

T.C.
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

MEME KANSERİ STİGMA ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKÇE GEÇERLİK VE
GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

NURTEN ŞİŞMAN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
DOÇ.DR. ZEYNEP ERDOĞAN

ZONGULDAK
2025

T.C.
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

MEME KANSERİ STİGMA ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKÇE GEÇERLİK VE
GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

NURTEN ŞİŞMAN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
DOÇ.DR. ZEYNEP ERDOĞAN

ZONGULDAK
2025

ÖNSÖZ

Tez çalışma sürecinde, bilgisi ve büyük özverisiyle bana destek ve yol gösteren aynı zamanda manevi desteğini de her zaman hissettiğim çalışmaktan büyük mutluluk ve onur duyduğum değerli danışmanım Doç. Dr. Zeynep Erdoğan'a,

Bu süreçte çalışmam da hem bilimsel hem de kişisel desteğini esirgemeyen kliniğimizin sevgili hocası Doç. Dr Emrah Keskin'e,

Birlikte bu yola çıktığım her zaman yardımlarını ve desteklerini eksik etmeyen sevgili sınıf arkadaşlarıma,

Benim her zaman inandığım şeylerin peşinden koşma konusunda destekleyen ve güvenen kıymetli aileme,

Son olarak çalışmaya katılmayı kabul eden meme kanseri hastalarına en içten teşekkürlerimi sunarım.

Nurten ŞİŞMAN

Temmuz 2025, ZONGULDAK

ÖZET

Nurten ŞİŞMAN, Meme Kanseri Stigma Ölçeği'nin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak, 2025.

Metodolojik ve tanımlayıcı olarak planlanan bu araştırmanın amacı, Meme Kanseri Stigma Ölçeği'nin (Breast Cancer Stigma Scale) Türk toplumunda geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapmaktır. Araştırmanın örneklemini, bir üniversite hastanesinin onkoloji ve kemoterapi kliniklerine başvuran, Meme CA tanısı alan ve dâhil edilme kriterlerine uyan 150 hasta oluşturmuştur. Araştırma verileri hastaların sosyodemografik ve hastalıkla ilgili özelliklerini sorgulayan 24 soruluk kişisel bilgi formu, Meme Kanseri Stigma Ölçeği (MKSÖ), Hasta Sağlığı Anketi (PHQ-9) ve Meme Kanseri Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (EORTC QLQ- BR23) ile yüz-yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Ölçeğin sırasıyla dil ve kapsam geçerliği, ölçüt ve ayırt edici geçerlik ve yapı geçerliği ile güvenilirlik analizleri gerçekleştirilmiştir. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel metotlar (sayı, yüzde ortalama, standart sapma), korelasyon analizi, T testi, One Way ANOVA testleri, Cronbach Alfa analizi, doğrulayıcı faktör analizi ve Açıklayıcı Faktör Analizi kullanılmıştır. Kapsam geçerlilik ölçütü The Content Validity Ratio değerinin 1.00 olarak bulunmuştur. Ölçeğin madde-toplam test korelasyon değerlerinin ise 0.663 ile 0.892 arasında değiştiği belirlenmiştir. Ölçeğin alt boyutlarına ait Cronbach alfa değerleri; Beden imajında bozulma (BİB) alt boyutu cronbach alfa katsayısı 0.92, Sosyal izolasyon (Sİ) alt boyutu için 0.70, Ayrımcılık (A) alt boyutu için 0.78, İçselleştirilmiş stigma (İS) alt boyutu için 0.89 ve toplam ölçek cronbach alfa katsayısı ise 0.90 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin Türkçe versiyonunun orijinal modelle iyi uyum gösterdiği dolayısıyla ölçeğin 4 faktörlü yapısının doğrulandığı gözlenmiştir. Meme Kanseri Stigma Ölçeği Türk toplumunda meme kanseri hastalarında stigma düzeyini ölçen geçerli ve güvenilir bir araçtır.

Anahtar Kelimeler: Meme kanseri, Stigma, Güvenirlik, Geçerlik, Hemşirelik

ABSTRACT

Nurten ŞİŞMAN, Turkish Validity and Reliability Study of the Breast Cancer Stigma Scale, Zonguldak Bülent Ecevit University, Institute of Health Sciences, Department of Nursing Institute, Internal Medicine Nursing, Master's Thesis, Zonguldak, 2025

This methodologically and descriptively planned study aims to conduct the validity and reliability study of the Breast Cancer Stigma Scale in Turkish society. The study sample consisted of 150 patients who applied to the oncology and chemotherapy clinics of a university hospital, were diagnosed with breast CA, and met the inclusion criteria. The study data were collected using a 24-question personal information form questioning the patients' sociodemographic and disease-related characteristics, the Breast Cancer Stigma Scale, the Patient Health Questionnaire (PHQ-9), and the Breast Cancer-Specific Quality of Life Scale (EORTC QLQ- BR23), and face-to-face interview techniques. The language and content validity, criterion and discriminant validity, construct validity, and reliability analyses of the scale were carried out, respectively. Descriptive statistical methods (number, percentage mean, standard deviation), correlation analysis, T test, One Way ANOVA tests, Cronbach Alpha analysis, confirmatory factor analysis, and Explanatory Factor Analysis were used in the analysis of the data. The content validity criterion was found to be 1.00 for the Content Validity Ratio. It was determined that the item-total test correlation values of the scale varied between 0.663 and 0.892. Cronbach alpha values for the sub-dimensions of the scale were calculated as follows; the Cronbach alpha coefficient for the self-image impairment (Sİİ) sub-dimension was 0.92, for the social isolation (Sİ) sub-dimension 0.70, for the discrimination(D) sub-dimension 0.78, for the internalized stigma (İS) sub-dimension 0.89, and the total scale Cronbach alpha coefficient was 0.90. It was observed that the Turkish version of the scale fit well with the original model, thus confirming the 4-factor structure of the scale. The Breast Cancer Stigma Scale is a valid and reliable tool measuring stigma level in breast cancer patients in Turkish society.

Keywords: Breast cancer, Stigma, Reliability, Validity, Nursing

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR	ix
TABLO DİZİNİ	x
ŞEKİL DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Meme Kanseri Tanımı	4
2.2. Meme Kanseri Epidemiyolojisi.....	4
2.3. Meme Kanseri Risk Faktörleri	5
2.3.1. Meme kanserinde değiştirilemeyen risk faktörleri	5
2.3.1.1. Kadın cinsiyet.....	5
2.3.1.2. Yaş	5
2.3.1.3. Aile öyküsü	5
2.3.1.4. Genetik faktörler	6
2.3.1.5. Etnik köken ve ırk	6
2.3.1.6. Menstruasyon ve menopoz.....	6
2.3.1.7. Radyasyona maruz kalma	7
2.3.1.8. Bening Meme Hastalıkları	7
2.3.1.9. Yoğun Meme Dokusuna Sahip olmak.....	7
2.3.2. Meme Kanserinde Değiştirilebilir Risk Faktörleri	7
2.3.2.1. Hamilelik ve Emzirme	7
2.3.2.2. Oral kontraseptifler	8
2.3.2.3. Menopoz hormon tedavisi.....	8
2.3.2.4. Obezite, fiziksel aktivite, alkol, sigara	8
2.4. Meme Kanseri Belirti ve Bulguları	9
2.5. Meme Kanserinin Sınıflandırılması ve Evrelendirmesi	10
2.6. Meme Kanserinde Tanı ve Tarama Yöntemleri	12
2.6.1. Kendi kendine meme muayenesi (KKMM).....	14
2.6.2. Klinik meme muayenesi	14
2.7. Meme Kanserinde Tedavi Yöntemleri	15

