



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

**MEME KANSERİ HASTALARINDA
İÇSELLEŞTİRİLMİŞ STİGMATİZASYON VE AYRIMCILIK
ALGISININ BELİRLENMESİ: BİR ÖLÇEK GELİŞTİRME
ÇALIŞMASI**

Doktora Tezi

Esra DANACI

Danışman
Prof. Dr. Zeliha KOÇ

SAMSUN
2023

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



**MEME KANSERİ HASTALARINDA
İÇSELLEŞTİRİLMİŞ STİGMATİZASYON VE AYRIMCILIK
ALGISININ BELİRLENMESİ: BİR ÖLÇEK GELİŞTİRME
ÇALIŞMASI**

Doktora Tezi

Esra DANACI

Danışman
Prof. Dr. Zeliha KOÇ

SAMSUN
2023

TEZ KABUL VE ONAYI

Esra DANACI tarafından, Prof. Dr. Zeliha KOÇ danışmanlığında hazırlanan “MEME KANSERİ HASTALARINDA İÇSELLEŞTİRİLMİŞ STİGMATİZASYON VE AYRIMCILIK ALGISININ BELİRLENMESİ: BİR ÖLÇEK GELİŞTİRME ÇALIŞMASI” başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından 1.9.2023 tarihinde yapılan sınav sonucunda oy birliği ile başarılı bulunarak Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

	Unvanı Adı Soyadı Üniversitesi Ana Bilim/Ana Sanat Dalı	Sonuç
Başkan	Prof. Dr. Zeliha KOÇ Ondokuz Mayıs Üniversitesi Ebelik Ana Bilim Dalı	☒ Kabul ☐ Ret
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Seval AĞAÇDİKEN ALKAN Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hemşirelik Ana Bilim Dalı	☒ Kabul ☐ Ret
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Aynur ARSLAN Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sosyal Hizmet Ana Bilim Dalı	☒ Kabul ☐ Ret
Üye	Doç. Dr. Diğdem LAFCI BAKAR Mersin Üniversitesi Hemşirelik Ana Bilim Dalı	☒ Kabul ☐ Ret
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Aslı KURTGÖZ Amasya Üniversitesi Terapi ve Rehabilitasyon Bölümü	☒ Kabul ☐ Ret

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

Prof. Dr. Ahmet TABAK
Enstitü Müdürü

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI

Hazırladığım Doktora tezinin bütün aşamalarında bilimsel etiğe ve akademik kurallara riayet ettiğimi, çalışmada doğrudan veya dolaylı olarak kullandığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin Kaynaklar'da gösterilenlerden oluştuğunu, her unsurun enstitü yazım kılavuzuna uygun yazıldığını ve TÜBİTAK Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Yönetmeliği'nin 3. bölüm 9. maddesinde belirtilen durumlara aykırı davranılmadığını taahhüt ve beyan ederim.

Etik Kurul Gerekli mi ?

Evet ☒ (Gerekli ise ekler kısmına ekleyiniz)

Hayır ☐

20 /06/2023
Esra DANACI

TEZ ÇALIŞMASI ÖZGÜNLÜK RAPORU BEYANI

Tez Başlığı : MEME KANSERİ HASTALARINDA İÇSELLEŞTİRİLMİŞ STİGMATİZASYON VE AYRIMCILIK ALGISININ BELİRLENMESİ: BİR ÖLÇEK GELİŞTİRME ÇALIŞMASI

Yukarıda başlığı belirtilen tez çalışması için şahsım tarafından 19/06/2023 tarihinde intihal tespit programından alınmış olan özgünlük raporu sonucunda;

Benzerlik oranı : %18

Tek kaynak oranı : %5 çıkmıştır.

20/06/2023
Prof. Dr. Zeliha KOÇ

ÖZET

MEME KANSERİ HASTALARINDA İÇSELLEŞTİRİLMİŞ STİGMATİZASYON VE AYRIMCILIK ALGISININ BELİRLENMESİ: BİR ÖLÇEK GELİŞTİRME ÇALIŞMASI

Esra DANACI

Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Hemşirelik Ana Bilim Dalı

Doktora, Eylül/2023

Danışman: Prof. Dr. Zeliha KOÇ

Amaç: Metodolojik ve tanımlayıcı olarak planlanan bu araştırmanın amacı “Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği”ni geliştirmektir.

Materyal ve Metod: Araştırma 01/06/2022-15/06/2023 tarihleri arasında bir devlet hastanesi ve üniversite hastanesinin onkoloji klinikleri ile radyoterapi ve kemoterapi ünitesinde yürütüldü. Araştırmada, nitel ve nicel araştırma tasarımının birlikte kullanıldığı iç içe karma desenden yararlanıldı. Nitel araştırma tasarımının kullanıldığı birinci aşamada 27 meme kanseri hastası ile fenomenolojik görüşmeler yapıldı. Meme kanseri hastaları ile yapılan görüşmeler ve bu konudaki literatür taranarak ölçek madde havuzu oluşturuldu. Nicel araştırma tasarımının kullanıldığı ikinci aşamada ölçek geliştirme adımları doğrultusunda 402 meme kanseri hastasına “Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği Taslağı”nın geçerlik ve güvenirlik analizleri uygulandı. Nicel verilerin analizinde SPSS 28.0 ve IBM SPSS Amos 21.0 programlarından, nitel verilerin analizinde MAXQDA 22 programından yararlanıldı.

Bulgular: Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği’nin uzman görüşü sonrası Kapsam Geçerlik İndeksi 0,94 olarak belirlendi. Doğrulamalı faktör analizi sonrasında Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği 26 madde ve 6 alt boyuttan (sosyal izolasyon, ayrımcılık ve dışlanma, yetersizlik hissi, beden imajı, ön yargı ve olumsuz tutum) oluşan son halini aldı. Ölçeğin uyum iyiliği değerleri χ^2/sd : 2,906; GFI: 0,868; AGFI: 0,856; CFI: 0,906; RMSEA:0,069; SRMR:0,065 olarak belirlendi. Ölçeğin zamana karşı güvenirliği test-tekrar test yöntemiyle değerlendirildi ve yanıtlar arası uyumun çok iyi olduğu saptandı (ICC: 0,945; $p<0,001$). Ölçeğin Cronbach Alfa güvenirlik katsayısının 0,892 olduğu ve ölçek alt boyutlarının Cronbach Alfa güvenirlik katsayısının 0,697 ile 0,823 arasında değiştiği belirlendi. Nitel veri analizi sonucunda 2 tema ile 9 alt tema belirlendi.

Sonuç: Bu araştırmada Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği’nin geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu belirlendi.

Anahtar Sözcükler: Ayrımcılık, İçselleştirilmiş stigmatizasyon, Meme kanseri

ABSTRACT

DETERMINATION OF INTERNALISED STIGMATISATION AND DISCRIMINATION PERCEPTION IN BREAST CANCER PATIENTS: A SCALE DEVELOPMENT STUDY

Esra DANACI

Ondokuz Mayıs University

Institute of Graduate Studies

Department of Nursing

Doctoral Thesis, September/2023

Supervisor: Prof. Dr. Zeliha KOÇ

Purpose: The aim of this methodological and descriptive study was to develop "Perception of Internalised Stigmatisation and Discrimination in Breast Cancer Patients Scale".

Materials ve Methods: The research was carried out from 01/06/2022 to 15/06/2023 at oncology clinics, as well as radiotherapy and chemotherapy units, in a state hospital and a university hospital. A nested mixed design, combining qualitative and quantitative research approaches, was employed for this study. In the first phase, qualitative research design was utilized, and phenomenological interviews were conducted with 27 breast cancer patients. A scale item pool was created by analysing the interviews with the breast cancer patient and the literature on the topic. In the second stage, in which the quantitative research design was used, the validity and reliability analyzes of the "Perception of Internalised Stigmatisation and Discrimination in Breast Cancer Patients Scale Draft" were applied to 402 breast cancer patients in line with the scale development steps. The quantitative data were analyzed using SPSS 28.0 and IBM SPSS Amos 21.0 software, while qualitative data analysis was performed using MAXQDA 22 software.

Findings: The Perception of Internalised Stigmatisation and Discrimination in Breast Cancer Patients Scale, according to the expert opinion, the content validity index of the scale was set at 0.94. After confirmatory factor analysis, the "Perception of Internalised Stigmatisation and Discrimination in Breast Cancer Patients Scale ", comprised of 26 items and 6 sub-dimensions (namely social isolation, discrimination and exclusion, feeling of inadequacy, body image, prejudice, and negative attitude). Goodness of fit values of the scale χ^2/sd : 2,906; GFI: 0.868; AGFI: 0.856; CFI: 0.906; RMSEA:0.069; SRMR was determined as 0.065. The reliability of the scale over time was assessed using the test-retest method and it was found that the inter-response agreement was very good (ICC: 0.945; $p < 0.001$). It was found that the Cronbach's alpha reliability coefficient of the scale was 0.892 and the Cronbach's alpha reliability coefficient of the sub-dimensions of the scale ranged from 0.697 to 0.823. As a result of qualitative data analysis, 2 themes and 9 sub-themes were identified.

Conclusion: This present study determined that the Perception of Internalised Stigmatisation and Discrimination in Breast Cancer Patients Scale was a valid and reliable scale.

Keywords: Discrimination, Internalised stigmatisation, Breast cancer

ÖN SÖZ VE TEŞEKKÜR

Doktora eğitim sürecim boyunca engin bilgi ve tecrübeleriyle bana her konuda rehberlik eden, ilgi ve sevgisini daima hissettiğim, ömür boyu minnet ve hayranlık duyacağıma inandığım, çok değerli danışman hocam Sayın Prof. Dr. Zeliha KOÇ'a,

Tez izleme komitesinde görev alarak çalışmama değerli katkılar sağlayan Dr. Öğr. Üyesi Aynur ARSLAN'e ve Dr. Öğr. Üyesi Seval AĞAÇDİKEN ALKAN'a,

Doktora eğitim sürecimi renklendiren Tuğba ERDOĞAN KAVALALI, Sevil MASAT HARBALİ, Esra ÖZBUDAK ve Ebru TURHAL'a,

Her zaman ve her koşulda beni destekleyen, yanımda olan, sevgisini hissettiren canım annem, canım babam ve kardeşlerime,

Yüzümü her zaman güldüren ve hep destek olan canım eşime,

Bana enerji ve güç veren biricik oğullarıma,

En içten duygularıyla teşekkürlerimi sunarım.

Esra DANACI

İÇİNDEKİLER

TEZ KABUL VE ONAYI	i
BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI	ii
TEZ ÇALIŞMASI ÖZGÜNLÜK RAPORU BEYANI.....	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT	iv
ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
TABLolar DİZİNİ	x
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Kavramsal Çerçevesi	3
1.3. Araştırmanın Amacı	4
1.4. Araştırmanın Hipotezleri	5
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Meme Kanseri	6
2.1.1. Meme Kanserinin Epidemiyolojisi	6
2.1.2. Meme Kanserinin Etiyolojisi	6
2.1.3. Meme Kanserinin Sınıflandırması.....	8
2.1.4. Meme Kanseri Bulguları.....	8
2.1.5. Meme Kanserinin Tanılama Yöntemleri.....	9
2.1.6. Meme Kanserinin Tedavisi	10
2.1.7. Meme Kanseri Hastalarının Yaşadığı Problemler	12
2.2. Stigmatizasyon Kavramı.....	14
2.2.1. Stigmatizasyon Kuramları.....	15
2.2.2. Stigmatizasyonun Aşamaları.....	17
2.2.3. Stigmatizasyonun Boyutları	19
2.2.4. Stigmatizasyon Türleri.....	21
2.3. Ayrımcılık Kavramı ve Ayrımcılık Düzeyleri	23
2.3.1. Makro-Sosyal Düzey: Yapısal Ayrımcılık.....	24
2.3.2. Mikro-Sosyal Düzey: Kişilerarası Ayrımcılık.....	24
2.3.3. Kişisel Düzey: Beklenen ve Algılanan Ayrımcılık.....	24
2.4. Kansere Bağlı İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık.....	25
2.5. Meme Kanseri ile İlişkili İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık	26
2.6. İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık ile Başa Çıkma da Hemşirenin Rolü ..	28
2.7. Ölçek Geliştirme Süreci.....	30
2.7.1. Geçerlik.....	31
2.7.2. Güvenirlik	33
2.8. Nitel Araştırma Yöntemi	35
2.8.1. Fenomenolojik Yaklaşım	36
3. MATERYAL VE METOT.....	37
3.1. Materyal.....	37
3.1.1. Araştırmanın Türü	37
3.1.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	37
3.2. Metot	37
3.2.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	37
3.2.1.1. Araştırmanın Nicel Boyutunda Örneklem Seçimi	37
3.2.1.2. Araştırmanın Nitel Boyutunda Örneklem Seçimi	38
3.2.2. Verilerin Toplanması	38
3.2.2.1. Nicel Verilerin Toplanması	38
3.2.2.2. Nitel Verilerin Toplanması	38
3.2.3. Veri Toplama Araçları	39

3.2.3.1. Nicel Verilerin Toplanmasında Kullanılan Veri Toplama Araçları	39
3.2.3.2. Nitel Verilerin Toplanmasında Kullanılan Veri Toplama Araçları.....	41
3.2.4. Verilerin Değerlendirilmesi.....	42
3.2.4.1. Nicel Verilerin Değerlendirilmesi	42
3.2.4.2. Nitel Verilerin Değerlendirilmesi	43
3.2.5. Araştırmanın Etik Boyutu	44
3.2.6. Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Sınırlılıkları.....	44
4. BULGULAR.....	47
4.1. Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği'nin Geçerlik Analizleri.....	47
4.1.1. Kapsam Geçerliği	47
4.1.2. Yapı Geçerliği	50
4.2. Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği'nin Güvenirlik Analizleri	57
4.2.1. İç Tutarlılık	57
4.2.2. Test- Tekrar Test (Test/Retest) Yöntemi/Değişmezlik Güvenirliği	59
4.3. Nicel Verilere İlişkin Bulgular	61
4.3.1. Meme Kanseri Hastalarının Sosyo-demografik ve Klinik Bulguları.....	61
4.3.2. Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği'ne İlişkin Bulgular	63
4.4. Meme Kanseri Hastalarından Elde Edilen Nitel Verilere İlişkin Bulgular	72
4.4.1. Araştırmanın Nitel Bölümüne Katılan Meme Kanseri Hastalarının Sosyo-demografik ve Klinik Özelliklerine İlişkin Bulgular	72
4.4.2. Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı İçerik Analizi Sonuçları ile İlgili Bulgular	72
5. TARTIŞMA.....	84
5.1. Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlik Bulgularının Tartışılması	84
5.2. Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısını Etkileyen Nicel Verilerin Tartışılması	87
5.3. Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısını Etkileyen Nitel Verilerin Tartışılması	91
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	95
6.1. Sonuçlar	95
6.2. Öneriler	95
KAYNAKÇA.....	96
EKLER.....	104
Ek 1. Hasta Bireyi Tanıtıcı Bilgi Formu.....	104
Ek 2. Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği Taslağı.....	105
Ek 3. Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği	109
Ek 4. Ölçek Geliştirme ve Uyarlama Kursu Katılım Belgesi	111
Ek 5. Nitel Araştırma Kursu Katılım Belgesi	112
Ek 6. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzni	113
Ek 7. Kurum Araştırma İzinleri	114
Ek 8. Görüşlerine Başvurulan Uzman Listesi.....	116
ÖZGEÇMİŞ	117

SİMGELER VE KISALTMALAR

ACS	: American Cancer Society
AFA	: Açıklayıcı Faktör Analizi
AGFI	: Adjustment Goodness of Fit Index (Düzeltilmiş Uyum İyiiliği İndeksi)
CFI	: Cognitive Flexibility Scale (Karşılaştırmalı Uyum İndeksi)
DFA	: Doğrulayıcı Faktör Analizi
F	: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)
GFI	: Goodness-of-Fit Index (Uyum İyiiliği İndeksi)
ICC	: Intra-Class Correlation Coefficient (Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı)
KGİ	: Kapsam Geçerlik İndeksi
KGO	: Kapsam Geçerlik Oranı
KGÖ	: Kapsam Geçerlik Ölçütü
KMO	: Kaiser Meyer Olkin
Min-Max	: Minimum-Maksimum
MKHİSAAÖ	: Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği
n	: Örneklem sayısı
Ort	: Ortalama
p	: Anlamlılık düzeyi
R	: Korelasyon katsayısı
RMSEA	: Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
SRMR	: Standartlaştırılmış Hata Kareleri Ortalamasının Karekökü
SS	: Standart Sapma
t	: Bağımsız Örneklem T Testi
TNM	: Tümör, Nodül, Metastaz
α	: Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı
χ^2	: Ki-Kare test istatistiği

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 3.1. Araştırmanın Akış Diyagramı	45
Şekil 3.2. Araştırmanın Planı	46
Şekil 4.1. Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçüm Modeli	57
Şekil 4.2. Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısına İlişkin Oluşturulan Temaların Kod Bulutu	83



TABLolar DİZİNİ

Tablo 3.1. Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Yöntemler	43
Tablo 4.1. Kapsam Geçerlik Ölçütü İçin Minimum Değerler	47
Tablo 4.2. Elli Dokuz Maddeye Ait KGO Değerleri	48
Tablo 4.3. Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği Taslağı'na Ait KMO Değeri ve Bartlett Küresellik Test Sonuçları	51
Tablo 4.4. Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği Varyans Açıklama Tablosu	53
Tablo 4.5. Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği Taslağı Maddelerine İlişkin Faktör Yük Değerleri	54
Tablo 4.6. Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği Taslağını Ölçüm Modelinin Uyum İndeks Değerleri ve İyi Uyum Değerleri.....	55
Tablo 4.7. Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği Taslağı Maddelerinin Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonrası Faktör Yük Değerleri	55
Tablo 4.8. Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği Taslağı Güvenirlik Analizi Sonuçları	58
Tablo 4.9. Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği Taslağından Madde Silindiğinde Cronbach Alfa Değerleri	59
Tablo 4.10. Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği Taslağının Test Tekrar Test Puanları Arasındaki Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı ve Anlamlılıkları	60
Tablo 4.11. Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği Alt Boyut İsimleri, Madde Sayısı ve Maddeler.....	60
Tablo 4.12. Meme Kanseri Hastalarının Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı.....	61
Tablo 4.13. Meme Kanseri Hastalarının Klinik Özelliklerinin Dağılımı	62
Tablo 4.14. Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği ve Alt Boyutları Puanlarının Ortalama ve Standart Sapma Değerleri	63
Tablo 4.15. Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Meme Kanseri Hastalarının Sosyo-demografik Özellikleri ile Karşılaştırılması	66
Tablo 4.16. Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Meme Kanseri Hastalarının Klinik Özellikleri ile Karşılaştırılması	70
Tablo 4.17. Araştırmanın Nitel Bölümüne Katılan Meme Kanseri Hastalarının Sosyo-demografik ve Klinik Özelliklerinin Dağılımı	72
Tablo 4.18. Meme Kanseri Hastalarının İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algılarına İlişkin Temalar ve Alt Temalar	73

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Meme kanseri dünyada kadınlar arasında en sık görülen malign tümörlerden biridir (Bose et al., 2022). Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı tarafından yayınlanan GLOBOCAN 2020 yılı verilerinde, meme kanserinin en sık teşhis edilen kanser türü olduğu; 2,3 milyon kadının meme kanseri tanısı aldığı ve meme kanserine bağlı 685,000 ölüm meydana geldiği bildirilmektedir (Sung et al., 2021). Türkiye’de ise yaşa standardize meme kanseri hızının yüz binde 47,7 olduğu, her dört kadın kanserinden birini meme kanserinin oluşturduğu belirtilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021).

Meme kanseri tedavisinde meydana gelen gelişmeler, prognoz ve semptom yönetiminde ciddi iyileşmeler sağlamasına karşın kanser tanısı, hastalarda önemli değişikliklere neden olabilmektedir. Meme kanseri tanısı alan kadınlar fiziksel, duygusal ve psikolojik birçok zorluk ile karşı karşıya kalarak; yüksek düzeyde kaygı, fiziksel acı ve duygusal ıstırap yaşayabilmektedir. Bununla birlikte meme kanseri, kadının cinselliği ve çekiciliği ile güçlü bir şekilde ilişkilendirilen beden imajına yönelik ciddi tehditler oluşturabilmektedir (Smit et al., 2019).

Meme kanseri tanısı alan kadınlar, kadınlık sembolünün kaybı, düşük benlik saygısı, sosyal izolasyon, aile üyeleri ve arkadaşları ile iletişim yetersizliği gibi problemler yaşayabilmektedir (Al-Azri et al., 2014). Bununla birlikte kanser hastaları cerrahi yara izleri (mastektomi), lenfatik ödem, kemoterapiden kaynaklanan saç dökülmesi, radyoterapiye bağlı cilt kızarıklıkları ve cilt lezyonları nedeniyle olumsuz tutum ve davranışlar ile stigmatizasyona maruz kalabilmektedir (Kang et al., 2020).

Stigmatizasyon bazı özelliklerin belirli toplumlarda benimsenmemesi, itibarsız ya da değersiz olarak tanımlanması nedeniyle, bireyi başkalarının gözünde itibarsızlaştıran dinamik bir değersizleştirme sürecidir (Ferguson et al., 2022). Stigma ilk olarak Goffman tarafından insanı “bütün ve olağan bir kişiden kusurlu ve küçümsenmiş bir kişiye” indirgeyen, “son derece itibarsızlaştırıcı bir nitelik” olarak tanımlamıştır. Goffman, insanların fiziksel ve bireysel farklılıklarına odaklanarak, stigmatizasyonun bireyin benlik duygusunu etkileyen karmaşık bir süreç olduğunu belirtmiştir (Goffman, 1963).

Stigmatizasyon sürecinin bireyin kanser tanısı alması ile başladığı bildirilmektedir (Shiri et al., 2020). Kanserın bazı toplumlarda bulaşıcı bir hastalık ya da ceza olduğuna ilişkin yanlış inanışlar ve mitler damgalanmasına neden olabilmektedir (Ahmad et al., 2018). Kansere ilişkin stigmatizasyon nedenleri, beden imajında meydana gelen değişiklikler ve kanserin ölüm ile ilişkilendirilmesi olarak bildirilmektedir (Stangl et al., 2019). Hastalar sigara içme, obezite ve sedanter yaşam tarzı gibi faktörleri, kanserin nedeni olarak algılandıklarında stigmatizasyon algıları artabilmektedir (Ahmad et al., 2018). Beden imajında meydana gelen değişiklikler, insanların kanser hastalarından uzaklaşmasına ve kaçınmasına neden olabilmektedir (Stangl et al., 2019). Bununla birlikte ölüm korkusu ile ilişkili stigmatizasyonun, kişilerin kanserin “ölüm cezası” olduğuna ilişkin inancından kaynaklandığı bildirilmektedir (Corrigan, 2014).

Stigma, meme kanseri kadınların kendi bedenleri ile ilgili algılarını, kimlik duygularını, öz güvenlerini ve cinselliklerini etkileyebilmektedir. Memeler fiziksel ve cinsel çekicilik nedeniyle kadınlığın sembolü olarak algılanabilmektedir (Bu et al., 2022). Memelerin cerrahi olarak çıkarılması, hastaların kendilerini daha az kadınsı olarak hissetmesine yol açabilmektedir (Corrigan, 2014). Stigmatize edilen bireyler zamanla başkalarının kendileri hakkında sahip oldukları tutumları içselleştirmeye başlayabilmektedir. Bu içselleştirme bireylerin hastalıkları ile ilgili utanç duymalarına ve kendilerini suçlamalarına neden olabilmektedir (Von Hippel et al., 2018).

İçselleştirilmiş stigmatizasyon, damgalanmış bireylerin kendilerine yönelik tutum ve davranışları kabullenerek korku, suçluluk, utanç, değersizlik, öz güven eksikliği, kaygı, öfke ve yetersizlik duyguları yaşaması olarak tanımlanabilmektedir (Gaebel et al., 2017; Major et al., 2018; Michaels et al., 2012). İçselleştirilmiş stigmatizasyonun bireylerin ruh sağlığını, yaşam doyumunu ve genel iyilik halini olumsuz yönde etkilediği bildirilmektedir (Yeung et al., 2019). Meme kanserine ilişkin olumsuz kültürel inançların içselleştirilmesi de hastaların ruh sağlığını ve iyilik halini etkileyerek beden imajı algısında ve benlik saygısında azalmaya neden olabilmektedir (Warmoth et al., 2020). Bu konuda yapılan bir çalışmada meme kanseri ile ilişkili stigmatizasyonun beden imajına ilişkin kaygılardan etkilendiği vurgulanmaktadır (Tehrani et al., 2021).

Stigmatizasyonun sağlık arama davranışı, bakıma katılım ve tedaviye bağlılığın önündeki en büyük engeller arasında yer aldığı bildirilmektedir. Goffman stigmanın

etiketlenmiş bir grubun ya da bireyin sosyal olarak kabul edilmesini engellediğini, bireylerin fırsatlarını azalttığını, sosyal eşitsizlikleri arttırdığını ve ayrımcılığa neden olduğunu belirtmiştir (Stangl et al., 2019). Ayrımcılık, bireylere yönelik damgalanma, dışlanma, reddedilme ve değersizleştirilme gibi davranışlar sonucu oluşabilmektedir (Abbey et al., 2011). Bireyler ırk, cinsiyet, yaş, gelir durumu, cinsel yönelim, engellilik, etnik köken, iş, hastalık ya da herhangi bir faktör nedeniyle dışlanıp haksız tutum ve davranışlara maruz kaldıklarında ayrımcılık meydana gelebilmektedir (Kite and Whitley, 2016).

Literatür incelendiğinde kansere yönelik ayrımcılığın ölüm korkusu ve tedavinin yan etkilerinden kaynaklandığı bildirilmektedir. Kanser hastaları işe alım, kariyer fırsatları ve benzeri alanlarda, iş yerinde üretken olamayacakları, iş taleplerini karşılayamayacakları gibi nedenlerle ayrımcılığa maruz kalabilmektedir (Feng et al., 2018). Hastalar işe döndüklerinde ise iş arkadaşları ve işverenleri tarafından düşmanlık, derece düşürülmesi, terfi ve ücret artışı yapılmaması, maaş indirimi ve işten çıkarılma gibi problemler yaşayabilmektedir. Hastalar karşılaştıkları olumsuz tutum, iş performansları ile üretkenliklerinin sorgulanması ve işini kaybetme korkusu gibi nedenlerle tanılarını gizleyebilmektedir (Stergiou-Kita et al., 2016). Bu durum bireyleri stigmatizasyona karşı savunmasız hale getirerek hastaların sosyal destek ve baş etme kaynaklarını azaltabilmektedir (Parekh and Childs, 2016; Psarropoulou, 2015).

Goffman, damgalayıcı tutum ve davranışların özellikle damgalamaya neden olan durumlar ve nitelikler konusunda bilgi ve farkındalık sahibi olunmasıyla önlenebileceğini ileri sürmektedir (Goffman, 1963; Solanke, 2017). Bu doğrultuda meme kanseri hastalarının yaşadığı içselleştirilmiş stigmatizasyon ve ayrımcılık algılarının belirlenmesinin son derece önemli olduğu düşünülmektedir. Bu konudaki literatür incelendiğinde ulusal ve uluslararası düzeyde meme kanseri hastalarının içselleştirilmiş stigmatizasyon ve ayrımcılık algılarını ölçen bir ölçme aracına rastlanmamıştır. Bu araştırmanın çıkış noktasını oluşturmuştur.

1.2. Araştırmanın Kavramsal Çerçevesi

Bu araştırmanın kavramsal çerçevesi Erving Goffman'ın (1963) Damga Kuramı'na dayanmaktadır. Toplum, bireyleri normal olduğu düşünülen niteliklere sahip olup olmadıklarına göre kategorize eden bir sistem yaratmaktadır. Goffman,

bireylerin diğerlerinden farklı özelliklere sahip olduklarında “daha az arzu edilen, aşırı uç, kötü ve tehlikeli” şeklinde kategorize edildiğini ifade etmektedir. Stigmayı, bireyi zihnimize “bütün ve sıradan bir insandan, kusurlu, küçümşenen bir insana” indirgeyen “son derece itibarsızlaştırıcı bir nitelik” olarak tanımlamaktadır. Bu tür nitelikler bir leke, başarısızlık, eksiklik ya da engellilik şeklinde sıralanabilmektedir (Goffman, 1963).

Goffman stigmayı fiziksel şekil bozuklukları, bireysel karakter kusurları, ırk, ulus ve dini damgalar olmak üzere üç sınıfa ayırmıştır. Ten rengi ya da fiziksel bozukluklar gibi niteliklerin bireylerin sosyal kimlikleri ile gerçek kimlikleri arasında boşluk oluşturduğunu belirtmiştir. Goffman, bireyi itibarsızlaştırıcı nitelikler arasında ayırım yapmıştır. Görünür olan niteliklerin bireyi itibarsızlaştırma olasılığının daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Buna karşın gizlenebilen nitelikler karmaşık, sosyal ve kişisel problemleri ortaya çıkarabilmektedir (Corrigan, 2014). Bu durum bireyler için etkileşimden kaçınma, sosyal reddedilme, küçümseme, itibarsızlaştırılma ve sosyal onaylanmama ile sonuçlanabilmektedir (Bos et al., 2013).

Kanser birçok toplumda damgılanma oranı yüksek olan hastalıklardan biridir. Kanser yaşamı tehdit eden bir hastalık olması, acı ve ölüm ile ilişkilendirilmesi stigmatizasyona neden olabilmektedir. Stigmatizasyon bireyin kanser tanısını alması ile başlayabilmektedir. Bireyin yaşamının tüm yönlerini etkileyen stigmatizasyonun, hastalığın tedavisini engelleyen ve psikososyal sorunlara yol açan bir süreç olduğu bildirilmektedir (Shiri et al., 2020). Kanser ortaya çıkmasında bireyin kendi sorumluluğunun olduğunu düşünmesi, kanser korkusu ve kansere bağlı fiziksel değişiklikler gibi bazı faktörler kansere yönelik stigmatizasyonu etkileyemektedir (Stangl et al., 2019). Fiziksel görünüşte meydana gelen değişiklikler bireyin hastalığını gizlemesini zorlaştırarak, Goffman’ın kuramında belirtmiş olduğu fiziksel bozuklukların algılanmasından kaynaklanan stigmatizasyona neden olabilmektedir (Corrigan, 2014). Bu durum meme kanseri hastaları tarafından içselleştirildiğinde hastalar utanma, yetersizlik hissi, sosyal izolasyon ve ayrımcılık yaşayabilmektedir.

1.3. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği’ni geliştirmek; meme kanseri hastalarının içselleştirilmiş

stigmatizasyon ve ayrımcılık algılarını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla metodolojik ve tanımlayıcı olarak planlandı.

1.4. Araştırmanın Hipotezleri

H_{0a}: “Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği” meme kanseri hastalarının içselleştirilmiş stigmatizasyon ve ayrımcılık algılarını değerlendirmek için kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı değildir.

H_{1a}: “Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği” meme kanseri hastalarının içselleştirilmiş stigmatizasyon ve ayrımcılık algılarını değerlendirmek için kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracıdır.

H_{0b}: Meme kanseri hastalarının içselleştirilmiş stigmatizasyon ve ayrımcılık algıları sosyo-demografik ve klinik özelliklerine göre farklılık göstermez.

H_{1b}: Meme kanseri hastalarının içselleştirilmiş stigmatizasyon ve ayrımcılık algıları sosyo-demografik ve klinik özelliklerine göre farklılık gösterir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Meme Kanseri

Meme kanseri, kadınlar arasında en sık görülen ve kansere bağlı meydana gelen ölümlerin önde gelen nedenleri arasında yer alan bir hastalıktır (Al-Azri et al., 2014; Bose et al., 2022; Veronesi et al., 2017).

2.1.1. Meme Kanserinin Epidemiyolojisi

Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı tarafından yayınlanan GLOBOCAN 2020 yılı verilerinde, 19,3 milyon kişinin kanser tanısı aldığı, 10 milyon kansere bağlı ölüm gerçekleştiği, meme kanserinin en sık teşhis edilen kanser türü olduğu; meme kanserini sırasıyla akciğer, kolorektal, prostat ve mide kanserinin izlediği bildirilmektedir. Bununla birlikte GLOBOCAN 2020 yılı verilerinde 2,3 milyon kadının meme kanseri tanısı aldığı ve meme kanserine bağlı 685,000 ölüm meydana geldiği belirtilmektedir (Sung et al., 2021). American Cancer Society 2022 yılı meme kanseri tahminleri incelendiğinde ise 287,850 kadının meme kanseri tanısı aldığı ve tahmini 43,250 kadının meme kanseri nedeniyle hayatını kaybettiği bildirilmektedir (ACS, 2022).

Türkiye Kanser İstatistikleri 2017 yılı verilerine göre, kanser insidansı yüz binde 223,1'dir. Yaşa standardize kanser hızı erkeklerde 259,2; kadınlarda ise yüz binde 187,0'dır. Türkiye'de 2017 yılında toplam 180,288 kişiye yeni kanser tanısı konulduğu bildirilmektedir. Ülkemizde görülen ilk beş kanser türü dünya ve gelişmiş ülkelerle benzerlik göstermektedir. Erkeklerde trakea, bronş, akciğer, prostat, kolorektal, mesane ve mide; kadınlarda ise meme, tiroid, kolorektal, trakea, bronş, akciğer ve uterus kanseri en sık görülen kanser türleri arasında yer almaktadır. Bununla birlikte 2017 yılı kanser istatistiklerinde, Türkiye'de tanı konulan her dört kadından birinin meme kanseri olduğu, yaşa standardize meme kanseri hızının yüz binde 47,7 olduğu bildirilmektedir (T. C. Sağlık Bakanlığı, 2021).

2.1.2. Meme Kanserinin Etiyolojisi

Meme kanserinin oluşumu multifaktöriyel olduğu için tek bir etiyolojik faktör ile açıklanamaz. Meme dokusunda hücresel düzeyde meydana gelen hasarlar normal dokuyu tümöre dönüştürebilir. DNA mutasyonu ve hücre proliferasyonu meme karsinogenezi ile sonuçlanabilir. Hücre proliferasyonu ve genlerin mutasyonuna neyin

neden olduğunu belirlemeye yönelik epidemiyolojik araştırmalar meme kanseri risk faktörlerinin birden çok olduğunu bildirmektedir (Bose et al., 2022).

Yaş ve cinsiyet; meme kanseri insidansı yaş ile birlikte artmaktadır. Meme kanseri insidansı 70 yaşa kadar hızlı bir şekilde artmakta ve daha ileri yaşlarda azalmaktadır. Her yıl meme kanseri tanısı konulan kadınların yaklaşık %80'inin 45 yaş ve üzeri, yaklaşık %43'ünün 65 yaş ve üzeri olduğu bildirilmektedir (Bose et al., 2022; Veronesi et al., 2017). Bununla birlikte kadınların meme kanserine yakalanma riskinin erkeklerden 100 kat daha fazla olduğu belirtilmektedir (Bose et al., 2022).

Üreme ve hormonal faktörler; kadınlarda meme kanseri gelişimi yumurtalıklar tarafından üretilen hormonlara (endojen östrojen ve progesteron) maruziyetin artması ile ilişkilendirilmektedir. Üreme ve hormonlar ile ilgili faktörler erken menarş yaşı, geç menopoz başlangıcı, geç ilk gebelik yaşı ve hiç doğum yapmama olarak sıralanmaktadır (Veronesi et al., 2017).

Menarş ve menopoz yaşı; erken menarş ve geç menopoz yaşı kadınların meme kanserine yakalanma riskini artırabilmektedir. Epidemiyolojik araştırmalar meme kanseri riskinin menstrüasyon başlangıcı için geçen her bir yılda %5 azaldığını; menopoz yaşında her bir yıllık artışın ise meme kanseri riskini %2,9 arttırdığını göstermektedir (Veronesi et al., 2017).

Gebelik ve emzirme; meme kanseri riski gebelik yaşı arttıkça artmaktadır. Emzirme ise meme kanseri gelişimi riskini azaltmaktadır. Bununla birlikte meme kanseri riski her doğumda %7; her 12 aylık emzirme süresinde %4,3 azalmaktadır (Veronesi et al., 2017).

Oral kontraseptifler; oral kontraseptif kullanımı da meme kanseri riskinde hafif ve geçici bir artış ile ilişkilendirilmektedir (Veronesi et al., 2017).

Hormon replasman tedavisi; menopozun klimakterik semptomlarının hafifletilmesi için verilen östrojen ve progestin içeren kombine hormon replasman tedavisinin uzun süre kullanımının meme kanseri riskini artırdığı belirtilmektedir (Veronesi et al., 2017).

Obezite; obezite meme kanseri riskini artırmaktadır. Menopoz sonrası vücut kitle indeksi artan kadınlarda meme kanseri riski artmaktadır (Veronesi et al., 2017).

Fiziksel aktivite; ergenlik ve genç yetişkinlik döneminde yapılan orta düzey fiziksel aktivitenin meme kanseri gelişme riskini azalttığı belirtilmektedir (Veronesi et al., 2017).

Alkol ve sigara; alkol ve sigara kullanımı meme kanseri gelişme riskini arttırmaktadır (Veronesi et al., 2017).

Radyasyon; radyasyona maruz kalmak meme kanseri riskini arttırmaktadır (Veronesi et al., 2017).

Genetik faktörler; meme kanseri tanısı alan birinci derece yakını olan kişilerin meme kanserine yakalanma oranı yaklaşık iki kat artmaktadır. Bununla birlikte yumurtalık kanseri tanısı alan bir yakını olan kişilerin meme kanserine yakalanma riskinin de arttığı bildirilmektedir (Veronesi et al., 2017).

2.1.3. Meme Kanserin Sınıflandırılması

Meme kanseri tanılandıktan sonra, kanserin yayılıp yayılmadığı ya da ne kadar uzağa yayıldığını belirlemek amacıyla evreleme yapılmaktadır. Evrelendirme, Evre 0, Evre I, Evre II, Evre III ve Evre IV olarak dört aşamadan oluşmaktadır (ACS, 2022). Meme kanserinin evrelendirilmesi tedavinin daha iyi planlanmasına, prognozun daha iyi belirlenmesine ve sağlık merkezleri arasındaki sonuçların daha kolay karşılaştırılmasına olanak sağlamaktadır. Meme kanserinin sınıflandırılmasında çeşitli klinik, patolojik ve moleküler yöntemler kullanılmaktadır (Bose et al., 2022). Meme kanseri için en sık kullanılan evreleme sistemi American Joint Committee on Cancer TNM (Tümör, Nodül, Metastaz) sistemidir. T primer tümörü tanımlar; N kanserin yakındaki lenf düğümlerine yayılıp yayılmadığını; M ise kanserin metastaz yapıp yapmadığını göstermektedir (ACS, 2022).

2.1.4. Meme Kanseri Bulguları

Meme kanseri şüphesi ile doktora başvuran kadınların yaklaşık beşte dördünde, ele gelen yumru (%83) meme kanserinin en yaygın ve klasik semptomu olarak değerlendirilmektedir. Bununla birlikte meme başı anormallikleri (%7), meme ağrısı (%6) ve meme derisi anormallikleri (%2) ise diğer önemli bulgular arasında yer almaktadır (Ikhuoria and Bach, 2018). Meme kanserinin diğer olası belirtileri (ACS, 2022);

- Memenin tamamının ya da bir kısmının şişmesi,
- Deride çukurlaşma,

- Meme ya da meme başı ağrısı,
- Meme ucu retraksiyonu,
- Kırmızı, kuru, pullanan ve kalınlaşmış meme ucu ya da meme derisi,
- Meme başı akıntısı,
- Koltuk altında ya da köprücük kemiği yakınında şişmiş lenf nodları vb. olarak bildirilmektedir (ACS, 2022).

