac Oncol. 2007;2(8):722–728.
106. Whatley AD, DiIorio CK, Yeager K. Examining the relationships of depressive symptoms, stigma, social support and regimen-specific support on quality of life in adult patients with epilepsy. Health Educ Res 2010; 25: 575-584.
107. Yaman E, Güngör H. Etiketleme Eğilimine İlişkin Öğretmen Görüşleri. Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2014;7:824–51.

108. Yaman, E. ve Güngör, H., (2013), “Relationship Between Stigma Tendencies of School Administration Teachers' and Organizational Culture”, International Online Journal of Educational Sciences, 5(3): 783-797.
109. Yanık M, Şimşek Z, Katı M, Nebioğlu M. Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Şizofreniye Karşı Tutumları ve Psikiyatri Eğitiminin Etkisi. Yeni Symposium Dergisi , 2003; 41(4):194-199.
110. Yıldız, M., Özten, E., Işık, S., Özyıldırım, İ., Karayün, D., Cerit, C. vd., (2012), “Şizofreni Hastaları, Hasta Yakınları ve Majör Depresif Bozukluk Hastalarında Kendini Etiketleme”, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 13: 1-7
111. Yılmaz, M., Dişsiz, G., Demir, F., Irız, S., & Alacacioglu, A. (2017). Reliability and validity study of a tool to measure cancer stigma: Patient version. Asia-Pacific journal of oncology nursing, 4(2), 155.
112. Yoshioka, LS, Schustack, A.(2001). Disclosure of HIV status:cultural issues of Asian patients. AIDS Patient Care STDS, 15 (2), 77-82.
113. Zaza C, Scott MS, Loretta MH. Coping with cancer: what do patients do? J Psychosoc Oncol 2005; 23:55-73.
114. Zhang J, Jia CX. Attitudes Toward Suicide: The Effect Of Suicide Death In The Family. Omega (Westport) 2009;60:365

8. EKLER

8.1 Kişisel Bilgi Formu

1. Cinsiyetiniz? 1. Kadın 2. Erkek	2. Yaşınız? 1. 18-28 2. 29-39 3. 40-50 4. 51 ve üzeri
3. Medeni Durumunuz? 1. Evli 2. Bekar	4. Eğitim durumunuz nedir? 1. Okur yazar 2. İlkokul 3. Ortaokul 4. Lise 5. Üniversite 6. Lisans üstü eğitim(Master/ Doktora)
5. Dini inancınızı nasıl değerlendiriyorsunuz? 1. Düşük 2. Orta 3. Yüksek 4. İnanmıyorum	6. Sosyoekonomik düzeyinizi nasıl değerlendiriyorsunuz? 1. Düşük 2. Orta 3. Yüksek
7. Yaşamın büyük bir çoğunluğunda yaşadığınız yer? 1. Köy/kasaba 2. İlçe 3. İl 4. Büyükşehir	8. Sigara kullanıyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır
9. Sigara kullanım miktarınız nedir? 1. Az-çok az (10 ve daha az) 2. Orta (11-30 adet) 3. Fazla- çok fazla (31 ve deha fazlası)	10. Alkol kullanıyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır
11. Alkol kullanım miktarınız nedir ? 1. Az-çok az (ayda 1-3 kereden fazla değil) 2. Orta (haftada 1-5 kez) 3. Fazla- çok fazla (hemen hemen her gün)	12. Ailenizde kanser tanısı alan biri oldu mu?? 1. Evet 1. Hayır
13. Ailenizde kanser nedeniyle hayatını kaybetmiş kimse var mıdır? 1. Evet 2. Hayır	14. Herhangi bir kronik hastalığınız(fiziksel/ ruhsal)bulunuyor mu? 1. Evet 2. Hayır

8.2 Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi (Kanser Etiketi)- Toplum Versiyonu

Aşağıda kansere ilişkin tutumları ölçmek üzere hazırlanmış ifadeler bulunmaktadır. Her bir ifadeyi okuduktan sonra buna ne derece katıldığınızı ya da katılmadığınızı işaretleyiniz. Lütfen işaretlemelerinizi yaparken ifadeler ile ilgili en çok ne hissettiğiniz veya en çok nasıl davrandığınızı gözden geçirerek uygun alanı işaretleyiniz.

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

8.3 Etik Kurul İzni



Toplantı Tarihi:	06.09.2018
Karar No:	2018.214.IRB3.152
Sorumlu Araştırmacı:	Kardelen Dolgunöz
Araştırma Başlığı:	Kansere Yönelik Toplumsal Tutumun İncelenmesi
Başlangıç tarihi:	10.09.2018
Etik Kurul izninin süresi:	1 yıl (Uzatma hakkı mevcut olarak)

Koç Üniversitesi Etik Kurulu'na değerlendirilmek üzere başvuruda bulunduğunuz yukarıda künyesi yazılı projenizin başvuru dosyası ve ilgili belgeleri, Üniversitemiz "**Sosyal Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu**" tarafından araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiştir.

Yapılan inceleme sonucunda çalışmanın gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına karar verilmiştir.

Notlar:

- Araştırma başlangıç tarihinin 6 aydan daha fazla gecikmesi durumunda Etik Kurul'a başvurularak tarihlerin değiştirilmesi gereklidir.
- Etik Kurul incelemesi ve onayı olmadan bu araştırmada kullanılan prosedürler, formlar ya da protokollerde herhangi bir değişiklik yapılamaz.
- Etik bakımdan sorun çıkması ya da şüpheli bir olay/beklenmeyen etki görülmesi durumunda derhal etik kurul bilgilendirilmelidir.
- Araştırmanın gerçekleştirileceği birimlerin yöneticilerinden de ayrıca izin alınması gerekli olabilir.

Sayılarımla,



Başkan V.