2.7.1. Cerrahi Tedavi.....	15
2.7.1.1. Mastektomi.....	16
2.7.1.2. Lumpektomi/meme koruyucu cerrahi (MKC)	16
2.7.1.3. Sentinel lenf nodu biyopsisi (SLNB)	16
2.7.1.4. Aksiller lenf nodu diseksiyonu (ALND)	16
2.7.2. Kemoterapi.....	17
2.7.3. Hormonal tedavi (HT)	17
2.7.4. Radyoterapi	17
2.8. Meme Kanseri Hastalarının Yaşadığı Fiziksel ve Psikolojik Problemler.....	18
2.9. Meme Kanseri Hastalarında Hemşirelik Bakımı.....	19
2.10. Stigma Kavramı.....	20
2.10.1. Stigmatizasyon kuramları	20
2.10.1.1. Etiketleme kuramı	21
2.10.1.2. Yükleme kuramları.....	21
2.10.1.3. Sosyal kimlik kuramı	22
2.10.1.4. Sosyal temsil kuramı	22
2.10.2. Stigma Türleri	22
3. GEREÇ VE YÖNTEM	26
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	26
3.2. Araştırmanın Hipotezleri	26
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	26
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	26
3.5. Veri Toplama Araçları.....	27
3.5.1. Kişisel bilgi formu	27
3.5.2. Meme kanseri stigma ölçeği (MKSÖ)	28
3.5.3. Hasta sağlığı anketi (HSA-PHQ-9).....	28
3.5.4. Meme kanserine özgü yaşam kalitesi ölçeği (EORTC QLQ- BR23)	29
3.6. Verilerin Toplanması.....	29
3.7. Araştırmanın Uygulama Aşamaları	29
3.7.1. Dil geçerliği	30
3.7.2. Kapsam/İçerik Geçerliği	30
3.7.3. Yapı geçerliği	31
3.7.4. Ölçüt geçerliği.....	33
3.7.5. Güvenirlik analizi	33
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	34

3.9. Araştırmanın Etik Boyutu.....	35
3.10. Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Sınırlılıkları.....	35
4. BULGULAR.....	37
4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik ve Bazı Klinik Özellikleri.....	37
4.2. MKSÖ'nin Geçerlik Analizine İlişkin Bulgular.....	39
4.2.1. Dil eşdeğerliği ile ilgili bulgular.....	40
4.2.2. Kapsam geçerliği ile ilgili bulgular	40
4.2.3. Yapı geçerliği ile ilgili bulgular	40
4.2.4. Ölçüt geçerliğine ilişkin bulgular	44
4.3. MKSÖ'nin Güvenirlik Analizine İlişkin Bulgular	46
4.4. MKSÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Sosyo-demografik ve Bazı Klinik Özelliklerle İlişkisine Ait Bulgular.....	47
5. TARTIŞMA.....	55
5.1. Meme Kanseri Stigma Ölçeği'nin Geçerlik Bulgularının Tartışılması	55
5.2. Meme Kanseri Stigma Ölçeği'nin Güvenirlik Bulgularının Tartışılması.....	57
5.3. Meme Kanseri Stigma Ölçeği'nin Sosyo-demografik ve Bazı Klinik Özelliklerle İlişkisine Ait Bulguların Tartışılması.....	58
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	60
6.1. Sonuçlar.....	60
6.2. Öneriler.....	61
7. KAYNAKLAR.....	62
8. EKLER.....	74
Ek 1. Kişisel Bilgi Formu.....	74
Ek 2. Meme Kanseri Stigma Ölçeği (MKSÖ).....	77
Ek 3. Hasta Sağlık Anketi (PHQ-9).....	79
Ek 4. Meme Kanseri Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (EORTC QLQ- BR23)	80
Ek 5. Ölçek Kullanım İzinleri	82
Ek 6. Etik Kurul Onayı.....	83
Ek 7. Kurum İzni	84
9. ÖZGEÇMİŞ	85

SİMGELER VE KISALTMALAR

A	Ayrımcılık
AFA	Açıklayıcı Faktör Analizi
AKD	Amerikan Kanser Derneği
ALND	Aksiller Lenf Nodu Diseksiyonu
BİB	Beden İmajında Bozulma
DCIS	Duktal Karsinoma İn Situ
DFA	Doğrulayıcı Faktör Analizi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EORTC QLQ- BR23	Meme Kanserine Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği
HSA (PHQ-9)	Hasta Sağlığı Anketi
İS	İçselleştirilmiş Stigma
IARC	Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı
ILC	İnvaziv Meme Karsinomu
KETEM	Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi
KMM	Klinik Meme Muayenesi
KKMM	Kendi Kendine Meme Muayenesi
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin
LCIS	Lobüler Karsinoma İn Situ
MKC	Meme Koruyucu Cerrahi
MKSÖ	Meme Kanseri Stigma Ölçeği
Sİ	Sosyal İzolasyon
SLNB	Sentinel Lenf Nodu Biyopsisi
T.C SB	Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı
TNBC	Üçlü Negatif Meme Kanseri

TABLO DİZİNİ

<u>Tablo</u>	<u>Sayfa</u>
1. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler ve Teknikler.....	35
2. Katılımcıların Sosyodemografik ve Bazı Klinik Özelliklerinin Dağılımı	38
3. MKSÖ'nin AFA Bulguları	41
4. MKSÖ DFA Analizine Ait Uyum Ölçütleri.	42
5. MKSÖ toplam ve alt boyut puanları ile HSA ve QLQ-BR23 alt boyut ve toplam puanları arasındaki ilişki düzeyleri.....	46
6. MKSÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Güvenirlik Katsayılarının Dağılımı.	47
7. Katılımcıların Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre MKSÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması	48
8. Katılımcıların Bazı Klinik Bulgularına Göre MKSÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.	52

ŞEKİL DİZİNİ

<u>Sekil</u>	<u>Sayfa</u>
1. Meme Kanseri Belirti ve Bulguları	9
2. MKSÖ AFA Sonucu Yamaç Birikinti Grafiği	42
3. MKSÖ'ye İlişkin DFA Grafiği.....	43



1. GİRİŞ

Meme kanseri genellikle memede bir yumru olarak ortaya çıkan ve genellikle ağrısız %85'i meme kanallarından, %15'i ise lobüler epitelden kaynaklanan adenokarsinomlardır (1).

Meme kanseri, artan görülme sıklığı göz önüne alındığında, pahalı tedaviler ve tıbbi prosedürler nedeniyle önemli bir ekonomik yük getiren, dünya çapında ülkeleri etkileyen küresel bir sağlık sorunudur(2,3).

2022 yılında dünya çapında 2.3 milyon kadına meme kanseri teşhisi konulmuş ve 670.000 ölüm gerçekleşmiştir. Ergenlikten sonra her yaştaki kadınlarda dünyanın her ülkesinde görülmekte ancak ilerleyen yaşlarda bu oran daha da artmaktadır. Meme kanseri tanısı konan kadınların %80'inden fazlası 50 yaş üstüdür. Ülkemizde yapılan bir araştırmada 2019 yılında yaklaşık 4300 kadının meme kanserine bağlı olarak öldüğü bildirilmiştir (138,141).