2.1.5. Meme Kanserin Tanılama Yöntemleri

Meme kanseri, tarama testleri ile erken teşhis edilebilir. Meme kanserinin tanılanmasında mamografi, ultrason ve manyetik rezonans görüntüleme yöntemlerinden yararlanılabilir. Bilgisayarlı tomografi, kemik taramaları ve PET taramaları gibi diğer testler meme kanserinin yayılıp yayılmadığını belirlemeye yardımcı olabilir. Meme kanserinin erken tanılanması kanser tedavisinin başarısını artırabilir ve meme kanserine bağlı meydana gelen ölümleri azaltabilir. Meme kanseri tarama testleri semptomlar ortaya çıkmadan önce meme kanserini tanılayabilir. (ACS, 2022).

Mamografi; meme kanserinin erken tanılanmasında ve tedavi başarısının artmasında etkili olan düşük dozlu röntgenlerdir (ACS, 2022). American Cancer Society 40 yaş ve üstü kadınlara yıllık mamografi çektirmelerini önermektedir (Wang et al., 2017). Yapılan çalışmalar erken mamografi taraması ile meme kanseri hastalarının ölüm oranının %30-40 oranında azaltılabileceğine işaret etmektedir (He et al., 2020). Mamografi fiziksel semptomlar ortaya çıkmadan önce kansere ilişkin meme değişikliklerini (kalsifikasyon, kitle ve asimetri gibi) saptayabilmektedir (ACS, 2022). Mamografinin duyarlılığının yaş, etnik köken, radyolog deneyimi ve teknik kalite ile ilgili olduğu bildirilmektedir. Yoğun meme dokusuna sahip ve 40 yaş altı kadınlarda mamografi duyarlılığı azalabilmektedir (Wang et al., 2017). Mamografinin avantajları hızlı tarama, yüksek doğruluk ve düşük maliyet olarak bildirilmektedir (He et al., 2020).

Ultrasonografi; ultrason, meme hastalıklarının değerlendirilmesinde en sık kullanılan yöntemlerden biridir. Genç yaş grubunda bulunan (<30), yoğun meme dokusuna sahip olan, radyasyondan kaçınılması gereken hamile kadınlarda kullanılabilir (Bose et al., 2022). Mamografide şüpheli görülen bir bölgeyi daha iyi incelemede yararlanılabilmektedir (ACS, 2022). Ultrasonun özellikleri (Bose et al., 2022);

- Solid ve kistik lezyonları algılaması,
- Klinik muayenenin bir uzantısı olması,
- Primer değerlendirme ve aksilla değerlendirmesinde mamografiyi tamamlaması,
- Aksiller lenf nodu evrelemesi için zorunlu olması,
- Radyasyon olmadığı için hamilelikte güvenli olması olarak sıralanmaktadır (Bose et al., 2022).

Manyetik Rezonans Görüntüleme; hastanın yaşı, meme yoğunluğu ya da risk durumu ne olursa olsun meme kanserinin erken tanınmasına yardımcı olur. Manyetik rezonans görüntüleme, iyi huylu ve kötü huylu meme tümörlerini ayırt edebilir. Manyetik rezonans görüntüleme, meme kanseri tanısında birçok avantajı olan yardımcı bir yöntemdir. Uzun görüntüleme süresi, yüksek maliyet, hastanın vücudunda metal malzeme varlığı manyetik rezonans görüntüleme uygulamasını etkileyebilir. Bu nedenle manyetik rezonans görüntüleme, meme kanserine ilişkin tümörle ilgili tüm bilgilerin alınması gereken durumlarda ve yüksek risk gruplarının taranmasında kullanılabilir (He et al., 2020).

2.1.6. Meme Kanserinin Tedavisi

Meme kanseri tedavisi, tıbbi, cerrahi ve radyasyon onkolojisi olmak üzere multidisipliner bir yaklaşım gerektirmektedir (Trayes and Cokenakes, 2021). Tedavi öncesinde meme kanserinin klinik evrelendirmesi yapılarak, hastalığın evresine göre cerrahi tedavi, neo-adjuvan kemoterapi ya da hormonal tedavi seçeneklerinden hangisinin uygulanacağına karar verilmektedir. Erken evre meme kanserlerinde tümör/meme oranı uygun ise cerrahi tedavi ve sentinel lenf nodu biyopsisi ile tedaviye başlanarak sistemik kemoterapi, radyoterapi ve hormon terapi gibi adjuvan tedavilere karar verilmektedir. İleri evre meme kanserinde tedaviye sistemik tedavi ile başlanmasının, tümör hücrelerinin yok edilmesi, tümör evresinin küçültülerek meme koruyucu cerrahi ve aksillanın korunması gibi seçenekler sunması açısından önemli bir yeri vardır. Radyoterapi, meme koruyucu cerrahi uygulanan, metastatik ve ileri evre meme kanseri tanısı alan hastalara standart tedavi olarak uygulanmaktadır. Bununla birlikte meme kanseri tanısı alan hastaların yaklaşık olarak %70’inde östrojen reseptörü pozitif olduğundan bu hastalara endokrin tedavi uygulanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020).

Meme kanseri tedavisi, lokal ve sistemik tedavi olmak üzere iki şekilde planlanabilmektedir. Lokal tedavi (meme cerrahisi ve radyoterapi) tümörün bulunduğu yere uygulanmaktadır. Sistemik tedavide (kemoterapi vb.) uygulanan ilaçlar vücudun tümündeki kanser hücrelerine ulaşabilmektedir (ACS, 2022).

Meme kanseri cerrahisi; Meme koruyucu cerrahi ve mastektomi olmak üzere iki şekilde yapılmaktadır. Meme koruyucu cerrahide memenin sadece kanseri içeren kısmı çıkartılmaktadır. Bununla birlikte bazı sağlıklı çevre dokular ile lenf düğümleri de çıkarılabilmektedir. Erken evre meme kanseri olan kadınlar için iyi bir seçenek olduğu bildirilmektedir. Meme koruyucu cerrahi sonrası radyoterapiye gereksinim duyulabilmektedir. Mastektomi ise tüm memenin çıkarıldığı tedavi yöntemidir. Meme koruyucu cerrahi ile kanserin tedavi edilemediği durumlarda kullanılabilmektedir. Operasyonun nasıl yapıldığına ve ne kadar doku alınacağına bağlı olarak farklı mastektomi türleri uygulanabilmektedir (ACS, 2022).

Radyoterapi; Kanser hücrelerini yok eden, yüksek enerjili ışınlar ile uygulanan bir tedavi yöntemidir. Meme kanseri tedavisinde diğer tedavi türleri ile birlikte kullanılmaktadır. Meme koruyucu cerrahi sonrasında aynı memede ya da yakın lenf düğümlerinde kanserin tekrarlamasını önlemede yararlanılmaktadır (ACS, 2022).

Kemoterapi; Oral ya da intravenöz yol ile kanser önleyici ilaçların uygulanmasıdır. İlaçlar sistemik dolaşıma katılarak kanser hücrelerine ulaşmaktadır. Meme kanseri tanısı alan kadınların tümü kemoterapiye ihtiyaç duymayabilir. Ameliyat sonrası adjuvan kemoterapi olarak uygulanabilir. Adjuvan kemoterapi meme kanserinin tekrar oluşumunu önleyebilir. Bununla birlikte meme ameliyatı öncesinde tümörü küçültmeye yönelik olarak neoadjuvan kemoterapi uygulanabilir. Kemoterapide tek seferde birden fazla ilaç kullanıldığından oldukça etkilidir. Genellikle 2 ya da 3 ilaç kombinasyonu şeklinde uygulanabilir. Kemoterapi ilaçları ilaçların türüne, dozuna ve tedavi sürecine bağlı olarak bir çok yan etkiye sahip olabilir. Bu yan etkiler; alopesi, tırnak değişiklikleri, oral mukozit, iştah kaybı ve kilo değişiklikleri, mide bulantısı, kusma, diyare, vajinal kuruluk, sinir hasarı, enfeksiyon riski, kanama riski, yorgunluk ve tükenmişlik olarak sıralanabilir (ACS, 2022).

Hormon tedavisi; Bazı meme kanseri türleri östrojen ve progesteron gibi hormonlardan etkilenebilmektedir. Meme kanseri hücrelerinde östrojen ve progesterona bağlanan reseptörler (proteinler) bulunmaktadır. Bu hormonların bu

reseptörlere bağlanmasını durduran tedaviler hormon tedavisi olarak adlandırılmaktadır. Hormon tedavisi vücuttaki östrojen seviyesini düşürerek meme kanseri hücrelerinin büyümesine engel olmayı amaçlamaktadır. Hormon tedavisi genellikle ameliyat sonrası kanserin tekrar ortaya çıkma riskini azaltmaya yönelik olarak en az beş yıl süre ile uygulanmaktadır (ACS, 2022).

Hedefe yönelik ilaç tedavisi; Meme kanseri hücrelerinin büyümesi ve yayılmasını önlemek amacıyla kullanılmaktadır. İntravenöz, subcutan ve oral yolla alınabilmektedir. Kemoterapide olduğu gibi bu ilaçlarda sistemik dolaşıma katılarak, vücudun her yerine ulaşabilmektedir. Hedefe yönelik ilaç tedavisi kemoterapinin etkili olmadığı durumlarda yararlı olabilmektedir. Bununla birlikte diğer tedavi türlerinin etkisini de arttırabilmektedir (ACS, 2022).

İmmünoterapi; Kanser hücreleri ile daha etkili bir şekilde başa çıkabilmek ve kanser hücrelerini yok edebilmek için bireyin kendi bağışıklık sistemini güçlendirmeye yönelik ilaçların kullanılmasıdır (ACS, 2022).

2.1.7. Meme Kanseri Hastalarının Yaşadığı Problemler

Meme kanseri tanısı, tedavisi ve tedaviye bağlı ortaya çıkan yan etkiler kadınları fiziksel ve psikolojik olarak etkileyebilmektedir (Türk, 2019). Meme kanseri hastaları vücut imajlarında meydana gelen değişiklikler, erken menopoz, kol/omuz hareketliliğinde azalma, endokrin bozukluklar, yorgunluk, uyku kalitesinde bozulma, lenf ödem, alopesi, bulantı, kusma, diyare, ağız kuruluğu, cinsel işlev bozuklukları, kilo alımı, kas ve eklem ağrıları gibi bir çok fiziksel problem ile karşı karşıya kalabilmektedir (Türk, 2019; Wei et al., 2016).

Uyku bozuklukları, ağrı ve yorgunluk meme kanseri hastaları tarafından en sık bildirilen semptomlar arasında yer almaktadır (Wei et al., 2016). Sapkota vd. (2016) meme kanseri hastalarının yaşadığı ilk beş semptomu; yorgunluk (%61), enerji eksikliği (%57), unutkanlık (%57), cinsel isteksizlik (%52), genel vücut ağrıları (%49) ile geleceğe ilişkin endişe ve anksiyete (%49) olarak bildirmektedir. McFarland vd. (2018)'nin yapmış olduğu çalışmada da meme kanseri hastalarının en çok yorgunluk, uyku problemleri, kaşıntı ve ağrı yaşadığı belirtilmektedir. Ağrı, hastaların günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmelerini engellemekte, uyku ve yeme bozukluklarına neden olarak hastaların yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Costa et al., 2017).

Bununla birlikte meme kanseri tanısı bireyde belirsizlik duyguları yaratarak, hastaların psikolojik sıkıntı yaşamasına neden olabilmektedir (Bland et al., 2018). Kansere bağlı psikolojik sıkıntı, “kanser, kanserin fiziksel semptomları ve tedavisi ile etkili baş etme becerisini engelleyen bilişsel, davranışsal, duygusal, sosyal ve psikolojik bir durum” olarak tanımlanmaktadır. Meme kanseri hastalarının yaşadığı psikolojik sıkıntı sadece fiziksel semptomlar ile ilişkili olmamakla birlikte tedavi, cinsel sorunlar ve vücut imajında meydana gelen değişiklikler sonucu da ortaya çıkabilmektedir (Veronesi et al., 2017).

Meme kanseri tanısı alan kadınların psikolojik sağlıkları, benlik saygısı, stres, sosyal ve psikolojik destek, kontrol duygusu, duygusal problemler, hastalığın evresi, ameliyatın türü, yaşanan semptomlar, hastalık algısı, baş etme stratejileri, sağlık profesyonelleri ile ilişkiler gibi bir çok faktörden etkilenebilmektedir (Wei et al., 2016). Bu faktörler hastaların kanser ile baş etme becerilerini etkileyerek tedaviye uyumlarını azaltabilmektedir (Bland et al., 2018).

Meme kanseri tanısı alan hastalar şok, korku, anksiyete, depresyon, rol değişiklikleri ve sosyal izolasyon gibi birçok problem yaşayabilmektedir (Wei et al., 2016). Meme kanseri tanısı almak birçok kadında şok tepkilerine yol açabilmektedir. Bu aşamada hastalar korku ve anksiyete deneyimleyebilmektedir (Harmer, 2011). Meme kanseri hastalarının yaşadığı korkunun ağrı, invaziv tedaviler, kanserin tekrarlaması ve ölüm ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (Wei et al., 2016). Anksiyete hastaların uyku bozulukları, sinirlilik, bulantı, konsantrasyon güçlüğü, panik ve depresyon gibi semptomlar yaşamalarına neden olabilmektedir (Harmer, 2011). Yeni tanı almış meme kanseri hastalarında, depresyon ve anksiyete prevalansının tanı anında %33 olduğu bildirilmektedir. Depresyon hastaların yaşam kalitesini önemli ölçüde azaltarak tedaviye uyumlarını olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Bland et al., 2018).

Kanser tanısı ve tedavisi, hastaların sosyal aktivitelerini sınırlayarak sosyal izolasyon yaşamalarına neden olabilmektedir (Wei et al., 2016). Hastalar meme kanseri tedavisine bağlı olarak vücut imajlarında bir takım değişiklikler yaşayabilmektedir. Mastektomi ameliyatı sonrası önemli bir vücut parçasının kaybı ve yara izleri kadınlarda kadınlık sembolünün kaybına, benlik saygısında azalmaya, olumsuz benden imajına, aile üyeleri ve arkadaşları ile iletişim ve ilişki problemlerine

neden olabilmektedir. Psikososyal stres ve kanserin fiziksel yükü hastaların stigmatizasyon yaşamlarına neden olabilmektedir (Al-Azri et al., 2014).

2.2. Stigmatizasyon Kavramı

Stigma, bir kişi ya da grup hakkında dışlama, reddetme, suçlama ya da değersizleştirme ile karakterize olan sosyal bir süreçtir (Weiss et al., 2006). Stigma, vücuda yapılan “marka ya da işaret” anlamına gelen Yunanca bir kelimedir (O'connor and Earnest, 2011). Stigma kavramının kökeni, köle ve suçlu insanların vücutlarına bir takım yara izleri yapılan Yunanlılar dönemine kadar dayanmaktadır (Bos et al., 2013). Bu işaretlerin o dönemlerde köle ve suçluların daha az değerli olduğunu göstermek için kullanıldığı bildirilmektedir (Parker and Aggleton, 2003).

Stigma kavramına ilişkin ilk tanımlar Erving Goffman tarafından yapılmıştır. Goffman stigmatı “sanal ve gerçek sosyal kimlik arasında tutarsızlık oluşturan itibarsızlaştırıcı bir nitelik” olarak tanımlamıştır (Goffman, 1963). Goffman, stigmatizasyonu, birey ya da grubun sosyal kabulünü reddeden, bireyin yaşama fırsatını azaltan, sosyal eşitliklerini arttıran ve ayrımcılığı ortaya çıkaran bir durum olduğunu belirtmiştir (Stangl et. al., 2019).

Nielsen stigmatı “sosyal eşitsizlik” olarak ifade etmiştir. Stigmatın temel kavramlarını, bireyin bütünlüğünü etkileyen “etiketleme, klişeleştirme, konum kaybı ve ayrımcılık” olarak sıralamıştır (Shiri et. al., 2020).

Link ve Phelan (2001) stigmatın farklılığın tanımlanması, klişelerin oluşturulması, etiketlenmiş kişilerin farklı kategorilere ayrılması ile ortaya çıktığını; onaylamama, reddetme, dışlama ve ayrımcılığın uygulanmasına izin veren sosyal, ekonomik ve politik bir güce bağlı olduğunu ifade etmiştir (McLeod et al., 2014).

Parker ve Aggleton, stigmatın “kültür, güç ve farklılığın kesiştiği noktada ortaya çıkan sosyal bir süreç” olduğunu belirtmiştir (Parker and Aggleton, 2003).

Dünya Sağlık Örgütü ise stigmatı, “bireyin reddedilmesine, ayrımcılığa uğramasına ve toplumdan dışlanmasına neden olan bir leke ya da utanç işareti” olarak tanımlamaktadır (Perugino et al., 2022).

Stigmatizasyon sosyal etkileşimler sırasında ortaya çıkmakta, zamana ve mekana göre değişmektedir (Bos et al., 2013; Major et al., 2018). Stigmatizasyon, farklılığın tanımlanması ve değersizleştirme olmak üzere iki temel bileşenden oluşmaktadır (Bos et al., 2013). Stangor ve Candall stigmatizasyonun algılanan tehdit

ve tehlikeden kaynaklandığını ileri sürmüştür. Bu tehditlerin somut ya da sembolik olabileceği ve yalnızca tehdit oluşturan normallikten sapmaların stigmatizasyona yol açabileceği bildirilmiştir (Major et al., 2018).

Bununla birlikte stigma; streotip, ön yargı ve ayrımcılık olmak üzere üç sosyo-bilişsel yapıdan oluşmaktadır. Sosyal olarak kabul edilen streotipler, insanlar tarafından üzerinde anlaşılmaya varılmış kavramları temsil etmektedir. Ön yargılı bireyler ise streotipleri onaylayarak olumsuz duygusal tepkiler üretebilmektedir. Bunun sonucunda da bilişsel ve duyuşsal bir tepki olan ön yargı, davranışsal bir tepki olan ayrımcılığa yol açabilmektedir (Corrigan et al., 2003). Bu davranışsal tepkiler ve duygular sağlık için olumsuz sonuçlara neden olabilmektedir (Major et al., 2018).

2.2.1. Stigmatizasyon Kuramları

Stigmatizasyonun kavramsal ve kuramsal çerçevesi, birçok bilim insanının katkıları sonucu oluşturulmuştur. Bilim insanları farklı tanımlamalar ve bakış açılarıyla damgalama kavramını çok yönlü açıklamaya çalışmışlardır (Özmen ve Erdem, 2018).

Etiketleme Kuramı

Etiketleme teorisi, “sosyal etiketlemenin suç ve sapmaların gelişimindeki rolüne odaklanan sosyolojik bir yaklaşım” sağlamaktadır. Sosyal etiketler genellikle insanların dünyayı tanımak ve kategorize etmek için kullandıkları kültürel çerçevenin bir parçasını oluştururken, sapkın etiketler damgalayıcı olmaları açısından özeldir. Bu varsayım etiketleme teorisinin temelini oluşturmaktadır. Teori, sapma davranışının çeşitli nedenlerle ortaya çıktığını; bireyler sapkın olarak etiketlendikten sonra kendilerinin ve başkalarının olumsuz tepkilerinden kaynaklanan yeni problemler ile karşı karşıya kaldığını ifade etmektedir (Krohn et al., 2019).

Etiketlemenin benlik kavramının gelişimi üzerine etkisi ilk olarak Lamert tarafından açıklanmıştır. Lamert’in çalışmaları sembolik etkileşimciliğe dayanmaktadır. Bireyin benlik kavramının gelişiminin, başkalarıyla geçmiş ve şimdiki deneyimleri ile şekillendiğini vurgulamaktadır. İnsanların başkalarının kendilerine karşı tutumlarını algılayarak kim olduklarını öğrendiklerini ve bireye yönelik olumsuz tutumların bireylerin kendilerine karşı kalıplaşmış beklentiler oluşturacağını belirtmiştir. Aynı zamanda başkalarının bakış açısından kendini algılayan bireyin benlik kavramında değişiklik meydana geleceğini bildirmiştir. Etiketleme, reddedilme

ya da değersizleştirmenin, bireyin sosyal ağlarını olumsuz etkileyerek sosyal izolasyona ve gelecek yaşam fırsatlarının kaçmasına neden olabileceğini ifade etmiştir (Krohn et. al., 2019).

Sosyal Kimlik Kuramı

Sosyal kimlik teorisi ilk olarak 1970'lerde İngiltere Bristol Üniversitesi'nde Henri Tajfel tarafından geliştirilmiştir. Henri Tajfel toplumdaki ön yargı, ayrımcılık ve gruplar arası çatışmaları anlayabilmek için sosyal algı ve kategorizasyon üzerine çalışmalar yapmıştır. Tajfel sosyal kimliği “bireyin belirli bir gruba ait olduğuna ilişkin bilgisi ve bu grup üyeliğinin kendisi için duygusal önemi ve değeri” olarak tanımlamaktadır. Sosyal gruplar, grup üyelerine kim olduklarını, neye inanmalarını ve nasıl davranmalarını gerektiğini belirleyen ortak bir kimlik sağlamaktadır (McKeown et al., 2016).

Sosyal kimlik kuramında, bireyler kendi kimliklerini sosyal gruplara göre tanımlamaktadır. Grup kimliklerinin oluşturulması bireyin “grup içi (biz)” ve “grup dışı (onlar)” olarak kategorize edilmesini sağlamaktadır. Bu kategorik ayrımlar grup içindeki benzerlikleri (“hepimiz hemen hemen aynıyız”) ve gruplararası farklılıkları (“biz onlardan farklıyız”) artırmaktadır (Horsney, 2008). Bu nedenle insanlar kendi grupları ile dış grup arasında karşılaştırma yaptıklarında kendi gruplarını daha olumlu değerlendirme eğiliminde olabilmektedir (McKeown et al., 2016).

Sosyal kimlik ve kendini sınıflama süreçleri bireyin grup içi üyelerle arasındaki benzerliklere (“aynı hastalığa sahip bireyler”), grup dışındakilerle arasındaki farklılıklara (“herhangi bir hastalığı olmayan bireyler”) odaklanmasına neden olmaktadır. Bireyler kendilerini stigmatize olmuş bir grubun üyesi olarak kategorize ettiklerinde grup üyeliği ile ilgili beklentilere uygun olarak davranabilmektedir. Bu durum bireylerin sağlık problemlerini değerlendirme, çevrelerindeki diğer kişileri algılama ve iletişim kurma şeklini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Major et al., 2018).

Sosyal Temsil Kuramı

Sosyal temsiller teorisi, 1960'ların başında Serge Moscovici tarafından geliştirilmiştir. Sosyal temsiller teorisi, sosyal bir kategoriye ya da bir gruba özgü “fikir, bilgi ve inanç sistemleri” olarak tanımlanmaktadır. Sosyal çevrenin anlaşılmasına ve yorumlanmasına olanak sağlamaktadır. Bununla birlikte sosyal

temsiller, bazı davranışların belirlenmesini sağlayarak sosyal çevreyi değerlendirmek için bir çerçeve oluşturmaktadır. Moscovici temsillerin toplumun ürünü olmadığını, buna karşın toplumu inşa eden sosyal grupların bir ürünü olduğunu ifade etmiştir (Rateau et al., 2012).

Sosyal temsiller, kişileri ve nesneleri sınıflandırmaya, davranışlarını karşılaştırmaya ve sosyal ortamın bir parçası olarak nesnelleştirmeye yardımcı olabilir (Höijer, 2011). Bireyi ya da nesneyi anlamlandırabilmek için karşılaştırmalar yapılabilir. Sosyal temsillerde birbiri üzerinde üstünlük oluşabilir. Biz ve diğerleri olarak ifade edilen gruplarda, kendi grubuna ilişkin düşünceler onaylanırken; diğer gruplardaki özelliklerin ve niteliklerin yargılanması, reddedilmesi ve ayrıştırılması söz konusu olabilir. Bu doğrultuda toplumun sahip olduğu ön yargıların, bireylerin ve grupların ortak düşüncesi doğrultusunda geliştiği söylenebilir (Bayad et al., 2020; Özmen ve Erdem, 2018).

2.2.2. Stigmatizasyonun Aşamaları

Stigmatizasyon bir dizi aşamadan oluşmaktadır. Link ve Phelan (2001) stigmatizasyona neden olan süreçleri aşağıda belirtildiği şekilde açıklamaktadır.

- İnsanlar, insan farklılıklarını ayırt eder ve etiketler.
- Baskın kültürel inançlar, etiketlenmiş kişileri istenmeyen özelliklerle ilişkilendirirler.
- Etiketlenen kişiler, “biz”in “onlar”dan ayrılmasını sağlamak için kategorize ederler.
- Etiketlenmiş kişiler, eşit olmayan sonuçlara yol açan statü kaybı ve ayrımcılık yaşarlar (Link and Phelan, 2001).

Bununla birlikte Link vd. (2004) stigmatizasyona maruz kalan bireylerin davranışlarını anlamak amacıyla “duygusal reaksiyonlar” bileşenini stigmatizasyon aşamalarına eklemiştir (Link et al., 2004).

Etiketleme

Etiketleme teorisi, etiketlerin sadece önceden var olan bir fenomeni “adlandırmakla” kalmayıp, aynı zamanda etkilenen birey tarafından içselleştirildiğinde kendini damgalamaya yol açtığını ileri sürmektedir. Sembolik etkileşimcilik, bu aynalama sürecini yansıtılmış bir değerlendirme, “başkalarının onları nasıl gördüğü ve yargıladığı algısı yoluyla bireylerin benlik kavramının yeniden

şekillendirilmesi” olarak adlandırılmaktadır (Corrigan, 2014). Stigmatizasyonun oluşabilmesi için toplum tarafından ilk olarak insan farklılıklarının tanımlanması daha sonra bu farklılığın etiketlenmesi gerekmektedir. Toplum bu etiketi olumsuz olarak algıladığında ve damgalanan ile damgalayan arasında bir ayrım olduğunda stigmatizasyon ortaya çıkmaktadır (Link and Phelan, 2001). Bunun sonucu olarak stigmatize edilen grup ayrımcılığa maruz kalarak fırsat ve statü kaybı yaşamaktadır (Gaebel et al., 2017).

Kalıp Yargı Oluşturma / Stereotipleme

Stereotipleme, insan farklılıkları klişelerle ilişkilendirildiğinde ortaya çıkmaktadır (Link and Phelan, 2001). Stereotipler, insanların bir grup hakkındaki düşünce ve tepkilerini şekillendiren, bir grubun ve üyelerinin özellikleri ve nitelikleri hakkındaki inançları olarak tanımlanmaktadır (Major et al., 2018). Link ve Phelan (2001), stereotiplerin istenmeyen özellikler taşıdığını ve etkilenen grup için olumsuz duygular oluşturduğunu belirtmiştir. Stereotiplerin, genellikle gerçeklere dayanmadığı ve belirli bir kültür içerisinde değişebileceği bildirilmektedir (Gaebel et al., 2017).

Bilişsel Ayırma ya da Ön Yargılar

Bilişsel ayırma ve ön yargı, “kadın/erkek, siyah/beyaz, “zengin/fakir”, “biz ve onlar” gibi ikili kategoriler oluşturarak olumsuz stereotiplerin kullanılmasıdır (Solank, 2017). Stigmatizasyonun merkezinde yer alan “biz ve onlar” ayrımı ötekileştirme anlamına gelmektedir. “Biz” ve “onları” temsil eden gruplar değişse de “onlar”, “biz” için tehdit oluşturmaktadır (Link and Phelan, 2001). Bu nedenle, “biz ve onlar” ayrımının derecesi hafif olabileceği gibi “onların” insan olarak kabul edilmediği aşırı uçlara kadar değişebilmektedir (McLeod et al., 2014). Bilişsel ayırma kapsamlı ve kusursuz olduğunda stigmatize edilen bireyler kendileri ile ilgili stereotipleri kabul ederek, kendilerini diğer insanlardan daha az değerli, farklı ve aşağıda görebilmektedir (Link et al., 2004).

Duygusal Reaksiyonlar

İnsani farklılıkların tanımlanması, bu farklılıkların istenmeyen özellikler ile ilişkilendirilmesi bireyde öfke, kaygı, korku ve acıma duygularına neden olabilmektedir. Duygusal tepkiler damgalanan kişi tarafından algılanabilir. Örneğin, stigmatize edilen bir grubun yanında acıma ve endişe hissedilen kişi sesini değiştirebilir, yumuşak, sakin ve doğal olmayan bir tonda konuşarak farklı bir yaklaşım

sergileyebilir. Thomas Scheff utanç duygusunun damgalanmanın merkezinde olduğunu ve utandırma süreçlerinin damgalanmış kişiler için güçlü ve incitici sonuçları olabileceğini ifade etmiştir (Link et al., 2004).

Sosyal Statü Kaybı ve Ayrımcılık

Stigmatizasyon sürecinin bu aşamasında birey statü kaybı ve ayrımcılık yaşayabilmektedir. İnsanlar etiketlendiğinde, ayrıştırıldığında ya da istenmeyen özellikler ile ilişkilendirildiklerinde onları değersizleştirmek, reddetmek ve dışlamak söz konusu olabilmektedir (Link and Phelan, 2001). Birey etiketleme sonucu statü hiyerarşisinde aşağıda bir yere yerleştirilebilmektedir. İnsanlar sosyal hiyerarşiler yaratarak, diğer insanları bu sosyal hiyerarşiler içerisinde değerlendirebilmektedir. Eğitim düzeyi, yaş, kilo, boy vb. insani farklılıklar sosyal hiyerarşiler oluşturabilmektedir. Bu insani farklılıklar stigmatizasyona neden olabilmektedir (Andersen et al., 2022). Statü kaybı ve ayrımcılık, reddedilme dışlanma, kısıtlanmış sosyal ağlar ve düşük ekonomik kazanç olumsuz sonuçlara neden olabilmektedir (Lucas and Phelan, 2012).

2.2.3. Stigmatizasyonun Boyutları

Sosyal damgalama teorisi, Jones vd. tarafından öne sürülmüştür. Bu teori stigmatizasyon kaynaklı eşitsizliklerin anlaşılmasında oldukça yararlıdır. Stigmatizasyona bağlı değersizleştirme, dışlama ve reddedilmeye neden olan koşulların belirlenmesini sağlamaktadır (McLeod et al., 2014). Jones vd. stigmatizasyonu gizlenebilirlik, seyir, yıkıcılık, estetik nitelikler, köken ve tehlike olmak üzere altı boyutta incelemektedir (Fujisawa and Hagiwara, 2015).

Gizlenebilirlik, damgalayıcı bir özelliğin diğer insanlar için ne kadar belirgin ve algılanabilir olduğu ile ilgilidir (McLeod et al., 2014). Goffman (1963) görünür damgalayıcı işaretleri olan bireylerin itibarsızlaştırıldığını ifade etmektedir. Görünür damgalayıcı işaretler bireyi ayrımcılığa karşı savunmasız hale getirerek, sosyal etkileşiminin azalmasına neden olmaktadır. Bununla birlikte gizlenebilir damgalayıcı işaretlere sahip olan bireyler keşfedilme korkusu nedeniyle sosyal ilişkilerinde doğal davranmamaktadır. Bu durumu kime, nasıl ve ne zaman söyleyecekleri ile ilgili endişe yaşamaktadır. Damgalayıcı durumu gizlemek, bireylerin aldıkları sağlık hizmetinin kalitesini etkilediği için hastalık semptomlarının şiddetlenmesine neden olabilmektedir (Major et al., 2018). Bazı kanser türleri kanserin konumu (baş, boyun,

meme vb.) ve kanser tedavisinin yan etkileri (alopesi vb.) nedeniyle gizlenemeyebilmektedir (Fujisawa and Hagiwara, 2015).

Seyir, damgalayıcı özelliğın zaman içerisinde nasıl değıştiğı ve durumun ne kadar geriye döndürülebilir olduğı ile ilgilidir. Seyir tersine çevrilemediğinde etiket ve klişeler kalıcı hale gelebilmektedir (McLeod et al., 2014). Kanser tedavisinde meydana gelen gelişmeler, kanser hastalarının çoğunun yaşam süresini uzatsa da kanser sıklıkla ölüm ile ilişkilendirilebilmektedir. Genellikle ölüm ile sonuçlanan ve prognozu kötü olan hastalıklar için tedaviler gereksiz görülebilmektedir (Fujisawa and Hagiwara, 2015).

Yıkıcılık, damgalayıcı özelliğın sosyal etkileşimleri ne kadar engellediğini ifade etmektedir (Corrigan, 2014). Kanser hastaları ile iletişim kuran bireyler hastalığa ilişkin ne söyleyeceklerini bilemediklerinde rahatsızlık hissedebilmektedir (Fujisawa and Hagiwara, 2015).

Estetik nitelikler, mevcut durumun bireyin başkalarını ne derece çirkin ve itici olarak algılamasına neden olduğı ile ilgilidir (Corrigan, 2014). Estetik nitelikler kanser gizlenemediğinde ortaya çıkabilmektedir. Örneğın, kemoterapiye bağılı olarak ortaya çıkan alopesi kadın hastalarda erkek hastalara göre görsel olarak daha olumsuz olarak değeriendirilebilmektedir (Fujisawa and Hagiwara, 2015).

Köken, damgalayıcı durumun nasıl ortaya çıktığını ve bu durumdan kimin sorumlu olduğunu ifade etmektedir (Corrigan, 2014). Boy kısalığı ve doğum kusurları gibi bazı durumların tamamen kişinin kendi kontrolü dışında olduğı düşünülürken (McLeod et al., 2014), kanser gibi bazı durumların ise sigara ve kötü beslenme gibi kontrol edilebilir durumlar ile ilişkili olduğı düşünölebilmektedir (Fujisawa and Hagiwara, 2015). Yükleme kuramına göre damgalanma durumu, kişilere daha fazla suçlama, öfke ve ceza yöneltebilmektedir (McLeod et al., 2014).

Tehlike, damgalayıcı özelliğın başkalarında korku ve algılanan tehdit oluşturma derecesidir (McLeod et al., 2014). Kanser bazen kalıtsal bir hastalık olarak kabul edilir. Bu nedenle kanser hastası bir aile üyesine sahip olmak insanlarda güvensizlik yaratabilir. Ayrıca bazı topluluklarda insanlar kanserin bulaşıcı bir hastalık olduğuna inanabilir (Fujisawa and Hagiwara, 2015). Bu durum kanser hastalarının toplumdan izole edilmesine neden olabilir (McLeod et al., 2014).

2.2.4. Stigmatizasyon Türleri

Stigmatizasyon toplumsal, kişilerarası ve bireysel düzeyde ortaya çıkabilmektedir. Stigmatizasyon birbiri ile ilişkili kamusal, yapısal ve içselleştirilmiş stigmatizasyon olmak üzere üç kategoride gruplandırılabilir. Stigmatizasyon süreçlerinin merkezinde kamusal stigma yer alabilmektedir (Solanke, 2017).

Kamusal (Toplumsal) Stigma

Kamusal stigmatizasyon, toplum tarafından onaylanan damgalayıcı algıyı ifade etmektedir (Vogel et al., 2013). Streotip, ön yargı ve ayrımcılık ile ilişkili üç bileşenden oluşmaktadır. Streotipler, sosyal bir grubun üyeleri tarafından öğrenilen etkili bilgi yapılarıdır. İnsanlar tarafından anlaşılmaya varılmış kavramları temsil eden streotipler, sosyal olarak kabul edilebilmektedir (Corrigan and Watson, 2002). Toplum streotipleri onayladığında ve bir hastalıkla etiketlenmiş insanlara karşı ayrımcılık uyguladığında kamusal stigma ortaya çıkabilmektedir (Major et al., 2018).

Kamusal stigmatizasyon genellikle bir etiket ile ilişkilidir (Bos et al., 2013). Stigmatizasyonun oluşabilmesi için ilk olarak toplumun farklılığı tanımlaması, daha sonra kendileri ve stigmatize edilen grup arasındaki farkı etiketlemesi gerekmektedir (Gaebel et al., 2017). Etiketler, insanların damgalanmış durumlara yönelik sahip oldukları bilişsel temsilleri ifade etmektedir. Stigmatize edilen durumun bilişsel temsilleri olumsuz duygusal ve davranışsal tepkilere yol açabilmektedir. Bilişsel temsiller damgalanmış durumun kontrol edilebilirliği, algılanan ciddiyeti ve algılanan tehditi ile ilgilidir. Durumun kontrol edilebilirliği, yüksek kişisel sorumluluk içerdiğinde öfke ve damgalayıcı davranışlar ortaya çıkabilmektedir. Düşük düzey kişisel sorumluluk sempati ve yardım etme eğilimi oluşturabilmektedir. Algılanan ciddiyetin yüksek olması kaygı ve sempatiye neden olurken; algılanan tehlike ise korku ve kaçınmaya yol açabilmektedir (Bos et al., 2013).

Yapısal Stigma

Yapılar toplum ilişkilerini düzenleyen ilkelerdir. Yapısal stigmatizasyon, “bireysel ve kişiler arası düzeyde ortaya çıkan, bireylerin toplumsal fırsatlarını, kaynaklarını ve refahını sınırlayan koşullar, kültürel normlar ve kurumsal politikalar” olarak tanımlanmaktadır (Hatzenbuehler and Link, 2014; Major et al., 2018). Bireysel stigmatizasyon, kişilerin damgalamaya tepki olarak verdikleri bilişsel, duygusal ve davranışsal süreçleri; kişiler arası stigmatizasyon ise damgalanan ve damgalanmayan

kişiler arasındaki etkileşimsel süreçleri ifade etmektedir (Major et. al., 2018). Yapısal stigma sağlık hizmetlerinin kalitesini ve sigorta hizmetlerini etkileyebilmektedir (Sheehan et al., 2016). Bununla birlikte sağlık bakım ihtiyacı olan bireylerin tedavi süreçlerini etkileyerek, sağlık kurumu başvurularını ve sağlık hizmetinden faydalanmalarını engelleyebilmektedir (Major et al., 2018). Aynı zamanda bireylerin toplumdan dışlanmasına neden olabilmektedir (Gaebel et al., 2017).

İçselleştirilmiş Stigma (Kendini Damgalama)

İçselleştirilmiş stigmatizasyon kendini damgalama ya da öz damgalama olarak ifade edilebilmektedir. Toplum tarafından bireye uygulanan olumsuz inanç, tutum ve duyguların birey tarafından bilinçli ya da bilinçsiz olarak benimsenmesi sonucu ortaya çıkabilmektedir (Major et al., 2018). İçselleştirilmiş stigmatizasyon üç A olarak bilinen stereotiplerin farkındalığı (aware; kamusal stigmatizasyon algısı), kişisel anlaşma (agree; kamusal stigmatizasyon doğru olduğuna inanma) ve kendi kendine uygulama (apply; klişeleri içselleştirme ve kendine uygulama) olmak üzere ilerleyici üç aşamadan oluşmaktadır. Bireyler hastalığa ilişkin stigmatizasyonu fark edebilir. Bu durum stigmatize edilen durum ile aynı fikirde olmalarına ve ardından kendilerini damgalamalarına neden olabilir (Corrigan, 2016; Göpfert et al., 2019). Stigma içselleştirildiğinde kendini küçümseme, kendini değersizleştirme ve sağlık arama davranışından kaçınma ile sonuçlanabilir (Drabish and Theeke, 2022).