WHO Küresel Meme Kanseri Girişimi (GBCI), küresel meme kanseri ölüm oranını yılda %2,5 oranında azaltarak 2020 ile 2040 yılları arasında küresel olarak 2.5 milyon meme kanseri ölümünü önlemeyi amaçlamaktadır.

Meme kanseri riskini arttıran faktörler; cinsiyet, yaşın ilerlemesi, obezite, alkolün zararlı kullanımı, ailede meme kanseri öyküsü, radyasyona maruz kalma öyküsü, üreme öyküsü (adet dönemlerinin başladığı yaş ve ilk gebelik yaşı gibi), tütün kullanımı ve menopoz sonrası hormon tedavisidir (4,5).

Meme kanseri ile karakterize olan semptomlar; genellikle ağrısız bir şekilde göğüste kitle veya kalınlaşma, memenin boyutunda, şeklinde veya görünümünde değişiklik, ciltte, kızarıklık, çukurlaşma veya diğer değişiklikler, meme ucunda veya meme ucunu çevreleyen deride (areola) değişiklik, meme ucundan anormal veya kanlı sıvı gelmesidir. Ayrıca ilk olarak lenf düğümlerine daha sonra akciğerler, karaciğer, beyin ve kemikler gibi organlara metastaz yapabilir ve bu metastazlara bağlıda semptomlar görülebilir (6).

Meme kanseri tedavi yöntemleri genellikle cerrahi, kemoterapi, radyoterapi, hedefli veya hormonal tedavinin bir kombinasyonunu içermektedir. Meme kanseri teşhisi ve tedavisinin hastaların fiziksel, psikolojik ve sosyal refahı ile genel yaşam kalitesi üzerinde önemli olumsuz bir etkiye sahip olduğu çalışmalarda da kanıtlanmıştır (7).

Meme kanseri her yaşta sıkıntı ve ruh hali bozukluklarıyla ilişkili olsa da doğurganlığı kaybetme riskinin yüksek olması ve kanser tedavilerinin beden imajı ve cinsellik üzerindeki etkisi, premenopozal meme kanseri hastalarında depresyon gibi ruh hali bozuklukları geliştirme riskini arttırmaktadır. Ayrıca kanser hastaları yara izleri (mastektomi), lenf ödem, kemoterapiden kaynaklanan alopesi, radyoterapiye bağlı dermatit ve cilt lezyonları nedeniyle olumsuz tutum ve davranışlar ile stigmatizasyona maruz kalabilmektedir (8,9).

"Stigmatizasyon" teriminin tarihi çok eski zamanlara dayanır, ancak bu kavramın anlamı yıllar içinde değişmiştir. Günümüzde "stigmatizasyon", belirli bir insan grubunun zihinsel, fiziksel, yaşam tarzı, değer sistemi ve bu grubu karakterize eden diğer özellikler nedeniyle genelleştirilmiş onaylamama ve olumsuz karşılama tutumudur. Stigma kavramı ilk kez Goffman tarafından sosyoloji alanına tanıtılmıştır ve daha sonra tıp, sağlık bilimleri, kriminoloji, psikoloji, sosyal psikoloji, örgütsel davranış gibi alanlarda da kısa sürede kullanılmaya başlanmıştır (10,11).

Goffman "stigmayı" üç ayrı gruba ayırmıştır. İlk grup, vücudun deformiteleri ve fiziksel çarpıtmalarıyla ilişkili, ikincisi, diğerlerinin yanı sıra zihinsel bozukluklar ve hastalıklar veya bağımlılıklar da dahil olmak üzere insanın ruhsal alanını içermektedir. Üçüncüsünü ise; ırk, köken, milliyet veya din dikkate alınarak insan gruplarının damgalanması şeklinde açıklamıştır (12).

Kanser tedavi ve sağ kalımdaki son gelişmelere rağmen, hala damgalanmış bir hastalık olarak görülmektedir. Kanser teşhisi konan bireyin beden imajında meydana gelen değişiklikler ve kanserin ölüm ile ilişkilendirilmesi gibi nedenlerden dolayı stigmatizasyon süreci başlamaktadır. Bu süreçten bireyin ailesi ile toplum sağlığı da etkilenmektedir (13,14).

Kanser türüne ve kültürel özelliklere bağlı olarak, algılanan stigmanın yaygınlığı %13 ile %80 arasında değişmektedir. Stigma, meme kanseri olan hastalar arasında da yaygın bir sorundur. Kanserden kurtulanlar tedavi ve bakımın yüksek maliyetinden dolayı, genellikle aileleri için ciddi bir yük olduklarını hissederler ve bu da kendini inkâr etme ve stigma ile sonuçlanmaktadır. Stigma içselleştirildiğinde, olumsuz algı utanç, suçluluk, depresyon, ayrımcılık korkusu ve hastalığın kendisi gibi olumsuz duygulara ve tutumlara yol açabilir (15).

Meme kanseri hastalarındaki stigma, bireysel yaşam kaliteleri ve evlilikleri, ameliyat sonrası rehabilitasyon ve sağlık hizmeti arama davranışları üzerinde önemli olumsuz etkilere sahiptir. Ayrıca, meme kanseri tedavisiyle üreme kapasitesinin yok

edilmesi, kadınların toplumdaki öz kimliğini etkiler ve hastalıkları nedeniyle toplumdan dışlanma, yabancılaşıma ve iş ayrımcılığı gibi sorunlarla da karşı karşıya kalabilmektedirler (16,17).

Literatür incelendiğinde, bazı hastaların kanser taraması, takibi ve tedavisini reddetmesine neden olan etkili bir sosyal belirleyici olduğu iddia edilmektedir. Stigma algısı ve deneyimi, tedaviye itaatsizlik, izole hissetme, sağlık hizmeti sağlayıcılarını ziyaret etmekten kaçınma ve düşük yaşam kalitesiyle sonuçlanmaktadır. Bu nedenlerden dolayı stigmanın daha iyi tanımlanması, klinik bakımı ve sağlık sonuçlarını iyileştirmek için kritik öneme sahiptir (16,18).

Meme kanseri hastalarında stigma düzeyini değerlendirmek için geçerliği ve güvenilirliği kanıtlanmış ölçeklere gereksinim duyulması sonucunda, Xiaofan Bu ve arkadaşları tarafından 2022 yılında “Breast Cancer Stigma Scale” (BCSC) Ölçeği’ni geliştirmişlerdir. Dolayısıyla bu çalışmada MKSÖ ‘nin Türk hastalarında geçerlik ve güvenilirliğinin yapılması amaçlanmıştır (19).

Çalışmadan elde edilecek sonuçlar doğrultusunda meme kanseri hastalarının yaşadığı stigma konusunda farkındalık oluşturarak ileride yapılacak çalışmalara rehber ve literatüre katkıda bulunması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Meme Kanseri Tanımı

Tümör en basit haliyle; 'vücudun herhangi bir yerinde kontrol edilemeyen hücre büyümesi' olarak tanımlanır. Sıklıkla, süt üretiminde rol alan lobüllerde görülen meme kanseride, memenin herhangi bir bileşeninde düzensiz hücre büyümesi olduğunda ortaya çıkan bir hastalıktır. Meme kanserlerinin çoğunluğu invaziv tipte olup; kanallar ve bezlerin ötesine, çevre dokulara ve lenf düğümlerine yayılıp, ciddi bir ölüm riski taşır (20,21).