Stigmatize edilen bireyler, algılanan ön yargıları içselleştirebilir ve kendileri hakkında olumsuz duygular geliştirebilir (Latalova et al., 2014). İçselleştirilmiş stigmatizasyon streotip, ön yargı ve ayrımcılığı içerebilir (Michaels et al., 2012). Bireyler kendileri hakkındaki streotipleri onayladığında ve kendileri ile ilgili olumsuz duyguları benimsediğinde, içselleştirilmiş stigmatizasyona ilişkin ayrımcılık gelişebilir. İçselleştirilmiş stigmatizasyonun olumsuz etkileri bireyleri hedeflerinden vazgeçmeye yönlendirebilir. Bu durum bireyin yaşam fırsatlarını ve kalitesini azaltarak utanç, suçluluk, umutsuzluk, öz güven eksikliği ve yetersizlik duyguları yaşamalarına neden olabilir (Gaebel et al., 2017; Michaels et al., 2012).

İçselleştirilmiş stigmatizasyon, kamusal damgalamanın deneyimlenmesi ve kültürel ideolojilere maruz kalmanın bir sonucu olarak ortaya çıkabilir (Major et al., 2018). Stigmatizasyonun içselleştirilmesi, insanların gerçekten istenmeyen niteliklere sahip olduklarına ve “normal” bir insandan daha değersiz olduklarına inanmalarına

neden olabilir. Bu durum bireyin benlik algısını olumsuz yönde etkileyerek yaşam faaliyetlerini sürdürmesini engelleyebilir. Hastalığına ilişkin yardım arama motivasyonunun azalmasına bağlı olarak kötü sağlık sonuçlarına neden olabilir (Gaebel et al., 2017). Birey kaygı, öfke ve belirsizlik duyguları yaşayabilir ve sağlığı geliştirici kaynakları sınırlanabilir. Bu durum sosyal ilişkilerden kaçınmasına ve iş başvurusunda bulunmamasına neden olarak sağlığın sosyal belirleyicileri açısından dışlanmaya yol açabilir (Major et al., 2018).

Kamusal stigmatizasyon üzerine yapılan araştırmalarda, kitle iletişim araçlarının stigmatize edilen durumları olumsuz bir şekilde yansıttığı ve toplumun da bu gruplara yönelik olumsuz klişe ve ön yargıları desteklediği bildirilmektedir. Bu sosyal ikilem içerisinde stigmatize edilen gruplar, dış grup olarak algılanmakta ve ayrımcılığa maruz kalmaktadır. Sınırlı sosyal fırsatlara sahip olan ve kişiler arası reddedilme korkusu yaşayan bireylerin kendini damgalama eğilimleri artabilmektedir. Bu yönüyle kendini damgalama; kendini damgalayan biliş, duygulanım ve davranış olmak üzere üç psikolojik boyutta kavramsallaştırılmaktadır. Kendini bilişsel olarak stigmatize eden bireyler kendilerini yetersiz görebilir ve iyi yaşam koşullarına layık olmadıklarını düşünebilir. Bu durum bireylerde utanç, umutsuzluk, mahcubiyet ya da öfke gibi duygulara neden olarak sosyal etkileşimden kaçınma ve geri çekilme davranışlarına yol açabilir (Mak and Cheung, 2010).

2.3. Ayrımcılık Kavramı ve Ayrımcılık Düzeyleri

Ayrımcılık bölmek, ayırmak, ayırt etmek anlamına gelen latince “discriminare” teriminden türetilmiştir. Toplumsal bir gruba ait olan insanlar kendi grupları dışındaki insanları dışladığında ve onlara karşı ayrımcılık uyguladığında ortaya çıkabilmektedir. Stigmatizasyonun sosyal bilişsel modeli, damgalamanın stereotipler (bir grup hakkındaki olumsuz inançlar), ön yargı (klişeleşmiş inançlar/olumsuz düşüncelerle anlaşma) ve ayrımcılık (ön yargının sonucu olarak sosyal ve ekonomik fırsatlardan dışlanma) olmak üzere üç temel özelliğine odaklanmaktadır. Sosyolojik yaklaşımlar stigmatizasyonu hedeflenen bireyi, grubu ve toplumu etkileyen bir güç olarak görebilmektedir. Stigmatizasyonun kişilerarası etkileşimler sırasında sosyal olarak inşa edildiği ileri sürülmektedir (Gaebel et al., 2017).

Ayrımcılık, stigmatizasyonun davranışsal bir bileşeni olarak tanımlanabilmektedir. Stigmatize edilen kişilerin etiketlenip ayrı tutulduktan, olumsuz

klişelerle ilişkilendirildikten sonra statü kaybına ve yaşam fırsatlarının adaletsiz dağılımına maruz kaldıkları bildirilmektedir. Ayrımcılık üç ana düzeyde incelenebilmektedir (Gaebel et al., 2017).

- Makro-sosyal düzey (Yapısal ayrımcılık)
- Mikro-sosyal düzey (Kişiler arası ayrımcılık)
- Kişisel düzey (Beklenen ayrımcılık ve algılanan ayrımcılık) (Gaebel et al., 2017).

2.3.1. Makro-Sosyal Düzey (Yapısal Ayrımcılık)

Yapısal stigma toplumdaki güç dağılımı ile ilişkilidir. Sosyopolitik güçler tarafından oluşturulan, stigmatize edilen grupların fırsatlarını kısıtlayan, kamu ve özel kurumların politikalarını ifade etmektedir. Yapısal ayrımcılık yaygın olup toplumun tüm işleyişini etkileyebilir. Stigmatize edilen bir grubun haklarını ve fırsatlarını kasıtlı olarak kısıtlayan politikaları içerebileceği gibi kasıt olmadan yaşam şansını engelleyen uygulamaları da kapsayabilir (Gaebel et al., 2017).

2.3.2. Mikro-Sosyal Düzey (Kişiler arası Ayrımcılık)

Kişiler arası ayrımcılık, bir grubun üyelerine yönelik olumsuz tutum, yargılama ve haksız muamele olarak tanımlanmaktadır. Ayrımcılık bireyin sosyal kimliğine yapılan saygısızlık ve sosyal dışlama ile karakterize olduğu için bireyin aidiyet duygusunu etkileyebilmektedir. Sosyal etkileşimleri kontrol edilemez ve tehdit edici hale getirebilmektedir. Kişiler arası ayrımcılık bireylerin kaynaklara (ekonomik, barınma, eğitim ve tıbbi bakım vb.) erişimini sınırlandırdığı için sağlığı olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Kişiler arası ayrımcılık, tıbbi etkileşim ya da bir hastanın tedavisi ile ilgili karar verilmesi sırasında da ortaya çıkabilmektedir. Birey, sağlık profesyonellerinin sözlü ve sözlü olmayan davranışlarına maruz kalabilmektedir (Major et al., 2018).

2.3.3. Kişisel Düzey (Beklenen Ayrımcılık ve Algılanan Ayrımcılık)

Bireyin yaşamı boyunca yapısal ve bireysel ayrımcılığa maruz kalması ayrımcılığa ilişkin durumu içselleştirmesine neden olabilmektedir (Gaebel et al., 2017). Algılanan ayrımcılık olumsuz psikolojik bir durum olup bireye aşağılayıcı ve adaletsiz davranıldığında ortaya çıkabilmektedir (Feng et al., 2018). Hastalık ile ilgili algılanan ayrımcılık, sağlıklı bireylerin belirli hastalıkları ve engelleri olan bireyleri kasıtlı olarak dışlaması, ön yargılı davranması ve tecrit etmesi sonucu ortaya

çıkabilmektedir. Bu durum kişilerin benlik saygısını ve öz yeterliliğini azaltarak sosyal etkileşimlerden dışlanmasına neden olabilmektedir. Kansere gibi hastalıklar psikolojik etkileri nedeniyle algılanan ayrımcılığın ortaya çıkmasına yol açabilmektedir. Hastaların ölüm korkusu ve kanser tedavilerinin yan etkileri nedeniyle ayrımcılığı algılayabilmektedir (Feng et al., 2018).

2.4. Kanserle Bağlı İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık

Stigmatizasyon, bazı özelliklerin belirli kültürlerde ya da ortamlarda benimsenmemesi, itibarsız ve değersiz olarak tanımlanması sonucu kişiyi başkalarının gözünde önemli ölçüde itibarsızlaştıran bir değersizleştirme süreci olarak açıklanabilmektedir (Ferguson et al., 2022). Stigmatize edilen bireyler zamanla başkalarının kendileri hakkında sahip oldukları tutumları içselleştirmeye başlayabilmektedir. Bu içselleştirme süreci, bireyler hastalıkları ile ilgili kendilerini suçladıklarında ortaya çıkabilmektedir (Von Hippel et al., 2018).

Stigmanın, sağlık eşitsizliklerinin ortaya çıkmasına neden olan faktörler arasında yer aldığı bildirilmektedir. Hastalık ile ilişkili stigmatizasyon, belirli bir sağlık problemine sahip olan kişi ya da grup hakkında olumsuz tutumlar sonucu dışlama, reddedilme ve suçlama ile karakterize olan bir deneyim olarak tanımlanabilmektedir (Squiers et al., 2021). Sağlık ile ilişkili stigmatizasyon kültürler ve dinler arasında farklılık gösterebilmektedir. Aynı zamanda değişen toplumsal tutumlardan da etkilenebilmektedir (Akin-Odanye and Husman, 2021).

Kanser birçok toplumda damgalanabilmektedir (Fujisawa and Hagiwara, 2015). Damgalanma süreci bireyin kanser tanısını alması ile başlayabilmektedir. Kanser hastaları duygusal sorunlar, sosyal işlev bozukluğu ve beden imajında meydana gelen değişiklikler nedeniyle stigmatizasyona maruz kalabilmektedir (Shiri et al., 2018). Beden imajında meydana gelen değişiklikler insanların kanser hastalarından uzaklaşmasına ve kaçınmasına neden olabilmektedir (Stangl et al., 2019). Bu durum kanser hastalarının psikolojik uyumunu önemli ölçüde etkileyerek hastalarda kendini suçlama, düşük benlik saygısı, kaygı, öfke, depresif duygulanım ve nedensel yüklemeler nedeniyle psikolojik sıkıntı düzeyini arttırabilmektedir (Psarropoulou, 2015).

Tanı ve tedavideki ilerlemelere karşın kanser en çok korkulan hastalıklar arasında yer almaya devam etmektedir. Korku tüm stigmatizasyon ve ön yargı

süreçlerinin temelini oluşturmaktadır. Kansere korkusu, ölüm ile ilişkili olduğunda bireylerin damgalanmasını etkileyebilmektedir (Stergiou-Kita et al., 2016). Ölüm korkusu ve stigmatizasyonun; hastalığın algılanan ciddiyetinden, kanserin şiddetli ıstırap ve fiziksel kısıtlamalarla ilişkilendirilmesinden, insanların bir çoğunun kanserin bir ölüm cezası olduğuna ilişkin inancından kaynaklandığı düşünülmektedir (Corrigan, 2014). Bu nedenle kanserin ölümü çağrıştırmaması, bazı kişilerin kanser hastalarından uzaklaşmasına neden olabilmektedir. Bununla birlikte kanserin kaçınılmaz bir şekilde ölüm ile sonuçlanacağına ilişkin inanç, bireylerin kanser taramalarına katılmasını da engelleyebilmektedir (Stergiou-Kita et al., 2016).

Kanserin ve kanser tedavilerinin etkileri bireyler üzerinde fiziksel yüke neden olabilmektedir. Fiziksel görünüşteki değişiklikler kişinin kanseri gizlemesini zorlaştırabilmektedir. Kansere ilgili en önemli fiziksel işaret kemoterapinin neden olduğu alopesidir. Kemoterapiye bağlı olarak ortaya çıkan alopesi diğer bireyleri rahatsız ederek onlara ölümü hatırlatabilmektedir. Kemoterapiye bağlı alopesi yaşayan kadınlar üzerinde yapılan nitel bir çalışmada saç dökülmesinin kişiye kanser kimliğini kazandırdığı ve benlik saygısını azalttığı bildirilmiştir (Corrigan, 2014).

Bununla birlikte kanser hastası bireyle karşılaşmak, insanlarda korku ve savunmasızlık duyguları yaratabilmektedir. Bazı insanlar “iyi insanların başına iyi şeylerin, kötü insanların başına kötü şeylerin geldiği” ile ilgili bir dünya görüşüne sahip olabilmektedir. Bireyler kanser hastalarının hastalığa yakalanmayı hak edecek bir şey yapmış olması gerektiğini düşünerek bireyleri stigmatize edebilmektedir (Corrigan, 2014). Bu durum hastaların sağlık ile ilgili davranışlarını etkilediği için bireylerin sosyal izolasyon ve ayrımcılık yaşamasına neden olabilmektedir. Aynı zamanda tıbbi bilgi, tedavi ve duygusal destek aramalarının önünde bir engel oluşturabilmektedir (Fujisawa and Hagiwara, 2015).

2.5. Meme Kanseri ile İlişkili İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık

Meme kanseri tedavisi sağladığı faydaların yanı sıra birçok olumsuz etkiyi de beraberinde getirebilmektedir. Hastalar tüm hastalık süreci boyunca fiziksel ve bilişsel bozukluklar, beden imajı ve cinsel yaşam değişiklikleri, hastalığın tekrarlama korkusu, ekonomik stres, zayıf sosyal destek, rol ve işlevlerde kısıtlamalar ve aile içi süreçlerde bozulma gibi problemler ile karşı karşıya kalabilmektedir. Yaşanan tüm bu süreçler hastaların stigmatizasyonuna katkıda bulunabilmektedir (Wang et al. 2017).

Meme kanseri hastalarında, kansere bağlı stigmatizasyon yaygın olarak görülebilmektedir (Wang et al. 2017). Meme kanseri hastaları cerrahi yara izleri, lenfatik ödem, kemoterapiden kaynaklanan saç dökülmesi, radyoterapiden kaynaklanan cilt kızarıklıkları ve cilt lezyonları nedeniyle utanç duyabilmektedir (Kang et al., 2020). Utanç duygusu hastaların sosyal olarak değersizleştirilme ve görünüşleri ile ilgili yargılanma korkusundan kaynaklanabilmektedir. Utanç duygusu bireylerin psikolojik bütünlüğüne yönelik bir tehdit oluşturabilmektedir. Hastalar düşük benlik saygısı, beden imajında bozulma, kendinden şüphe duyma, güvensizlik ve aşağılanmışlık duyguları yaşayabilmektedir. Bu durum meme kanseri hastalarının kendilerini sosyal olarak istenmeyen ve kabul edilemez olarak etiketlemesine ve içselleştirilmiş stigmatizasyon yaşamalarına neden olabilmektedir (Tehrani et al., 2021).

Kadınların kendi bedenleri ile ilgili algıları, kimlik duygusunu, özgüvenini ve cinselliğini etkileyebilmektedir. Memeler fiziksel ve cinsel çekicilik ile kadınlığın sembolü olarak algılanabilmektedir (Bu et al., 2022). Mastektomi stigmatize edici bir işaret olarak görülebilmektedir. Bu nedenle memelerin cerrahi olarak çıkarılması hastaların kendilerini daha az kadınsı olarak algılamasına yol açabilmektedir (Corrigan, 2014). Mastektomi sonrası kadınlar eksik ya da asimetrik göğüsler nedeniyle sıkıntı yaşayabilmektedir. Fiziksel şekil bozukluğu ile karşı karşıya kalarak, görünüşlerinden utanç duyabilmektedir (Bu et al., 2022; Corrigan, 2014). Bazı toplumlarda insanlar kanserin bireyin geçmişteki istenmeyen davranışlarından ya da kişisel özelliklerinden kaynaklandığına inanarak, hastalığın nedenini bireye atfetmeye çalışabilmektedir (Parekh and Childs, 2016). Meme kanseri hastaları üzerinde yapılan bir çalışmada, kanserin bireylerin sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıkları (beslenme, uyku ve stresli çalışma yaşamı vb.) ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (Warmoth et al., 2017).

Kanser ile ilişkili mitlerin (“kanser bulaşıcıdır”), yalnızca toplumda değil hastalar arasında da yaygın olduğu bildirilmektedir (Yeung et al., 2019). Bu konuda yapılan bir araştırmada meme kanseri hastalarının yaklaşık %76,7’sinin orta ve yüksek düzeyde stigmatizasyona maruz kaldığı belirtilmektedir (Jin et al., 2021). Bununla birlikte kanser sadece hastayı değil ailesini de etkileyerek ailenin sosyal dışlanma yaşamasına neden olabilmektedir (Yeung et al., 2019). Birçok meme kanseri hastası çevresindeki insanların onların kanser olduklarını öğrendiklerinde, kendilerinden

kaçınıldığını, yanlış anlaşıldıklarını ve insanların kendilerine acıdığını bildirmektedir (Parekh and Childs, 2016). Bu durum meme kanseri hastalarının tanılarını gizlemesine neden olabilmektedir (Yeung et al., 2019). Diğer insanlar tarafından sağlık durumları ile ilgili yapılan olumsuz değerlendirmeler, hastalar tarafından içselleştirildiğinde, bireyler stigmatizasyona karşı savunmasız bir hale gelebilmektedir (Yeung et al., 2019).

2.6. İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık ile Başa Çıkmada Hemşirenin Rolü

Stigmatizasyon üzerine yapılan çalışmaların çoğu içselleştirilmiş stigmatizasyonun, hastalar üzerinde düşük benlik saygısı, öz güven eksikliği, umutsuzluk, tedaviye uyumun azalması ve tedavinin sonlandırılması gibi olumsuz etkileri olduğuna işaret etmektedir (Von Hippel et al., 2018). İçselleştirilmiş stigmatizasyon ile başa çıkmada hemşireler önemli bir role sahiptir. Hemşireler danışmanlık ve savunuculuk rollerini kullanarak stigmatizasyonun azaltılmasında kilit rol oynayabilir (Pinto-Foltz, 2009). Stigmatizasyonun azaltılmasına yönelik stratejiler; eğitim ile farkındalığın artırılması, baş etme becerilerinin geliştirilmesi, destek sistemlerinin güçlendirilmesi ve danışmanlık uygulamalarını içerebilir.

Eğitim: Kanser, tanı/tedavi süreci ve komplikasyonlar, beden imajında meydana gelen değişiklikler, kanser hakkındaki olumsuz inançlar nedeniyle damgalanma olasılığı yüksek olan hastalıklardan biridir. Kanser hakkındaki yetersiz bilgi, toplumun kansere yönelik tutumunu etkileyerek stigmatizasyonu şiddetlendirebilir. Bu nedenle hastalık ile ilgili bilgi verilmesi stigmatizasyonu azaltabilir. Hastalığa yönelik geleneksel inançları ve tutumları değiştirmede, hastalığa yönelik stigmatizasyon ve ayrımcılığı azaltmada eğitim etkili olabilir (Shiri et al., 2020). Hemşireler kanser tedavisinin tüm aşamalarında hastalar ile en fazla zaman geçiren sağlık profesyonelleri oldukları için hastaların kendileri ile ilgili düşünce, duygu, inanç, tutum ve davranışlarına yardımcı olmada ayrıcalıklı bir konuma sahip oldukları söylenebilir (Grossman, 2022). Hastalar ile terapötik iletişim kurabilir. Bu doğrultuda hastalara ihtiyaç duydukları eğitim verilebilir (Khoshnood et al., 2019). Meme kanseri kadınların mastektomi sonrası fiziksel görünüşlerini olumlu yönde etkileyecek meme retüksiyonu yapılabilmesine ilişkin verilen eğitimin; hastaların kansere yönelik yaşadıkları korku ve stigmatizasyonun azaltılmasında etkili olacağı belirtilmektedir (Shiri et al., 2020).

Baş etme becerileri; toplumsal normlar ve değerler insanların benlik algısı ve benlik değeri üzerinde etkili olabilir. Toplum tarafından beklenen bir özelliğe sahip olmayan bireyler öz değerleri ile ilgili olumsuz duygular yaşayabilir. Bu içselleştirilmiş algılar bireyin kanser ile baş etmesini zorlaştırabilir (Lubkin and Larsen, 2013). Bireysel ya da grup güçlendirme müdahaleleri uygulanarak hastaların stigmatizasyon ile başa çıkma becerileri geliştirilebilir. Hastalığı kabul etme ve sosyal destek, bireyin yaşama ilişkin umudunu yükselteceği için kendi kendini damgalamasını engelleyebilir. Bununla birlikte dini ritüeller, ibadet etme, olumlu bakış açısını sürdürme, olumsuz yorumları görmezden gelme, hobiler ve eğlenceli aktiviteler bireyin psikolojik iyiliğini arttıracakları için stigmatizasyon ile başa çıkmada yararlı stratejiler olabilir. Bireylerin hastalık deneyimlerini paylaşabilecekleri ve baş etme stratejilerini öğrenebilecekleri akran ve destek grupları da stigmatizasyonu önlemede etkili olabilir (Shiri et al., 2020). Hemşireler hastaların suçluluk ve utanç gibi duygularını ifade etmelerine izin verebilir. Hastaların stigmatizasyon ve diğer stresörler ile baş etme konusunda desteklenmeleri önemlidir (Parekh and Childs, 2016). Aktif dinleme, yansıtılmış geri bildirim, açıklama, ilgili bilgileri sağlama, özetleme ve normalleştirme gibi bilişsel stratejilerin uygulanması hastaların memnuniyeti ve iyiliğini olumlu yönde etkileyebilir (Grossman, 2022).

Sosyal destek; kanser hastaları tanı ve tedavi sürecinde aile, arkadaş ve sağlık bakım profesyonellerinin duygusal ve eğitimsel desteğine ihtiyaç duyabilmektedir. Sosyal destek ve kansere ilişkin bilgi eksikliği stigmatizasyonu önleyebilir. Sosyal destek bireylerin sosyal yaşama uyumu, fiziksel sağlığının sürdürülmesi ve hastalıklardan kaynaklanan kaygı ve depresyonun azaltılmasında etkili olabilir. Kanser hastalarının sosyal, duygusal ve fiziksel destek gibi karşılanmamış bakım ihtiyaçları olabilir. Bu ihtiyaçların sürdürülmesi hastalarda fizyolojik semptomlara ve psikolojik sıkıntıya yol açabilir. Hastalık ve tedavi nedeniyle stigmatizasyon yaşayan meme kanseri hastalarının yeterli ve etkili sosyal destek alamaması hastalığa ilişkin problemlerin ve içselleştirilmiş stigmatizasyonun yönetilmesini zorlaştırabilir (Shiri et al., 2020). Hemşireler klinik, hastane ya da hastanın evinde hasta ve ailesine destek sunabilir. Hemşirenin sağladığı destek duygusal sıkıntıyı azaltarak, etkili baş etme stratejilerinin kullanılmasını sağlayabilir. Kanser hastalarına sağlanan destek hastaların hastalık ve tedavi süreci boyunca yüzleşmeleri gereken zorlukları içerebilir

(Grossman, 2022). Kanser gibi yaşamı tehdit eden hastalıklar ile ilgili duygusal destek davranışları; sevgi, ilgi, anlayış ve şefkat olarak sıralanabilir (Shiri et al., 2020).

Danışmanlık; stigmatizasyonun ortaya çıkardığı utanç ve suçluluk gibi negatif duygular bireylerde stres, sıkıntı ve sosyal komplikasyonlara neden olabilir. Stigmatizasyonun kanser hastalarında psikolojik sıkıntı ve psikososyal hizmetlerin kullanımı önündeki en büyük engellerden biri olduğu söylenebilir. Kanser tanısı konulduktan sonra bireylere erken dönemde danışmanlık hizmeti verilmesi kansere bağlı ölüm korkusunun azaltılmasında etkili olabilir. Aile desteği, palyatif ve spiritüel bakım ile psikolojik güçlendirme, stigmatizasyon ve sosyal izolasyonun azaltılmasına yardımcı olabilir (Shiri et al., 2020).

2.7. Ölçek Geliştirme Süreci

Ölçme, bir nesnenin ya da bireyin belli bir niteliğe ne derece sahip olduğunun belirlenmesi işlemidir (Seçer, 2018). Araştırmalarda kullanılan birimlerin gözlenen, izlenen, tartılan, sayılabilen ya da hissedilebilen özelliklerinin sayısal olarak ifade edilmesine ölçme denir (Özdamar, 2017). Tutum, davranış, ilgi, yetenek, beceri gibi soyut kavramların ölçülebilmesi için ölçme araçları kullanılmaktadır. Ölçekler soyut verilerin sayısal değerler ile somutlaştırılmasını sağlamaktadır (Esin, 2014). Bogardus tutum ölçeği, Thurstone tutum ölçeği, Guttman tutum ölçeği ve Likert tipi ölçekler olmak üzere yaygın olarak kullanılan dört farklı ölçek türü bulunmaktadır (Özdamar, 2017).

Likert tipi ölçekler bireylerin bir duruma ilişkin tutum, davranış, yargı ya da eğilimlerini sıralı derecelendirmeler ile cevaplayabildikleri ölçeklerdir (Özdamar, 2017). Likert tipi ölçme araçları, bireylerin herhangi bir durumu benimseme düzeyini ölçmek yerine bireylerin duruma katılma derecesini belirtmesini sağlamaktadır (Seçer, 2018). Ölçek yapısal olarak birden çok boyut içeren fenomenlerin boyutlandırılmasını ve her bir boyutun ölçek toplam puanı içerisindeki büyüklüğünün hesaplanmasını sağlamaktadır (Özdamar, 2017).

Likert tipi ölçeklerde maddeler artan (“0=Hiç Katılmıyorum”, “5=Kesinlikle Katılıyorum”) ya da azalan (“5= Hiç Katılmıyorum”, “0= Kesinlikle Katılıyorum”) büyüklük sıralamasına sahip cevap seçenekleri içermektedir (Özdamar, 2017). Cevaplama seçeneklerinin olabildiğince fazla olması iç tutarlılığa katkı sağlamaktadır (Seçer, 2018). Cevaplama seçenekleri arasında eşit aralıklar ve hiyerarşi olması

gerekmektedir. Seçeneklerin derecelendirilmesinde en az beş puanlama seçeneği (0-4) bulunması ve ölçeğin toplanabilmesi gerekmektedir. Toplanabilirlik likert tipi ölçeklerde önemlidir (Özdamar, 2017). Likert tipi ölçek geliştirme süreci aşağıdaki basamaklardan oluşmaktadır.

- İhtiyacın belirlenmesi,
- Literatür taraması,
- Madde havuzunun oluşturulması,
- Uzman görüşü alma ve uzman görüşü sonrası madde havuzunun revize edilmesi,
- Teste ilk şeklini verme,
- Pilot uygulama yapma,
- Pilot uygulama sonrası maddelerin tekrar gözden geçirilmesi,
- Taslak ölçeğin örneklem grubuna uygulanması,
- Son şekli verilen ölçek formunun örneklem grubuna uygulanması ve geçerlik ve güvenirlik analizlerinin yapılması,
- Geçerlik ve güvenirlik testleri tamamlanan ve istenilen düzeyde geçerliği ve güvenirliği belirlenen ölçeğin bireylerin ilgili konudaki tutumlarını belirlemek için kullanılmasıdır (Seçer, 2018).

2.7.1. Geçerlik

Ölçme araçlarının sahip olması gereken en önemli özelliklerden biri geçerliktir. Geçerlik, bir ölçme aracının ölçmek istediği niteliği ne ölçüde ölçebildiği ve ölçmek istediği niteliği diğer nitelikler ile karıştırmadan ölçebilme derecesidir. Geçerlik; kapsam geçerliği, ölçüt bağıntılı geçerlik ve yapı geçerliği olmak üzere üç şekilde ele alınabilir (Seçer, 2018).

Kapsam Geçerliği

Ölçme aracını oluşturan maddelerin ölçülmek istenilen niteliğe ilişkin evreni temsil edebilme derecesidir (Seçer, 2018). Kapsam geçerliliği için konu ile ilgili uzmanların görüşleri alınmaktadır. Kapsam geçerliliğinde dil, kültür ve içerik geçerliliğinin nicel veriler ile sunulabilmesi için uzmanların görüşlerinin değerlendirilmesinde Content Validity Index (CVI), Lawshe ve Davis teknikleri kullanılmaktadır (Esin, 2014). Kapsam geçerliliğinin değerlendirilmesinde en fazla kullanılan yöntemin Lawshe tekniği olduğu bildirilmektedir. Lawshe tekniğinde en az

5, en fazla 40 uzman görüşüne ihtiyaç duyulmaktadır. Her bir madde uzmanlar tarafından “madde hedeflenen yapıyı ölçüyor”, “madde yapı ile ilişkili ancak gereksiz” ya da “madde hedeflenen yapıyı ölçmüyor” şeklinde derecelendirilmektedir. Bu teknikte ölçeğin kapsam geçerlilik oranları (KGO) ve kapsam geçerlik indeksleri (KGI) hesaplanmaktadır (Yurdugöl, 2005).

Ölçüt Bağıntılı Geçerlik

Ölçüt bağıntılı geçerlik, geliştirilen ölçek aracından elde edilen bulguların aynı ya da benzer bir yapıyı ölçen geçerli ve güvenilir başka bir araçla karşılaştırılmasıdır. Ölçüt olarak alınan ölçme aracından elde edilen bulgular ile geliştirilen ölçme aracından elde edilen bulgular arasında anlamlı ilişkiler bulunması gerekmektedir. Ölçüt bağıntılı geçerlik eş zaman geçerliği ve yordama geçerliği olmak üzere iki şekilde değerlendirilmektedir (Seçer, 2018). Eş zaman geçerliğinde, yeni geliştirilen ölçek ile daha önce geliştirilmiş geçerlik ve güvenilirliğe sahip ölçek aynı gruba uygulanarak eski ve yeni ölçüm araçlarından elde edilen puanlar arasındaki korelasyon kat sayısı hesaplanmaktadır. Korelasyon kat sayısının yüksek olması beklenmektedir (Esin, 2014). Korelasyon kat sayısı, geliştirilmek istene ölçeğin eş zaman geçerliğinin düzeyini göstermektedir. Yordama geçerliğinde ise ölçekten elde edilen puanlar aracılığıyla bireylerin gelecekteki bir süreçle ilişkin olası durumu ile ilgili çıkarımlarda bulunulması amaçlanmaktadır (Seçer, 2018).

Yapı geçerliği

Yapı geçerliliği, ölçülmek istenilen kavram ya da niteliğin ne derece doğru ölçülebildiği ile ilgilidir (Seçer, 2018). Ölçek maddelerinin ölçülmek istenen faktör ya da faktörler ile ilişkisini göstermektedir (Özdemir, 2018). Ölçek geliştirme sürecinde yapı geçerliliğine ilişkin veri elde edebilmek için en sık kullanılan yöntem faktör analizidir (Seçer, 2018).

Faktör Analizi

Faktör analizi, birbiri ile ilgili çok sayıda değişkeni bir araya toplayarak, kavramsal olarak anlamlı daha az sayıda yeni değişken (faktörler, boyutlar) bulmayı amaçlayan bir istatistiksel yöntemdir (Seçer, 2018). Faktör analizi ölçeğin bütünlüğünü test ederken aynı zamanda ölçülecek konunun ilişkisiz değişkenlerden arındırılmasını da sağlamaktadır (Esin, 2014). Çok sayıda maddeden oluşan ölçme araçlarında ölçek maddeleri gösterdikleri benzerliklere göre alt boyutlar altında

toplanmaktadır (Seçer, 2018). Kendi aralarında yüksek ilişki gösteren maddeler faktörleri oluşturmaktadır (Esin, 2014). Ölçme aracı geliştirme sürecinde açıklayıcı faktör analizi (AFA) ve doğrulayıcı faktör analizi (DFA) olmak üzere iki yaklaşım bulunmaktadır (Seçer, 2018).

Açıklayıcı Faktör Analizi: Açıklayıcı faktör analizi ölçme aracında yer alan maddelerin kaç alt boyut altında toplandığını ve aralarındaki ilişkiyi belirleme tekniğidir (Seçer, 2018). Böylece ölçeğin örtük yapısı ortaya çıkarılmakta ve çok sayıdaki maddelerin daha az sayıda faktör ile ifade edilmesi sağlanmaktadır (Esin, 2014; Seçer, 2018). Açıklayıcı faktör analizinde örneklem büyüklüğünün yeterliliği oldukça önemlidir. Örneklem büyüklüğünün faktör analizi için uygunluğunun değerlendirilmesinde Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ölçüm tekniği kullanılmaktadır. KMO değerinin 0 ile 1 arasındadır. KMO değerinin 1 yaklaşması örneklem büyüklüğünün yeterliliğine ilişkin bilgi vermektedir (Seçer, 2018). KMO değerinin 0,50'nin altında olması örneklem büyüklüğünün geçerlik analizi için yeterli olmadığını göstermektedir (Esin, 2014).

Doğrulayıcı Faktör Analizi: Doğrulayıcı faktör analizi, öngörülen faktör yapılarını denetlemek amacıyla kullanılan bir test yöntemidir (Özdamar, 2017). Bir ölçeğin yapı geçerliliğini belirlemek için yapılan doğrulayıcı faktör analizinde “uyum iyiliği istatistiklerinin” istenilen düzeyde olması gerekmektedir. Bu amaçla ki kare, RMSEA, SRMR, CFI, NNFI ve GFI gibi uyum indeksleri kullanılmaktadır (Esin, 2014).

2.7.2. Güvenirlik

Güvenirlik, ölçme sonuçlarının kararlılık göstermesi ve uygulamadan uygulamaya belirgin bir farklılık göstermemesi anlamına gelmektedir (Seçer, 2018). Güvenirlik ölçme aracının hatalardan arınık olma derecesi şeklinde tanımlanabilir. Dolayısıyla ölçme aracının duyarlı ve tutarlı ölçümler yapması gerekmektedir. Duyarlılık, ölçme aracının hatasız ya da en az hata ile ölçüm yapma yeteneği iken tutarlılık ise tekrarlı ölçümlerde aynı, benzer ya da yakın sonuçlar elde edilmesidir (Sönmez ve Alacapınar, 2016). Ölçek maddelerinin hatalı yazılması, maddelerin çok kolay ya da zor olması, madde sayısının yetersiz olması, maddelerin homojen olmaması, uygulama ve puanlama aşamasında yapılan hatalar ölçme araçlarının güvenilirliğini etkilemektedir (Seçer, 2018). Güvenirlik, Test tekrar test, Eşdeğer form,

İç tutarlılık (Cronbach's Alfa güvenilirlik katsayısı, Kuder-Richardson KR-20 Güvenirlik Yöntemi, Madde toplam güvenirligi) gibi yöntemler ile ölçülmektedir (Esin, 2014).

Test Tekrar Test Yöntemi

Testin belirli bir zaman aralığında aynı örneklem grubuna iki kez uygulanması ve bu iki uygulamadan elde edilen puanlar arasındaki korelasyonun hesaplanmasıdır. Ancak test tekrar test yönteminde zaman aralığının belirlenmesi oldukça önemlidir. Zaman aralığı kısa tutulduğunda birey daha önce vermiş olduğu cevapları hatırlayabilir. Bu durum ölçeğin güvenirlliğini olumsuz etkileyebilir. Zaman aralığı uzun tutulduğunda ise bireyin ölçülen niteliğinde bir değişim olabilir ya da birey ölçülen nitelik ile ilgili bilgi edinebilir. Bu nedenle test tekrar test yönteminde en uygun zaman aralığı iki ile dört hafta arasındadır. Test tekrar test uygulamasından elde edilen korelasyon değerinin yüksek olması test tekrar test güvenirlığının sağlandığını göstermektedir (Seçer, 2018).

Eşdeğer Formlar Yöntemi

Eşdeğer niteliklere sahip iki ölçme aracının aynı gruba iki farklı oturumda uygulanması esasına dayanan bir güvenilirlik hesaplama yöntemidir. Eşdeğer formlar yöntemi test maddelerinin farklı buna karşın aynı niteliği ölçen madde örnekleri ile tutarlılığını ve zamana karşı değişmezliğini göstermektedir (Seçer, 2018).

İç Tutarlılık Güvenirlik Yöntemi

İç tutarlılık güvenirligi bir ölçekte yer alan maddelerin homojenliği ile ilgilidir. Ölçme aracını oluşturan maddelerin birbiri ile uyumu iç tutarlılığı göstermektedir. Bir ölçekte yer alan maddeler arasında ne kadar yüksek korelasyon varsa ölçeğin iç tutarlılığı da o kadar yüksek olmaktadır. Maddeler arasındaki yüksek korelasyon maddelerin hepsinin aynı şeyi ölçtüğünü göstermektedir (Seçer, 2018).

Cronbach's Alfa Güvenirlik Katsayısı

Likert ve benzeri derecelendirme yönteminin kullanıldığı ölçme araçlarında ölçeğin iç tutarlılığını belirlemek amacıyla kullanılmaktadır. Ölçeğin genel güvenirlliğini değerlendirmektedir. Cronbach's Alfa güvenilirlik katsayısı 0-1 arasında bir değer almaktadır. Ölçek geliştirme çalışmalarında Cronbach's Alfa güvenilirlik katsayısının $\alpha=0.70$ ve üzerinde olması gerekmektedir (Seçer, 2018).

Kuder-Richardson KR-20 Güvenirlik Yöntemi

Ölçme aracına verilen cevapların 0-1 şeklinde cevaplanması söz konusu olduğunda kullanılan bir yöntemdir. Ölçme aracındaki tüm maddelerin aynı özelliği ölçtüğü varsayımına dayanmaktadır. Bu nedenle ölçme aracının ölçtüğü yapının homojen olması gerekmektedir. KR-20 güvenirlik yöntemi ile belirlenen güvenirlik katsayısının yüksek olması; ölçülen değişkenin tek boyutlu bir yapıya sahip olduğunu, aynı şeyi ölçtüğünü, birbiri ile uyumlu olduğunu göstermektedir (Seçer, 2018).

Madde Toplam Puan Güvenirliği

Ölçeğin her bir maddesinin güvenirliği ile ilgili bilgi vermektedir. Ölçeğin her bir maddesinin varyansı, toplam ölçek puan varyansı ile karşılaştırılarak birbirleri ile ilişkisi incelenmektedir. Ölçekteki her bir madde ile ölçek toplam değerleri arasındaki korelasyon katsayısının yüksek olması beklenmektedir. Korelasyon katsayısının düşük olması ilgili maddenin ölçekteki diğer maddelerden farklı bir niteliği ölçtüğünü ifade etmektedir. Madde toplam puan korelasyon katsayısının 0.30'un üzerinde olması beklenmektedir (Esin, 2014).

2.8. Nitel Araştırma Yöntemi

Nitel araştırmalar, bireylerin bir hastalık ya da olay ile karşılaştığında içinde bulundukları durumları, verdikleri tepkileri, inanç, tutum, davranış ve motivasyonlarını incelemeye kullanılan bilimsel araştırma yöntemlerinden biridir. Nitel araştırmaların amacı, insan davranışlarını içinde bulunduğu ortam içinde ve çok yönlü olarak anlamaya çalışmaktır. Nitel araştırmalar sayısal veriler yerine sezgisel ve soyut yaşam deneyimleri ile ilgilenmektedir. Doğal yaşam ortamlarında (hastane, iş yeri vb.) gerçek yaşam durumlarını incelemektedir (Erdoğan, 2014). Nitel araştırma tasarımları aşağıda verilen özellikleri içermektedir.