2.2. Meme Kanseri Epidemiyolojisi

Dünyada meme kanseri, kadınlarda sadece ilk sırada görülen kanser türü olmayıp; aynı zamanda kansere bağlı ölümlerde halen ön sıralarda (Global Cancer Statistics verilerine göre 2. sıradadır) yer almaktadır. Ayrıca 185 ülkeden 157'sinde, kadınlarda en yaygın görülen türüdür ve Küresel Kanser İstatistikleri verilerine görede; asemptomatik dönemde yapılan erken tanı taramalarıyla diğer kanserlerden daha az morbidite ve mortaliteye sahiptir. DSÖ verilerine göre ise, 2022 yılında 2.3 milyon kadına meme kanseri tanısı konmuş ve yaklaşık 670.000 ölüme neden olmuştur. Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı'nın (IARC) 2022 verilerine göre de 2050 yılına kadar bu oranın 3.2 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir. Yine 2022 yılında kadınlarda görülen kanser vakalarının %23.8'ini meme kanseri vakaları oluşturmakta, mortalite oranlarına bakıldığında %15.4 ile yine meme kanseri ilk sırada yer almaktadır (22).

T.C SB. tarafından 2024 yılında yapılan taramalar sonucunda 3 milyon 300 bin meme kanseri tanısı alan kadın olduğu için kadınlar arasında en sık görülen 10 kanser türü arasında ilk sırada yer almaktadır. Ülkemizde kadınlara tanı konulan her dört kanserden biri meme kanseridir. Tanı alma ortanca yaşı 53 olarak bulunmuş ve meme kanseri evreleri incelendiğinde vakaların %11'inin ileri evrede olduğu görülmüştür (141).

2.3. Meme Kanseri Risk Faktörleri

Meme kanserinde risk faktörleri önemli olup, değiştirilebilir ve değiştirilemeyen risk faktörleri olarak tanımlanabilir (140).

2.3.1. Meme kanserinde değiştirilemeyen risk faktörleri

2.3.1.1. Kadın cinsiyet

Kadınlarda östrojen ve progesteron hormonu normal memelerin gelişimi ve işlevi için gerekli düzenleyicilerdir ve meme kanserinde kritik öneme sahiptir. Yapılan çalışmalarda kadınlarda östrojen ve progesteron seviyelerindeki artış östrojenin meme kanserinin ilerlemesi ve çoğalmasında kritik olduğunu göstermiştir. Erkeklerde ise östrojen hormonu çok düşük seviyelerde bulunduğu için, meme kanseri görülme oranı %1'in altındadır ve oldukça nadir rastlanır (23).

2.3.1.2. Yaş

Meme kanseri insidansı 40 yaş üstünde artmakta ve 70-74 yaş aralığındaki kişilerde zirve yapmaktadır. 75-79 ve 80-84 yaş aralığındaki her 100.000 kadında 453.3 ve 409.9 vaka, 70-74 yaş aralığındaki her 100.000 kadında 468.2 vaka ile karşılaştırıldığında da meme kanseri kaynaklı ölüm oranı artan yaşla birlikte artmaktadır. Bundan nedenle 40 yaş ve üstü kadınların mamografi taramasına katılımı önemlidir (24,25).

2.3.1.3. Aile öyküsü

Yapılan çalışmalarda ailede meme kanseri tanısı almış anne, kız, kız kardeş gibi birinci derece yakın akrabalarda meme kanseri için yüksek risk oluşturduğu görülmüştür. Meme kanseri teşhisi almış kadınlarda, ailesinde meme kanseri öyküsü bulunmayanların risk oranı %8- 12 iken, birinci derece akrabalarında meme kanseri tanısı alanların risk oranı %13-15 olarak saptanmıştır (26,27).

2.3.1.4. Genetik faktörler

Meme kanseri vakalarının yaklaşık %40'ı dominant otozomal geçişle miras alınan 'Hereditör Meme-Over Kanseri Sendromu'ndan (HBOC) sorumlu tutulan BRCA1 ve BRCA2 genlerindeki mutasyonlar sebebiyle ortaya çıkmaktadır. BRCA1 ve BRCA2, DNA'yı onaran ve hücre büyümesini düzenleyen tümör baskılayıcı genlerdir. Yapılan çalışmalara göre BRCA1 mutasyon taşıyıcılarının %55 ila 65'inin ve BRCA2 mutasyon taşıyıcılarının ise yaklaşık %45'inin 70 yaşına kadar meme kanseri oluşturabileceğini ileri sürmektedir. STK11, TP53, CDH1, PTEN genlerindeki mutasyonların da meme kanseri gelişme riskinde önemli rol oynadığı belirlenmiştir (28,29).

2.3.1.5. Etnik köken ve ırk

Meme kanseri görülme sıklığı etnik köken ve ırka göre değişiklik göstermektedir. Yapılan araştırmalarda Afro-Amerikan kadınlarda meme kanseri görülme sıklığının daha düşük, ancak ölüm oranlarının beyaz kadınlara göre daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bu durum meme kanseri görülme oranının gelişmiş ülkelerde yüksek olmasına karşın erken tanı ve tedavi seçeneklerinin daha iyi olması şeklinde açıklanmaktadır. Diğer çalışmalarda da sosyoekonomik, çevresel ve coğrafi farklılıkların tanı sürecinden sonra tedaviye ulaşma ve başlatma sürecini geciktirdiği görülmüştür (4,30,31).

2.3.1.6. Menstruasyon ve menopoz

Erken menarş (12 yaşından önce) ve geç menopoza (55 yaşından sonra) girmek meme dokusunun östrojen hormonuna daha fazla maruz kalmasına neden olmaktadır. Bu sürenin uzaması meme kanseri gelişme riskini de büyük ölçüde arttırmaktadır.

Yapılan çalışmalarda da erken menarş riski 1,3 kat, geç menapoz ise riski 1,5 kat arttırırken, 45 yaşından daha erken menapoza girmek ise riski azaltmaktadır (32,34).

2.3.1.7. Radyasyona maruz kalma

Yapılan çalışmalarda meme dokusunun radyasyona karşı yüksek düzeyde duyarlı olduğu görülmüştür. Orta ve yüksek düzeyde radyoterapi alan bireylerde meme kanserine yakalanma oranının arttığı belirlenmiştir. Güneş ultraviyole radyasyonu kanser riski üzerinde doğrulanmış zararlı ve potansiyel koruyucu etkileri bulunmaktadır. Yapılmış çalışmalarda da güneşten gelen belirli miktardaki radyasyon meme kanseri de dahil olmak üzere bazı deri dışı maligniteler için koruyucu olabilir. Bu durumda Güneş UVR'nin D vitamini seviyesini arttırması ile açıklanmaktadır (5,32,35).

2.3.1.8. Bening Meme Hastalıkları

Memede bulunan iyi huylu yapılar kadınlar arasında sıklıkla görülmektedir. Memede yer alan bening yapılar zamanla kanser riskini 2-6 kat arttırmaktadır. Ailede meme kanseri öyküsü ve hiperplazi veya atipik hiperplazi varsa, meme kanseri görülme riski daha da yüksektir (36).

2.3.1.9. Yoğun Meme Dokusuna Sahip olmak

Normal meme dokusu yağ dokusu, lifli doku ve glandüler dokulardan oluşur. Memede daha fazla glandüler ve lifli doku ve daha az yağ dokusu olduğunda mamogramda daha yoğun görünür. Yoğun göğüsleri olan kadınların meme kanserine yakalanma riski, ortalama meme yoğunluğuna sahip kadınlara göre daha yüksektir ve yoğun meme dokusu, mamogramlarda kanserleri görmeyi de zorlaştırmaktadır (37).

2.3.2. Meme Kanserinde Değiştirilebilir Risk Faktörleri

2.3.2.1. Hamilelik ve Emzirme

İlk gebeliğini 30 yaşından sonra ve 18 yaşından önce yaşayan kadınlarda meme kanseri gelişme riski daha yüksektir ama yine de meme kanseri riski üzerindeki etkisi karmaşıktır.

Emzirmenin meme kanseri riskini azalttığına dair yeterli kanıt olmasa da kadınlarda yaşam sürecindeki menstrüel döngüyü ve östrojen hormon seviyesini azaltmasından dolayı etkili olduğu için en az bir yıl emzirme önerilmektedir (38).

2.3.2.2. Oral kontraseptifler

Doğum kontrol yöntemlerinde kullanılan hormonlar meme kanseri riskini arttırmaktadır. Yapılan bazı çalışmalarda oral kontraseptif kullanan kadınların hiç kullanmamış kadınlara göre meme kanserine yakalanma riskinin biraz daha yüksek olduğu bulunmuştur. İlaç bırakıldığında da bu risk yaklaşık 10 yıl içinde normale dönmektedir (140).

2.3.2.3. Menopoz hormon tedavisi

Menopoz semptomlarının kısa süreli rahatlama için kombine hormon tedavisi (HT) ya da östrojen replasman tedavisi (ERT) kullanılmaktadır. Kombine formlarında (östrojen ve progesteron) invaziv meme kanseri riski yaklaşık olarak %26 daha fazla artmaktadır. Östrojen replasman tedavisi alan kadınlarda ise, meme kanseri gelişme riski bu tedaviyi alma sürelerine göre değişse de %17-33 arasındadır. 5 yıl ve daha uzun süre kullanılan hormon tedavisi meme kanseri relatif riskini 1.26 kat arttırmaktayken bu tedavi kesildikten 5 yıl sonra ise risk normale dönmektedir (39,140).

2.3.2.4. Obezite, fiziksel aktivite, alkol, sigara

Menopozdan önce, bir kadının yumurtalıkları östrojeninin büyük bir kısmını üretir yalnızca çok az bir bölümü yağ dokusu tarafından üretilir. Menopozdan sonra (overlerden östrojen salınımı azaldığında), östrojenin seviyesini arttırmak için yağ dokusundan elde edilir. Bu sebeple menopozdan sonra vücut yağ dokusundaki artış, östrojen seviyelerini yükseltebilir ve meme kanseri olma olasılığını artırabilir (39,140).

Fiziksel aktivitenin meme kanseri riskini nasıl azalttığı tam olarak kanıtlanamasa da bunun vücut ağırlığı, iltihaplanma ve hormon seviyeleri üzerindeki etkilerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Yapılan çalışmalar günlük yapılan

fiziksel egzersizlerin meme kanseri riskini büyük ölçüde azalttığı göstermiştir (39,40,140).

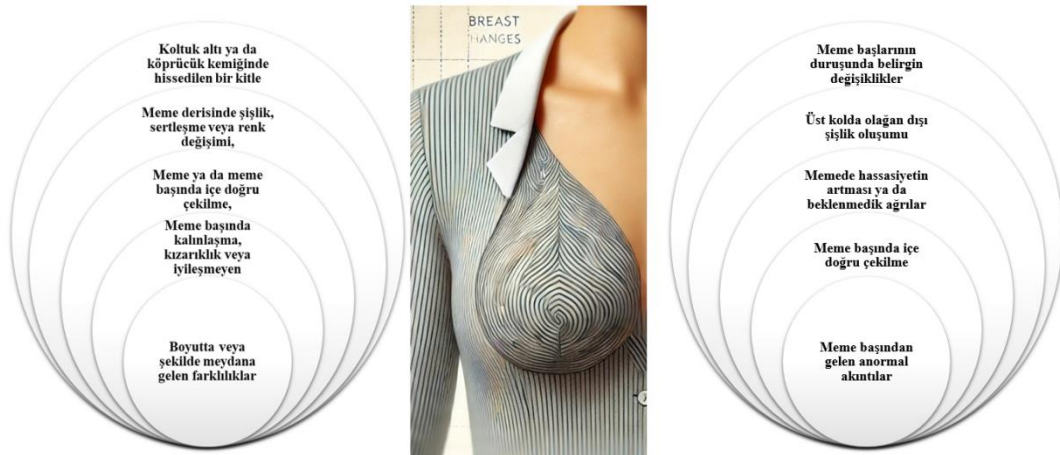
Alkol kullanımı, östrojen hormon düzeyinin artmasına neden olarak, meme kanseri riskini %7-10 oranında arttırmaktadır (41,140).

Aktif sigara içiminin de meme kanseri riskindeki rolüne ilişkin epidemiyolojik kanıtlar yeterli olmasada, literatürde sigara içimi ile meme kanseri arasında bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Bu ilişki özellikle uzun süre sigara içen veya ilk gebeliklerinden önce uzun süre sigara içen kadınlarda gözlemlenmektedir (42,43).

2.4. Meme Kanseri Belirti ve Bulguları

Kadınların mensturasyon dönemi öncesinde veya sırasında, gebelik süresince, menopoza girerken, hormon tedavisi sırasında, postmenopozal gibi dönemlerde memelerinde bazı fiziksel değişiklikler oluşur. Meme dokusundaki değişiklikleri gözlemleyebilmesi için kişilerin aylık kendi kendine meme muayenesi en iyi yöntemdir (44,140).

- Meme kanseri belirtileri arasında en yaygın olanı, ele gelen şişlik veya kitle oluşumudur. Diğer belirtileri



Şekil 1. Meme Kanseri Belirti ve Bulguları (44,140)

*Şekil çizimi için yapay zekadan (chat gpt) faydalanılmıştır.

2.5. Meme Kanserinin Sınıflandırılması ve Evrelendirmesi

Meme kanseri histolojik olarak iki; in situ ve invaziv kanserler, moleküler olarak dört alt tipi belirlenmiştir. Bunlarda Luminal A, Luminal B, Uclu negatif bazal-benzeri ve HER2'dir (45).

Histolojik Alt Tipler

Lobüler Karsinoma İn Situ (LCIS)

LCIS, terminal duktal lobüler ünitelerde merkezlenen bir proliferasyondur ve asinüslerin çoğunu dolduran ve genişleyen neoplastik hücrelerden oluşur. Klasik LCIS, genellikle başka bir lezyonu hedef alan bir meme iğne biyopsisinde veya cerrahi eksizyon örneğinde tesadüfen bulunan bir bulgudur. Bu nedenle, LCIS'in gerçek insidansını tahmin etmek zordur. LCIS, iyi huylu meme biyopsilerinin %0,5-1,5'inde ve tüm meme biyopsilerinin %1.8-2.5'inde tanımlanmıştır. LCIS, çoğunlukla premenopozal kadınlarda görülür ve tanı anındaki ortalama ve medyan yaş sırasıyla 49 ve 50'dir (46).