- Yakın etkileşim gerektirdiğinden doğal bir yaşam alanında gerçekleştirilir (Erdoğan, 2014).
- Araştırmacı katılımcılar ile bire bir ilişki içerisinde (Erdoğan, 2014).
- Hümanistik felsefeyi benimser. Üzerinde çalışılan özelliğin bütünü incelenmektedir (Erdoğan, 2014).
- Nitel veriler niyetleri, istekleri, duyguları ve inançları yansıttığından araştırma bulguları öyküdür (Erdoğan, 2014).

- Kesin olarak önceden yapılandırılmış bir tasarım kullanmak yerine, tasarım süreç içerisinde karşılaşılan yeni durumlara göre yeniden biçimlendirilebilir (Erdoğan, 2014).
- Yansıtıcı ve yorumlayıcıdır (Erdoğan, 2014).

2.8.1. Fenomenolojik Yaklaşım

Fenomenoloji (olgu bilimi, olaybilim ve görüngübilim), insan yaşam deneyimlerinin anlamını keşfetmeye yönelik bir yaklaşımdır. Fenomenolojik yaklaşım sosyoloji, psikoloji, hemşirelik ve sağlık bilimlerinde sıklıkla kullanılmaktadır. Fenomenolojinin temel amacı bir fenomen ile ilgili bireysel deneyimleri evrensel özün tanımına indirgemektir. Fenomenolojik çalışmalar, bireylerin bir olay ile ilgili deneyimlerinin ne anlama geldiğini araştırarak, olayın anlaşılmasını hedeflemektedir (Erdoğan, 2014).

Fenomenolojik araştırmalarda temel veri kaynağı araştırmacı ile katılımcı arasındaki derinlemesine görüşmeler ile elde edilmektedir. Bu görüşmeler ile araştırmacılar katılımcıların dünyalarına girmeyi ve yaşadıkları deneyimleri anlayabilmeyi amaçlamaktadır (Erdoğan, 2014). Fenomenolojik yaklaşım, tanımlayıcı ve yorumlayıcı olmak üzere iki düşünce ekolü içinde tanımlanmaktadır. Tanımlayıcı fenomenoloji, işitme, hissetme, inanma, hatırlama, karar verme ve değerlendirme gibi insanların günlük yaşamı ile ilgili deneyimlerini tanımlamaktadır (Sönmez ve Alacapınar, 2016). Yorumlayıcı fenomenoloji ise insan deneyiminin sadece tanımlanmasına değil yorumlanmasına ve anlaşılmasına da vurgu yapmaktadır (Erdoğan, 2014).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Materyal

3.1.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği'ni geliştirmek ve meme kanseri hastalarının içselleştirilmiş stigmatizasyon ve ayrımcılık algılarını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla metodolojik ve tanımlayıcı olarak planlandı. Bu çalışmada nicel ve nitel araştırma yöntemlerinin bir arada kullanıldığı iç içe karma desenden yararlanılmıştır. Araştırmanın birinci aşamasında, meme kanseri hastalarının içselleştirilmiş stigmatizasyon ve ayrımcılık ile ilgili deneyimlerini belirleyebilmek için nitel araştırma yöntemlerinden biri olan betimleyici fenomenolojik yaklaşım kullanılmıştır. Araştırmanın nicel yöntem kullanılan ikinci aşamasında ise “Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği”nin geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yürütülmüştür.

3.1.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu araştırma 01/06/2022-15/06/2023 tarihleri arasında bir devlet hastanesi ve bir üniversite hastanesinin onkoloji klinikleri ile radyoterapi ve kemoterapi merkezine başvuran meme kanseri hastalarının katılımı ile gerçekleştirilmiştir.

3.2. Metot

3.2.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

3.2.1.1. Araştırmanın Nicel Boyutunda Örneklem Seçimi

Ölçek geliştirme çalışmalarında gerekli örneklem büyüklüğü hesaplanırken, taslak ölçeğin madde sayısının göz önünde bulundurulması, madde sayısının 5-10 katı bireyin örnekleme dahil edilmesi önerilmektedir. Diğer bir yaklaşıma göre ise ölçek ile ilgili analizlerin yapılabilmesi için istatistiksel olarak gerekli sayının dikkate alınması vurgulanmaktadır. Bu doğrultuda 100 kişilik örneklemin zayıf, 200 kişilik örneklemin orta, 300 kişilik örneklemin iyi, 500 kişilik örneklemin çok iyi ve 1000 kişilik örneklemin mükemmel olarak kabul edilebileceği bildirilmektedir (O'Rourke and Hatcher, 2013). “Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği” taslak madde sayısı 51 olduğu için en az 255 meme kanseri hastasına ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 402

meme kanseri hastası ile veri toplama süreci tamamlanmıştır. Bu çalışmada örneklem büyüklüğü belirlenirken, geliştirilen ölçekteki madde sayısının en az 8 katı olması dikkate alınmıştır. Bununla birlikte yorgunluk, baş ağrısı, tansiyon yüksekliği ve kendini iyi hissetmeme gibi nedenler ile çalışmaya katılmayı kabul etmeyen 15 meme kanseri hastası çalışma kapsamı dışında bırakılmıştır.

3.2.1.2. Araştırmanın Nitel Boyutunda Örneklem Seçimi

Araştırmanın birinci aşaması olan nitel boyutta, araştırılan konu hakkında detaylı bilgi elde etmeyi amaçlayan amaçlı örnekleme yöntemlerinden biri olan benzeşik (homojen) örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Örneklem büyüklüğü belirlenirken, nitel araştırma yöntemlerinde kullanılan veriye doyma ilkesi benimsenmiştir.

3.2.2. Verilerin Toplanması

3.2.2.1. Nicel Verilerin Toplanması

Araştırmanın nicel verileri anket formu ve “Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği” taslağı kullanılarak toplanmıştır. Anket formu 20 meme kanseri hastasına pilot uygulama yapılarak test edilmiş, anlaşılabilen sorular revize edilmiş, pilot çalışma sonrasında veri toplama formuna son şekli verilmiştir. Pilot çalışmaya alınan meme kanseri hastaları örnekleme dahil edilmemiştir. Meme kanseri tanısı alan, onsekiz yaşını doldurmuş, okuma yazma bilen, sorulan soruları anlayabilecek yeterlilikte olan, iletişim problemi olmayan, ruhsal hastalık tanısı almayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden meme kanseri hastalarına çalışma hakkında bilgi verilip, onamları alındıktan sonra hasta tanıtıcı bilgi formu ve taslak ölçek uygulanmıştır.

Meme kanseri hastalarına araştırmaya katılıp katılmama konusundaki kararın tamamen kendilerine ait olduğu, anket formuna isimlerinin yazılmayacağı ve bu çalışmadan toplanacak verilerin sadece araştırma kapsamında kullanılacağı belirtilmiştir. Veriler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Veri toplama süreci yaklaşık olarak 15-20 dakika sürmüştür.

3.2.2.2. Nitel Verilerin Toplanması

Araştırmanın nitel verileri yarı yapılandırılmış soru formu ile görüşmeler yapılarak toplanmıştır. Bu çalışmada 27 meme kanseri ile yapılan görüşmeler sonrasında veri doygunluğuna ulaşılmıştır. Görüşmelerin tamamı nitel araştırma kursu almış deneyimli bir araştırmacı ve bir gözlemci ile gerçekleştirilmiştir. Soruların

anlaşılabilirliğini belirlemek amacıyla iki meme kanseri hastası ile pilot çalışma yapılmıştır. Pilot çalışma sonrasında çalışmanın amacına uygun olmayan ve anlaşılmayan soru bulunmadığı saptanarak veri toplanma sürecine başlanmıştır. Pilot çalışmaya alınan meme kanseri hastaları örnekleme dahil edilmemiştir. Çalışmaya katılan meme kanseri hastalarına araştırmanın amacı, görüşmenin nasıl yapılacağı, ne kadar süreceği, ses kayıt cihazının hangi amaçla kullanılacağı, verilerin ve kişisel bilgilerinin gizli kalacağı konusunda bilgi verilmiş ve yazılı onamları alınmıştır.

Görüşmeler katılımcı ve araştırmacı tarafından belirlenen gün ve saatte yapılmıştır. Görüşmelerin bölünmemesi ve bireylerin rahat bir şekilde görüşmeyi sürdürebilmesi için uygun ortam hazırlanmıştır. En kısa görüşme 15 dakika, en uzun görüşme 45 dakika olup ortalama görüşme süresi 17 dakikadır. Görüşme esnasında araştırmacı iç geçerliği sağlamak ve yanıtlarının doğru bir şekilde ifade edildiğinden emin olmak için katılımcıların ifadelerini özetlemiş ya da tekrarlamıştır. Gözlemci ise fenomenolojik görüşmeler sırasında katılımcıların davranışlarını, tepkilerini, jest ve mimiklerini kayıt altına almıştır. Hastaların ifadeleri tekrar etmeye başladığı ve yeni bir veri elde edilemediğinde araştırmanın nitel boyutu sona ermiştir. Görüşmeler sonrasında ifadeler, araştırmacı tarafından kelimesi kelimesine yazılı hale getirilmiştir. Bununla birlikte nitel görüşmelerde katılımcıların gizliliğini sağlamak amacıyla her bir katılımcı numaralandırılmıştır (örnek: K.1, K.2 vb.).

3.2.3. Veri Toplama Araçları

3.2.3.1. Nicel Verilerin Toplanmasında Kullanılan Veri Toplama Araçları

Hasta Bireyi Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan hasta bireyi tanıtıcı bilgi formu, hastaların sosyo-demografik özelliklerini içeren 12 soru (yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, mesleği, sosyal güvence, yaşadığı yerleşim birimi, aile yapısı, çocuk sahibi olma durumu, kimlerle birlikte yaşadığı ve gelir durumu) ve klinik özelliklerini içeren 11 soru (hastalığının evresi, tanı alma zamanı, sağlık durumu, uygulanan tedaviler vb.) olmak üzere 23 sorudan oluşmaktadır (Ek 1).

Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği (MKHİSAAÖ)

Araştırmada “Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği” taslağı kullanılmıştır (Ek 2). Taslak ölçek hazırlanırken

literatürden ve nitel verilerden yararlanılarak ölçek madde havuzu oluşturulmuştur. Elli dokuz maddelik “Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği” taslağı bir üniversitenin Fen Edebiyat Fakültesi Türk Dili ve Edebiyatı Bölümü'nden bir öğretim üyesinden destek alınarak dil, anlam, bütünlük ve yazım kuralları açısından değerlendirilmiş ve düzenlenmiştir. Taslak ölçek, düzenlendikten sonra kapsam ve içerik uygunluğunun değerlendirilebilmesi amacıyla uzman görüşlerine sunulmuştur.

Uzmanlar ölçek maddelerini anlaşılabilirlik, amaca hizmet etme, ayırt edicilik ve kültürel uygunluk açısından değerlendirerek görüşlerini bildirmiştir. Uzmanların önerileri doğrultusunda maddelerde gerekli iyileştirmeler yapıldıktan sonra ölçeğin kapsam geçerliği incelenmiştir. Kapsam geçerlik oranı düşük olan 8 madde çıkarılarak 51 maddelik taslak ölçek uygulamaya hazır hale getirilmiştir. “Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği” taslağı örneklem grubuyla benzer (homojen) özellikteki 20 meme kanseri hastasına uygulanarak pilot çalışma yapılmıştır. Hastaların geri bildirimleri doğrultusunda gerekli düzenlemeler yapılmıştır.

Bu araştırmada 26 madde ile doğrulanan; Sosyal İzolasyon, Ayrımcılık ve Dışlanma, Yetersizlik Hissi, Beden İmajı, Ön Yargı, Olumsuz Tutum olmak üzere altı alt boyuttan oluşan bir ölçek yapısı elde edilmiştir (Ek 3). “Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği”nin *Sosyal İzolasyon* alt boyutu 6 maddeden oluşmakta ve bu alt boyuttan alınabilecek puan 6-30 puan arasında değişmektedir. *Ayrımcılık ve Dışlanma* alt boyutu 5 maddeden oluşmakta ve bu alt boyuttan alınabilecek puan 5-25 arasında değişmektedir. *Yetersizlik Hissi* alt boyutu 5 maddeden oluşmakta ve bu alt boyuttan alınabilecek puan 5-25 arasında değişmektedir. *Beden İmajı* alt boyutu 4 maddeden oluşmakta ve bu alt boyuttan alınabilecek puan 4-20 arasında değişmektedir. *Ön Yargı* alt boyutu 3 maddeden oluşmakta ve bu alt boyuttan alınabilecek puan 3-15 arasında değişmektedir. *Olumsuz Tutum* alt boyutu 3 maddeden oluşmakta ve bu alt boyuttan alınabilecek puan 3-15 arasında değişmektedir (Ek 3).

Ölçeğin yanıt seçenekleri 1-5 puan aralığında skorlanan beşli likert tipte tasarlanmıştır. Yanıt skalası; 1= Bana hiç uygun değil, 2= Bana uygun değil, 3= Bana biraz uygun, 4= Bana uygun, 5= Bana çok uygun şeklinde düzenlenmiştir. Katılımcılardan, ölçeğin her bir maddesini, 5 puanlık likert tipte oluşturulan bu

seçeneklerden birini işaretleyerek puanlamaları istenmiştir. Tüm lek maddeleri olumlu ifadeler içermektedir. Ölçeğin değerlendirmesi toplam puan üzerinden yapılmaktadır. Ölçekten alınabilecek puan 26-130 arasında değişmektedir. Elde edilen puanın yüksek olması meme kanseri hastalarının içselleştirilmiş stigmatizasyon ve ayrımcılık algısının yüksek düzeyde olduğuna, elde edilen puanın düşük olması ise meme kanseri hastalarının içselleştirilmiş stigmatizasyon ve ayrımcılık algılarının düşük düzeyde olduğuna işaret etmektedir.

Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı leği'nin Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı $\alpha=0,892$ yüksek derecede güvenilir, 6 maddeden oluşan *Sosyal İzolasyon* alt boyutunun Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı $\alpha=0,823$ ile yüksek derecede güvenilir, 5 maddeden oluşan *Ayrımcılık ve Dışlanma* alt boyutunun Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı $\alpha=0,763$ ile oldukça güvenilir, 5 maddeden oluşan *Yetersizlik Hissi* alt boyutunun Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı $\alpha=0,756$ ile oldukça güvenilir, 4 maddeden oluşan *Beden İmajı* alt boyutunun Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı $\alpha=0,761$ ile oldukça güvenilir, 3 maddeden oluşan *Ön Yargı* alt boyutunun Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı $\alpha=0,714$ ile oldukça güvenilir ve 3 maddeden oluşan *Olumsuz Tutum* alt boyutunun Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı $\alpha=0,697$ ile oldukça güvenilir olarak belirlenmiştir.

3.2.3.2. Nitel Verilerin Toplanmasında Kullanılan Veri Toplama Araçları

Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

Araştırmanın nitel verileri yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak toplanmıştır. Yarı yapılandırılmış görüşme formu, meme kanseri hastalarının kanser tanısı alma deneyimleri, meme kanserine bağlı yaşamış oldukları problemler, beden imajında meydana gelen değişiklikler ve bu değişikliklerin yaratmış olduğu duygular, meme kanseri tanısının hastaların aile ve sosyal ilişkileri üzerine etkisi, meme kanseri hastalarının stigmatizasyon ve ayrımcılık deneyimleri ile ilgili sorulardan oluşmaktadır. Hastalar ile bire bir yapılan fenomenolojik görüşmeler sırasında sorulan sorular şunlardır:

1. Meme kanseri tanısı aldığınızda ne hissettiniz?

2. Meme kanseri tanısı almak yaşamınızda değişikliklere neden oldu mu?

Cevabınız evet ise meme kanseri tanısı almak yaşantınızda ne tür değişikliklere neden

oldu?, yaşamınızdaki değişiklikler sizi nasıl etkiledi? duygularınızı paylaşabilir misiniz?

3. Meme kanserine bağlı olarak fizyolojik ya da psikolojik problemler yaşadınız mı? Cevabınız evet ise ne gibi problemler yaşadınız?, bu problemler yaşantınızı (aile, iş, sosyal vb.) nasıl etkiledi? deneyimlerinizi paylaşır mısınız?

4. Meme kanseri tanısını aldıktan sonra tedavi sürecinize ilişkin deneyimlerinizi paylaşır mısınız?

5. Meme kanseri tedavisine ilişkin yöntemler bireylerin genel vücut görünümünde değişimlere neden olabilmektedir. Bu süreç sizin genel vücut görünümünüzde değişime neden oldu mu? Cevabınız evet ise ne gibi değişimlere neden oldu?, genel vücut görünümünüzdeki değişimler size ne hissettirdi?, genel vücut görünümünüzdeki değişimler hayatınızı (aile, iş, sosyal hayat vb.) nasıl etkiledi?, genel vücut görünümünüzdeki değişimlere alışma süreci ile nasıl başa çıktınız? açıklayabilir misiniz?

6. Meme kanseri tanısı aldıktan sonra yakın çevrenizdeki kişilerle (eş, çocuk, yakın akraba) olan iletişiminiz etkilendi mi? deneyimlerinizi paylaşır mısınız?

7. Meme kanseri tanısı aldıktan sonra toplumdaki diğer insanlarla (komşu, iş arkadaşı vb.) olan iletişiminiz etkilendi mi? deneyimlerinizi paylaşır mısınız?

8. Kanser tanısı aldıktan sonra çevrenizde kişiler tarafından (aile, akraba, arkadaş, iş vb.) damgalanmaya maruz kaldınız mı? Cevabınız evet ise bu konuda yaşadıklarınızı paylaşır mısınız?

9. Meme kanseri tanısı aldıktan sonra çevrenizde (aile, arkadaş, iş vb.) ayrımcılığa maruz kaldınız mı? Cevabınız evet ise bu durum sizi ne hissettirdi?

10. Meme kanseri tanısı aldıktan sonra çevrenizden (aile, arkadaş, iş vb.) dışlanmış hissettiniz mi? Cevabınız evet ise deneyimlerinizi paylaşır mısınız?

3.2.4. Verilerin Değerlendirilmesi

3.2.4.1. Nicel Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışma verileri IBM SPSS Statistics 28.0 ve IBM SPSS Amos 21.0 programları kullanılarak analiz edilmiştir. Kategorik değişkenler için frekans dağılımları, sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler (ort $\pm$ ss) verilmiştir. Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği'nin ilk olarak geçerlik analizleri daha sonra güvenirlik analizleri yapılmıştır. Geçerlik çalışmaları kapsamında ölçeğe Açıklayıcı Faktör Analizi ve Doğrulayıcı Faktör Analizi

uygulanmıştır. Güvenirlik çalışmalarında “Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği” ve alt boyutlarının güvenilirliği Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı ile incelenmiştir. Ölçeğin zamana göre değişmezliği test-tekrar test yöntemi ile değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılan tüm hastaların ölçek ve alt boyut puanları, ilgili maddelerin toplanması ile elde edilmiştir. Araştırma kapsamında uygulanan tüm istatistiksel analizlerde anlamlılık düzeyi 0,05 olarak kabul edilmiştir (Tablo 3.1). Araştırmacı, 10-12 Ağustos 2020 tarihleri arasında “Amos ile Ölçek Geliştirme ve Uyarlama” eğitimine katılmıştır (Ek 4).

Tablo 3.1. Araştırmada kullanılan istatistiksel yöntemler

İncelenen Özellik	İstatistiksel Yöntemler
Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri	Sayı, Yüzde, Ortalama ve Standart Sapma
Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Tanımlayıcı İstatistikleri	Sayı, Yüzde, Ortalama ve Standart Sapma, Bağımsız Örneklem t Testi, Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)
Kapsam Geçerliği (Uzman Görüşlerinin Değerlendirilmesi)	Lawshe Tekniği, Kapsam Geçerlik Oranı, Kapsam Geçerlik İndeksi
Faktör Analizi İçin Veri Setinin Değerlendirilmesi	Kaiser-Meyer-Olkin(KMO) Katsayısı
• Veri Setinin Uygun Büyüklükte Olup Olmadığının Değerlendirilmesi	Bartlett Küresellik Testi
• Değişkenler Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	
Ölçeğin Faktör Yapısının Belirlenmesi	Varimax Özdeğer
Yapı Geçerliği (Geçerlik Analizi)	Açıklayıcı Faktör Analizi
	• Madde Faktör Yük Değerleri
	Doğrulayıcı Faktör Analizi
	• Mutlak Uyum İndeksleri
	• Madde Faktör Yük Değerleri
Madde Analizler (Güvenirlik Analizi)	Pearson Korelasyon Analizi
Toplam Ölçek ve Alt Boyutların İç Tutarlılığı (Güvenirlik Analizi)	Cronbach Alfa Analizi
Ölçeğin Zamana Göre Değişmezliği (Güvenirlik Analizi)	Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı
• Test-Tekrar Test Puanlarının Karşılaştırılması	

3.2.4.2. Nitel Verilerin Değerlendirilmesi

Nitel verilerin analiz edilmesinde tümdengelim yöntemi ile içerik analizinden yararlanılmıştır. İçerik analizi kapsamında; yapılan görüşmeler dokümanite edilmiş, anlamlı veriler belirlenmiş, analiz matrisi oluşturulmuş, veriler analiz edilmiş ve sonuçlar rapor edilmiştir. Veriler dokümanite edilirken katılımcıların isimleri kullanılmamış, bunun yerine analizleri kolaylaştırabilmek amacıyla katılımcılar ve oturumlar numaralandırılıp kodlanmıştır (K1, K2 vb.). Veri kodlaması yapılırken katılımcıların yazılı hale getirilen ifadeleri tekrar tekrar okunup, aktarılan ifadelerin ne

anlama geldiği belirlenmiştir. Anlamli olan ifadelere tanımlayıcı isimler/kodlar verilmiştir. Nitel veri analizi aşamasında MAXQDA 2022 programı kullanılarak veri kodlaması yapılmıştır. Görüşmenin farklı kısımlarındaki benzer kodlar birbiri ile ilişkilendirilerek bir araya getirilmiştir. Bütün veriler kodlanıp, kod listesi oluşturulduktan sonra temalar ve alt temalar ortaya çıkarılmıştır. Araştırmacı, 18-19.04.2017 tarihinde “Nitel araştırma Yöntemleri” kursuna katılmıştır (Ek-5).

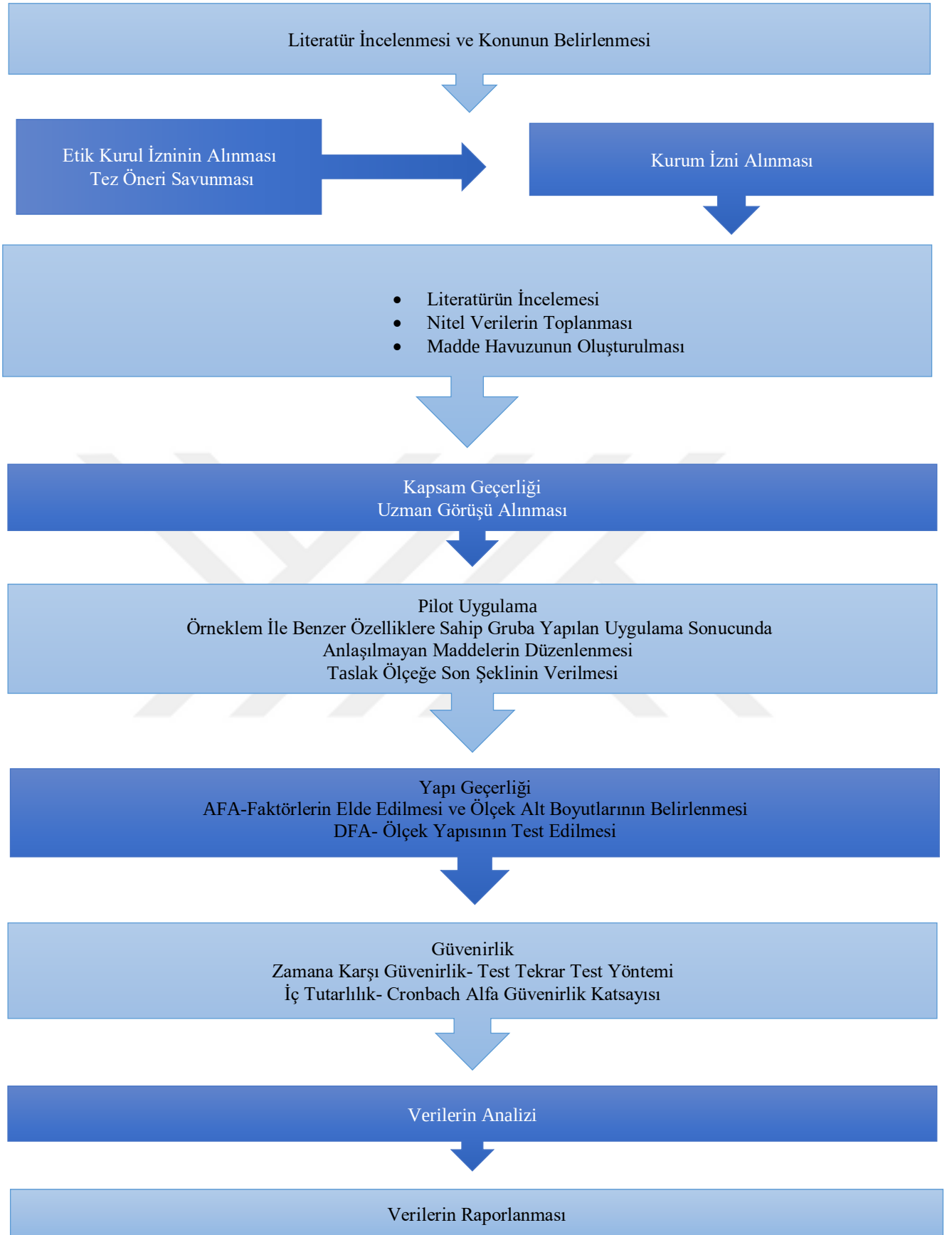
3.2.5. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul (Karar Tarihi: 26.03.2021, Karar No: OMÜ KAEK 2021/154) onayı alındıktan sonra başlanmıştır (Ek 6). Verileri toplamak amacıyla, çalışmanın yapılacağı hastanelerin bağlı olduğu Zonguldak İl Sağlık Müdürlüğü’nden (02.09.2021 /Sayı:E-30707382-799) ve Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi’nden (02.08.2022/ Sayı :E-16734702-622.03-195693) yazılı izin (Ek 7) ve araştırmaya katılan meme kanseri hastalarından da sözlü bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

3.2.6. Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Sınırlılıkları

Bu araştırma “Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği’nin” geliştirildiği ilk çalışmadır. Geliştirilen ölçek ile farklı bölge ve kültürlerde meme kanseri tanısı alan hastaların içselleştirilmiş stigmatizasyon ve ayrımcılık algısı düzeyleri ile etkileyen faktörlerin neler olduğuna ilişkin çalışmalar yapılabilir. Tüm bunlar çalışmamızın güçlü yönlerini oluşturmaktadır.

Araştırma yalnızca bir ildeki iki hastanede yürütüldüğü için farklı bölge ve kültürlerde yaşayan meme kanseri hastaları üzerinde karşılaştırılabilir çalışmalar yapılınca kadar bu araştırmadan elde edilen bulguların tüm meme kanseri hastalarına genellenememesi ise araştırmamızın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.



Şekil 3.1. Araştırma akış diyagramı

Faaliyetler	2020				2021												2022												2023					
	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık	Ocak	Şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık	Ocak	Şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık	Ocak	Şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran
Araştırma Konusunun Belirlenmesi																																		
Araştırmanın Planlanması																																		
Etik Kurul Formunun Oluşturulması																																		
Etik Kurul İzin Yazısının Alınması																																		
Kurum İzni Alınması																																		
Tez Konusu Oneri Sınavının Yapılması																																		
Nitel Görüşme Yapılması																																		
Madde Havuzu Oluşturma																																		
Kapsam Geçerliliğinin Belirlenmesi																																		
On Uygulama Yapılması																																		
Ölçeğe Son Şeklinin Verilmesi																																		
Nitel Verilerin Toplanması																																		
Verilerin Analizi																																		
Araştırmanın Rapor Edilmesi																																		

Şekil 3.2.Araştırmanın planı

4. BULGULAR

Bu çalışmadan elde edilen bulgular üç bölümde sunulmuştur. Birinci bölümde, Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği'nin geçerlik ve güvenirlik çalışmalarına ilişkin bulgular verilmiştir. İkinci bölümde, meme kanseri hastalarının içselleştirilmiş stigmatizasyon ve ayrımcılık algısı ve bu durumun çeşitli değişkenlerle ilişkisini açıklayan nicel bulgular sunulmuştur. Üçüncü bölümde ise yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak, meme kanseri hastaları ile fenomenolojik görüşmeler yoluyla elde edilen nitel bulgular verilmiştir.

4.1. Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği'nin Geçerlik Analizleri

4.1.1. Kapsam Geçerliği

Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği'nin taslak formu, kapsam geçerliğini değerlendirmek üzere Amasya Üniversitesi'nden 1 Öğretim Üyesi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi'nden 4 Öğretim Görevlisi, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi'nden 1 Öğretim Üyesi, Düzce Üniversitesi'nden 1 Öğretim Üyesi, Sinop Üniversitesi'nden 1 Öğretim Üyesi, 1 Uzman psikolog ve Zonguldak Atatürk Devlet Hastanesi'nden Uzman Tıbbi Onkolog olmak üzere 10 uzmanın görüşüne sunulmuştur. (Ek 8). Kapsam Geçerlik Ölçütü'nde uzman sayısına göre önerilen minimum değerler Tablo 4.1.'de verilmiştir. Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği'nin kapsam geçerliğinde, 10 uzman görüşü alınması nedeni ile Kapsam Geçerlik Ölçütü (KGÖ) 0,62 alınmıştır.

Tablo 4.1. Kapsam geçerlik ölçütü için minimum değerler (Veneziano ve Hooper 1997)

Uzman Sayısı	Minimum Değer
10	0,62
11	0,59
12	0,56
13	0,54
14	0,51
15	0,49

Uzman görüşlerinin değerlendirilmesinde Lawshe (1975) tekniği kullanılmıştır. Uzmanlar ölçeğin her bir maddesini anlaşılabilirlik, amaca hizmet etme, ayırt edebilme ve kültürel uygunluk açısından inceleyerek her bir maddeyi “1” ile “3”

arasında (1= Madde gerekli, 2= Madde yararlı ancak yeterli değil, 3= Madde gereksiz) değerlendirerek görüşlerini bildirmişlerdir. Uzmanlardan alınan öneriler doğrultusunda ölçek maddeleri daha anlaşılır hale getirilmiş ve ölçek maddelerine son şekli verilmiştir. Uzmanlar tarafından taslak ölçek maddelerine verilen puanlara ait istatistiksel veriler Tablo 4.2.'de sunulmuştur.

Tablo 4.2. Elli dokuz maddeye ait KGO değerleri

	Gereksiz	Yararlı/Yetersiz	Gerekli	KGO
Madde 1	0	0	10	1,00
Madde 2	0	1	9	0,80
Madde 3	1	2	7	0,40
Madde 4 .	0	0	10	1,00
Madde 5	0	0	10	1,00
Madde 6	0	0	10	1,00
Madde 7	0	0	10	1,00
Madde 8	1	2	7	0,40
Madde 9	1	0	9	0,80
Madde 10	0	1	9	0,80
Madde 11	0	0	10	1,00
Madde 12	0	0	10	1,00
Madde 13	0	1	9	0,80
Madde 14	0	1	9	0,80
Madde 15	0	1	9	0,80
Madde 16	0	4	6	0,20
Madde 17	0	0	10	1,00
Madde 18	0	2	8	0,60
Madde 19	0	0	10	1,00
Madde 20	0	0	10	1,00
Madde 21	0	0	10	1,00
Madde 22	0	2	8	0,60
Madde 23	0	0	10	1,00
Madde 24	0	1	9	0,80
Madde 25	0	1	9	0,80
Madde 26	0	0	10	1,00
Madde 27	0	0	10	1,00
Madde 28	0	0	10	1,00
Madde 29	0	0	10	1,00
Madde 30	0	0	10	1,00

Tablo 4.2. (devam)

	Gereksiz	Yararlı/Yetersiz	Gerekli	KGO
Madde 31	0	0	10	1,00
Madde 32	0	1	9	0,80
Madde 33	0	1	9	0,80
Madde 34	1	0	9	0,80
Madde 35	0	0	10	1,00
Madde 36	1	1	8	0,60
Madde 37	0	0	10	1,00
Madde 38	0	2	8	0,60
Madde 39	0	1	9	0,80
Madde 40	0	0	10	1,00
Madde 41	0	0	10	1,00
Madde 42	0	0	10	1,00
Madde 43	1	0	9	0,80
Madde 44	0	0	10	1,00
Madde 45	0	0	10	1,00
Madde 46	0	0	10	1,00
Madde 47	0	0	10	1,00
Madde 48	0	0	10	1,00
Madde 49	0	0	10	1,00
Madde 50	0	0	10	1,00
Madde 51	0	0	10	1,00
Madde 52	0	0	10	1,00
Madde 53	1	3	6	0,20
Madde 54	0	0	10	1,00
Madde 55	0	1	9	0,80
Madde 56	0	0	10	1,00
Madde 57	0	1	9	0,80
Madde 58	0	0	10	1,00
Madde 59	0	0	10	1,00

KGO: Madde Kapsam Geçerlik Oranı

Tablo 4.2. incelendiğinde 59 madde için 10 uzmanın verdiği cevaplara göre KGO'ları hesaplanmıştır. Kapsam geçerliği, maddelerin ölçekte olması ya da olmamasına yönelik gerçekleştirilen bir madde istatistiğidir. Kapsam geçerlik oranı, kapsam geçerlik ölçütünden küçük olan maddelerin ölçekten çıkarılması gerekmektedir (Ayre and Scally, 2014). Bu doğrultuda 3, 8, 16, 18, 22, 36, 38 ve 53 numaralı 8 madde $KGO < KGÖ$ olduğundan yapı dışına çıkarılmıştır. Bu maddeler

ıkarıldıktan sonra KGO'larının ortalamasından KGİ (Kapsam Geçerlik İndeksi) hesaplanmış ve bu değer 0,94 olarak bulunmuştur. Sonuç olarak $KGİ \geq KGÖ$ olduğundan, oluşturulan 51 maddeli yapının kapsam geçerliliğinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu söylenebilir (Tablo 4.2).

Kapsam geçerliliği yapıldıktan sonra ölçek maddelerinin meme kanseri hastaları tarafından anlaşılabirliğinin değerlendirilmesi amacıyla 20 kişilik bir meme kanseri hasta grubu ile pilot çalışma yapılmıştır. Pilot çalışmaya katılan meme kanseri hastaları araştıırma örneklemine dahil edilmemiştir. Pilot alışma sonucunda elde edilen bulgular doğrultusunda gerekli düzeltilmeler yapılarak ölçeğe son şekli verilmiştir (Ek 2).

Kapsam geçerliliğinde elenen maddeler;

M3: Toplum tarafından dışlanmaktan korkuyorum.

M8: Çoğu zaman doğurgan bir kadın olamayacağımı düşünüyorum.

M16: İnsanların nasıl tepki vereceklerini bilmediğim için kanser olduğumu saklıyorum.

M18: Kanser olduğum için insanların benimle arkadaş olmak istemeyeceklerini düşünüyorum.

M22: Yaptığım kötölükler ve günahlarım nedeniyle meme kanseri ile cezalandırıldığımı düşünüyorum.

M36: Kanser kötü bir hastalık olduğu için arkadaşlarıımın beni aramamasından korkuyorum.

M38: Meme kanserinin hayat boyu izi kalacak bir hastalık olduğunu düşünüyorum.

M53: Meme kanseri nedeniyle başkalarına bağımlı olmak beni endişelendiriyor.

4.1.2. Yapı Geçerliliği

Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği'nin yapı geçerliliğinde öncelikle faktör yapısını belirlemek amacıyla Açıklayıcı Faktör Analizi uygulanmıştır. Açıklayıcı Faktör Analizi ile elde edilen yapıyı test etmek için Doğrulayıcı Faktör Analizi kullanılmıştır.

Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA)

Açıklayıcı faktör analizi kavramsal olarak birbiri ile ilişkili çok sayıda değişkeni bir araya getirerek daha az sayıda yeni değişken bulmayı amaçlayan bir istatistiktir (Orçan, 2018). Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği'nin faktör yapısını belirlemeden önce, verilerin faktör analizi için uygun olup olmadığını belirlemek amacıyla Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi; analiz edilecek değişkenler arasındaki ilişkilerin anlamlı olup olmadığını değerlendirmek amacıyla Bartlett Küresellik testi analizlerinden yararlanılmıştır (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği taslağına ait KMO değeri ve Bartlett Küresellik test sonuçları

Kaiser Meyer Olkin (KMO)		0,877
	X ²	4079,027
	Sd	325
Bartlett Küresellik Testi	p; Anlamlılık düzeyi	0,000***

***. $p < 0,001$

Tablo 4.3. incelendiğinde, Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği'nin KMO değeri 0,877 olarak bulunmuştur. KMO değeri 0 ile 1 arasında bir değer almaktadır ve 1'e yaklaştıkça daha güvenilir bir faktör yapısı sunmaktadır. Bu değer 0,50'den büyük olması kabul edilebilirken; 0,50 ile 0,70 arasında olması normal; 0,70 ile 0,80 arasında olması iyi; 0,80 ile 0,90 arasında olması çok iyi ve 0,90'dan büyük olması mükemmel bir örneklem büyüklüğü olarak yorumlanabilmektedir. Böylece yararlı ve kullanılabilir bir örneklem ile faktör analizi sonucu ortaya çıkmaktadır. Kaiser Meyer Olkin (KMO) değeri 0,877 olan ölçeğin örneklem büyüklüğünün yeterli olduğu, Bartlett Küresellik testine göre verilerin faktör analizi için uygun olduğu saptanmıştır ($p < 0,001$).

Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği Taslağına Temel Bileşenler Analizi (Principal Components Analysis) yöntemi ile Varimax rotasyonu kullanılarak açıklayıcı faktör analizi uygulanmıştır. Elli bir maddeden oluşan ölçek ilk analiz sonucunda 12 alt boyuta ayrılmış ancak bazı maddelerin 1'den fazla faktöre güçlü yüklendiği, bazı maddelerin tek başına bir faktör oluşturduğu görüldüğünden bu maddeler yapı dışına çıkarılmıştır. Yapı dışına çıkarılan maddeler 3, 4, 6, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 19, 20, 22, 24, 27, 31, 32, 33, 35, 36, 37, 41, 42, 49 ve 50 numaralı maddelerdir. Sonuç olarak 25 madde çıkarıldıktan sonra yapı 26 madde ve 6 faktör ile uygun hale gelmiştir. Madde çıkarımından sonra

açıklanan varyansa ait istatistiki veriler Tablo 4.4.'te, ölçek faktör yapısı ve faktörlerde bulunan maddeler ve her bir maddenin faktör yükü Tablo 4.5.'te ayrıntılı olarak sunulmuştur.

Ölçekten AFA ile atılan maddeler;

M3: Meme kanseri olmamın benim hatam olduğunu düşünen insanlar var.

M4: Meme kanseri tedavisi nedeniyle vücudumda meydana gelen değişikliklerden utanıyorum.

M6: Ayrımcılığa ve insanların kötü davranışlarına maruz kalmaktan korktuğum için meme kanseri olduğumu gizliyorum.

M9: Kendi kendime meme muayenesi yapmadığım için kendimi suçlu hissediyorum.

M10: Hastalığım nedeniyle aciz bir birey olarak algılanmaktan korkuyorum.

M11: Hastalığım ile ilgili belirtileri başlangıçta önemsemediğim için kendimi suçlu hissediyorum.