İnvaziv Meme Karsinomu (ILC)

İnvaziv kanserler, meme dokusuna yayılmış, invaze olmuş kanserlerdir. Süt kanallarından(duktuslar) başlayan tipi İnvaziv duktal karsinom, süt bezlerinden (lobüller) başlayan tipi de İnvaziv lobüler karsinom olarak adlandırılır. Ayrıca inflamatuvar meme karsinomu, Paget hastalığı, Filloides tümör gibi invaziv meme kanseri tipleri de vardır. İnvaziv duktal karsinoma, tüm meme kanseri tipleri içinde %80 oranıyla en sık görülen tipidir. İkinci sıklıkta invaziv lobüler karsinom görülür. İnvaziv lobüler karsinom da kaynak lobülüslerin epiteli olan, tüm vakaların %5-10'unu oluşturan ve hormon tedavisi alanlarda sık rastlanan alt tiplerdendir. Vakaların çoğunda östrojen, progesteron reseptörü pozitifdir. Genellikle HER-2/neu negatif olarak bildirilmektedir (47).

Moleküler alt tipler

Luminal A (ER+, PR+/-, HER2-)

Meme kanseri vakalarının %50-60'ını temsil eden en yaygın alt grubudur. Yüksek östrojen reseptörü (ER) seviyesi ve düşük proliferasyona bağlı gen seviyeleri ile karakterizedir. İyi bir prognoza sahip olduğu için nüks etme oranı diğer tiplere göre çok düşüktür. Hormon reseptörlerinin pozitif durumu sebebiyle esas tedavisi hormonal yöntemlere dayanmaktadır (48).

Luminal B (ER+, PR+/-, HER2+)

İnvaziv meme kanseri vakalarının yaklaşık %20-30'unu oluşturmaktadır. Östrojen ve progesterona ek olarak insan epidermal büyüme faktörü reseptörü-2 (HER2) eksprese etmektedir. Luminal A ile karşılaştırıldığında daha agresif bir fenotipe, daha düşük prognoza, daha yüksek nüks etme oranına ve relaps sonrası daha düşük bir sağ kalım oranına sahiptir (37).

Üçlü negatif meme kanseri

Üçlü negatif meme kanseri (TNBC), östrojen (ER), progesteron (PR) ve insan epidermal büyüme faktörü reseptörü-2'nin (HER2) negatif ekspresyonu olan bir meme kanseri türü olarak tanımlanır. Epidemiyolojik veriler, TNBC'nin çoğunlukla 40 yaşın altındaki premenopozal genç kadınlarda görüldüğünü ve bunların tüm meme kanseri hastalarının yaklaşık %15-20'sini oluşturduğunu göstermektedir. Diğer meme kanseri alt tipleriyle karşılaştırıldığında, TNBC hastalarının sağ kalım süresi daha kısadır ve tanıdan sonraki ilk 5 yıl içinde ölüm oranı %40'tır (49,50).

HER-2 Pozitif Meme Kanseri

İnsan epidermal büyüme faktörü reseptörü 2 (HER-2), normalde meme hücrelerinin çoğalması ve bölünmesinde rol oynayan bir reseptör tirozin-protein kinaz erbB-2'dir. Bazı anormal vakalarda HER2 geni doğru şekilde çalışmaz ve kendisinin çok fazla kopyasını oluşturur. HER2 pozitif (HER2+) meme kanserleri agresif bir

meme kanseri türüdür ve daha hızlı büyüme eğilimindedir ve yayılma olasılıkları daha yüksektir. Tüm meme kanseri tümörlerinin yaklaşık %15-20'sini oluşturur (49,50).

Meme Kanserinin Evrelendirilmesi

Meme kanserinde evreleme, tümör boyutu, lenf nodu tutulumu, metastazların varlığı ve östrojen reseptörleri, progesteron reseptörleri ve ERBB2 reseptörü (eski adıyla HER2) gibi spesifik biyobelirteçlere göre belirlenmektedir (51,52).

Evre 0: Duktal karsinoma in situ (DCIS), saf, invaziv olmayan bir karsinom türüdür ve en sık olarak meme kanallarıyla sınırlı mikrokalsifikasyonları gösteren mamografi ile tanımlanır. DCIS vakaları tedavi edilmezse %40'ı kadarı invaziv meme kanserine ilerleyebilmektedir (53,54).

Evre I ve II: Erken invaziv kanser, evre I, IIa ve IIb şeklinde tanımlanmıştır. Metastatik değildir (55).

Evre III: Lokal olarak ilerlemiş, evre IIIa, IIIb ve IIIc olarak sınıflandırılır. Metastatik olmayan bu meme kanseri, kemoterapi, endokrin tedaviler, tümör reseptörlerine yönelik monoklonal antikörlerle immünoterapi, cerrahi ve radyasyon gibi ameliyat öncesi ve sonrası sistemik tedavilerle tedavi edilmektedir. (56)

Evre IV: Metastatik meme kanseridir ve karaciğer, akciğer ve beyine metastazlar yaygındır. Tedavinin hedefleri semptomları en aza indirmek, yaşam süresini uzatmak ve yaşam kalitesini korumaktır. Metastatik meme kanseri nadiren tedavi edilsede, sağ kalım süresi 24 ila 40 aydır (51,57).

2.6. Meme Kanseri Tanı ve Tarama Yöntemleri

2021 yılında meme kanseri, akciğer kanserini geride bırakarak dünyada en sık teşhis edilen kanser türü haline gelmiş ve özellikle kadınlar arasında küresel ölçekte ciddi bir yük oluşturmaktadır. Meme kanseri taraması, erken evre hastalığı tespit etmek ve kanser hastalarının sağ kalım oranını iyileştirmek için etkili bir önlemdir. Nüfus temelli meme kanseri tarama programları son yıllarda birçok gelişmiş ülkede uygulanmış olup, ölüm oranlarını ve ileride görülebilecek kanser oranlarını azaltmaya katkıda bulunmuştur (58).

Ülkemizde de 2004 yılında Ulusal Meme Kanseri Tarama Rehberi yayınlanmış ve Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) açılmıştır. Bu

merkezlerde, meme kanseri açısından risk grupları ve kendi kendine meme muayenesi (KKMM), klinik meme muayenesi (KMM) ve mamografi gibi tarama yöntemleri belirlenmiştir.

AKD (Amerikan Kanser Derneği)'nin sürekli güncellediği tarama programına 2017 yılında eklemeler yapmıştır. Bu değişikliklerde dikkat çeken kısmın gruplandırma olduğu görülmektedir. Bu haliyle; tarama programı 3 ana başlıkta değerlendirilmiştir (140).

Düşük Riskli Grupta Tarama

Kanser riski %15 altında olan grup ile 40 yaşına gelmiş bireylerde yılda bir kez mamografi taraması önerilmekte ve taramaya devam etme durumu bireyin yaşam süresine ve ek hastalık varlığına göre değişmektedir (140,141).

Orta Riskli Grupta Tarama

Bu gruba; risk oranı %15-20 olan bireyler dahil olmaktadır. T.C SB Türkiye Sağlık Bakanlığı tarama programına göre 40-69 yaş arası kadınlarda 2 bir kez mamografi yapılması önerilmektedir. Meme kanseri öyküsü bulunanlarda yılda bir kez mamografi kontrolü ve 30 yaş üzeri vakalarda da biyopsi eşliğinde mamografi taraması gerekmektedir (141).

Yüksek Riskli Grupta Tarama

Bu grup ise, kendinde ve soy geçmişinde BRCA pozitifliği olanlar, göğüs bölgesine 10-30 yaş arasında radyasyon tedavisi alanlar ve kanser riski %20'nin üzerinde olanlar şeklinde tanımlanmaktadır.

- Yoğun meme dokusuna sahip 40 yaş üstü kadınlarda yağ oranı yüksek meme dokusu olanlara oranla 4 kat daha yüksek risk belirlenmiştir. Bu nedenle bu bireylerde erken dönemde mamografi taramalarına başlanmalıdır.
- Radyoterapi tedavisi 10-30 yaşlarında alan bireylerde tedavi sürecinden yaklaşık sekiz yıl geçtikten sonra mamografik taramalar uygulanmalıdır.
- BRCA geni pozitif olan bireylerde MR görüntülemelerine 25 yaşından itibaren başlanmalı ve 30 yaşında itibaren de tarama programına mamografinin de eklenmesi önerilmektedir (140, 141).

2.6.1. Kendi kendine meme muayenesi (KKMM)

KKMM, başlangıçta erken evre meme neoplazmalarını erken tespit etmenin sezgisel, ucuz, invaziv olmayan ve evrensel olarak erişilebilir bir yoludur (60).

Her ay düzenli olarak KKMM yapmak, meme farkındalığını artırır ve kadınları kendi sağlıkları için daha fazla sorumluluk almaya teşvik eder. KKMM konusunda eğitim alan kadınların 10 yıllık takibinde ölüm oranlarının değişmediği, ancak KKMM konusunda eğitim alan kadınlar arasında iyi huylu biyopsi oranlarında artış olduğu bulunmuştur. KKMM eğitimi sırasında sağlık profesyonelleri bilgi sağlamalı, olumlu sağlık davranışlarını teşvik etmeli ve kadın sağlığının sürdürülebilirliğini sağlamak için mevcut yanlış davranışları değiştirmelidir. Türkiye'de ise; meme kanseri tarama programları ücretsiz ve kolay erişilebilir olmasına rağmen, Türk kadınlarının bu programlara katılımı, meme kanseri hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları ve kendilerini düşük risk grubunda gördükleri için nispeten düşüktür. Sonuç olarak, KKMM'sini gereksiz olarak görmekte ve düzenli olarak yapmamaktadırlar (59).

2.6.2. Klinik meme muayenesi

Klinik meme muayenesi, sağlık personeli tarafından yapılan birincil meme kanseri tespit yöntemidir ve semptomatik kadınların hızlı değerlendirilmesini sağlar. Meme kanserini daha erken bir aşamada tespit edebilir ve meme kanseri ölüm oranını azaltabilir. Ancak, klinik meme muayenesi deneyimli uzmanlık gerektirir. Düşük ve orta gelirli ülkelerde meme kanserinin erken tanılmasında en sık kullanılan etkili bir yöntemdir (60).

Kanser tarama programlarında 25-40 yaş arası asemptomatik ve yüksek riskli olmayan kadınların 1-3 yıl aralıklarla “Klinik Meme Muayenesi” yaptırması önerilirken; 40 yaş üzeri yüksek riskli/daha önce meme kanseri öyküsü olan veya semptomatik hastaların daha sık aralıklı muayene olmaları önerilmektedir (60,61).

Mammografi

Mamografi (MMG), meme kanserlerinin erken teşhisinde büyük öneme sahiptir ve kanserlerin yaklaşık %75'ini hissedilebilmelerinden en az bir yıl önce tespit eder. Tarama ve tanı amaçlı iki tür mamografi incelemesi vardır. Tarama mamografisi

asemptomatik kadınlarda yapılmaktadır ve bir kadının başarılı bir tedavi şansını büyük ölçüde artırmada büyük öneme sahiptir (63).

Ayrıca 40 yaşın üzerindeki kadınlar için her 1-2 yılda bir, 50 yaş üzerindeki kadınlar içinse her yıl yapılması önerilir. Kadının meme kanseri aile öyküsü varsa doktorlar 40 yaşından önce de tarama mamografisine başlanmasını onaylayabilir. Çalışmalar, düzenli mamogramların 80 yaş ve üzeri kadınlarda ileri evre meme kanseri riskini azaltabileceğini göstermiştir. KKMM sırasında memede kitle veya meme başı akıntısı saptandığında ya da tarama sırasında düzensizlik tespit edildiğinde tanı amaçlı mamografi çekilmesi önerilmektedir (62,63).

2.7. Meme Kanserin Tedavi Yöntemleri

Meme kanserinin tedavisi evresine göre değişmektedir. Evre 0, invaziv olmayan ancak hastaların %40'ına kadarında invaziv kansere kadar ilerleyen duktal karsinoma in situ evresinde; lumpektomi, radyasyon veya mastektomi ile tedavi edilmektedir. Duktal karsinoma in situ östrojen reseptörü pozitifse, hastalar endokrin tedavisi de alabilir. Erken invaziv evreler (I, IIa, IIb) ve lokal olarak ileri evreler (IIIa, IIIb, IIIc) metastatik değildir ve üç tedavi evresine sahiptir. Ameliyat öncesinde, çıkarılabilir meme tümörlerinin boyutunu küçültmek, çıkarılamaz tümörleri ameliyat edilebilir hale getirmek için sistemik tedaviler uygulanır. Kanser ERBB2 pozitif olduğunda kemoterapiye ek olarak, ERBB2'ye karşı yönlendirilmiş monoklonal antikorlar olan trastuzumab (Herceptin) ve/veya pertuzumab (Perjeta) ile preoperatif tedavi uygulanır. Ameliyat öncesi sistemik tedaviler tümörün verdiği yanıtın derecesi, ameliyat sonrası herhangi bir sistemik tedaviye olan ihtiyacı ve yanıtı belirlemede yardımcı olur. Nodüler hastalık şüphesi olan hastalarda sentinel lenf nodu biyopsisi yapılır. Ameliyat sonrası dönemde ise; radyoterapi, endokrin tedavisi, immünoterapi ve kemoterapi uygulanmaktadır (51,64).

2.7.1. Cerrahi Tedavi

Meme kanseri hastaları için cerrahi seçenekler iki genel grupta kategorize edilmektedir; Meme koruyucu tedavi (kısmi mastektomi ve onkoplastik cerrahi dahil) ve onkolojik yönergelere bağlı olarak meme rekonstrüksiyonu ile veya rekonstrüksiyonsuz kısmi veya tüm meme dokusunun çıkarılmasıdır (65).