M12: Yaşadığım stresli olayların meme kanserine neden olduğunu düşünüyorum.

M13: İnsanların bana acımasını istemediğim için meme kanseri olduğumu gizliyorum.

M14: Yalnızca benimle aynı hastalığa sahip olan insanlarla iletişim kurmak istiyorum.

M15: Çevremdeki bazı insanlar meme kanserini onlara bulaştırmamdan korktukları için benimle aynı ortamda bulunmak istemiyorlar.

M19: Ailemin ve arkadaşlarımla öleceğimi düşündüklerini hissediyorum.

M20: İşimi yapamayacağımı düşündükleri için kimse beni işe almak istemiyor.

M22: Meme kanseri olmanın utanç verici bir durum olduğunu düşünüyorum.

M24: Kanser olduğumu öğrendiklerinde yakın çevrem ve arkadaşlarımla tarafından ayrımcılığa maruz kalmaktan korkuyorum.

M27: Meme kanseri olduğum için partnerimin beni terk etmesinden korkuyorum.

M31: Meme kanseri olmak kendimi değersiz hissettiriyor.

M32: İnsanların beni toplum içinde meme kanseri hastası olarak tanıtmalarından rahatsız oluyorum.

M33: İş yerinde ayrımcılığa maruz kaldığım için bazen istifa etmeyi düşünüyorum.

M35: Kendimi terk edilmiş ve yalnız hissediyorum.

M36: Kanserin hayatım için bir ölüm tehdidi oluşturduğunu düşünüyorum.

M37: Kendimi aileme bir yük olarak görüyorum.

M41: İnsanların bana acıyarak bakmasından rahatsız oluyorum.

M42: Meme kanseri olduğum için bazen iş yerinde ayrımcılığa maruz kaldığımı düşünüyorum.

M49: Meme kanseri olduğum için insanlar öz bakımımı yapamayacağımı düşünüyorlar.

M50: Partnerimin cinsel yönden beni beğenmediğini düşünüyorum.

Tablo 4.4. Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği'nin varyans açıklama tablosu

Faktör	Döndürme Kullanılmadan Sonuçlar			Varimax Döndürmeli Sonuçlar		
	Öz Değer	Açıklanan Varyans %	Birikimli %	Öz Değer	Açıklanan Varyans %	Birikimli %
Faktör 1	7,540	29,001	29,001	3,386	13,021	13,021
Faktör 2	2,521	9,695	38,696	2,783	10,705	23,727
Faktör 3	1,633	6,282	44,978	2,654	10,207	33,934
Faktör 4	1,411	5,425	50,403	2,451	9,428	43,362
Faktör 5	1,329	5,112	55,515	2,325	8,943	52,305
Faktör 6	1,180	4,539	60,054	2,015	7,749	60,054

Faktör yapılarının belirlenmesi için öz değer kullanılabilir. Öz değeri (eigenvalue) 1'den büyük olan sayı kadar faktör yapısı oluşabilir. Tablo 4.4. incelendiğinde, başlangıç öz değeri 1'den büyük olan 6 faktörün bulunduğu görülmektedir.

Açıklanan varyans oranı ise ölçeğin faktör yapısının gücünü göstermektedir. 6 maddeden oluşan Faktör 1 toplam yapının %13,021'ini açıklamakta iken 5 maddeden oluşan Faktör 2 toplam yapının %10,705'ini, 5 maddeden oluşan Faktör 3 toplam yapının %10,207'sini, 4 maddeden oluşan Faktör 4 toplam yapının %9,428'ini, 3 maddeden oluşan Faktör 5 toplam yapının %8,943'ünü ve 3 maddeden oluşan Faktör 6 ise toplam yapının %7,749'unu açıklamaktadır. Bu 6 faktör ve 26 madde toplam varyansın %60,054'ünü açıklamaktadır.

Tablo 4.5. Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği taslağının maddelerine ilişkin faktör yük değerleri

Maddeler	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4	Faktör 5	Faktör 6
Madde_34	0,778					
Madde_48	0,698					
Madde_23	0,691					
Madde_40	0,661					
Madde_30	0,576					
Madde_39	0,565					
Madde_16		0,840				
Madde_5		0,725				
Madde_17		0,640				
Madde_2		0,622				
Madde_21		0,519				
Madde_1			0,742			
Madde_7			0,729			
Madde_25			0,604			
Madde_8			0,543			
Madde_38			0,519			
Madde_45				0,785		
Madde_47				0,762		
Madde_43				0,733		
Madde_29				0,502		
Madde_26					0,746	
Madde_28					0,675	
Madde_18					0,649	
Madde_44						0,771
Madde_51						0,769
Madde_46						0,598

Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği'nin faktör yapısı ve faktörlerde hangi maddelerin yer aldığı ve her bir maddenin faktör yükü Tablo 4.5'te ayrıntılı olarak belirtilmiştir. Tablo incelendiğinde bütün faktör yüklerinin 0,500'ün üstünde olduğu görülmektedir.

Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA)

Doğrulayıcı Faktör Analizi, Açıklayıcı Faktör Analizi ile belirlenen yapıların test edilerek geçerliğinin incelenmesini ya da daha önce yapılmış ölçek belirleme sonuçlarını yeni veri yapıları ile denetleme/doğrulama işlevini yerine getirmektedir. Açıklayıcı faktör analizi sonucunda 26 madde ve 6 faktörden oluşan yapıyı doğrulamak için kurulan ölçüm modeli DFA ile analiz edilmiştir. Analiz sonucunda modelin yeterli uyum göstermediği görülmüştür. Bu nedenle modelde modifikasyon indeks katsayıları incelenmiş, ki kare değerinde en çok düşüşe neden olacak uygun olan iki modifikasyon yapılmıştır. Böylece 26 madde ve 6 faktörlü yapı şeklinde doğrulanan model elde edilmiştir.

Tablo 4.6. Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği taslağının ölçüm modelinin uyum indeks değerleri ve iyi uyum değerleri

	Modelin Uyum İndeks Değerleri	İyi Uyum Değerleri (Kabul Edilebilir Uyum)
χ^2/sd	2,906	≤ 3 (4-5)
GFI	0,868	$\geq 0,90$ (0,89-0,85)
AGFI	0,856	$\geq 0,90$ (0,89-0,85)
CFI	0,906	$\geq 0,95$ (0,94-0,90)
RMSEA	0,069	$\leq 0,05$ (0,06-0,08)
SRMR	0,065	$\leq 0,05$ (0,06-0,08)

χ^2/sd : Ki-Kare İstatistiği, GFI: İyilik Uyum İndeksi, AGFI: Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi, CFI: Karşılaştırmalı Uyum İndeksi, RMSEA: Yaklaşık Hataların Ortalama Karakökü, SRMR: Standartlaştırılmış Hata Kareleri Ortalamasının Karakökü

Tablo 4.6’te ölçüm modelinin uyum indeks değerleri yer almaktadır. İlk olarak en yaygın olarak kullanılan uyum indeksi ki-kare (χ^2) uyum iyiliği testi incelenmiştir. Ancak ki-kare değeri örneklem büyüklüğüne çok duyarlı olduğundan, model ile veri arasındaki uyumu değerlendirmede bu değer tek başına yeterli olmamıştır. Bu nedenle diğer uyum değerlerine bakılmıştır. Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği’nin DFA sonuçları incelendiğinde tüm model uyum indekslerinin iyi veya kabul edilebilir uyum gösterdiği görülmektedir (Tablo 4.6.).

Tablo 4.7. Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği taslağının maddelerinin doğrulayıcı faktör analizi sonrası faktör yük değerleri

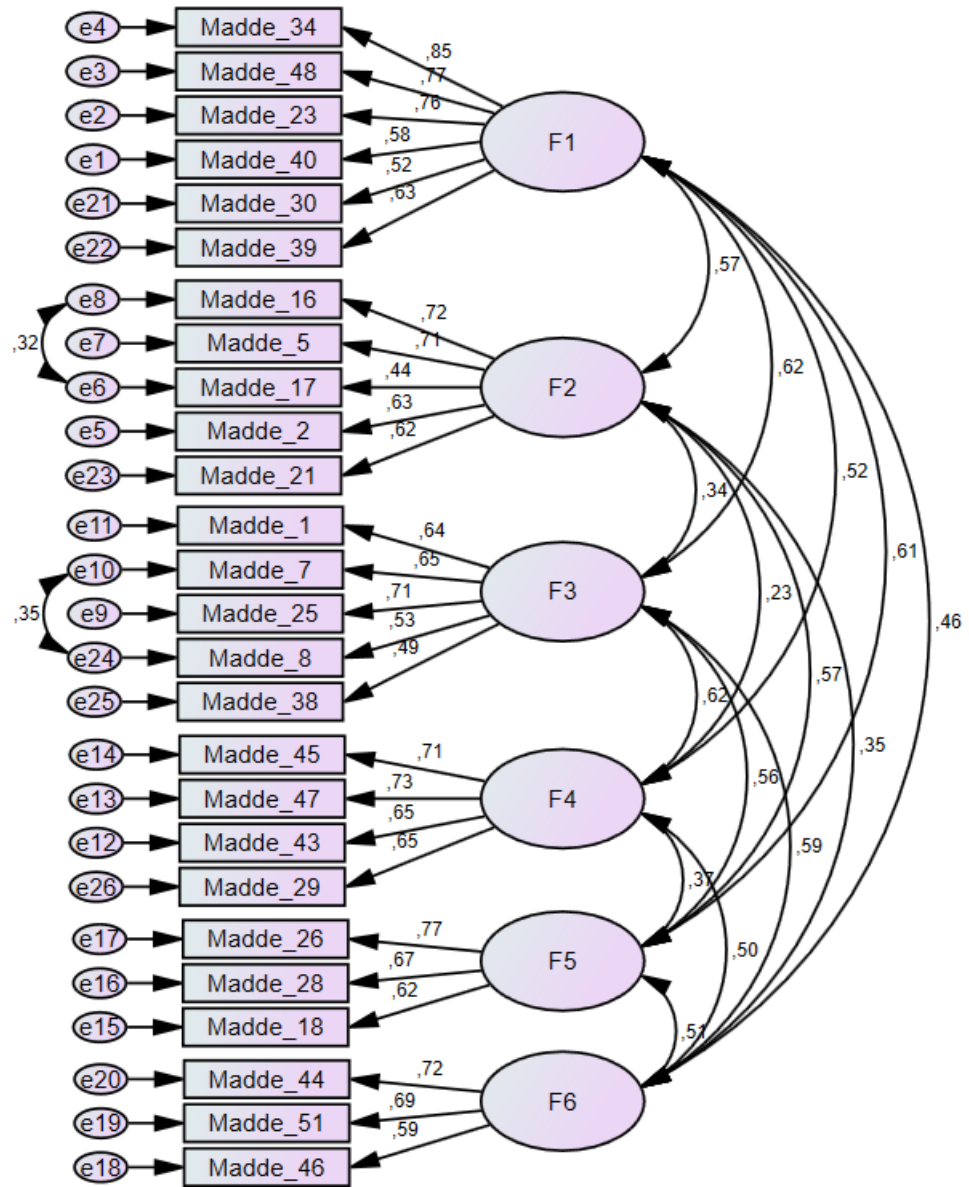
Maddeler	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4	Faktör 5	Faktör 6
Madde_40	0,580					
Madde_23	0,758					
Madde_48	0,770					
Madde_34	0,847					
Madde_30	0,515					
Madde_39	0,633					
Madde_2		0,630				
Madde_17		0,441				
Madde_5		0,708				
Madde_16		0,718				
Madde_21		0,623				
Madde_25			0,706			
Madde_7			0,648			
Madde_1			0,640			
Madde_8			0,529			
Madde_38			0,493			
Madde_43				0,652		
Madde_47				0,727		
Madde_45				0,711		
Madde_29				0,652		

Tablo 4.7. (devam)

Maddeler	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4	Faktör 5	Faktör 6
Madde_18					0,623	
Madde_28					0,675	
Madde_26					0,771	
Madde_46						0,591
Madde_51						0,687
Madde_44						0,716

Tablo 4.7’de Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği’nin DFA sonuçları incelendiğinde tüm maddelerin faktör yüklerinin 0,400’ün üzerinde olduğu görülmektedir.

Doğrulanmış ölçüm modeli, faktör yük değerlerine ilişkin path diagramı şekil 4.1’de sunulmuştur. 26 madde ve 6 faktör ile doğrulanmış ölçüm modeli incelendiğinde modelin hangi maddelerden oluştuğu ve tek yönlü oklar üzerindeki yollara ait standardize regresyon katsayıları görülmektedir. Her bir maddenin faktör yükü ayrıntılı olarak incelenmiş ve 0,400’ün altında değer olmadığı görülmüştür. Bu doğrultuda; M34 ifadesi 0,85’lik değeri ile Faktör 1 alt boyutunun; M16 ifadesi 0,72’lik değeri ile Faktör 2 alt boyutunun; M25 ifadesi 0,71’lik değeri ile Faktör 3 alt boyutunun; M47 ifadesi 0,73’lük değeri ile Faktör 4 alt boyutunun; M26 ifadesi 0,77’lik değeri ile Faktör 5 alt boyutunun ve M44 ifadesi 0,72’lik değeri ile Faktör 6 alt boyutunun en güçlü göstergesi olduğu söylenebilir (Şekil 4.1).



Şekil 4.1. Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği'ne ilişkin ölçüm modeli

4.2. Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği'nin Güvenirlik Analizleri

4.2.1. İç Tutarlılık

Cronbach Alfa Katsayısı (Alfa Yöntemi)

Cronbach Alfa katsayısı 0 ve 1 arasında değer almaktadır. Alfa yöntemi ölçekteki kovaryanslar veya korelasyonlardan yararlanılarak diğer testlerin veya istatistiklerin yapılmasına yardımcı olur. Bu yöntem ile ölçekte bulunan k sorunun homojen bir yapı gösteren bir bütünü ifade edip etmediği araştırılır. Cronbach Alfa

katsayısı ağırlıklı standart değişim ortalaması olup, bir ölçekteki k sorunun varyansları toplamının genel varyansa oranlanması ile elde edilir.

Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği ve alt boyutlarının iç tutarlılığı Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı ile değerlendirilmiştir. Tablo 4.8’de ölçeğin ve alt boyutlarının güvenirlik katsayısı ve güvenirlik seviyeleri ayrıntılı olarak sunulmuştur (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği taslağının güvenirlik analizi sonuçları

	Madde Sayısı	Cronbach Alfa (α)	Güvenirlik Seviyesi
Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği	26	0,892	Yüksek Derecede Güvenilir
Faktör 1	6	0,823	Yüksek Derecede Güvenilir
Faktör 2	5	0,763	Oldukça Güvenilir
Faktör 3	5	0,756	Oldukça Güvenilir
Faktör 4	4	0,761	Oldukça Güvenilir
Faktör 5	3	0,714	Oldukça Güvenilir
Faktör 6	3	0,697	Oldukça Güvenilir

Tablo 4.8 incelendiğinde 26 maddeden oluşan Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği’nin yüksek derecede güvenilir ($\alpha=0,892$), 6 maddeden oluşan Faktör 1’in yüksek derecede güvenilir ($\alpha=0,823$), 5 maddeden oluşan Faktör 2’nin oldukça güvenilir ($\alpha=0,763$), 5 maddeden oluşan Faktör 3’ün oldukça güvenilir ($\alpha=0,756$), 4 maddeden oluşan Faktör 4’ün oldukça güvenilir ($\alpha=0,761$), 3 maddeden oluşan Faktör 5’in oldukça güvenilir ($\alpha=0,714$) ve 3 maddeden oluşan Faktör 6’nın ise oldukça güvenilir ($\alpha=0,697$) olduğu görülmektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği’nin meme kanseri hastalarının içselleştirilmiş stigmatizasyon ve ayrımcılık algısını belirlemek için geçerli ve güvenilir bir araç olduğu belirlenmiştir (Ek-3).

Madde toplam korelasyonları ve madde silindiğinde ölçek Cronbach Alfa değeri Tablo 4.9.’da ayrıntılı olarak sunulmuştur.

Tablo 4.9. Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği taslağından madde silindiğinde Cronbach Alfa değerleri

	Madde Toplam Korelasyonları	Madde Silindiğinde Cronbach Alfa
Madde_1	0,469	0,888
Madde_2	0,415	0,889
Madde_5	0,382	0,890
Madde_7	0,534	0,886
Madde_8	0,510	0,887
Madde_16	0,304	0,891
Madde_17	0,344	0,892
Madde_18	0,508	0,887
Madde_21	0,467	0,889
Madde_23	0,606	0,885
Madde_25	0,578	0,885
Madde_26	0,525	0,886
Madde_28	0,506	0,887
Madde_29	0,510	0,887
Madde_30	0,430	0,889
Madde_34	0,632	0,885
Madde_38	0,400	0,890
Madde_39	0,546	0,886
Madde_40	0,477	0,888
Madde_43	0,431	0,888
Madde_44	0,449	0,889
Madde_45	0,414	0,889
Madde_46	0,474	0,888
Madde_47	0,488	0,887
Madde_48	0,559	0,886
Madde_51	0,465	0,888

Tablo 4.9. incelendiğinde 26 maddeden oluşan Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği'nde madde toplam korelasyonu 0,300'ün altında olan ve Cronbach Alfa katsayısını negatif etkileyen bir madde olmadığı ve madde toplam korelasyon değerlerinin 0,304-0,632 arasında değiştiği saptanmıştır.

Madde silindiğinde elde edilen toplam ölçeğin Cronbach Alfa güvenirlik katsayıları incelendiğinde alfa değerinin 0,885- 0,892 arasında değişkenlik gösterdiği ve bu sonuca göre madde çıkarılması ile toplam ölçek güvenirliğinde önemli bir değişiklik meydana gelmeyeceği belirlenmiştir (Tablo 4.9).

4.2.2. Test-Tekrar Test (Test/Retest) Yöntemi/Değişmezlik Güvenirliği

Bu çalışmada 402 kişiye uygulanan Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği Taslağı, araştırma kapsamındaki 78 meme kanseri hastasına iki hafta arayla tekrar uygulanmıştır. İlk uygulama ve ikinci uygulama puanları arasında çok iyi uyumun olması ölçeğin güvenilir olduğunu göstermektedir. Ölçeğin 78 kişi ile zamana göre değişmezliğini değerlendirmek için

ilk ve ikinci uygulamadan elde edilen puanlar arasındaki ilişki Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı (ICC) ile incelenmiş olup Tablo 4.10.'da sunulmuştur.

Tablo 4.10. Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği taslağının test tekrar test puanları arasındaki Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı ve anlamlılıkları

	ICC	p
Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği	0,945	0,000*
Faktör 1	0,807	0,000*
Faktör 2	0,896	0,000*
Faktör 3	0,903	0,000*
Faktör 4	0,922	0,000*
Faktör 5	0,900	0,000*
Faktör 6	0,896	0,000*

*:p<0,001 ICC=İntraclass Correlation Coefficients (Sınıfıçi Korelasyon Katsayısı) p=Anlamlılık Düzeyi

Tablo 4.10.'da meme kanseri hastalarının tekrarlanan uygulamada, sorulara verdikleri cevaplar arasındaki uyumun çok iyi olduğu görülmektedir (p<0,001). Doğrulayıcı Faktör Analizi sonucunda 26 madde ve 6 boyutla, yüksek derecede güvenilir olduğu saptanan Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği alt boyutları (Faktör 1,2,3,4,5,6), madde ve anlam içeriği açısından değerlendirilerek adlandırılmıştır (Tablo 4.11).

Tablo 4.11. Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği alt boyut isimleri, madde sayısı ve maddeler

Alt Boyutlar	Madde Sayısı	Maddeler
1.Faktör: Sosyal İzolasyon	6	23,30,34,39,40,48
2.Faktör: Ayrımcılık ve Dışlanma	5	2,5,16,17,21
3.Faktör: Yetersizlik Hissi	5	1,7,8,25,38
4.Faktör: Beden İmajı	4	29,43,45,47
5. Faktör: Ön Yargı	3	18,26,28
6.Faktör: Olumsuz Tutum	3	44,46,51

Ölçek alt boyut isimleri ve alt boyutu oluşturan madde sayısı ve numaraları Tablo 4.11.'de ayrıntılı olarak sunulmuştur. Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği Faktör 1 alt boyutu "Sosyal İzolasyon", Faktör 2 alt boyutu "Ayrımcılık ve Dışlanma", Faktör 3 alt boyutu "Yetersizlik Hissi", Faktör 4 alt boyutu "Beden İmajı", Faktör 5 alt boyutu "Ön Yargı" ve Faktör 6 "Olumsuz Tutum" şeklinde adlandırılmıştır. Bu doğrultuda Sosyal İzolasyon alt boyutunda 6 madde (23,30,34,39,40,48), Ayrımcılık ve Dışlanma alt boyutunda 5 madde (2,5,16,17,21), Yetersizlik Hissi alt boyutunda 5 madde (1,7,8,25,38), Beden İmajı alt boyutunda 4 madde (29,43,45,47), Ön Yargı alt boyutunda 3 madde

(18,26,28) ve Olumsuz Tutum alt boyutunda 3 maddenin (44,46,51) yer aldığı görülmektedir (Tablo 4.11).

4.3. Nicel Verilere İlişkin Bulgular

4.3.1. Meme Kanseri Hastalarının Sosyo-demografik ve Klinik Bulguları

Araştırmaya katılan meme kanseri hastalarının sosyo-demografik özellikleri Tablo 4.12’de sunulmuştur. Araştırmaya katılan meme kanseri hastalarının %87,3’ünün evli, %59,1’sinin ilkokul mezunu olduğu, %80,1’inin çalışmadığı, %71,4’ünün ev hanımı, %94’ünün sosyal güvencesinin olduğu, %48,5’inin ilde yaşadığı, %94,3’ünün çekirdek aile yapısına sahip olduğu, %90,3’ünün çocuk sahibi olduğu, %62,2’sinin eşi ve çocukları ile birlikte yaşadığı ve %58’inin gelirinin giderine eşit olduğu belirlenmiştir. Hastaların yaş ortalaması $49,01 \pm 9,48$ ’dir.

Tablo 4.12. Meme kanseri hastalarının sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (n=402)

Özellikler	n	%
Yaş (Ort±SS=49,01±9,48)		
24-33 yaş	16	4,0
34-43 yaş	108	26,9
44-53 yaş	147	36,5
54 yaş ve üzeri	131	32,6
Medeni durum		
Bekar	51	12,7
Evli	351	87,3
Eğitim durumu		
İlkokul	238	59,1
Ortaokul	36	9,0
Lise	62	15,5
Üniversite	66	16,4
Çalışma durumu		
Evet	80	19,9
Hayır	322	80,1
Mesleği		
Ev hanımı	287	71,4
İşçi	15	3,8
Memur	60	14,9
Serbest meslek	5	1,2
Emekli	35	8,7
Sosyal güvence		
Var	378	94,0
Yok	24	6,0
Yaşadığı yerleşim birimi		
İl	195	48,5
İlçe	167	41,5
Köy	40	10,0
Aile yapısı		
Çekirdek aile	379	94,3
Geniş aile	23	5,7

Tablo 4.12. (devam)

Özellikler	n	%
Çocuk sahibi olma durumu		
Evet	363	90,3
Hayır	39	9,7
Kimlerle birlikte yaşadığı		
Eşi	83	20,6
Çocukları	36	9,0
Eşi ve çocukları	250	62,2
Yalnız	33	8,2
Gelir durumu		
Gelir giderden az	131	32,6
Gelir gidere eşit	233	58,0
Gelir giderden fazla	38	9,4

Meme kanseri hastalarının klinik özellikleri Tablo 4.13’de sunulmuştur. Araştırmaya katılan meme kanseri hastalarının %50’sinin ikinci evre olduğu, %99,8’ine kemoterapi ve %67,4’üne cerrahi tedavi uygulandığı, %86,1’inin “meme kanserini önlenabilir hastalık”, %91,5’nin “meme kanserini erken tanılanabilir bir hastalık” olarak ifade ettiği, %48’inin yakın çevresinde kanser tanısı olan birey bulunduğu, %79,9’unun “meme kanserini uzun süreli tedavi gerektiren bir hastalık” olarak gördüğü ve %50,2’sinin sağlık durumunu “iyi” olarak değerlendirdiği belirlenmiştir (Tablo 4.13).

Tablo 4. 13. Meme kanseri hastalarının klinik özelliklerinin dağılımı

Özellikler	n	%
Hastalık evresi		
1. evre	83	20,6
2. evre	201	50,0
3. evre	90	22,4
4. evre	28	7,0
+Uygulanan tedavi yöntemleri		
Cerrahi tedavi	271	67,4
Radyoterapi	134	33,3
Kemoterapi	401	99,8
Hormon tedavisi	7	1,7
Akıllı ilaç	2	0,5
Tanıdan sonra geçen süre (Ort±SS=11,86±8,96)		
3-6 ay	99	24,6
7-10 ay	146	36,3
11-14 ay	73	18,2
15 ay ve üzeri	84	20,9
Meme kanserini önlenabilir bir hastalık olarak görme durumu		
Evet	346	86,1
Hayır	56	13,9
Meme kanserini erken tanılanabilir bir hastalık olarak görme durumu		
Evet	368	91,5
Hayır	34	8,5

Tablo 4. 13. (Devam)

Özellikler	n	%
Yakın çevresinde kanser tanısı alan birey bulunma durumu		
Evet	193	48,0
Hayır	209	52,0
Hastalığını nasıl algıladığı		
Tedavi edilemeyen bir hastalık	14	3,4
Uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık	321	79,9
Kolay tedavi edilebilen bir hastalık	67	16,7
Sağlık durumunu nasıl değerlendirdiği		
İyi	202	50,2
Orta	174	43,3
Kötü	26	6,5
Sigara kullanma durumu		
Evet	32	8,0
Hayır	299	74,4
Bırakmış	71	17,6
Alkol kullanma durumu		
Evet	5	1,2
Hayır	383	95,3
Bırakmış	14	3,5

*Katılımcılar birden fazla cevap vermiştir.

4.3.2. Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği'ne İlişkin Bulgular

Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği ve alt boyutlarının ortalama, standart sapma ve minimum-maksimum değerleri tablo 4.14'te verilmiştir. Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği puan ortalaması $47,62 \pm 18,20$, Sosyal İzolasyon alt boyut puan ortalaması $9,82 \pm 5,52$, Ayrımcılık ve Dışlanma alt boyut puan ortalaması $6,06 \pm 2,73$, Yetersizlik Hissi alt boyut puan ortalaması $11,98 \pm 5,76$, Beden İmajı alt boyut puan ortalaması $6,36 \pm 3,91$, Ön Yargı alt boyut puan ortalaması $6,18 \pm 3,64$ ve Olumsuz Tutum alt boyut puan ortalaması $7,22 \pm 4,09$ olarak saptanmıştır (Tablo 4.14).

Tablo 4.14. Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği ve alt boyut puanlarının ortalama ve standart sapma değerleri

	Ort	SS	Min-Mak
Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği	47,62	18,20	26-107 (26-130)
Sosyal İzolasyon	9,82	5,52	6-30 (5-30)
Ayrımcılık ve Dışlanma	6,06	2,73	5-23 (5-25)
Yetersizlik Hissi	11,98	5,76	5-25 (5-25)
Beden İmajı	6,36	3,91	4-20 (4-20)
Ön Yargı	6,18	3,64	3-15 (3-15)
Olumsuz Tutum	7,22	4,09	3-15 (3-15)

Meme kanseri hastalarının sosyo-demografik özellikleri ile Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği toplam ve alt

boyut puanlarının karşılaştırması Tablo 4.15’de sunulmuştur. Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği toplam puan ortalamasının meme kanseri hastalarının yaş, yaşadığı yerleşim birimi, birlikte yaşadığı kişiler ve gelir durumuna göre istatistiksel olarak farklılık gösterdiği görülmüştür ($p<0,05$). 34-43 ve 44-53 yaş arasında olan, ilçede ve yalnız yaşayan, geliri giderinden az olan meme kanseri hastalarının *Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği* toplam puanının 54 yaş ve üzerinde olan, ilde ve eşi ile birlikte yaşayan, geliri giderine eşit ve geliri giderinden fazla olan meme kanseri hastalarının puanından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği toplam puanının medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, meslek, sosyal güvence ve aile yapısına göre farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.15).

Sosyal İzolasyon alt boyut puan ortalamasının meme kanseri hastalarının sosyal güvence durumuna göre farklılık gösterdiği; sosyal güvencesi olmayan meme kanseri hastalarının Sosyal İzolasyon alt boyut puanının sosyal güvencesi olan meme kanseri hastalarının puanından daha yüksek olduğu saptanmıştır. Sosyal İzolasyon alt boyut puanının yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, mesleği, yaşadığı yerleşim birimi, aile yapısı, kimlerle birlikte yaşadığı ve gelir durumuna göre farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.15).

Ayrımcılık ve Dışlanma alt boyut puan ortalamasının meme kanseri hastalarının yerleşim birimi ve birlikte yaşadığı kişilere göre farklılık gösterdiği; ilçede ve yalnız yaşayan meme kanseri hastalarının Ayrımcılık ve Dışlanma alt boyut puan ortalamasının ilde, eşi ve çocukları ile birlikte yaşayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrımcılık ve Dışlanma alt boyut puanının yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, mesleği, sosyal güvence, aile yapısı ve gelir durumuna göre farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.15).

Yetersizlik Hissi alt boyut puan ortalamasının gelir durumuna göre farklılık gösterdiği; geliri giderinden az olan meme kanseri hastalarının yetersizlik hissi alt boyut puan ortalamasının geliri giderine eşit ve geliri giderinden fazla olan meme kanseri hastalarının puanından daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yetersizlik Hissi alt boyut puanının yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, mesleği, sosyal güvence, yerleşim birimi, aile yapısı ve kimlerle birlikte yaşadığına göre farklılık

göstermediği belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 4.15).

Beden İmajı alt boyut puan ortalamasının meme kanseri hastalarının yaşadığı yerleşim birimine göre farklılık gösterdiği; ilçede yaşayan meme kanseri hastalarının *Beden İmajı* alt boyut puan ortalamasının ilde yaşayan meme kanseri hastalarının puanından daha yüksek olduğu saptanmıştır. *Beden İmajı* alt boyut puanının yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, mesleği, sosyal güvence, aile yapısı, kimlerle birlikte yaşadığı ve gelir durumuna göre farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.15).

Ön Yargı alt boyut puan ortalamasının meme kanseri hastalarının yaşadığı yerleşim birimine göre farklılık gösterdiği; ilçede yaşayan meme kanseri hastalarının *Ön Yargı* alt boyut puan ortalamasının ilde yaşayan meme kanseri hastalarının puanından daha yüksek olduğu saptanmıştır. *Ön Yargı* alt boyut puanının yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, mesleği, sosyal güvence, aile yapısı, kimlerle birlikte yaşadığı ve gelir durumuna göre farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.15).

Olumsuz Tutum alt boyut puan ortalamasının meme kanseri hastalarının eğitim durumu, kimlerle birlikte yaşadığı ve gelir durumuna göre farklılık gösterdiği belirlendi. Ortaokul mezunu olan, eşi ve çocukları ile yaşayan meme kanseri hastalarının olumsuz tutum puan ortalamasının ilkokul mezunu olan ve eşi ile yaşayan meme kanseri hastalarının puanından daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte geliri giderinden az olan meme kanseri hastalarının *Olumsuz Tutum* alt boyut puan ortalamasının geliri giderine eşit ve geliri giderinden fazla olan meme kanseri hastalarının puanından daha yüksek olduğu saptanmıştır. *Olumsuz Tutum* alt boyut puanının yaş, medeni durum, çalışma durumu, mesleği, yaşadığı yerleşim birimi, aile yapısı ve sosyal güvence durumuna göre farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.15).

Tablo 4.15. Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği ve alt boyut puanlarının meme kanseri hastalarının sosyo-demografik özellikleri ile karşılaştırılması

	Ölçek Toplam Puanı Ort±ss	Sosyal İzolasyon Ort±ss	Ayrımcılık ve Dışlanma Ort±ss	Yetersizlik Hissi Ort±ss	Beden İmajı Ort±ss	Ön Yargı Ort±ss	Olumsuz Tutum Ort±ss
Yaş							
1) 24-33 yaş	47,1 ± 18,4	9,8 ± 6,8	6,5 ± 4,1	9,8 ± 4,5	6,6 ± 3,8	5,8 ± 3,3	8,6 ± 4,4
2) 34-43 yaş	52,4 ± 19,5	10,5 ± 6,2	6,1 ± 2,7	13,8 ± 6,1	6,9 ± 4,4	6,7 ± 4,0	8,4 ± 4,5
3) 44-53 yaş	49,8 ± 18,0	10,6 ± 5,8	6,1 ± 2,5	12,3 ± 5,7	6,7 ± 4,1	6,6 ± 3,6	7,5 ± 3,9
4) 54 yaş ve üzeri	41,3 ± 15,5	8,4 ± 4,0	5,9 ± 2,8	10,4 ± 5,2	5,6 ± 3,2	5,3 ± 3,2	5,8 ± 3,5
F;p	8,964; 0,001 2,3>4	4,769; 0,360	0,397; 0,755	0,802; 0,320	2,908; 0,340	4,210; 0,444	1,320; 0,360
Medeni durum							
Bekar	48,06±17,62	10,20±5,70	6,18±3,24	12,37±5,28	5,92±3,27	6,12±3,76	7,27±4,24
Evli	47,56±18,30	9,76±5,50	6,04±2,65	11,92±5,83	6,43±3,99	6,19±3,62	7,21±4,07
t;p	0,182; 0,855	0,522; 0,602	0,334; 0,739	0,520; 0,603	-0,864; 0,388	-0,139; 0,889	0,099; 0,921
Eğitim durumu							
1) İlkokul	47,89±17,91	9,83±5,43	6,28±3,11	12,33±5,81	6,50±3,98	6,14±3,57	6,82±3,99
2) Ortaokul	46,86±15,77	8,44±4,18	5,28±0,70	12,08±6,12	6,33±3,12	5,64±3,44	9,08±4,43
3) Lise	46,60±19,13	9,11±5,25	5,98±2,86	11,74±6,07	6,10±4,04	6,13±3,85	7,53±4,33
4) Üniversite	48,15±19,83	11,20±6,49	5,73±1,43	11,02±5,09	6,21±4,01	6,65±3,76	7,35±3,79
F;p	0,121; 0,948	2,474; 0,061	1,832; 0,141	0,937; 0,423	0,223; 0,880	0,649; 0,584	3,442; 0,017* Fark: 2>1
Çalışma durumu							
Evet	49,84±19,81	10,94±6,70	5,91±1,82	11,88±5,39	6,56±4,39	6,57±3,84	7,99±4,12
Hayır	47,10±17,79	9,55±5,18	6,09±2,90	12,00±5,86	6,32±3,79	6,09±3,59	7,04±4,07
t;p	1,191; 0,234	1,692; 0,094	-0,529; 0,597	-0,164; 0,870	0,488; 0,626	1,039; 0,299	1,833; 0,068
Mesleği							
Ev hanımı	48,34±18,53	9,89±5,59	6,19±2,97	12,20±5,90	6,46±3,96	6,37±3,75	7,24±4,15
İşçi/Serbest meslek	43,15±12,62	9,15±3,76	5,45±0,94	9,35±4,03	6,50±4,05	5,25±3,24	7,45±3,79
Memur	48,23±19,30	9,97±5,95	5,73±1,45	12,13±5,44	6,32±4,19	6,30±3,43	7,78±4,16
Emekli	43,23±15,65	9,37±5,18	5,86±3,01	11,46±5,81	5,57±2,70	4,97±3,01	6,00±3,46
F;p	1,259; 0,288	0,203; 0,894	0,907; 0,438	1,640; 0,180	0,547; 0,650	2,029; 0,109	1,446; 0,229

Tablo 4.15. (Devam)

	Ölçek Toplam Puanı Ort±ss	Sosyal İzolasyon Ort±ss	Ayrımcılık ve Dışlanma Ort±ss	Yetersizlik Hissi Ort±ss	Beden İmajı Ort±ss	Ön Yargı Ort±ss	Olumsuz Tutum Ort±ss
Sosyal güvence							
Var	46,96±18,11	9,48±5,22	5,98±2,63	11,79±5,78	6,37±3,96	6,13±3,64	7,21±4,13
Yok	58,08±16,64	15,17±7,22	7,29±3,82	14,92±4,64	6,33±2,97	7,04±3,58	7,33±3,48
t;p	-2,931;0,400	-3,799;0,001*	-1,660;0,110	-2,592;0,100	0,039;0,969	-1,192;0,234	0,138;0,890
Yaşadığı yerleşim birimi							
1) İl	44,92±16,85	9,22±5,09	5,64±1,94	11,35±5,65	5,86±3,40	5,86±3,50	6,99±4,02
2) İlçe	51,09±18,75	10,33±5,68	6,42±3,23	12,71±5,85	7,05±4,26	6,73±3,88	7,86±4,22
3) Köy	46,35±20,15	10,63±6,62	6,60±3,40	12,00±5,73	5,97±4,30	5,48±2,95	5,68±3,37
F;p	5,398;0,005* Fark:2>1	2,321;0,100	4,672;0,010* Fark:2>1	2,497;0,084	4,483;0,012* Fark:2>1	3,452;0,033* Fark:2>1	5,286;0,050
Aile yapısı							
Çekirdek aile	47,64±18,40	9,74±5,47	6,07±2,73	11,91±5,80	6,42±3,94	6,17±3,65	7,34±4,14
Geniş aile	47,30±14,74	11,09±6,26	5,91±2,73	13,09±5,07	5,48±3,13	6,48±3,58	5,26±2,40
t;p	0,087;0,931	-1,135;0,257	0,261;0,794	-0,948;0,343	1,120;0,264	-0,399;0,690	3,828;0,100
Kimlerle birlikte yaşadığı							
1) Eşi	44,40±17,48	9,12±5,17	5,61±1,62	11,78±5,88	6,19±3,52	5,80±3,82	5,89±3,78
2) Çocukları	44,53±14,84	9,25±4,85	5,61±2,03	11,89±5,68	5,25±2,29	5,81±3,40	6,72±3,98
3) Eşi ve çocukları	48,30±18,26	9,85±5,40	6,04±2,58	11,91±5,79	6,56±4,18	6,26±3,55	7,68±4,16
4)Yalnız	54,03±21,20	11,94±7,35	7,79±5,13	13,09±5,51	6,55±3,95	7,00±4,04	7,67±3,75
F;p	2,729;0,044* Fark:4>1	2,216;0,086	5,673;0,001* Fark:4>1,2	0,454;0,715	1,257;0,289	1,036;0,376	4,376;0,005* Fark:3>1
Gelir durumu							
1) Gelir giderden az	51,39±19,58	10,59±6,44	6,34±3,17	13,34±5,90	6,65±4,23	6,38±3,70	8,09±4,31
2) Gelir gidere eşit	46,06±17,76	9,35±5,00	5,90±2,49	11,52±5,67	6,22±3,75	6,10±3,63	6,98±4,04
3) Gelir giderden fazla	44,26±13,68	10,05±4,94	6,08±2,43	10,13±4,98	6,26±3,71	6,03±3,57	5,71±2,86
F;p	4,390;0,013* Fark:1>2,3	2,166;0,116	1,087;0,338	6,555;0,002* Fark:1>2,3	0,521;0,594	0,292;0,747	6,127;0,002* Fark:1>2,3

*p<0,05 , Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, (t): Bağımsız Örneklem T Testi, F: Tek Yönlü Varyans Analizi(ANOVA), Fark:Tukey Testi, p: Anlamlılık Düzeyi

Meme kanseri hastalarının klinik özellikleri ile Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırması Tablo 4.16'de sunulmuştur. Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği toplam puan ortalamasının meme kanseri hastalarının hastalık evresi, tanıdan sonra geçen süre, yakın çevresinde kanser tanısı alan birey bulunma ve sağlığını değerlendirme durumuna göre istatistiksel olarak farklılık gösterdiği görülmüştür ($p<0,05$). Üçüncü evrede olan, tanıdan sonra 7 ay ve üzeri süre geçen, yakın çevresinde kanser tanısı alan birey bulunmayan, sağlığını orta ve kötü olarak değerlendiren meme kanseri hastalarının *Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği* toplam puan ortalamasının hastalığın birinci evresinde olan, tanıdan sonra 3-6 ay süre geçen, yakın çevresinde kanser tanısı alan birey bulunan ve sağlığını iyi olarak değerlendiren meme kanseri hastalarının puanından yüksek olduğu belirlenmiştir. Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği toplam puanının sigara ve alkol kullanma durumuna göre farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.16).

Sosyal İzolasyon alt boyut puan ortalamasının meme kanseri hastalarının sağlığını değerlendirme ve sigara kullanma durumuna göre farklılık gösterdiği belirlendi. Sağlığını kötü olarak değerlendiren ve sigara kullanan meme kanseri hastalarının Sosyal İzolasyon alt boyut puan ortalamasının sağlığını iyi ve orta olarak değerlendiren, sigara kullanmayan ve sigara kullanmayı bırakan meme kanseri hastalarının puanından daha yüksek olduğu saptanmıştır. Sosyal İzolasyon alt boyut puanının hastalık evresi, tanıdan sonra geçen süre, yakın çevresinde kanser tanısı alan birey bulunma ve alkol kullanma durumuna göre farklılık göstermediği belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 4.16).

Ayrımcılık ve Dışlanma alt boyut puan ortalamasının meme kanseri hastalarının yakın çevresinde kanser tanısı alan birey bulunma ve sağlığını değerlendirme durumuna göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Yakın çevresinde kanser tanısı alan birey bulunmayan ve sağlığını orta olarak değerlendiren meme kanseri hastalarının Ayrımcılık ve Dışlanma alt boyut puan ortalamasının yakın çevresinde kanser tanısı alan birey bulunan ve sağlığını iyi olarak değerlendiren meme kanseri hastalarının puanından daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrımcılık ve Dışlanma alt boyut puanının hastalık evresi, tanıdan sonra geçen süre, sigara ve alkol

kullanma durumuna göre farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.16).

Yetersizlik Hissi alt boyut puan ortalamasının meme kanseri hastalarının yakın çevresinde kanser tanısı alan birey bulunma ve sağlığını değerlendirme durumuna göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Yakın çevresinde kanser tanısı alan birey bulunmayan ve sağlığını orta ve kötü olarak değerlendiren meme kanseri hastalarının *Yetersizlik Hissi* alt boyut puan ortalamasının yakın çevresinde kanser tanısı alan birey bulunan ve sağlık durumunu iyi olarak değerlendiren meme kanseri hastalarının puanından daha yüksek olduğu saptanmıştır. *Yetersizlik Hissi* alt boyut puanının hastalık evresi, tanıdan sonra geçen süre, sigara ve alkol kullanma durumuna göre farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.16).

Beden İmajı alt boyut puan ortalamasının meme kanseri hastalarının hastalık evresi durumuna göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir. İkinci ve üçüncü evrede olan meme kanseri hastalarının *Beden İmajı* alt boyut puan ortalamasının birinci evre olan meme kanseri hastalarının puanından daha yüksek olduğu saptanmıştır. *Beden İmajı* alt boyut puanının tanıdan sonra geçen süre, yakın çevresinde kanser tanısı alan birey bulunma, sağlığını değerlendirme durumu, sigara ve alkol kullanma durumuna göre farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.16).

Ön Yargı alt boyut puan ortalamasının meme kanseri hastalarının yakın çevresinde kanser tanısı alan birey bulunma durumuna göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Yakın çevresinde kanser tanısı alan birey bulunmayan meme kanseri hastalarının *Ön Yargı* alt boyut puan ortalamasının yakın çevresinde kanser tanısı alan birey bulunan meme kanseri hastalarının puanından daha yüksek olduğu saptanmıştır. *Ön Yargı* alt boyut puanının hastalık evresi, tanıdan sonra geçen süre, sağlığını değerlendirme, sigara ve alkol kullanma durumuna göre farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.16).

Olumsuz Tutum alt boyut puan ortalamasının yakın çevresinde kanser tanısı alan birey bulunma ve sağlığını değerlendirme durumuna göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Yakın çevresinde kanser tanısı alan birey bulunmayan ve sağlık durumunu orta olarak değerlendiren meme kanseri hastalarının *Olumsuz Tutum* alt boyut puan ortalamasının yakın çevresinde kanser tanısı alan birey bulunan ve sağlığını iyi olarak değerlendiren meme kanseri hastalarının puanından yüksek olduğu saptanmıştır. *Olumsuz Tutum* alt boyut puanının hastalık evresi, tanıdan sonra geçen süre, sigara ve alkol kullanma durumuna göre farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.16).

Tablo 4.16. Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği ve alt boyut puanlarının meme kanseri hastalarının klinik özellikleri ile karşılaştırılması

	Ölçek Toplam Puanı Ort±ss	Sosyal İzolasyon Ort±ss	Ayrımcılık ve Dışlanma Ort±ss	Yetersizlik Hissi Ort±ss	Beden İmajı Ort±ss	Ön Yargı Ort±ss	Olumsuz Tutum Ort±ss
Hastalık evresi							
1. evre	43,20±15,50	9,13±4,48	5,82±2,46	10,67±5,53	5,23±2,73	5,95±3,52	6,40±3,96
2. evre	48,12±17,60	9,83±5,41	5,92±2,44	12,06±5,60	6,58±3,95	6,09±3,66	7,65±4,13
3. evre	51,33±20,98	10,90±6,74	6,50±3,32	12,92±6,20	7,06±4,59	6,73±3,66	7,22±4,07
4. evre	45,25±18,13	8,32±4,22	6,32±3,27	12,25±5,78	5,96±3,61	5,79±3,76	6,61±3,93
F;p	3,136;0,025* Fark:3>1	2,287;0,078	1,260;0,288	2,276;0,079	3,647;0,013* Fark:1<2,3	0,954;0,415	2,076;0,103
Tanıdan sonra geçen süre							
1)3-6 ay	41,8 ± 14	9 ± 4,3	5,6 ± 2	9,6 ± 4,5	5,5 ± 3,1	5,3 ± 3	6,9 ± 3,8
2)7- 10 ay	48,1 ± 18,3	9,6 ± 5,6	6 ± 2,5	12,8 ± 6	6,2 ± 3,9	6,3 ± 3,5	7,3 ± 4,2
3)11-14 ay	50,9 ± 18,4	10,8 ± 6,7	6,5 ± 3,3	12,6 ± 5,3	6,8 ± 4	6,5 ± 3,8	7,6 ± 4
4)15 ay ve üzeri	50,9 ± 20,6	10,3 ± 5,5	6,4 ± 3,2	12,9 ± 6,3	7,4 ± 4,5	6,7 ± 4,2	7,2 ± 4,4
F;p	5,286;0,001* 4,3,2>1	1,883;0,132	2,014;0,111	1,116;0,115	1,308;0,050	3,138;0,250	0,448;0,719
Yakın çevresinde kanser tanısı alan birey bulunma durumu							
Evet	44,47±17,00	9,33±5,22	5,77±2,47	11,17±5,57	6,03±3,37	5,55±3,22	6,63±4,10
Hayır	50,54±18,82	10,27±5,76	6,33±2,93	12,73±5,85	6,67±4,33	6,77±3,90	7,77±4,01
t;p	-3,387;0,001*	-1,721;0,086	-,073;0,039*	-2,744;0,006*	-1,684;0,093	-3,404;0,001*	-2,826;0,005*
Sağlığını değerlendirme durumu							
1) İyi	43,67±15,79	9,38±4,99	5,54±1,80	10,47±5,21	6,03±3,55	5,56±3,38	6,69±3,87
2) Orta	50,71±18,62	9,75±5,48	6,54±3,16	13,32±5,92	6,66±4,26	6,79±3,62	7,66±4,29
3) Kötü	57,69±24,75	13,69±7,95	6,81±4,49	14,77±5,77	7,00±3,99	6,96±4,85	8,46±3,91
F;p	11,844; <0,001* Fark:1<2,3	7,284; 0,001* Fark:3>1,2	7,516; 0,001* Fark:2>1	15,727; <0,001* Fark:1<2,3	1,573;0,209	6,067;0,300	3,952; 0,020* Fark:2>1

Tablo 4.16. (Devam)

	Ölçek Toplam Puanı Ort±ss	Sosyal İzolasyon Ort±ss	Ayrımcılık ve Dışlanma Ort±ss	Yetersizlik Hissi Ort±ss	Beden İmajı Ort±ss	Ön Yargı Ort±ss	Olumsuz Tutum Ort±ss
Sigara kullanma durumu							
1) Evet	49,78±17,90	12,31±6,83	5,78±2,14	11,37±5,55	6,50±3,51	6,56±3,57	7,25±3,61
2) Hayır	47,22±18,28	9,68±5,27	6,12±2,78	11,95±5,69	6,48±4,10	6,08±3,61	6,90±4,00
3) Bıraktım	48,35±18,14	9,27±5,71	5,92±2,76	12,38±6,21	5,79±3,15	6,44±3,82	8,56±4,42
F;p	0,354;0,702	3,762;0,024* Fark:1>2,3	0,339;0,713	0,351;0,705	0,933;0,394	0,457;0,633	4,844;0,080
Alkol kullanma durumu							
Evet/Bıraktım	45,32±14,05	10,26±4,64	6,21±2,82	10,95±4,53	5,89±3,62	5,11±3,13	6,89±4,12
Hayır	47,74±18,39	9,80±5,56	6,05±2,73	12,03±5,82	6,39±3,92	6,24±3,66	7,24±4,09
t;p	-0,566;0,572	0,359;0,719	0,251;0,802	-0,800;0,424	-0,535;0,593	-1,326;0,186	-0,356;0,722

*p<0,05 , Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, (t): Bağımsız Örneklem T Testi, F: Tek Yönlü Varyans Analizi(ANOVA), Fark:Tukey Testi, p: Anlamlılık Düzeyi

4.4. Meme Kanseri Hastalarından Elde Edilen Nitel Verilere İlişkin Bulgular

Meme kanseri hastalarının içselleştirilmiş stigmatizasyon ve ayrımcılık deneyimlerini belirlemek amacıyla fenomenolojik görüşmeler yapılmıştır. Bu bölümde nitel görüşmelerden elde edilen verilere ilişkin içerik analizi sunulmuştur.

4.4.1. Araştırmanın Nitel Bölümüne Katılan Meme Kanseri Hastalarının Sosyo-demografik ve Klinik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Nitel görüşmeye katılan meme kanseri hastalarının sosyo-demografik ve klinik özellikleri Tablo 4.17’de verilmiştir. Nitel görüşmeye katılan meme kanseri hastalarının %37’sinin 56 yaş ve üzeri, %74,1’nin evli olduğu, %41,3’ünün kemoterapi ve %39,7’sinin cerrahi tedavi aldığı belirlenmiştir. Meme kanseri hastalarının yaş ortalaması 52,07±9,58’dir (Tablo 4.17).

Tablo 4.17. Araştırmanın nitel bölümüne katılan meme kanseri hastalarının sosyo-demografik ve klinik özelliklerinin dağılımı (n=27)

Özellikler		n	%
Yaş grupları (Ort±SS) 52,07±9,58	35-45 yaş	8	26,6
	46-55 yaş	9	33,4
	56 yaş ve üzeri	10	37,0
Medeni durum	Evli	20	74,1
	Bekar	7	25,9
Tanı sonrası geçen süre	3-6 ay	5	18,5
	7-10 ay	4	14,8
	11 ay ve üzeri	18	66,7
*Uygulanan tedaviler	Kemoterapi	26	41,3
	Radyoterapi	12	19,0
	Cerrahi tedavi	25	39,7

*Birden fazla cevap verilmiştir.

4.4.2. Meme Kanseri Hastalarının İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı İçerik Analizi Sonuçları ile İlgili Bulgular

Meme kanseri hastalarının içselleştirilmiş stigmatizasyon ve ayrımcılık algılarını belirlemek için fenomenolojik görüşme yapılan 27 meme kanseri hastasının yarı yapılandırılmış görüşme formundaki sorulara verdikleri yanıtlar kodlanıp içerik analizi yapılarak, ilgili temalar ve alt temalar belirlenmiştir (Tablo 4.18).

Tablo 4.18. Meme kanseri hastalarının içselleştirilmiş stigmatizasyon ve ayrımcılık algılarına ilişkin tema ve alt temalar

Tema	Alt Temalar
Stigmatizasyon Algıları	Acıma Ön yargılar Beden imajında değişim Damgalanma korkusu
Stigmatizasyonun Etkileri	Sosyal izolasyon Dışlanma Eksik/yetersiz hissetme Hastalığı gizleme Ayrımcılık

Meme kanseri hastaları ile yapılan fenomenolojik görüşmeler sonrasında 2 tema ve 9 alt tema elde edilmiştir. Bu araştırmada temalar stigmatizasyon algıları ve stigmatizasyonun etkileri olarak belirlenmiştir. Elde edilen bulgular Tablo 4.18’de sistematik olarak verilmiştir.

Tema 1. Stigmatizasyon Algıları

Meme kanseri hastaları ile yapılan görüşmeler sonrasında stigmatizasyon algıları ile ilgili alt temalar; acıma, ön yargılar, beden imajında değişim ve damgalanma korkusu olarak belirlenmiştir.

Alt Tema 1: Acıma

Stigmatizasyon algıları kategorisinde katılımcılar “Acıma” alt temasında insanların kendilerine acıyarak ve sempati ile yaklaşmasından rahatsızlık hissettiklerini ifade etmişlerdir. “Acıma” alt temasına ilişkin katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Bazen bazı insanlar yazık diyorlar. Moralim bozuluyor. Herkesin başına gelebilir. Bana acımalarını istemiyorum”. (K4)

“Karşımdaki insanlar acıyarak baktıklarında “gerçekten benim hastalığımın tedavisi yok mu? diye düşünüyorum. Gerçekten acınası bir halde miyim? ve o zaman insanın ağrısı yoksa bile ağrısı oluyor”. (K12)

“Bir gün metro kuyruğunda beklerken maske ile beni gören birkaç kişinin bana bakıp “Çok da gençmiş yazık” dediklerini duydum. Bunu duymak beni ister istemez üzdü. Kötü hissettirdi”. (K12)

“Bazı insanlar bana acıyormuş gibi davranıyor. Acımalarına gerek yok. Böyle davranan insanlara kızyorum”. (K13)

“İnsanların yüzümü dikkatlice incelediklerini fark ettim. Yüzüme baktıklarında kanser olduğumu anlıyorlar. O yüzden bakıyorlar. Bakışlarında acıma duygusu var.

Öleceğimi düşünüyorlar”. (K14)

“İnsanlarımız çok meraklı. Kemoterapi tedavisi alan insanlar yüzündeki solukluktan hemen fark edilir. Ben de ister istemez kanser hastalarına acıma duygusu ile bakardım. İnsanlar da bana o şekilde bakıyor. Bunun farkındayım. Acınarak bakılmasını istemiyorum”. (K15)

“Bu hastalığı hiç kimseye yakıştıramıyorum. Markete gittiğimde saçlı olmayan birini gördüğümde kanser hastası olduğunu düşünür ve çok üzülürdüm. Benim de saçım döküldü. Saçlarımı kapatıyorum. Bana da bakıp insanların üzülmelerini ve acımalarını istemiyorum”. (K17)

“Hiç halimi hatırlımı sormayan bir kişi hastalığımı öğrendiğinde benimle daha çok ilgilenmeye başlıyor. Acıyor sanırım”. (K18)

“İnsanlar acıyarak ya da üzülerek yaklaşıyor. Bunu sözleri ile ifade etmeseler bile bakışlarından anlaşılıyor”. (K19)

“Aslında ben hastalığımı aileme de söylemek istemedim. Çünkü annem meme kanseri hastası birini gördüğünde “kadıncağız meme kanseri olmuş, göğüsleri alınmış” der ve üzülürdü. Bunu anneme söylememe sebebim işte buydu. Üzülürsün ve acırsın. Bu duygular insanlarda çok olur. Ben de bunu yapıyorum. Yazık kadıncağızın memesi alınmış, kadıncağız kanser olmuş. Ben de kendi başıma gelmeden önce bu şekilde bakıyordum. Üzüliyordum ve bu insanlara karşı daha anlayışlı oluyor ve yumuşak davranıyordum. Kadının korunmaya ihtiyacı varmış gibi hissediyorsun”. (K24)

“İlk üç ay gizledim. Bilinmesini istemedim. Etrafınızda çok meraklı gözler oluyor. Kemoterapiye başlarken saçım döküleceği için etrafımdaki insanlara söylememeye başladım. Niçin sakladın dersiniz acınası gözlerle bakmalarını istemedim”. (K25)

Alt Tema 2: Beden İmajında Değişim

Meme kanseri hastalarının en fazla ifade ettikleri bir diğer alt tema ise “*Beden imajında değişimdir*”. Meme kanseri hastaları memenin alınması, saç ve kaşların dökülmesi gibi beden imajlarında meydana gelen değişikliklerin kendilerini toplum içinde etiketlediğini ve stigmatize ettiğini ifade etmişlerdir. Konuyla ilgili katılımcıların ifadeleri şu şekildedir:

“.....Saçlarınız ve kaşlarınızın olmaması... (Sessizleşti) Aynaya eskisi kadar bakmıyorum. İnsan kendini güzel görmek istiyor (Üzüldü). Kadına saç yakışıyor. Kaş yakışıyor. Kaç yaşında olursanız olun kadını gösteren özellikler bunlar. Aynı zamanda

hasta olduğunuzu da gösteriyor. Saçım ve kaşım dökülmeseydi belki kanser olduğum anlaşılmazdı”. (K1)

“İnsanların bakışlarından bazen rahatsız oluyorum. Kanser olduğumu anlıyorlar. Hemen soru soruyorlar. İnsanlara hastalığım ile ilgili açıklama yapmak hoşuma gitmiyor”. (K1)

“Göğsümün alınacağını kemoterapi tedavisinden sonra duydum. Üzüldüm ama onun bana zarar verdiğini düşündüğümde bir an önce vücudumdan gitmesini istedim. Gitti. Ama şimdi kendime bakınca tabi ki etkileniyorum. Ameliyat bölgeye bir ay bakamadım. Görüntüsü de kötü tabi ki. O nedenle ameliyat bölgeye bakmak istemiyorum. Gözlerimi kapatarak giyiniyorum. Bir de göğüslerimin büyük bir yapısı vardı. Bu nedenle göğsüm ve lenf bezlerim alınınca daha da büyük bir boşluk oluştu. Oradaki boşluğu ve yara izini görmek istemiyorum. Belli olmaması için elimden geleni yapıyorum”. (K3)

“Beni daha çok saçlarımın ve kaşlarımın dökülmesi etkiledi. Aslında saçımı kapatıyorum ama yine saçlarımın elime gelmesi beni üzüyor. İnsanın kanser olduğunu gösteren şeyler bunlar”. (K5)

“Site dışına çıktığımda insanlar yüzüme baktığında yüzümde hasta ifadesi var diye kendi aralarında konuşmuşlar. Kanser olduğumu anlamışlar. Yani yüzümün rengi soluk diye”. (K7)

“İnsanlar yüzüme kanser hastası mısın diye sormuyorlar ama o bakışları beni üzüyor. O an kanser olduğumu hatırlıyorum ve kötüleşiyorum”. (K12)

“Saçlarım döküldü. O nedenle saçımı kapatıyorum. Çünkü saçımı açsam rahatsız hissedirim. Evde bile kapatıyorum saçlarımı. Evde de rahatsızlık duyuyorum. Hastalığımı hatırlatıyor”. (K15)

“Memem yok. Saçlarım ve kaşlarım döküldü. Kilo aldım. Kendimi görmek bile istemiyorum. Kimse beni görmesin ve bana bakmasın istiyorum. İnsanların soru sormasından ve bakışlarından rahatsız oluyorum”. (K17)

“Dışardan belli oluyor ya saçların yok, kaşların yok, memen yok. Bir bakan tekrar bakıyor”. (K19)

“Meme ameliyatından sonra kendimi gördüğümde kötü hissettim. Neden böyle bir hastalığa sahip oldum diye düşündüm. Mememde büzüklük var. Dışarıdan bakıldığında belli oluyor. İnsanlar meraklı bir şekilde bakıyor. Hiç hoşuma gitmiyor”. (K25)

“Göğüsün yok. Vücudunun yarısı yokmuş gibi. Buruk hissediyorum. Üzgünüm. Birde o komşularım “ne olmuş sana böyle” deyip deyip duruyorlar”. (K27)

Alt Tema 3. Ön Yargılar

Stigmatizasyon algıları kategorisinde katılımcılar “Ön Yargılar” alt temasında kanserin toplum tarafından ölümcül, bulaşıcı ve tedavi edilemez bir hastalık olarak algılandığına ilişkin görüş bildirmişlerdir. Katılımcıların ifadeleri şu şekildedir:

“Kemoterapi alacağımı duyunca yıkıldım. Herkesin kanser tanısı aldığını duyacağını düşündüm. Öğrenileceğini ve öleceğim gözü ile bakacaklarını hissettim”. (K2)

“Bu hastalık ölümcül. Ailemde hiç yaşayan olmadı. Ama bir sürü insan kanser oluyor. Kanserden ölen çok insan var. İnsanlar hemen ölecekmişim gibi davranıyor. Ölecek miyim? Ne kadar ömrüm kaldı? Bazen bunları düşünüyorum. Üzüliyorum”. (K1)

“Bir keresinde şöyle oldu. Benim gelinim torunuma “Babaannen kanser. Babaannene çok yaklaşma” demiş. Torunum bana “babaanne sen bana yaklaşma, sen kansersin dedi”. Çok üzüldüm. (K5)

“Karşı komşum maske kullandığını gördüğünde kanser olduğumu anlamış. Birkaç gün sonra markette karşılaştığımızda bana kansersin değil mi? kızım dedi. Nasıl anladığını sordum. Maske takıyorsun ya oradan anladım dedi. Yani maske takan insanların hepsi kanser hastası olarak görülüyor”. (K11)

“İnsanlar kanserin tedavisi olmadığını düşündükleri için bize acıyan gözlerle bakıyorlar.” (K12)

“Bazı yakınlarım kanserin onlara bulaşacağını düşündüğü için bana uzak davranmaya başladı”. (K14)

“Ölümün kime geleceği belli olmaz. İnsanların bana ölecekmişim gibi davranmaları kötü hissettiriyor. Acaba ben gerçekten hemen ölecek miyim? diye düşünüyorum”. (K14)

“Bazı insanlar kanser olduğumu öğrendiğinde hemen ölecekmiş gibi davranıyor. Bunu çok saçma buluyorum. Çünkü ölüm sebebimizin kanser olacağı kesin değil. İki gün sonra araba çapıp ölmeyeceğimizi bilemeyiz”. (K15)

“Bir gün eşimin halası bize geldi. Kardeşinin beyinde mercimek büyüklüğünde kitle varmış, kansermiş. Daha yirmi sekiz yaşında ameliyat oldu dedi. Yirmi gün hastanede yattı ve sonra öldü diye anlattı. Bunların benim çocuklarımla yanında

anlatılması çok acı. Sonuçta çocuklarım benim hastalığımı biliyor ve çocuklarım çok küçük. Onlara ölümün hatırlatılması çok acı". (K17)

"Bir gün eski bir arkadaşım ile karşılaştım. Karşı karşıya geldiğimizde sanki verem hastasıymışım gibi benden uzak durarak konuştu. Kanseri bulaşıcı bir hastalık gibi davrandı. Nezaketen selam vermek istemişim. O şekilde bir tepki ile karşılaştım. Garip bir duyguydu". (K18)

"İlk kemoterapi aldığımda kaşlarımda saçlarımda dökülmüştü ama saçım kapalı olduğu için dışarıdan fark edilmedi. Beni gören insanlar "sen kaşlarını mı aldın" diye sordular. Ben ilaçlar nedeniyle oldu dediğimde kaşları dökülmüş, saçları dökülmüş yani hayatı bitmiş gibi tepkilerle karşılaştım". (K23)

"Bir komşum var. Çok meraklı. Göğsümün alındığını öğrendiğinde aç da yarana bakayım dedi. Ben de açtım. "Çok kötü olmuşsun. Kolunu da mı kullanamıyorsun. Sen bir işe yaramazsın. Yakında ölürsün" dedi". (K23)

"İnsanlar bana kanserli dedi. Kanserin bulaşıcı bir hastalık olduğunu düşünüyorlar. Benimle aynı ortamda bulunmak istemiyorlar. O nedenle insanlarla konuşmak istemiyorum. Onlardan uzaklaşmak istiyorum. Bana bu şekilde davrandıkları için hiçbir komşuma gidip gelmiyorum. Sanki onlara da kanseri bulaştıracakmışım gibi davranıyorlar". (K23)

"Kanser hastalığı, "bu kadın gidici, yazık" gibi sözler duymanıza neden oluyor. Toplumdaki insanlar bu gözle bakıyor". (K24)

"Bir gün eşimle markete gittik. Kasaya geldik. Bir kadın yanıma yaklaştı ve "bu kadın kanser" diyerek bağırdı. Elindeki market poşetlerini bırakarak kaçtı (Güldü). O an donakaldığımı hatırlıyorum. Çok kötü bir duyguydu. Kanseri hastalarını toplum çok üzüyor". (K25)

"...Kemoterapi ünitesine pembe bileklik bağışı yaptım. Hatta birkaç arkadaşına da vermişim. Kullanmadılar. Neden kullanmadıklarını sorduğumda bilekliği gören insanlar bana hep "kanserli" gözü ile baktı dediler. Sanırım kanser hastalarına her an ölecek gözü ile bakılıyor". (K25)

"Kemoterapiden gelmişim. Dayımın kızı gelmişti. On dakika gel kahve iç demiştik. Yanıma geldi ama bana acıyan gözlerle baktı. Kanseri sanki ona bulaşacakmış gibi evde benden en uzak noktaya oturdu. Ne olur ne olmaz sana uzak oturayım dedi. Neden uzak oturduğunu sorduğumda "insan ister istemez tedirgin oluyor" deyince beni korumak için değil de kendini korumak istediğini anladım". (K25)

Alt Tema 4: Damgalanma Korkusu

Damgalanma korkusu alt temasında katılımcılar toplum tarafından kanser hastası oldukları anlaşıldığında kendilerine farklı davranılmasından korktuklarını ifade etmişlerdir. Meme kanseri hastalarının “*Damgalanma korkusuna*” ilişkin ifadeleri şu şekildedir:

“Mememdeki değişiklik beni çok etkiliyor. Kıyafetler ile kapatmaya çalışsam da dışardan baktığınızda anlaşıyor. Sanki herkes göğüslerime bakıyormuş gibi hissediyorum. Utanıyorum. Biri soru soracak ve meme kanseri olduğumu anlayacak diye korkuyorum”. (K1)

“En çok etkilendiğim şey saçlarım kaşlarım dökülecek ve insanlar kanser olduğumu öğrenecek. Bunun korkusunu yaşıyorum. Saç dökülmezse kirpik dökülmezse kimse öğrenmeyecek. Çevremi öğrenmesi beni rahatsız ediyor”. (K2)

“Saç ve kaşın olmaması çok farklı. Özellikle de kaşlar. Kimsenin beni o şekilde görmesini istemedim. Bir bakan bir daha bakıyor. Saçlarımı kapatmaya karar verdim”. (K12)

“Hiç aynaya bakmadım. Saçlarım hep kapalı durdum. Kendimi hiç görmek istemedim. Saçlarım çıkana kadar saçlarımı açmadım. Kimsenin beni görmesini de istemedim. Kanser olduğumu anlamalarından ve farklı davranmalarından korktum”. (K22)

Tema 2: Stigmatizasyonun Etkileri

Stigmatizasyonun Etkileri teması sosyal izolasyon, dışlanma, eksik/yetersiz hissetme, hastalığı gizleme ve ayrımcılık olmak üzere dört alt temadan oluşmaktadır.

Alt Tema 1: Sosyal İzolasyon

Sosyal izolasyon alt temasında katılımcılar insanların hastalıkları ile ilgili soru sormasından, bakışlarından, davranışlarından ve fiziksel görünüşlerinde meydana gelen değişikliklerden rahatsızlık hissettikleri için insanlarla görüşmek istemediklerini ifade etmişlerdir. Meme kanseri hastalarının “*Sosyal İzolasyona*” ilişkin ifadeleri şu şekildedir:

“Bazen tanıdık biri ile karşılaştığımda hemen nasıl olduğumu soruyor. Normal bir nasılsın sorusu değil bu soru. Benim nasıl olduğum ile ilgili değil. Hastalığımı nasıl olduğunu merak ediyor. Kanser tanısı aldıktan sonra sadece kanserinizi konuşan insanlar var. Sadece kanserden ibaretmişim gibi hissediyorum. Böyle insanlardan uzak durmak bana iyi geliyor”. (K1)

“Kimsenin öğrenmesini istemediğim için hiç bir yere gitmiyorum. Kendimi eve kapattım. İnsanların davranışlarından rahatsız oluyorum”. (K2)

“İnsanlardan kendimi biraz soyutladım. Görüşmek istemiyorum”. (K3)

“Topluma giremiyorsun. İnsanlar garip bakıyor, uzak davranıyor, etkileniyorsun, kötü hissediyorsun”. (K9)

“Çok fazla evden dışarı çıkmıyorum. Sosyal bir ortama girsem insanlar eskiden saçın açtıktan neden kapattın diye sorabiliyor. Hastalığımı anlatmak zorunda kalabiliyorum, üzüliyorum”. (K15)

“Kimseyle görüşmek istemiyorum. Yirmi kilo aldım. Saçlarım döküldü. Kimse beni görmesin, kimse bana soru sormasın istiyorum”. (K17)

“Kimsenin soru sormasını istemedim. Herkese iyi olduğumu söyledim. Kimsenin gelmesini istemedim. Çünkü insanların anlamsız tavır ve konuşmalarından sıkıldım”. (K22)

“Bazı komşularım ve arkadaşlarım kanser hastası olduğum için uzak davranıyor. Onlarla konuşmak ve görüşmek istemiyorum. Çünkü bana kendimi kötü hissettiriyorlar”. (K23)

“Moralimi bozan insanlarla görüşmeyi kestim. Çünkü bazı insanların davranışları çok cahilce. Kanser denilince hemen ölecekmişim, tedavi olamayacakmışım ve onlara bulaştıracakmışım gibi davrananlar var. Bu davranışlardan hoşlanmıyorum. Ne yazık ki bu davranışlara çok maruz kalıyorsun”. (K25)

Alt Tema 2: Dışlanma

Katılımcılar meme kanseri tanısı aldıktan sonra insanların kendilerinden uzaklaştıklarına ilişkin görüş bildirmiştir. Meme kanseri hastalarının “Dışlanma” alt temasına ilişkin ifadeleri şu şekildedir:

“Çevrem çok genişti. Çok sık görüştüğüm insanlar vardı. Çevremdeki insanlar kanser olduğumu öğrendiğinde etrafımdan çekildi, uzaklaştılar benden. Sana enfeksiyon bulaştırmamak için gelmiyoruz dediler. Şuanda görüştüğüm kişi sayısı beş parmağımı geçmez”. (K11)

“Kimse eskisi gibi değil. Kimse yanıma gelmiyor ve gitmiyor. Sanki benden kaçıyorlarmış gibiler”. (K13)

“Bazı yakınlarım onlara kanser bulaşacağını düşündüğü için bana uzak davranmaya başladı. Yanıma oturmuyorlar. Uzak duruyorlar. İnsan hemen anlıyor.

Ben insanların böyle davranmalarına gerçekten çok üzüliyorum. İnsan kendini yalnız hissediyor”. (K14)

“Kız kardeşim hastalığımı öğrendiğinde beni görmeye gelmediği gibi acaba kanser onda da var mı diye hemen doktora gitti. Çok üzüldüm. Ailemde kanser hastası hiç yoktu. Ablam iki yıl yanıma hiç gelmedi. Erkek kardeşimde aynı şekilde davrandı. Ailemden çok dışlandım”. (K25)

“Çok ince fikirliyimdir. Daha önce her ortamda bulunan biriydim. Kanser olduktan sonra arkadaşlarım ve komşularım bir araya geldiklerinde beni çağırmadıklarını fark ettim. Beni neden çağırmadılar? Ben neden akıllarına gelmedim? Bunu fark ettiğimde oturup ağladığım zamanlar çok oldu”. (K27)

Alt Tema 3: Eksik/Yetersiz Hissetme

Eksik/yetersiz hissetme alt temasında katılımcılar meme kanseri tanısı aldıktan sonra meme kaybı nedeniyle insanlar tarafından kadınlıklarının, anneliklerinin azaldığının düşünüldüğünü, kendilerine bakamayacakları ve hiçbir iş yapamayacakları yönünde tepkilerle karşılaştıklarını, kendilerini eksik ve yetersiz hissettiklerini bildirmişlerdir. Meme kanseri hastalarının “Eksik/Yetersiz Hissetmeye” ilişkin ifadeleri şu şekildedir:

“Bazen insanların davranışları çok zoruma gidiyor. Sanki artık hiç bir işe yaramayacakmışım gibi davranıyorlar. Beni kendine bile bakamayan biri olarak görüyorlar. Bu davranışlar beni çok üzüyor. Kendimi eksik ve yetersiz hissediyorum. Acaba beni gördükleri kadar kötü bir durumda mıyım? diye düşünüyorum. İnsanların her zamanki gibi davranmasını bekliyorum”. (K1)

“Kadın olarak fiziksel bir eksiklik hissediyorsunuz. Oldukça kötü bir durum. Kıyafetlerinizde değişiklikler oluyor. Sağ memem yok. Sol memem görünüyor. Sağ tarafım çökük. Dışardan bakıldığında da belli oluyor. Belli olmaması için sütyenimin içine örtüler koyuyorum. Ama yine de belli oluyor. Giydiğiniz kıyafetler yakışmıyor. Bir de insanlar memesi yok diyor. Evet yok. Kadın değil miyim? kendimi eksik hissediyorum”. (K11)

“Saçlarımın ve kirpiklerimin dökülmesi beni çok etkiledi. Ancak mememin alınmasından daha çok etkilendim. Ameliyat sonrası bandaj ile sarılıydı. Hiçbir şey hissetmemiştim. Ta ki o bandaj açılıncaya kadar. Bandaj açıldığında çok büyük bir yokluk hissettim. Tek başıma mememin yerine baktım kendimi o an çok kötü hissettim. Anneliğimi kadınlığımı kaybetmiş gibi hissettim. Doktorum protez önerdi. Aldım ve

hemen taktım”. (K12)

“Başlangıçta önemli olan sağlığım, memem alınırda alınsın demiştim. Ama iş ciddileşince kendimi kötü hissettim. Mememi kaybetmemek için Ankara’ya bile gittim. Farklı bir tedavi yöntemi olabilir mi diye öğrenmek istedim. Memesini kaybetmek istemiyor insan. Bir memen var diğeri yok. Eksik duruyor. Çünkü kadını başka gösteren ne var? Sürekli bedeninde gördüğün bir şey. Ama artık yok. Etrafındaki insanların da davranışları değişiyor, sana acıyorlar. Gözlerini kaçırıyorlar. Bazıları da dik dik göğüsümdeki boşluğa bakıyor. Böyle insanların yanında rahat olamıyorum. O yüzden mememin alınmasını istemezdim”. (K15)

“Bana hasta muamelesi yapılmasını istemiyorum. Kendimi ezik, hiç bir işe yaramaz hissediyorum”. (K16)

“Bir iş yapsam sen hastasın neden kendini yoruyorsun denmesi bile insanı kötü hissettiriyor. Neden yapmayayım diye sorduğumda hastasın diyorlar. Kanser hastaları aciz ve kendine bile bakamayan insanlar olarak görülüyor. Ben bunları duymak istemiyorum. Kendimi eksik ve değersiz hissediyorum. Bana bu şekilde davranılsın istemiyorum. O nedenle ailemden başka kimseyle görüşmüyorum”. (K17)

“İnsanların size olan bakışları değişiyor. Sanki siz acınası bir durumdasınız ve hiç bir şey yapamıyormuşsunuz gibi davranıyorlar. Sanki birisine bağımlıymışsınız gibi yaklaşıyorlar. Böyle davranıldığında kendimi eksik hissediyorum”. (K18)

“Evde bir iş yapsam sen iş yapma, sen hastasın kendine dikkat et dediler. Bahçeye gitsem iş yapsam komşularım sen kendine acımıyorsun dediler. İş yaptığım ya da yorulduğum için mi kanser hastası oldum. İnsanlar kanser hastalarının bir işe yaramayacağını düşünüyor. Bu tarz konuşmalar olduğunda artık hiç bir işe yaramıyormuşum gibi hissediyorum”. (K21)

Alt Tema 4: Hastalığı Gizleme

Stigmatizasyonun etkileri temasında katılımcılar “Hastalığı Gizleme” alt teması ile ilgili görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar insanların kendilerine acıyarak yaklaşmaları, kanserin ölümü hatırlatması ve hastalıkları ilgili soru sorulmasından rahatsızlık hissettikleri için hastalık tanılarını gizli tuttuklarını ifade etmişlerdir. Konuyla ilgili katılımcıların ifadeleri şu şekildedir:

“İnsanların kanser hastası diyerek acıma duygusu ile her an ölecekmiş gözü ile bakmalarından nefret ettiğim için kimsenin duymasını istemiyorum. Kimseye söylemedim. Sadece eşim ve kız kardeşim biliyor”. (K2)

“Çevremdeki insanların acıyan gözle bakması beni yoruyor. Bu nedenle de sosyal çevreme söylemedim”. (K12)

“Kimseyle görüşmek istemiyorum. Anlatmak istemiyorum. Konuşmak istemiyorum. Burada hastalığımı kimse bilmiyor”. (K17)

“Göğsümün alındığının anlaşılmasını istemiyorum. Dikkatlice göğsüme bakıyorlar, “memesi yok” diyorlar, rahatsız oluyorum. Bunu duyduğum anda çok kötü oluyorum. Kıyafetlerimi bol tercih ediyorum”. (K23)

“Ben insanların çoğuna mememin tamamının alındığını söylemiyorum. Bir parçası alındı diyorum. Benim için üzülmelerini istemiyorum”. (K24)

“Bana başkalarının kanser öykülerini anlatmaya başlayan insanlar oluyor. Mesela bir tanıdığım kanser olduktan üç ay sonra öldü diye anlatıyorlar. Bu konuşmalar moralimi bozduğu için onları dinlemek istemiyorum. Neden onların bana anlattıkları moral bozucu hikayeleri dinleyeyim ki”. (K25)

“Aslında etrafımdaki insanlara kanser olduğumu çok fazla söylemedim. Bazı insanlardan gizledim. Garip tepkiler veriyorlar. Bu tepkilerle karşılaşmak beni daha kötü hissettiriyor”. (K26)

Alt Tema 5. Ayrımcılık

Ayrımcılık alt temasında katılımcılar meme kanseri tanısı aldıktan sonra insanların bir işte çalışamayacakları ve evlenemeyeceklerini düşündükleri ile ilgili görüş bildirmişlerdir. Meme kanseri hastalarının “Ayrımcılık” alt temasına ilişkin ifadeleri şu şekildedir:

“Göğsümün alınacağını öğrendiğimde ilk başta hiç bir şey hissetmedim. Duygusuzlaştım. Ameliyat sonrası oluşan boşluk beni rahatsız etmeye başladı. Kimsenin beni beğenmeyeceğini ve istemeyeceğini düşündüm”. (K4)

“Kanser tanısı alınca iş yerinde farklı tepkilerle karşılaştım. Artık eskisi gibi performans gösteremediğimi söylediler ve izin kullanmamı önerdiler. Daha iyi hissetmem ve daha enerjik olmam için önermişler. Şimdi raporluyum. (K9)

“Oturduğumuz yerde iki ya da üç kadın kanser hastası var. Bir komşum bizi diğer kadınlardan kanserli diye ayırıyor. Bizimle birlikte oturmuyor ve diğer insanlara da kanser olduğumuzu söylüyor”. (K23)

Hastalığı Gizleme
Sosyal İzolasyon
Ön Yargı
Dışlanma
Damgalanma Korkusu
Ayrımcılık
Acıma
Eksik ve Yetersiz Hissetme
Beden İmajında Değişim

Şekil.4.2 Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısına İlişkin Oluşturulan Temaların Kod Bulutu

5. TARTIŞMA

Tartışma bölümü, Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği'nin geçerlik ve güvenirlik bulgularının tartışılması, meme kanseri hastalarının içselleştirilmiş stigmatizasyon ve ayrımcılık algılarını etkileyen nicel verilerin tartışılması, meme kanseri hastalarının içselleştirilmiş stigmatizasyon ve ayrımcılık algılarına ilişkin nitel verilerin tartışılması olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır.

5.1. Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlik Bulgularının Tartışılması

Bu araştırmada, meme kanseri hastalarının içselleştirilmiş stigmatizasyon ve ayrımcılık deneyimlerini belirlemek amacıyla “Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği” geliştirilmiştir. Ölçek geliştirme çalışmalarında ilk adım madde havuzunun oluşturulmasıdır. Bu çalışmada yurt içinde ve yurt dışında konu ile ilgili yapılan çalışmalar taranarak ve ölçeğin hedef kitlesini oluşturan meme kanseri hastaları ile nitel görüşmeler yapılarak elli dokuz maddelik taslak ölçek formu Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Türk Dili ve Edebiyatı Bölümü'nden bir öğretim üyesinden destek alınarak dil, anlam, bütünlük ve yazım kuralları açısından değerlendirilmiş ve düzenlenmiştir. Taslak ölçek, düzenlendikten sonra kapsam ve içerik uygunluğunun değerlendirilebilmesi amacıyla uzman görüşüne sunulmuştur. Bu doğrultuda taslak ölçek ile ilgili farklı üniversitelerde ve sağlık kurumlarında görev yapan 10 uzmanın görüşü alınmıştır.

Uzmanlar ölçek maddelerini anlaşılabilirlik, amaca hizmet etme, ayırt edicilik ve kültürel uygunluk açısından değerlendirerek görüşlerini bildirmiştir. Uzmanların önerileri doğrultusunda maddelerde gerekli iyileştirmeler yapıldıktan sonra, ölçeğin kapsam geçerliği incelenmiştir. Bu araştırma kapsamında geliştirilen ölçek maddelerine uzmanların verdikleri puanlar Lawshe tekniği ile değerlendirilmiştir. Bu analizde KGO<KGÖ olan 8 madde (3, 8, 16, 18, 22, 36, 38, 53) yapı dışına çıkarılmış ve 51 maddelik taslak ölçek uygulamaya hazır hale getirilmiştir. Kapsam Geçerlik İndeksi hesaplanmış ve 0,94 olarak bulunmuştur.

Ölçeğin kapsam geçerliliği yapıldıktan sonra, ölçek maddelerinin meme kanseri

hastaları tarafından anlaşılabilirliğini değerlendirmek için 20 kişilik bir meme kanseri hasta grubu ile pilot çalışma yapılmıştır. Pilot çalışmaya katılan meme kanseri hastaları araştırma örneklemine dahil edilmemiştir. Pilot çalışma sonucunda elde edilen bulgular doğrultusunda gerekli düzeltmeler yapılarak ölçeğe son şekli verilmiştir.

Ölçek geliştirme çalışmalarında gerekli örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında, taslak ölçeğin madde sayısı göz önünde bulundurularak, madde sayısının 5-10 katı bireyin örnekleme dahil edilmesi önerilmektedir (O'Rourke and Hatcher, 2013). Bu araştırma kapsamında geliştirilen "Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği"nin taslak madde sayısı 51 olduğu için, madde sayısının sekiz katı meme kanseri hastasına ulaşılması hedeflenmiş ve araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 402 meme kanseri hastası ile veri toplama süreci tamamlanmıştır.

Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği'nin geçerlik çalışması kapsamında, ilk olarak Açıklayıcı Faktör analizi yapılmış, ikinci aşamada Doğrulamalı Faktör analizi çalışmalarına yer verilmiş ve daha sonra ölçeğin güvenirlik analizi yapılmıştır. Açıklayıcı faktör analizinde verilerin faktör analizine uygulanabilirliğini belirlemek için KMO testi, analiz edilecek değişkenler arasındaki ilişkilerin anlamlı olup olmadığını değerlendirmek amacıyla Barlett testi analizlerinden yararlanılmıştır.

Kaiser Meyer Olkin (KMO) değeri 0 ile 1 arasında değer almakta ve bu değer 1'e yaklaşması faktör yapısının daha güvenilir olduğu anlamına gelmektedir. Bu doğrultuda bu araştırmada Açıklayıcı Faktör analizi'nde; Kaiser Meyer Olkin (KMO) değerinin 0,877 olduğu saptanmıştır. Bartlett Küresellik testi sonucunda ise değişkenler arasında anlamlı düzeyde yüksek ilişki bulunduğu belirlenmiştir. Bu doğrultuda verilerin faktör analizi uygulamak için uygun olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($p<0,001$).

Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği Taslağına Temel Bileşenler Analizi (Principal Components Analysis) yöntemi ile varimax rotasyonu kullanılarak açıklayıcı faktör analizi uygulanmıştır. Analiz sonucunda 51 maddeden oluşan ölçeğin 12 alt boyuta ayrıldığı ancak bazı maddelerin 1'den fazla faktöre güçlü yüklendiği, bazı maddelerin tek başına bir faktör oluşturduğu görülmüştür. Bu doğrultuda bu maddeler yapı dışına çıkarılmıştır. Yapı dışına

çıkarılan maddeler 3, 4, 6, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 19, 20, 22, 24, 27, 31, 32, 33, 35, 36, 37, 41, 42, 49 ve 50 numaralı maddelerdir. Sonuç olarak 25 madde çıkarıldıktan sonra yapı 26 madde ve 6 faktör ile uygun hale gelmiştir.

Açıklayıcı faktör analizi sonucunda 26 madde ve 6 faktörden oluşan yapı Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) ile test edilmiştir. Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA), Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) ile belirlenen yapıların test edilerek geçerliğinin incelenmesini ya da daha önce yapılmış ölçek belirleme sonuçlarını yeni veri yapıları ile denetleme/doğrulama fonksiyonunu yerine getirmektedir. Analiz sonucunda modelin yeterli uyum göstermediği görülmüştür. Bu nedenle modelde modifikasyon indeks katsayıları incelenmiş, ki kare değerinde en çok düşüşe neden olan iki modifikasyon yapılmıştır. Böylece 26 madde ve 6 faktörlü yapı şeklinde doğrulanan model elde edilmiştir.

Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği'nin DFA sonuçlarına göre, tüm model uyum indekslerinin, iyi veya kabul edilebilir uyum gösterdiği görülmüştür (χ^2/sd : 2,906; GFI: 0,868; AGFI: 0,856; CFI: 0,906; RMSEA: 0,069; SRMR: 0,065). Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda, ölçek maddelerinin faktör yüklerinin 0,400 üzerinde olduğu belirlenmiştir.

Toplam puanın hesaplandığı likert tipi ölçüm araçlarının güvenilirliğini belirleyen kat sayılar güvenirlik analizi ile hesaplanmaktadır. Cronbach Alfa katsayısı, ölçek maddelerinin varyansları toplamının genel varyansa oranlanması ile hesaplanan, 0 ile 1 arasında değişim gösteren ağırlıklı standart değişim ortalamasıdır. Bu çalışma sonucunda Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği'nin yüksek derecede güvenilir ($\alpha=0,892$), Sosyal İzolasyon alt boyutunun yüksek derecede güvenilir ($\alpha=0,823$), Ayrımcılık ve Dışlanma alt boyutunun oldukça güvenilir ($\alpha=0,763$), Yetersizlik Hissi alt boyutunun oldukça güvenilir ($\alpha=0,756$), Beden İmajı alt boyutunun oldukça güvenilir ($\alpha=0,761$), Ön Yargı alt boyutunun oldukça güvenilir ($\alpha=0,714$) ve Olumsuz Tutum alt boyutunun ise oldukça güvenilir ($\alpha=0,697$) olduğu görülmektedir.

Güvenirlik ölçme yöntemlerinden bir diğeri ise test-tekrar test güvenirliğidir. Test-tekrar test güvenirliği bir ölçme aracının uygulamadan uygulamaya tutarlı sonuçlar verebilme, zamana göre değişmezlik gösterebilme gücüdür. 402 meme kanseri hastasına uygulanan “Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş

Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği” araştırma kapsamındaki 78 meme kanseri hastasına iki hafta arayla tekrar uygulanmıştır. İlk uygulama ve ikinci uygulama puanları arasında çok iyi uyumun olması ölçeğin güvenilir olduğunu göstermektedir. Ölçeğin 78 kişi ile zamana göre değişmezliğini değerlendirmek için ilk ve ikinci uygulamadan elde edilen puanlar arasındaki ilişki Sınıf içi Korelasyon Katsayısı (ICC) ile incelenmiş (ICC: 0,945) ve cevaplar arasındaki uyumun çok iyi olduğu görülmüştür ($p<0,001$). İki hafta arayla gerçekleştirilen her iki uygulamadan elde edilen ölçek puanları arasında çok iyi uyumun olması ölçeğin güvenilir olduğunu göstermiştir.

5.2. Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısını Etkileyen Nicel Verilerin Tartışılması

Bu araştırma kapsamında geliştirilen Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği (MKHİSAAÖ)’den alınabilecek minimum puan 26 ve maksimum puan 130’dur. Araştırma kapsamındaki hastaların MKHİSAAÖ’den $47,62\pm 18,20$ puan aldıkları belirlenmiştir. Ölçekten alınan puanın artışı, meme kanseri hastalarının içselleştirilmiş stigmatizasyon ve ayrımcılık algı düzeylerinin arttığına işaret etmekle birlikte araştırma kapsamındaki hastaların ölçekten almış oldukları puan doğrultusunda, içselleştirilmiş stigmatizasyon ve ayrımcılık algı düzeylerinin düşük olduğu söylenebilir.

Wong vd. (2019) yapmış olduğu diğer bir çalışmada meme kanseri hastalarının kendini damgalama ölçeğinden 16 puan üzerinden $7,68\pm 3,39$ puan aldıkları saptanmıştır. Meme kanseri hastalarının kendini damgalama puanları Yeung vd. (2019)’nin çalışmasında $1,92\pm 0,85$, Chu vd. (2021)’nin çalışmasında ise $16,45\pm 7,13$ olarak belirlenmiştir. Jin vd. (2021)’nin yapmış olduğu bir çalışmada ise meme kanseri hastalarının orta düzey damgalanma yaşadıkları saptanmıştır. Meme kanseri hastalarının stigmatizasyon ve ayrımcılık algısı yapılan araştırmalara göre farklılık göstermekle birlikte bu durum hastaların sosyo-demografik, klinik ve kültürel özelliklerindeki farklılıktan kaynaklanabilir.

Meme kanseri hastalarının MKHİSAAÖ toplam puanının yaş, yaşadığı yerleşim birimi, kimlerle birlikte yaşadığı ve gelir durumuna göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir. 34-43 yaş ve 44-53 yaş grubunda olan, ilçede ve yalnız yaşayan, geliri giderinden az olan hastaların MKHİSAAÖ puanının; 54 yaş ve üzerinde olan, ilde, eşi ile birlikte yaşayan ve geliri giderinden fazla olan hastaların puanından daha yüksek olduğu saptanmıştır. Araştırma bulgularıyla uyumlu olarak bu konuda yapılan bazı

Çalışmalarda da, stigmatizasyon algısının genç kadın hastalarda daha yüksek olduğu (Fujisawa et al. 2020; Tang et al. 2023), fiziksel çevrenin bireylerin stigmatizasyon algısını etkilediği; kırsal kesimde yaşıyan hastaların stigmatizasyon eğilimlerinin ilde yaşıyan hastalardan daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Bekiroğlu, 2021).

Bu konuda yapılan diğer çalışmalarda yüksek gelir düzeyine sahip meme kanseri hastalarının düşük gelir düzeyine sahip olan hastalardan daha az damgalandıkları (Fujisawa et al., 2020; Tsai and Lu, 2019), eş desteğinin meme kanseri hastaların yaşıadıkları stigmatizasyonu azaltmada etkili bir faktör olduğu (Jin et al., 2021); eş sevgisi ve desteğinin meme kanseri hastalarını, hastalıklarını kabul etmeye ve hastalıkla mücade etmeye motive ettiği (Hamid et al., 2020) bildirilmektedir.

Bu çalışmada hastaların MKHİSAAÖ puanının hastalığın evresi, tanı sonrası geçen süre, yakın çevresinde kanser tanısı alan birey bulunma ve sağlığını değerlendirme durumuna göre farklılık gösterdiği belirlendi. Tanı sonrası 7 ay ve üzeri süre geçen, yakın çevresinde kanser tanısı alan birey bulunmayan ve sağlığını kötü olarak tanımlayan meme kanseri hastalarının MKHİSAAÖ toplam puanının tanı sonrası 3-6 ay süre geçen, yakın çevresinde kanser tanısı alan birey bulunan ve sağlığını iyi olarak tanımlayan meme kanseri hastalarının puanından daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Yeung vd. (2019)'nin çalışmasında tanı sonrası geçen süre ile kendini damgalama arasında ilişki olduğu; tanı sonrası geçen süre arttıkça kendini damgalamanın azaldığı; Tripathi vd. (2017)'nin çalışmasında, meme kanseri hastalarının stigmatizasyon puanının yüksek düzey kaygı ve depresyon ile ilişkili olduğu; Marlow ve Wardle (2014)'nin çalışmasında, ailesinde ya da yakın arkadaşlarında kanser tanısı alan birey bulunan hastaların, kansere ilişkin stigmatizasyon algılarının daha düşük olduğu; Suwankhong ve Liamputtong (2016)'un çalışmasında, hastaların kanser tedavisi aldıktan sonra farklı düzeylerde damgalanma ve ayrımcılık yaşıadıkları bildirilmiştir.

Kansere bağlı stigmatizasyonun, kanserin evresinden ve mastektomi gibi uygulanan tedavi türlerinden etkilenebileceği bildirilmektedir (Akyolcu et al., 2019; Melhem et al. 2023). Bu çalışmada meme kanseri hastalarının MKHİSAAÖ puanının hastalığın evresine göre farklılık gösterdiği; üçüncü evre olan hastaların MKHİSAAÖ toplam puanının birinci evre hastaların puanından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Kanser tedavisi hastaların beden imajında değişiklikler yaşıamalarına ve bedenlerine karşı güvensizlik hissetmelerine neden olabilir. Hastalar kendilerini farklı, izole

edilmiş ve yabancılaşmış hissedebilir. Bu doğrultuda da hastaların içselleştirilmiş stigmatizasyon ve ayrımcılık algıları artabilir (Wang et al., 2017).

Araştırma kapsamındaki hastaların *MKHİSAAÖ Sosyal İzolasyon* alt boyutundan $9,82 \pm 5,52$ puan aldıkları belirlendi. Hastaların Sosyal İzolasyon alt boyutundan aldıkları puan doğrultusunda, sosyal izolasyon düzeylerinin düşük olduğu söylenebilir. Sosyal izolasyon, bireyin sosyal etkileşim sırasında olumsuz tutum ve davranışlara maruz kalması sonucu kendini diğer insanlardan ve toplumdan soyutlaması, yalnızlık ve çaresizlik gibi duygular yaşayarak kaçınma ve reddetme gibi davranışlar sergilemesi olarak tanımlanabilir (Liang et al. 2022). Literatürde sosyal izolasyonun meme kanseri hastalarında artan tümör nüksü ve ölüm korkusu ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (Kroenke et al. 2017). Kanser hastaları sosyal izolasyon nedeniyle yalnızlık ve işe yaramama duyguları hissedebilir. Bununla birlikte kendilerini stigmatize edilmiş ve ayrımcılığa uğramış olarak düşünebilir (Liang et al. 2022).

Bu çalışmada hastaların *MKHİSAAÖ Ayrımcılık ve Dışlanma* alt boyutundan $6,06 \pm 2,73$ puan aldıkları belirlendi. Hastaların Ayrımcılık ve Dışlanma alt boyutundan aldıkları puan doğrultusunda, ayrımcılık ve dışlanma düzeylerinin oldukça düşük olduğu söylenebilir. Ayrımcılık ve dışlanma sosyal bir grup içerisinde bazı insanlara diğerlerinden farklı davranma, onları bazı hak ve özgürlüklerden mahrum bırakma olarak tanımlanabilir (Özmen ve Erdem, 2018). Zamanian vd. (2021)'nin çalışmasında meme kanseri hastalarının %10,7'si insanların kendilerinden kaçındığını, %10,2'si başkaları tarafından terk edildiğini ve %11,2'si başkalarının kendilerine yüz çevirdiğini ifade etmişlerdir. Ogunkorode vd. (2021)'nin çalışmasında ise hastalar sosyal ilişkilerini ve arkadaşlarını kaybettiklerini, ailelerinin onları ziyaret etmeyi bıraktığını bildirmiştir. Meme kanseri hastalarının maruz kaldıkları ayrımcılık ve dışlanmanın bireylerde sosyal izolasyon düzeyini artırabileceği düşünülmektedir.

Araştırma kapsamındaki hastaların *MKHİSAAÖ Yetersizlik Hissi* alt boyutundan $11,98 \pm 5,76$ puan aldıkları belirlendi. Hastaların Yetersizlik Hissi alt boyutundan almış oldukları puan doğrultusunda, orta düzey yetersizlik hissettikleri söylenebilir. Zamanian vd. (2021)'nin çalışmasında meme kanseri hastalarının %21,5'inin fiziksel kısıtlılıklarından ve %21,6'sının hastalıklarından utandıkları bildirilmiştir. Bazı toplumlarda kanser hastaları topluma katkısı olmayan bireyler olarak görülebilmektedir (Al-Azri et al., 2014). Bununla birlikte meme kanseri hastalarının öz yeterlilik düzeyleri ile kendini damgalama arasında bir ilişki olduğu; içselleştirilmiş

stigmatizasyonun hastaların yaşamları üzerinde algılanan kontrol edilebilirlik düzeyini azalttığı; bu durumun hastaları kanserin yarattığı strese karşı savunmasız hale getirdiği ve kendilerini yetersiz hissettikleri bildirilmektedir (Chu et al., 2021).

Bu çalışmada hastaların *MKHİSAAÖ Beden İmajı* alt boyutundan $6,36 \pm 3,91$ puan aldıkları belirlenmiştir. Hastaların *Beden İmajı* alt boyutundan almış oldukları puan doğrultusunda, beden imajı ile ilgili içselleştirilmiş stigmatizasyon ve ayrımcılık algılarının düşük olduğu söylenebilir. *Beden imajı* algısı bireyin kendi bedeni hakkında sahip olduğu duygu ve düşüncelere bağlı olarak değerlendirilebilir (Brunet et. al., 2022). Araştırma bulgularını destekler nitelikte bu konuda yapılan bir çalışmada meme kanseri hastalarında düşük beden imajı algısının içselleştirilmiş utancın bir işlevi olduğu bildirilmiştir (Tehrani et al., 2021). Bu konuda yapılan diğer çalışmalarda, beden imajının meme kanseri hastalarının stigmatizasyon algılarını etkilediği vurgulanmıştır (Esser et al., 2018; Jin et al., 2021; Kang et al., 2018).

Araştırma kapsamındaki hastaların *MKHİSAAÖ Ön Yargı* alt boyutundan $6,18 \pm 3,64$ puan aldıkları belirlenmiştir. Hastaların *Ön Yargı* alt boyutundan almış oldukları puan doğrultusunda, meme kanserine yönelik ön yargıları içselleştirme düzeylerinin orta olduğu söylenebilir. Zamanian vd. (2021)'nin çalışmasında meme kanseri hastalarının %17,9'unun insanlar tarafından suçlandıkları saptanmıştır. Hastalar toplumdaki ve çevrelerindeki insanların ön yargılarını kabul edip içselleştirdiklerinde, kendilerini suçlayabilir ve utanabilir. Aynı zamanda kendilerini ailelerinden ve toplumdan izole edebilir.

Bu çalışmada meme kanseri hastalarının *MKHİAAÖ Olumsuz Tutum* alt boyutundan $7,22 \pm 4,09$ puan aldıkları belirlendi. Hastaların *Olumsuz Tutum* alt boyutundan aldıkları puan doğrultusunda orta düzey olumsuz tutuma maruz kaldıkları söylenebilir. Zamanian vd. (2021)'nin çalışmasında, meme kanseri hastalarının %14,9'unun insanların hastalıkları ile ilgili sordukları sorulardan rahatsızlık duydukları ve %8'inin kendilerine kaba davranıldığını düşündükleri saptanmıştır. Nyblade vd. (2017)'nin yapmış olduğu diğer bir çalışmada, meme kanseri hastalarının sözlü taciz, sosyal yabancılaşıma, suçlayıcı tutumlar, eş, aile ve genel toplum tarafından kötü muamele gördükleri belirlenmiştir.

5.3. Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısını Etkileyen Nitel Verilerin Tartışılması

Meme kanseri hastalar ile yapılan görüşmeler sonrasında; stigmatizasyon algıları ve stigmatizasyonun etkileri olmak üzere iki tema belirlenmiştir. Stigmatizasyon algıları teması acıma, beden imajında değişim, ön yargılar ve damgalanma korkusu alt temalarından oluşurken; stigmatizasyonun etkileri teması sosyal izolasyon, dışlanma, eksik/yetersiz hissetme, hastalığı gizleme ve ayrımcılık alt temalarından oluşmaktadır.

Araştırma kapsamındaki hastalar, insanların kendilerine acıyarak ve sempati ile yaklaşmasından rahatsızlık hissettiklerini bildirmiştir. Araştırma bulguları ile uyumlu olarak Pakistan’da meme kanseri hastaları ile yapılan nitel bir çalışmada, meme kanseri hastaların insanların sempatik yaklaşımları nedeniyle kendilerini değersiz ve güçsüz hissettikleri; bu durumun benliklerini olumsuz yönde etkilediği bildirilmiştir (Saeed et al., 2021). Tang vd. (2015)’nin çalışmasında, toplumda meme kanseri hastalara yönelik olumsuz tutumlar; utanma, acıma, sempati ve aşırı temkinli davranma olarak belirlenmiştir. Brunet vd. (2022)’nin çalışmasında, mastektomi ameliyatı olmanın hastalarda yargılanma, acıma ve reddedilme korkusuna yol açtığı saptanmıştır. Bu konuda yapılan diğer bir çalışmada toplumdaki insanların meme kanseri hastalara sempatik bir tavırla yaklaştıkları, hastaların bu durumu incitici ve küçümseyici buldukları belirlenmiştir (Al-Azri et al., 2014).

Bu çalışmada meme kanseri hastaları, beden imajlarında meydana gelen değişikliklerin (mastektomi, kilo değişiklikleri, saç ve kaşların dökülmesi vb.) kendilerini toplum içinde etiketlediğini ve stigmatize edildiklerini bildirmiştir. Araştırma bulgularıyla uyumlu olarak bu konuda yapılan bir çalışmada alopesi, mastektomi ve kilo alımı gibi fiziksel değişikliklerin meme kanseri hastalarının damgalanmasında etkili olduğu bildirilmiştir (Melhem et al. 2023). Suwankhong ve Liamputtong (2016)’un çalışmasında, araştırma kapsamındaki hastaların mastektominin vücutlarında asimetriye neden olduğunu ve sosyal kaygı yaşadıklarını ifade ettikleri belirlenmiştir. Bu konuda yapılan diğer bir çalışmada ise meme kanseri tanısı alan kadınların vücutlarındaki değişiklikleri gizlemek için hastalık sonrası farklı bir yerleşim birimine taşındıkları bildirilmiştir (Iddrisu et al., 2021).

Araştırma kapsamındaki hastalar meme kanserinin toplum tarafından ölümcül, bulaşıcı ve tedavi edilemez bir hastalık olarak algılandığını ifade etmiştir. Güney Tayland’da yapılan bir çalışmada, meme kanserinin toplum tarafından korkutucu bir

hastalık olarak tanımlandığı (Suwankhong and Liamputtong, 2016), Bahreyn’li kadınların deneyimlerinin araştırıldığı bir çalışmada hastaların kanserin bulaşıcı bir hastalık olduğuna inandığı (Jassim and Whitford, 2014); Uganda Kampala’da yapılmış olan diğer bir çalışmada ise toplumun meme kanserini ölüm ile eş değer tuttuğu bildirilmiştir (Meacham et al., 2016). Çin kültüründe ise kanserin, kişilerin kendisi ya da atalarının yapmış oldukları kötülüklerin bir cezası olarak kabul edildiği belirtilmektedir (Wu et al. 2020). Ön yargılar, kansere ilişkin yanlış inanışlar ve mitler toplumun kansere yönelik tutumunu etkileyebilmektedir (Wu et al. 2020). Algı teorisi damgalama gelişiminin doğrudan sosyal çevrenin gözlemlenmesinden kaynaklandığını ileri sürmektedir (Tang et al., 2015). Bu doğrultuda kansere yönelik ön yargıların içselleştirilmesinin hastalarda kaçınma, aile ve arkadaşları tarafından reddedilme korkusu yaşamalarına neden olabileceği düşünülmektedir (Chu et al. 2021).

Bu araştırma kapsamındaki hastalar kanser tanısı aldıklarının bilinmesinden, kendilerine farklı ve stigmatize edici davranılmasından korktuklarını bildirmiştir. Araştırma bulgularıyla uyumlu olarak bu konuda yapılan bazı çalışmalarda, meme kanseri hastaların tanı sonrası stigmatizasyona maruz kaldıkları (Saeed et al., 2021), vücutlarında meydana gelen değişikliklerden utandıkları, damgalanmaktan korktukları, kendilerini toplumdaki bireylerden uzak tuttukları (Suwankhong and Liamputtong, 2016), damgalanma korkusu nedeniyle sağlık hizmetlerine başvurmak istemedikleri ve semptomlarını aylarca gizledikleri saptanmıştır (Asobayire ve Barley, 2015).

Araştırma kapsamındaki hastalar insanların hastalıkları ile ilgili soru sormasından, kendilerine olan bakışlarından, davranışlarından ve fiziksel görünüşlerinde meydana gelen değişikliklerden rahatsızlık duydukları için insanlarla görüşmek istemediklerini ifade etmişlerdir. Araştırma bulgularımızı destekler nitelikte Kudjawu ve Agyeman-Yeboah (2021)’ın çalışmasında, hastaların vücutlarında meydana gelen değişikliklerin sorgulanmasını istemedikleri için insanlar ile görüşmekten kaçındıkları; Suwankhong ve Liamputtong (2016)’un çalışmasında hastaların bir çoğunun tedavi sonrası dönemde vücut imajlarında meydana gelen değişiklikler nedeniyle aile ve toplum faaliyetlerine katılma konusunda kendilerine olan güvenlerinin azaldığı ve sosyal izolasyon yaşadıkları bildirilmiştir. Kanser damgasının hastaların yaşamlarını tehdit ederek sosyal etkileşimlerinde belirsizlik yaratabileceği düşünülmektedir (Tang et al., 2015).

Bu çalışmada katılımcılar meme kanseri tanısı aldıktan sonra insanların kendilerinden uzaklaştıklarını ve dışlandıklarını ifade etmiştir. Araştırma bulgularıyla uyumlu olarak Saeed vd. (2021)'nin yapmış oldukları bir çalışmada, katılımcılar meme kanseri tanısı sonrası komşularının ve akrabalarının onlardan uzaklaştıklarını belirtmiştir. Bazı toplumlarda birey meme kanseri tanısı aldığında bu kişinin büyülediği ve lanetlendiği düşünülebilmektedir. Bu durum toplumdaki insanların kanser tanısı alan hastadan kaçınmasına neden olabilmektedir (Muliira et al., 2017). Bu nedenle stigmatizasyon ve ayrımcılık, kanser hastalarında toplumdan dışlanmışlık hissine yol açabilmektedir (Bhattacharyya et al., 2018).

Araştırma kapsamındaki hastalar, kanser tanısı aldıktan sonra kadınlıklarının ve anneliklerinin azaldığı, kendilerine bakamayacakları, hiçbir rol ve sorumluluklarını yerine getiremeyecekleri yönünde tepkilerle karşılaştıkları için kendilerini eksik ve yetersiz hissettiklerini bildirmişlerdir. Bu konuda yapılan bazı çalışmalarda, memenin hastalar tarafından cinsiyet kimliklerinin ve kadınlıklarının simgesi olarak algılandığı (Suwankhong and Liamputtong, 2016), meme kanserinin ve mastektominin kadınlıklarını ve anneliklerini etkilediğini düşündükleri (Saeed et al., 2021), meme kanseri tanısı alan kadınların kendilerini bir eş olarak yetersiz gördükleri (Che Ya et al., 2022) bildirilmiştir. Kanser tanı ve tedavisi, bireylerin olağan rol ve sorumluluklarını yerine getirmelerini engelleyebilir. Birey bazen çalışamayabilir ve bir engellilik durumu ortaya çıkabilir. Bu durum aile içi rollerde değişime neden olabilir. Bu nedenle bireylerin hastalığa uyum yetenekleri bozulabilir (Tang et al., 2015).

Bu araştırmada hastaların fiziksel görünümünde meydana gelen değişimleri kimsenin görmesini istemedikleri, insanların onlara acımasından ve hastalıkları ile ilgili soru sormasından rahatsız oldukları saptanmıştır. Bu konuda yapılan bazı çalışmalarda da, kadınların hastalıkları ile ilgili travmatik deneyimler yaşadıkları, hastalıkları hakkında konuşmak istemedikleri (Suwankhong and Liamputtong, 2016), meme kanseri tanısı almaları sosyal ilişkilerini etkileyebileceği ve zayıf görünmelerine neden olabileceği için hastalıklarını arkadaşları ile paylaşmak istemedikleri (Al-Azri et al., 2021) bildirilmiştir. Bununla birlikte meme kanseri ile ilgili toplumsal tepkilerin ve yanlış inanışların, hastaların tanılarını aile ve arkadaşlarına açıklamalarını engellediği, kadınların meme kanseri tanılarını stigmatizasyon, izolasyon ve insanların hastalıkları hakkında yaptıkları olumsuz yorumlar nedeniyle gizli tuttukları vurgulanmaktadır (Iddrisu et al., 2021).

Araştırma kapsamındaki hastalar meme kanseri tanısı sonrası toplumdaki bireylerin bir işte çalışamayacaklarını ve evlenemeyeceklerini düşündüklerini ifade etmişlerdir. Bu konuda yapılan bazı çalışmalarda da, hastaların eşleri tarafından terk edilme ve boşanma korkusu yaşadıkları, meme kanseri tanısı almalarının kızlarının ve kız kardeşlerinin evlenmelerine engel olabileceğini düşündükleri (Dewan et al., 2020); aile üyelerinin onlara kanser bulaştırdıklarını düşündükleri için sık sık utanç duydukları, çocuklarının meme kanseri ile damgalanacağını düşündükleri (Meacham et al. 2016); iş yerindeki kişiler tarafından olumsuz tutumlara maruz kalma korkusu nedeniyle meslektaşları ile tanılarını paylaşmadıkları belirlenmiştir (Tang et al., 2015).

Sonuç olarak stigma, bireyin fiziksel, bilişsel ve sosyal uyum yeteneğini bozan; izolasyon, reddedilme, aşağılanma ve eleştirilme hissi uyandıran kişisel bir deneyimdir. Meme kanseri hastaları, kanser tanısı alma, cerrahi yaralar, lenfatik ödem, kemoterapi nedeniyle saç dökülmesi ve radyoterapiden kaynaklanan eritem ve cilt lezyonları gibi problemler nedeniyle damgalanabilmektedir. Bu nedenle meme kanseri hastaları sosyal ilişkilerden kaçınarak, kendilerini izole edilmiş ve yalnız hissedebilmektedir (Kang et al., 2020). Stigmatizasyon içselleştirildiğinde ise hastalarda utanç, suçluluk ve ayrımcılık korkusu gibi olumsuz duygu durumları ortaya çıkabilmektedir. Uzun süreli utanç duygusu hastalarda stres, anksiyete, depresyon, tedaviye uyumda azalma ve tıbbi tedavinin gecikmesi gibi sorunlara yol açabilmektedir (Zhang etf al., 2022). Bu nedenle meme kanseri hastalarının içselleştirilmiş stigmatizasyon ve ayrımcılık algılarını etkileyen faktörler belirlenerek başa çıkma stratejilerinin güçlendirilmesinin son derece önemli olduğu düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda;

- “Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği”nin, meme kanseri hastalarına uygulanabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu, 6 alt boyut ve 26 maddeden oluştuğu belirlendi. Bu doğrultuda H_{1a} hipotezimiz kabul edilmiştir.
- Meme kanseri hastalarının “Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği” puanının $47,62 \pm 18,20$ olduğu,
- Meme kanseri hastalarının “Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği”nden en yüksek puanı Yetersizlik Hissi alt boyutundan ($11,98 \pm 5,76$), en düşük puanı ise Ayrımcılık ve Dışlanma alt boyutundan ($6,06 \pm 2,73$) aldıkları,
- “Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği” toplam ve alt boyut puanının hastaların bazı sosyo-demografik ve klinik özelliklerine göre farklılık gösterdiği belirlendi. Bu doğrultuda H_{1b} hipotezimiz kabul edilmiştir.
- Meme kanseri hastaları ile yapılan fenomenolojik görüşmeler sonrasında içselleştirilmiş stigmatizasyon teması ile stigmatizasyon algıları ve stigmatizasyon sonuçları olmak üzere iki alt tema saptandı.

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda;

- Meme kanseri hastalarının içselleştirilmiş stigmatizasyon ve ayrımcılık algılarının periyodik aralıklarla değerlendirilmesi,
- İçselleştirilmiş stigmatizasyon ve ayrımcılık yaşayan meme kanseri hastalarına psikolojik rehberlik ve danışmanlık hizmeti sunulması,
- Toplumdaki bireylerin meme kanseri ile ilgili bilgi ve farkındalıklarının artırılması,
- Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği’nin farklı kültür ve toplumlarda, daha geniş meme kanseri örneklem gruplarında kullanılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Abbey, S., Charbonneau, M., Tranulis, C., Moss, P., Baici, W., Dabby, L., Gautam, M. and Paré, M. (2011). Stigma and discrimination. *Can J Psychiatry*. 56 (10). 1-9.
- Ahmad, M. M., Musallam, R., Allah, A. H., Al-Daken, L., Abu-Snieneh, H. and Al-Dweik, G. (2018). Maturity level of the stigma concept associated with cancer diagnosis in the nursing literature. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP*. 19 (2). 479.
- Akin-Odanye, E. O. and Husman, A. J. (2021). Impact of stigma and stigma-focused interventions on screening and treatment outcomes in cancer patients. *Ecancermedicalscience*. 15.1308
- Akyolcu, N., Özhanlı, Y. ve Kandemir, D. (2019). Meme kanserinde güncel gelişmeler. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*. 6(3). 583-594.
- Al-Azri, M., Al-Awisi, H., Al-Rasbi, S., El-Shafie, K., Al-Hinai, M., Al-Habsi, H. and Al-Moundhri, M. (2014). Psychosocial impact of breast cancer diagnosis among Omani women. *Oman Medical Journal*. 29 (6). 437.
- Ayre, C. and Scally, A. J. (2014). Critical values for Lawshe's content validity ratio: revisiting the original methods of calculation. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*. 47(1). 79-86.
- ACS. (2022). American Cancer Society. Breast Cancer Early Detection and Diagnosis. Erişim tarihi 06.08.2022. <https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/8579.00.pdf>
- ACS (2022). American Cancer Society. Treating Breast Cancer. Erişim tarihi 08.08.2022. <https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/8581.00.pdf>
- ACS (2022). American Cancer Society. Understanding a Breast Cancer Diagnosis. Erişim tarihi 06.08.2022 <https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/8580.00.pdf>
- ACS (2022). American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2022. Erişim tarihi 06.08.2022. <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/annual-cancer-facts-and-figures/2022/2022-cancer-facts-and-figures.pdf>
- Andersen, M. M., Varga, S. and Folker, A. P. (2022). On the definition of stigma. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 28 (5). 847-853.
- Asobayire, A. and Barley, R. (2015). Women's cultural perceptions and attitudes towards breast cancer: Northern Ghana. *Health Promotion International*. 30 (3). 647-657.
- Bayad, A., Sakin, E. ve Cesur, S. (2020). Orta öğretim öğrencilerinde barışın sosyal temsilleri. *Türk Psikoloji Dergisi*. 35 (Özel sayı).13-33. doi:10.31828/tpd1300443320200705x000037.
- Bekiroğlu, S. (2021). Ruhsal hastalığa sahip bireylere yönelik damgalama: Etkileyen faktörlere ve bireyler üzerindeki etkilerine dair kavramsal bir çalışma. *OPUS International Journal of Society Researches*. 17 (33). 595-618.
- Bhattacharyya, G. S., Malhotra, H., Babu, G., Vora, A. and Bhattacharyya, S. (2018). Cancer stigma related to beliefs of patients and care providers. *Annals of Oncology*. 29. viii559. doi: <https://doi.org/10.1093/annonc/mdy296.006>.
- Bland, K. I., Copeland, E. M., Klimberg, V. S. and Gradishar, W. J. (2018). *The Breast Comprehensive Management of Benign and Malignant Diseases*. Elsevier Health Sciences.
- Bos, A. E., 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.
- Bose, S.M., Sharma, S.C., Mazumdar, A., Kaushik, R. (2022) *Breast Cancer Comprehensive Management*. Springer.

- Brunet, J., Price, J., and Harris, C. (2022). Body image in women diagnosed with breast cancer: a grounded theory study. *Body Image*. 41. 417-431.
- Bu, X., Li, S., Cheng, A. S., Ng, P. H., Xu, X., Xia, Y. and Liu, X. (2022). Breast cancer stigma scale: a reliable and valid stigma measure for patients with breast cancer. *Frontiers in Psychology*. 13.
- Drabish, K. and Theeke, L. A. (2022). Health impact of stigma, discrimination, prejudice, and bias experienced by transgender people: a systematic review of quantitative studies. *Issues in Mental Health Nursing*. 43 (2). 111-118.
- Che Ya, S. N., Muhamad, R., Zakaria, R., Mohd Zain, N., Ishak, A., Hassan, I. I., Hadi, I. A., Low, W. Y. and Liamputtong, P. (2022). "I lost my gift to him": the consequences of female sexual dysfunction on breast cancer survivors in Malaysia. *Archives of Sexual Behavior*. 51 (3). 1625-1635. doi: <https://doi.org/10.1007/s10508-021-02051-3>.
- Chu, Q., Wong, C. C., Chen, L., Shin, L. J., Chen, L. and Lu, Q. (2021). Self-stigma and quality of life among Chinese American breast cancer survivors: A serial multiple mediation model. *Psycho-Oncology*. 30 (3). 392-399.
- Corrigan, P., Markowitz, F. E., Watson, A., Rowan, D. and Kubiak, M. A. (2003). An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*. 162-179.
- Corrigan, P. W. (2016). Lessons learned from unintended consequences about erasing the stigma of mental illness. *World Psychiatry*. 15 (1). 67-73.
- Corrigan, P. W. (2014). *The Stigma of Disease and Disability. Understanding Causes and Overcoming Injustices*. United Book Press, Baltimore.
- Corrigan, P. W. and Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 9 (1). 35.
- Costa, W. A., Monteiro, M. N., Queiroz, J. F. and Gonçalves, A. K. (2017). Pain and quality of life in breast cancer patients. *Clinics*. 72. 758-763.
- Dewan, M. F., Hassounah, D., Song, M. and Lyons, K. S. (2020). Development of the breast cancer stigma scale for arab patients. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*. 7 (3). 295-300.
- Erdoğan, S. (2014). "Nitel araştırmalar". Erdoğan, S., Nahçıvan, N. ve Esin, M.N. (ed.). *Hemşirelikte araştırma süreç, uygulama ve etik*. (s. 148-149). 1. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Esin, N. (2014). "Veri toplama yöntem ve araçları: veri toplama araçlarının güvenilirlik ve geçerliği". Erdoğan, S., Nahçıvan, N. ve Esin, M. N. (ed.). *Hemşirelikte araştırma: süreç, uygulama ve kritik*. (s. 193-232). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Esser, P., Mehnert, A., Johansen, C., Hornemann, B., Dietz, A. and Ernst, J. (2018). Body image mediates the effect of cancer-related stigmatization on depression: a new target for intervention. *Psycho-Oncology*. 27 (1). 193-198.
- Feng, L. S., Li, X. Y., Wang, H. R., Zhan, J. J., Chen, D. and Wang, Y. F. (2018). Development and validation of the cancer self-perceived discrimination scale for Chinese cancer patients. *Health and Quality of Life Outcomes*. 16 (1). 1-9.
- Ferguson, L., Gruskin, S., Bolshakova, M., Yagyu, S., Fu, N., Cabrera, N., Rozelle, M., Kasoka, K., Oraro-Lawrence, T., Stackpool-Moore, L., Motala, A. and Hempel, S. (2022). Frameworks and measures for HIV-related internalized stigma, stigma and discrimination in healthcare and in laws and policies: a systematic review. *Journal of the International AIDS Society*. 25. e25915.
- Fujisawa, D. and Hagiwara, N. (2015). Cancer stigma and its health consequences. *Current Breast Cancer Reports*. 7. 143-150.

- Fujisawa, D., Umezawa, S., Fujimori, M. and Miyashita, M. (2020). Prevalence and associated factors of perceived cancer-related stigma in Japanese cancer survivors. *Japanese Journal of Clinical Oncology*. 50 (11). 1325-1329.
- Gaebel, W., Rössler, W. And Sartorius, N. (2017). *The Stigma of Mental Illness End of the Story?*. Springer.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Göpfert, N. C., Conrad von Heydendorff, S., Dreßing, H. and Bailer, J. (2019). Applying Corrigan's progressive model of self-stigma to people with depression. *Plos One*. 14 (10). e0224418.
- Grossman, M. (2022). *Promoting Healing and Resilience in People with Cancer: A Nursing Perspective*. Springer Nature.
- Hamid, W., Jahangir, M.S. and Khan, T.A. (2020). Lived experiences of women suffering from breast cancer in Kashmir: a phenomenological study. *Health Promotion International*. 36 (3). 680-692. doi: <https://doi.org/10.1093/heapro/daaa091>.
- Harmer, V. (2011). *Breast Cancer Nursing Care and Management*. Wiley-Blackwell.
- Hatzenbuehler, M. L. and Link, B. G. (2014). Introduction to the special issue on structural stigma and health. *Social Science & Medicine*. 103. 1-6.
- He, Z., Chen, Z., Tan, M., Elingarami, S., Liu, Y., Li, T., Deng, Y., He, N., Li, S., Fu, J. and Li, W. (2020). A review on methods for diagnosis of breast cancer cells and tissues. *Cell Proliferation*. 53 (7). e12822. doi: 10.1111/cpr.12822.
- Hornsey, M. J. (2008). Social identity theory and self-categorization theory: a historical review. *Social and Personality Psychology Compass*. 2 (1). 204-222.
- Höijer, B. (2011). Social representations theory. *Nordicom Review*. 32 (2). 3-16.
- Iddrisu, M., Aziato, L. and Ohene, L. A. (2021). Socioeconomic impact of breast cancer on young women in Ghana: a qualitative study. *Nursing Open*. 8 (1). 29-38.
- Ikhuoria, E. B. and Bach, C. (2018). Introduction to breast carcinogenesis-symptoms, risks factors, treatment and management. *European Journal of Engineering and Technology Research*. 3 (7). 58-66.
- Jassim, G. A. and Whitford, D. L. (2014). Understanding the experiences and quality of life issues of Bahraini women with breast cancer. *Social Science & Medicine*. 107. 189-195.
- Jin, R. Q., Xie, T. T., Zhang, L. J., Gong, N. and Zhang, J. N. (2021). Stigma and its influencing factors among breast cancer survivors in China: a cross-sectional study. *Eur. J. Oncol. Nurs.* 52:101972. doi: 10.1016/j.ejon.2021.101972.
- Kang, D., Choi, E. K., Kim, I. R., Nam, S. J., Lee, J. E., Im, Y. H., Ahn, J. S., Park, Y. H. and Cho, J. (2018). Distress and body image due to altered appearance in posttreatment and active treatment of breast cancer patients and in general population controls. *Palliative & Supportive Care*. 16 (2). 137-145.
- Kang, N. E., Kim, H. Y., Kim, J. Y. and Kim, S. R. (2020). Relationship between cancer stigma, social support, coping strategies and psychosocial adjustment among breast cancer survivors. *Journal of Clinical Nursing*. 29 (21-22). 4368-4378.
- Kaya, B.G. (2020). *20-65 yaş arası bireylerde kansere yönelik damgalama ve etkileyen faktörler*. Yüksek Lisans Tezi. Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, 50, Kars.
- Khoshnood, Z., Dehghan, M., Iranmanesh, S. and Rayyani, M. (2019). Informational needs of patients with cancer: a qualitative content analysis. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP*. 20 (2). 557.

- Kite, M. E. And Whitley, B. E. (2016). *Psychology of Prejudice and Discrimination*. Taylor & Francis
- Kong, R., Wang, Y. and Ge, S. (2017). Stigma and influencing factors among young breast cancer patients after surgery. *J Nurs Sci*. 32 (8). 84-86.
- Kroenke, C. H., Michael, Y. L., Poole, E. M., Kwan, M. L., Nechuta, S., Leas, E., Caan, B. J., Pierce, J., Shu, X., Zheng, Y. and Chen, W. Y. (2017). Postdiagnosis social networks and breast cancer mortality in the after breast cancer pooling project. *Cancer*. 123 (7). 1228-1237.
- Krohn, M.D., Hendrix, N., Hall, G.P. and Lizotte, A.J. (2019). *Handbook on Crime and Deviance*. Springer Nature Switzerland AG.
- Kudjawu, S. and Agyeman-Yeboah, J. (2021). Experiences of women with breast cancer undergoing chemotherapy: a study at ho teaching hospital, Ghana. *Nursing Open*. 8 (6). 3161-3169.
- Latalova, K., Kamaradova, D. and Prasko, J. (2014). Perspectives on perceived stigma and self-stigma in adult male patients with depression. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 1399-1405.
- Lawshe, C. H. (1975). A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology*. 28(4). 563-575
- Liang, Y., Hao, G., Wu, M. and Hou, L. (2022). Social isolation in adults with cancer: an evolutionary concept analysis. *Frontiers in Psychology*, 13.
- Link, B. G. and Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*. 27 (1). 363-385.
- Link, B. G., Yang, L. H., Phelan, J. C. and Collins, P. Y. (2004). Measuring mental illness stigma. *Schizophrenia Bulletin*. 30 (3). 511-541.
- Lubkin, I. M. and Larsen, P.D. (2013). *Chronic Illnes Impact and Intervention*. Jones & Bartlett Learning
- Lucas, J. W. and Phelan, J. C. (2012). Stigma and status: the interrelation of two theoretical perspectives. *Social Psychology Quarterly*. 75 (4). 310-333.
- Major, B., Dovidio, J. And Link, B. G. (2018). *The Oxford Handbook of Stigma, Discrimination and Health*. Oxford University Press.
- Mak, W. W. and Cheung, R. Y. (2010). Self-stigma among concealable minorities in Hong Kong: conceptualization and unified measurement. *American Journal of Orthopsychiatry*. 80 (2). 267.
- Marlow, L. A. and Wardle, J. (2014). Development of a scale to assess cancer stigma in the non-patient population. *BMC Cancer*. 14 (1). 1-12.
- McFarland, D. C., Shaffer, K. M., Tiersten, A. and Holland, J. (2018). Physical symptom burden and its association with distress, anxiety, and depression in breast cancer. *Psychosomatics*. 59 (5). 464-471.
- McKeown, S., Haji, R. and Ferguson, N. (2016). *Understanding Peace and Conflict Through Social Identity Theory. Contemporary Global Perspectives*. Springer
- McLeod, J. D., Lawler, E. J. and Schwalbe, M. (2014). *Handbook of the Social Psychology of Inequality*. Springer
- Meacham, E., Orem, J., Nakigudde, G., Zujewski, J. A. and 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.
- Melhem, S. J., Nabhani-Gebara, S. and Kayyali, R. (2023). Latency of breast cancer stigma during survivorship and its influencing factors: a qualitative study. *Frontiers in Oncology*. 13. 963.

- Michaels, P. J., Álvarez, M. L., Rüsch, N. and Corrigan, P. W. (2012). Constructs and concepts comprising the stigma of mental illness. *Psychology, Society & Education*. 4 (2). 183-194.
- Moscovici, S. (1984). "The Phenomenon of Social Representations". R. M. Farr and S. Moscovici (eds.). in: *Social Representations* (s. 125-147). Cambridge: Cambridge University.
- Muliira, R. S., Salas, A. S. and O'Brien, B. (2017). Quality of life among female cancer survivors in Africa: an integrative literature review. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*. 4 (1). 6-17.
- Nyblade, L., Stockton, M., Travasso, S. and Krishnan, S. (2017). A qualitative exploration of cervical and breast cancer stigma in Karnataka, India. *BMC Womens Health*. 17 (1). 1-15.
- O'connor, P. and Earnest, J. (2011). *Stigma, Discrimination and Marginalisation of Indian Women Living with HIV/AIDS*. Sense Publishers.
- Ogunkorode, R. S. A., Holtslander, L., Ferguson, L., Maree, J. E., Anonson, J. and Ramsden, V. R. (2021). Factors influencing the health-seeking behaviors of women with advanced stages of breast cancer in Southwestern Nigeria: an interpretive description study. *International Journal of Africa Nursing Sciences*. 14. 100273.
- Orçan, F. (2018). Açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi: İlk hangisi kullanılmalı. *Eğitimde ve Psikolojide Ölçme ve Değerlendirme Dergisi*. 9(4). 413-421.
- O'Rourke, N. and Hatcher, L. (2013). *Step-by-Step Approach to Using the SAS System for Factor Analysis and Structural Equation Modeling*. Second Edition. Cary, NC: SAS Institute Inc.
- Özdamar, K. (2017). *Eğitim, Sağlık ve Davranış Bilimlerinde Ölçek ve Test Geliştirme Yapısal Eşitlik Modellemesi*. Eskişehir: Nisan Kitabevi.
- Özdemir, Z. (2018). Sağlık bilimlerinde likert tipi tutum ölçeği geliştirme. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 5 (1). 60-68.
- Özmen, S. ve Erdem, R. (2018). Damgalamanın kavramsal çerçevesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 23 (1). 185-208.
- Parekh, R. and Childs, E. W. (eds.). (2016). *Stigma and prejudice: Touchstones in understanding diversity in healthcare*. Switzerland: Springer Publishing.
- Parker, R. and Aggleton, P. (2003). HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *Social Science & Medicine*. 57(1). 13-24.
- Perugino, F., De Angelis, V., Pompili, M. and Martelletti, P. (2022). Stigma and chronic pain. *Pain and Therapy*. 11 (4). 1085-1094.
- Pinto-Foltz, M. D. and Logsdon, M. C. (2009). Reducing stigma related to mental disorders: initiatives, interventions, and recommendations for nursing. *Archives of Psychiatric Nursing*. 23 (1). 32-40.
- Psarropoulou, A. (2015). *Perceived stigmatization and coping of African American women with breast cancer*. Ball State University.
- Rateau, P., Moliner, P., Guimelli, C. and Abric, J. C. (2012). Social representation theory. *Handbook of Theories of Social Psychology*, 2.
- Saeed, S., Asim, M. and Sohail, M. M. (2021). Fears and barriers: problems in breast cancer diagnosis and treatment in Pakistan. *BMC Women's Health*. 21 (1). 1-10.
- Sapkota, A., Shrestha, S., Sedhain, A., Koirala, S. and Kafle, P. (2016). Problems of breast cancer survivors living in an urban area of Nepal. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*. 3 (3). 289-296.

- Seçer, İ. (2018). Psikolojik test geliştirme ve uyarlama süreci SPSS ve lisrel uygulamaları. Ankara: 1.B. Anı Yayıncılık. 65-76.
- Sheehan, L., Nieweglowski, K. and Corrigan, P. (2016). The stigma of personality disorders. *Current Psychiatry Reports*. 18. 1-7.
- Shiri, F. H., Mohtashami, J., Manoochehri, H. and Rohani, C. (2018). Explaining the meaning of cancer stigma from the point of view of Iranian stakeholders: a qualitative study. *International Journal of Cancer Management*. 11 (7). e61165. doi: 10.5812/ijcm.61165.
- Shiri, F. H., Mohtashami, J., Manoochehri, H., Nasiri, M. and Rohani, C. (2020). Care plan for reducing stigma in cancer disease. *Open Journal of Nursing*. 10 (11). 1142.
- Smit, A., Coetzee, B. J. S., Roomaney, R., Bradshaw, M. and Swartz, L. (2019). Women's stories of living with breast cancer: a systematic review and meta-synthesis of qualitative evidence. *Social Science & Medicine*. 222. 231-245.
- Solanke, I. (2017). *Discrimination as stigma. A Theory of Anti-discrimination Law*. Oxford and Portland, Oregon
- Sönmez, V. ve Alacapınar, F. G. (2016). *Örneklendirilmiş Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. (7.Baskı). Ankara: Anı Yayıncılık.
- Squiers, L., Siddiqui, M., Kataria, I., Dhillon, P. K., Aggarwal, A., Bann, C., Lynch, M. and Nyblade, L. (2021). Perceived, experienced, and internalized cancer stigma: Perspectives of Cancer Patients and Caregivers in India. *RTI Press*. 1-9. doi: <https://doi.org/10.3768/rtipress.2021.r.0044.2104>.
- Stangl, A. L., Earnshaw, V. A., Logie, C. H., Van Brakel, W., C. Simbayi, L., Barré, I. and Dovidio, J. F. (2019). The health stigma and discrimination framework: a global, crosscutting framework to inform research, intervention development, and policy on health-related stigmas. *BMC Medicine*. 17. 1-13.
- Stergiou-Kita, M., Pritlove, C. and Kirsh, B. (2016). The “Big C”-stigma, cancer, and workplace discrimination. *Journal of Cancer Survivorship*. 10. 1035-1050.
- Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A. and Bray, F. (2021). Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 71 (3). 209-249.
- Suwankhong, D. and Liamputtong, P. (2016). Breast cancer treatment: experiences of changes and social stigma among Thai women in southern Thailand. *Cancer Nurs*. 39. 213-220.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2020). *Meme Kanseri Korunma, Tarama, Tanı, Tedavi ve İzlem Klinik Rehberi*. 2020. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2021). *Türkiye Kanser İstatistikleri 2017*. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Ankara.2021.
- Tang, W. Z., Yusuf, A., Jia, K., Iskandar, Y. H. P., Mangantig, E., Mo, X. S., Wei, T. F. and Cheng, S. L. (2023). Correlates of stigma for patients with breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *Supportive Care in Cancer*. 31 (1). 55.
- Tang, P. L., Mayer, D. K., Chou, F. H. and Hsiao, K. Y. (2015). The experience of cancer stigma in Taiwan: a qualitative study of female cancer patients. *Archives of Psychiatric Nursing*. 30 (2). 204-209.
- Tehrani, M., Zamanian, H., Daryaafzoon, M., Andikolaei, S., Mohebbi, M., Imani, A., Tahmasbi, B., Foroozanfar, S. And Jalali, Z. (2021). Body image, internalized stigma and enacted stigma predict psychological distress in women with breast cancer: A serial mediation model. *Journal of Advanced Nursing*. 77 (8). 3412-3423.

- Trayes, K. P. and Cokenakes, S. E. (2021). Breast cancer treatment. *American Family Physician*. 104 (2). 171-178.
- Tripathi, L., Datta, S. S., Agrawal, S. K., Chatterjee, S. and Ahmed, R. (2017). Stigma perceived by women following surgery for breast cancer. *Indian Journal of Medical and Paediatric Oncology*. 38 (02). 146-152.
- Tsai, W. and Lu, Q. (2019). Ambivalence over emotional expression and intrusive thoughts as moderators of the link between self-stigma and depressive symptoms among Chinese American breast cancer survivors. *Journal of Behavioral Medicine*. 42 (3). 452-460.
- Türk, K. E. (2019). Meme kanseri, kadınlar ve eşlerinin yaşadığı sorunlar. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 8 (4). 495-500.
- Veronesi, U., Goldhirsch, A., Veronesi, P., Gentilini, O. D., and Leonardi, M. C. (2017). *Breast cancer: Innovations in research and management*. Springer.
- Vogel, D. L., Bitman, R. L., Hammer, J. H., and Wade, N. G. (2013). Is stigma internalized? The longitudinal impact of public stigma on self-stigma. *Journal of counseling psychology*. 60(2). 311.
- Von Hippel, C., Brener, L. and Horwitz, R. (2018). Implicit and explicit internalized stigma: Relationship with risky behaviors, psychosocial functioning and healthcare access among people who inject drugs. *Addictive Behaviors*. 76. 305-311.
- Wang, Q. X., Bai, Y., Lu, G. F. and Zhang, C. Y. (2017). Perceived health-related stigma among patients with breast cancer. *Chinese Nursing Research*. 4 (4). 158-161.
- Warmoth, K., Cheung, B., You, J., Yeung, N. C. and Lu, Q. (2017). Exploring the social needs and challenges of Chinese American immigrant breast cancer survivors: a qualitative study using an expressive writing approach. *International Journal of Behavioral Medicine*. 24. 827-835.
- Warmoth, K., Wong, C. C., Chen, L., Ivy, S. and Lu, Q. (2020). The role of acculturation in the relationship between self-stigma and psychological distress among Chinese American breast cancer survivors. *Psychology, Health & Medicine*. 25 (10). 1278-1292.
- Wei, D., Liu, X. Y., Chen, Y. Y., Zhou, X. and Hu, H.P. (2016). Effectiveness of physical, psychological, social, and spiritual intervention in breast cancer survivors: an integrative review. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 3. 226-232.
- Weiss, M. G., Ramakrishna, J. and Somma, D. (2006). Health-related stigma: rethinking concepts and interventions. *Psychology, Health & Medicine*. 11(3). 277-287.
- Wong, C. C., Pan-Weisz, B. M., Pan-Weisz, T. M., Yeung, N. C., Mak, W. W. and Lu, Q. (2019). Self-stigma predicts lower quality of life in Chinese American breast cancer survivors: exploring the mediating role of intrusive thoughts and posttraumatic growth. *Quality of Life Research*. 28. 2753-2760.
- Wu, I. H., Tsai, W., McNeill, L. H. and Lu, Q. (2020). The associations of self-stigma, social constraints, and sleep among Chinese American breast cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*. 28. 3935-3944.
- Yeung, N. C., Lu, Q. and Mak, W. W. (2019). Self-perceived burden mediates the relationship between self-stigma and quality of life among Chinese American breast cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*. 27. 3337-3345.
- Yurdugül, H. (2005, Eylül). “Ölçek geliştirme çalışmalarında kapsam geçerliği için kapsam geçerlik indekslerinin kullanılması”. *XIV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi*, Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi, Denizli. 771-774.
- Zamanian, H., Amini-Tehrani, M., Daryaafzoon, M., Jalali, Z., Sabeghi, F., Rahimdel, S. and Tahmasbi, B. (2021). Social, demographical, and clinical correlates of stigma in Iranian

breast cancer women. *Research Square*. 1-13. doi: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-154505/v1>.

Zhang, Y., Zhao, J., Jiang, N., Liu, Y., Wang, T., Yu, X., Wang, J. and Yu, J. (2022). The association between comorbidities and stigma among breast cancer survivors. *Scientific Reports*. 12(1). 13682.



EKLER

Ek 1. Hasta Bireyi Tanıtıcı Bilgi Formu

1. Yaşınız:.....
2. Medeni Durumunuz: () Bekar () Evli () Boşanmış /Dul
3. Eğitim Durumunuz:
() Okur-yazar () İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite
4. Çalışıyor musunuz?: ()Evet ()Hayır
5. Mesleğiniz:
()Ev hanımı () İşçi ()Memur ()Serbest Meslek ()Emekli ()Öğrenci ()İşsiz
()Diğer (belirtiniz):
6. Sosyal güvenceniz var mı? () Var () Yok
7. Halen yaşadığınız yerleşim birimi: () İl () İlçe () Köy
8. Aile yapınız: ()Çekirdek aile ()Geniş aile
9. Çocuk sahibi olma durumunuz: ()Evet ()Hayır
10. Cevabı evet ise sahip olduğu çocuk sayısı:.....
11. Kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?
()Eşim ()Çocuklarım ()Eşim ve çocuklarım ()Tek başına ()Diğer (Belirtiniz):
12. Gelir durumunuz: ()Gelir giderden az ()Gelir gidere eşit ()Gelir giderden fazla
13. Sigara kullanıyor musunuz? ()Evet ()Hayır ()Bıraktım
14. Alkol kullanıyor musunuz? ()Evet ()Hayır ()Bıraktım
15. Şu anki sağlık durumunuzu nasıl tanımlarsınız? ()İyi ()Orta ()Kötü
16. Meme kanseri tanınız ne zaman konuldu?.....
17. Hastalığınızın klinik evresi:.....
18. Bugüne kadar uygulanan tedavi türleri (Birden fazla işaretlenebilir):
()Cerrahi tedavi ()Radyoterapi ()Kemoterapi ()Hormon terapisi
()Diğer (belirtiniz):.....
19. Yakın çevrenizde (aile, akraba, arkadaş) kanser tanısı almış başka birey var mı?
()Evet () Hayır
20. Meme kanseri önlenabilir bir hastalık mıdır? ()Evet ()Hayır
21. Meme kanseri erken tanılanabilir bir hastalık mıdır? ()Evet ()Hayır
22. Hastalığınızı nasıl algılıyorsunuz?
() Tedavi edilemeyen bir hastalık
() Uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık
() Kolay tedavi edilebilen bir hastalık
() Diğer:.....

Ek 2. Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği Taslağı

	Bana hiç uygun değil	Bana uygun değil	Bana biraz uygun	Bana uygun	Bana çok uygun
1. Meme kanseri nedeniyle fiziksel çekiciliğimi kaybettiğimi düşünüyorum.					
2. Meme kanseri olduğum için insanların benden uzaklaştığını hissediyorum.					
3. Meme kanseri olmamın benim hatam olduğunu düşünen insanlar var.					
4. Meme kanseri tedavisi nedeniyle vücudumda meydana gelen değişikliklerden utanıyorum.					
5. Kanser ölümü çağırttığı için insanların beni dışladıklarını düşünüyorum.					
6. Ayrımcılığa ve insanların kötü davranışlarına maruz kalmaktan korktuğum için meme kanseri olduğumu gizliyorum.					
7. Hiçbir zaman eskisi kadar sağlıklı bir insan olamayacağımı düşünüyorum.					
8. Rol ve sorumluluklarımı eskiden olduğu gibi yerine getirebileceğimi düşünmüyorum.					
9. Kendi kendime meme muayenesi yapmadığım için kendimi suçlu hissediyorum.					
10. Hastalığım nedeniyle aciz bir birey olarak algılanmaktan korkuyorum.					
11. Hastalığım ile ilgili belirtileri başlangıçta önemsemediğim için kendimi suçlu hissediyorum.					
12. Yaşadığım stresli olayların meme kanserine neden olduğunu düşünüyorum.					
13. İnsanların bana acımasını istemediğim için meme kanseri olduğumu gizliyorum.					
14. Yalnızca benimle aynı hastalığa sahip olan insanlarla iletişim kurmak istiyorum.					

Ek 2. (Devam)

	Bana hiç uygun değil	Bana uygun değil	Bana biraz uygun	Bana uygun	Bana çok uygun
15. Çevremdeki bazı insanlar meme kanserini onlara bulaştırmamdan korktukları için benimle aynı ortamda bulunmak istemiyorlar.					
16. Meme kanseri olduğum için insanlar beni görmezden geliyor.					
17. Meme kanseri olduğum için ailemin beni dışladığını hissediyorum.					
18. Çevremdeki insanlar kanserin tedavi edilemez bir hastalık olduğunu düşünüyorlar.					
19. Ailemin ve arkadaşlarımla öleceğimi düşündüklerini hissediyorum.					
20. İşimi yapamayacağımı düşündükleri için kimse beni işe almak istemiyor.					
21. Kanser olduğumu öğrendiklerinde insanların beni küçümsemesinden korkuyorum.					
22. Meme kanseri olmanın utanç verici bir durum olduğunu düşünüyorum.					
23. Vücudumda kansere bağlı meydana gelen fiziksel değişiklikler nedeniyle kendime olan güvenimi kaybettim.					
24. Kanser olduğumu öğrendiklerinde yakın çevrem ve arkadaşlarım tarafından ayrımcılığa maruz kalmaktan korkuyorum.					
25. Fiziksel görünüş yönünden diğer kadınlardan farklı olduğumu düşünüyorum.					
26. Kanser hastaları toplumda güçsüz ve zayıf insanlar olarak görülüyor.					
27. Meme kanseri olduğum için partnerimin beni terk etmesinden korkuyorum.					

Ek 2. (Devam)

	Bana hiç uygun değil	Bana uygun değil	Bana biraz uygun	Bana uygun	Bana çok uygun
28. Meme kanseri toplum tarafından korkutucu bir hastalık olarak algılanıyor.					
29. Meme kanserine bağlı fiziksel görünüşümde meydana gelen değişiklikler nedeniyle bol ve dökümlü kıyafetler giymeyi tercih ediyorum.					
30. Meme kanserine bağlı ağrı ve acı çektiğimi insanların görmesini istemiyorum.					
31. Meme kanseri olmak kendimi değersiz hissettiriyor.					
32. İnsanların beni toplum içinde meme kanseri hastası olarak tanıtmalarından rahatsız oluyorum.					
33. İş yerinde ayrımcılığa maruz kaldığım için bazen istifa etmeyi düşünüyorum.					
34. Fiziksel görünüşümde meydana gelen değişiklikler nedeniyle sosyal bir ortama girmek istemiyorum.					
35. Kendimi terk edilmiş ve yalnız hissediyorum.					
36. Kanser hayatım için bir ölüm tehdidi oluşturduğunu düşünüyorum.					
37. Kendimi aileme bir yük olarak görüyorum.					
38. Meme kanseri olduğum için kendimi diğer kadınlardan şanssız hissediyorum.					
39. Yaşamım üzerindeki kontrolümü kaybettiğimi düşünüyorum.					
40. Meme kanseri tedavisi nedeniyle vücudumda meydana gelen değişikliklerden dolayı insanların kanser olduğumu anlamasından endişeleniyorum.					
41. İnsanların bana acıyarak bakmasından rahatsız oluyorum.					
42. Meme kanseri olduğum için bazen iş yerinde ayrımcılığa maruz kaldığımı düşünüyorum.					
43. Aynada ameliyat bölgeme bakmak istemiyorum.					

Ek 2. (Devam)

	Bana hiç uygun değil	Bana uygun değil	Bana biraz uygun	Bana uygun	Bana çok uygun
44. Çevremdeki insanların hastalığımın dolayısı ne yapmam gerektiğini söylemesinden rahatsız oluyorum.					
45. Cinsel partnerimin ameliyat bölgeme bakmasından utanıyorum.					
46. İnsanların meme kanseri olduğumu öğrendiğinde her an ölecekmişim gibi davranmasından rahatsız oluyorum.					
47. Çevremdeki insanlar ameliyat bölgeme bakıyormuş gibi hissediyorum.					
48. Vücudumda kanser tedavisine bağlı değişiklikler nedeniyle evden dışarı çıkmak istemiyorum.					
49. Meme kanseri olduğum için insanlar öz bakımımı yapamayacağımı düşünüyorlar.					
50. Partnerimin cinsel yönden beni beğenmediğini düşünüyorum.					
51. Çevremdeki insanların hastalığım ile ilgili soru sormasından rahatsız oluyorum.					

Ek 3. Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısı Ölçeği

	Bana hiç uygun değil	Bana uygun değil	Bana biraz uygun	Bana uygun	Bana çok uygun
Faktör 1 Sosyal İzolasyon					
1. Vücudumda kansere bağlı meydana gelen fiziksel değişiklikler nedeniyle kendime olan güvenimi kaybettim.					
2. Meme kanserine bağlı ağrı ve acı çektiğimi insanların görmesini istemiyorum.					
3. Fiziksel görünüşümde meydana gelen değişiklikler nedeniyle sosyal bir ortama girmek istemiyorum.					
4. Yaşamım üzerindeki kontrolümü kaybettiğimi düşünüyorum.					
5. Meme kanseri tedavisi nedeniyle vücudumda meydana gelen değişikliklerden dolayı insanların kanser olduğumu anlamasından endişeleniyorum.					
6. Vücudumda kanser tedavisine bağlı değişiklikler nedeniyle evden dışarı çıkmak istemiyorum.					
Faktör 2 Ayrımcılık ve Dışlanma					
7. Meme kanseri olduğum için insanların benden uzaklaştığını hissediyorum.					
8. Kanser ölümü çağırttığı için insanların beni dışladıklarını düşünüyorum.					
9. Meme kanseri olduğum için insanlar beni görmezden geliyor.					
10. Meme kanseri olduğum için ailemin beni dışladığını hissediyorum.					
11. Kanser olduğumu öğrendiklerinde insanların beni küçümsemesinden korkuyorum.					
Faktör 3 Yetersizlik Hissi					
12. Meme kanseri nedeniyle fiziksel çekiciliğimi kaybettiğimi düşünüyorum.					
13. Hiçbir zaman eskisi kadar sağlıklı bir insan olamayacağımı düşünüyorum.					

Ek 3. (Devam)

	Bana hiç uygun değil	Bana uygun değil	Bana biraz uygun	Bana uygun	Bana çok uygun
14. Rol ve sorumluluklarımı eskiden olduğu gibi yerine getirebileceğimi düşünmüyorum.					
15. Fiziksel görünüş yönünden diğer kadınlardan farklı olduğumu düşünüyorum.					
16. Meme kanseri olduğum için kendimi diğer kadınlardan şanssız hissediyorum.					
Faktör 4 Beden İmaji					
17. Meme kanserine bağlı fiziksel görünüşümde meydana gelen değişiklikler nedeniyle bol ve dökümlü kıyafetler giymeyi tercih ediyorum.					
18. Aynada ameliyat bölgame bakmak istemiyorum.					
19. Cinsel partnerimin ameliyat bölgame bakmasından utanıyorum.					
20. Çevremdeki insanlar ameliyat bölgame bakıyormuş gibi hissediyorum.					
Faktör 5 Ön Yargı					
21. Çevremdeki insanlar kanserin tedavi edilemez bir hastalık olduğunu düşünüyorlar.					
22. Kanser hastaları toplumda güçsüz ve zayıf insanlar olarak görülüyor.					
23. Meme kanseri toplum tarafından korkutucu bir hastalık olarak algılanıyor.					
Faktör 6 Olumsuz Tutum					
24. Çevremdeki insanların hastalığımın dolaylı ne yapmam gerektiğini söylemesinden rahatsız oluyorum.					
25. İnsanların meme kanseri olduğumu öğrendiğinde her an ölecekmişim gibi davranmasından rahatsız oluyorum.					
26. Çevremdeki insanların hastalığım ile ilgili soru sormasından rahatsız oluyorum.					

Ek 4. Ölçek Geliştirme ve Uyarlama Kursu Katılım Belgesi



Ek 5. Nitel Araştırma Kursu Katılım Belgesi



Ek 6. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzni



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/189-314

26.05.2022

Sayın Prof Dr. Zeliha KOÇ

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısının Belirlenmesi: Bir Ölçek Geliştirme Çalışması** başlıklı OMÜ KAEEK 2021/ 154 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları açısından Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre incelenmiş ve etik açıdan bir sakınca olmadığına, çalışmanın süresi 6 ayı geçerse 6 aylık bildirimlerinin yapılmasına, çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza en geç üç(3) ay içerisinde bildirilmesine 25.03.2021 tarihli Etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.



Prof.Dr.Ramiz ÇOLAK
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Ek 7. Kurum Araştırma İzinleri



T.C.
ZONGULDAK VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-30707382-799
Konu : Tez Çalışması
Esra DANACI

ZONGULDAK ATATÜRK DEVLET HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Ahmet Erdoğan Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulunda Öğretim Görevlisi olarak görev yapmakta olan Esra DANACI'nın 24.08.2021 tarih ve 8394 sayılı dilekçesi Müdürlüğümüz Bilimsel Çalışma Komisyonunda değerlendirilmiştir.

Adı geçen söz konusu başvurusunda Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesinde Öğretim Üyesi olarak görev yapmakta olan Esra DANACI'nın **'Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısının Belirlenmesi: Bir Ölçek Geliştirme Çalışması'** konulu tez çalışmasını Zonguldak Atatürk Devlet Hastanesi Onkoloji Klinikleri ve Kemoterapi Merkezinde uygulayabilmeyi talep etmektedir.

Planlanan çalışmalarda kişisel veri ya da başka bir deyişle kişilik mahremiyet hakkını ihlal edecek hiçbir bilginin kullanılmaması kaydıyla çalışmanın yapılması Müdürlüğümüz tarafından uygun görülmüştür. Ayrıca, bilimsel araştırma projesinin hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, çalışmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına yönelik mevzuata aykırı sorular ihtiva edip etmediğinin tetkiki, araştırmanın amacı, yöntemi, kapsamı ve süresi, araştırma metodu ve kavramsal çerçevesini açıklayan bilgiler göz önünde bulundurularak yapılacak çalışmanın sonucunun Müdürlüğümüz bilgisi dışında ilan edilmemesi ve çalışmanın uygulanacağı birimlere bilgi verilmesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim

Uzm. Dr. Ertuğrul GÜNER
İl Sağlık Müdürü

Ek: Yazı örneği(9 Sayfa)

Öntemmuz Mah. Belediye Bulvarı No:25/2 Medeniyetler Bulvarı Zonguldak İl Sağlık Müdürlüğüne
Bilgi için: ZEYNEP SEN
Mühür: 0372 222 51 03
Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>
Telefon: Faks No: 0372 222 51 03
e-Posta: zeynep.sen@saglik.gov.tr İnternet Adresi: ZONGULDAK İL SAĞLIK
MÜDÜRLÜĞÜ TIBBİ CİHAZ VE ECZACILIK
BİRLİM(zonguldak.tibbicihaz@saglik.gov.tr)
TIBBİ SEKRETER
Telefon No: (0 372) 222 01 51

Ek 7. (Devam)

Evrak Tarih ve Sayısı: 02.08.2022-195693



T.C.
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği



Sayı : E-16734702-622.03-195693
Konu : Araştırma izni (Esra DANACI)

AHMET ERDOĞAN SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 04.07.2022 tarihli ve 49684575- 900- 187065 sayılı yazınız.

Meslek Yüksekokulunuz Öğretim Görevlilerinden Esra DANACI'nın "Meme Kanseri Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Algısının Belirlenmesi: Bir Ölçek Geliştirme Çalışması" başlıklı doktora tez çalışmasının hastanemizde yapılabilmesi talebine ilişkin ilgi yazınız incelenmiş olup, söz konusu talebiniz uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize arz ederim.

Doç. Dr. Özcan PIŞKİN
Başhekim

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : BSFKE9R9R5 Pin Kodu : 55462 Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/bulent-ecevit-universitesi-ebys>
Adres : Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği (Yazı İşleri ve Evrak Şefliği) Bilgi için : Nermin KOCA KÖKDEMİR
Kozlu/Zonguldak Unvanı : İşçi
Telefon : (0372) 261 20 85 Faks:(0372) 261 27 68
e-Posta : hastane@beun.edu.tr Web : <http://hastane.beun.edu.tr/v.2/>
Kep Adresi : beun@hs03.kep.tr



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 8. Görüşlerine Başvurulan Uzman Listesi

Dr. Öğr. Üyesi Aslı KURTGÖZ	Amasya Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu
Dr. Öğr. Üyesi Selin Keskin KIZILTEPE	Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Dr. Öğr. Üyesi Dilek KARAMAN	Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Ahmet Erdoğan Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu
Öğr. Gör. Dr. Asuman ŞENER	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu
Öğr. Gör. Dr. Tuğba ÇINARLI	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu
Öğr. Gör. Dr. Cansev BAL	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Dr. Metin PEHLİVAN	Atatürk Devlet Hastanesi Tıbbi Onkoloji Yozgat Bozok Üniversitesi Sağlık
Psikolog Zeynep ALÇELİK URAN	Düzce İl Sağlık Müdürlüğü
Öğr. Gör. Dr. Zeynep SAĞLAM	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Dr. Öğr. Üyesi Yasemin ÖZYER	Sinop Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

ÖZ GEÇMİŞ

Esra Danacı Ondokuz Mayıs Üniversitesi Samsun Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümünden 2011 yılında mezun oldu. Lisans mezuniyetinin ardından 2011-2017 yılları arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Yenidoğan Yoğun Bakım Düzey II Ünitesinde hemşire olarak görev yaptı. 2016 yılında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Acil Hemşireliği Yüksek Lisans Programından mezun oldu. 2017 yılında Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Ahmet Erdoğan Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu İlk ve Acil Yardım Programında öğretim görevlisi olarak göreve başladı. 2018 yılında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Programından, 2023 yılında da Ondokuz Mayıs Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı doktora programından mezun oldu.

İletişim Bilgileri

ORCID ID : 0000-0003-1453-6255

Yayınlar:

1. Danacı, E. and Koc, Z. (2021). The effects of university students' fear levels of breast cancer on healthy lifestyle behaviors. *New Trends and Issues Proceedings on Advances in Pure and Applied Sciences*. (13). 125-136.
2. Danacı, E. and Koc, Z. (2021). Determination of health beliefs and practices of university students towards breast cancer. *New Trends and Issues Proceedings on Advances in Pure and Applied Sciences*. (13). 137-149.