2.7.1.1. Mastektomi

Kanserli büyümeyi ortadan kaldırmayı amaçlayan bu yöntemde, genellikle lenf düğümlerine ve bazı durumlarda göğüs duvarı kasının bazı kısımlarına kadar uzanan tüm meme dokusu cerrahi olarak çıkarılır. Radikal mastektomi, William Halsted tarafından 1890'larda tanımlanan ve tüm memenin, pektoralis majörünün ve lenfadenektominin rezeksiyonu içeren bir yöntemdir (66).

Modifiye radikal mastektomi ise 1972'de John Madden tarafından tanımlanmıştır, meme ucu-areola kompleksini içeren eliptik bir kesi ve tüm meme dokusunun yanı sıra pektoralis majör fasyasının da çıkarılmasını içermektedir. Modifiye radikal mastektomi ayrıca seviye I-III aksiller lenf düğümlerinin çıkarılmasını da içerir (66,67).

2.7.1.2. Lumpektomi/meme koruyucu cerrahi (MKC)

Meme koruyucu cerrahiyi tanımlamak için kuadrantektomi, lumpektomi veya kısmi mastektomi terimleri kullanılmaktadır. MKC'de amaç sağlıklı meme dokusunu koruyarak tümörün mümkün olduğunca çıkarılmasıdır. MKC lezyonun meme büyüklüğüne oranı, kanser türü ve hasta tercihi gibi çeşitli hasta ve sağlayıcı faktörlerine dayanmaktadır. MKC'nin total mastektomiye kıyasla daha az psikolojik sekele yol açtığı ve ameliyat sonrası memelerden daha fazla memnuniyet sağladığı gözlenmiştir (68,69).

2.7.1.3. Sentinel lenf nodu biyopsisi (SLNB)

Sentinel lenf nodu biyopsisi, klinik olarak nod negatif olan erken evre meme kanseri hastalarında evrelemenin temel bir bileşeni olup, kanser hücrelerinin lenfatik sisteme yayılıp yayılmadığını belirlemek için yapılır (66).

2.7.1.4. Aksiller lenf nodu diseksiyonu (ALND)

Meme kanserinde önemli prognostik faktörlerden biri aksiller lenf nodunda metastazın olmasıdır. ALND, meme kanserini evrelendirmek ve ileri tedavinin yönünü belirlemek için kullanılan lokal bir tedavidir (70).

2.7.2. Kemoterapi

Erken meme kanserinde ameliyattan önce neoadjuvan kemoterapi, ameliyattan sonra ise adjuvan kemoterapi tedavisi uygulanmaktadır. Neoadjuvan kemoterapi meme kanserinde giderek daha fazla kullanılmaktadır. Özellikle memedeki primer tümörün ve metastatik aksiller lenf nodunun evresini düşürerek, meme kanserinin biyolojisi, prognozu ve daha ileri tedavisi için önemli bir rehberlik sağlamaktadır. Kanserli hücrelerin yanı sıra diğer sağlıklı hücrelerde kemoterapi tedavisi sırasında etkilenebilmekte ve bazı hastalarda dispne, mukozitler, kilo kaybı, alopesi, tırnak değişiklikleri, bulantı ve kusma gibi yan etkiler görülebilmektedir (71,73).

2.7.3. Hormonal tedavi (HT)

Hormonal tedavi, hormon reseptörü pozitif erken meme kanseri olan hastalarda tekrarlama ve ölüm riskini azaltmak için kullanılan standart adjuvan tedavilerden biridir. HT sonrası; vazomotor semptomlar, kas-iskelet sistemi bozuklukları ve menopozun genitoüriner sendromları, yorgunluk, psikolojik ve göz bozuklukları, dismetabolik etkiler ve kemik yoğunluğu kaybı gibi yan etkiler görülmektedir. Kanıtlanmış etkinliğine rağmen, düşük dereceli olsa bile zamanla devam eden bu yan etkileri yaşam kalitesini bozabilmektedir (74,75).

2.7.4. Radyoterapi

Radyasyon tedavisi, erken evre ve lokal olarak ilerlemiş meme kanserleri ve metastatik vakalar dahil olmak üzere meme kanserinin multimodal yönetiminde önemli bir bileşendir.

Erken evre meme kanseri olan hastalar için, meme koruyucu cerrahiye takiben , kısmi meme ışınlamasının, tüm meme ışınlamasına kıyasla hastalarda toksisiteyi azaltma potansiyeline sahip olduğu bulunmuştur. Radyoterapi sonrası veya sonrasında hastalarda dermatit, cilt yanıkları, özofajit, diyare, halsizlik, yorgunluk, hareket kısıtlılığı gibi yan etkiler görülebilir (76,78).

2.8. Meme Kanseri Hastalarının Yaşadığı Fiziksel ve Psikolojik Problemler

Meme kanseri tanı ve tedavisinin hastaların fiziksel, psikolojik ve sosyal refahı ile genel yaşam kalitesi üzerinde önemli olumsuz bir etkiye sahip olduğu çalışmalarla kanıtlanmıştır.

Meme kanseri tedavi yöntemleri genellikle cerrahi, kemoterapi, radyoterapi, hedefli veya hormonal tedavinin bir kombinasyonunu içermektedir. Bu tedavi seçenekleri sonucunda hastalar hem fiziksel hem de psikolojik sorunlar yaşamaktadırlar (79).

Adjuvan kemoterapi tedavi sırasında hastalarda ağrı, yorgunluk, uyku güçlüğü, bulantı ve kusma, tat bozuklukları, saç dökülmesi, kabızlık, ishal, cinsel işlev bozukluğu, iştahsızlık ve kilo kaybı gibi fiziksel rahatsızlıklar gelişmektedir (80).

Yapılan çalışmalarda meme kanseri hastalarının en sık yaşadığı semptomlar olarak; enerji eksikliği (%57), unutkanlık (%57), cinsel isteksizlik (%52), genel vücut ağrıları (%49) ile geleceğe ilişkin endişe ve anksiyete (%49), %60'ından fazlasının yorgunluk ve %80 uyku bozukluğu ve %32,2 depresyon yaşadığını bildirilmektedir (81).

Meme kanseri hastalarında radyoterapi kanser tekrarını önlemede etkili bir yöntem olsa da, radyasyon dermatiti olarak bilinen akut cilt toksisiteleri tedavinin yaygın bir yan etkisi olarak ortaya çıkabilmektedir. Radyoterapinin başlangıcından sonra kadınların %95'ine kadarında yanık benzeri bir reaksiyon gelişmekte; bu reaksiyon eritem, ödem, kuru veya nemli eskuamasyon ve ağrıyı içermektedir (82).

Her meme kanseri hastasına, kanser tedavisinin bir parçası olarak mastektomi veya meme koruyucu cerrahi tedavi uygulanır ve bu durum hastalarda memede şekil bozukluğuna veya vücut imajında değişikliklere neden olmaktadır (79).

Olumsuz tedavi yöntemlerine ek olarak, hastalar kötüleşen fiziksel durumlarıyla daha düşük yaşam kalitesi ve daha fazla kaygı, sıkıntı yaşamaktadırlar. Meme kanseri cinsel kaygıları artırarak duygular ve beden imajıyla ilgili zorlukları da beraberinde getirmektedir. Meme kaybı, saç dökülmesi, ilaçlara bağlı kilo alımı/kaybı gibi sosyal işlev engelleri, beden imajı bozukluğu, çekici olmama hissi ve kadınlık kaybı ile ilişkilidir (83).

Meme kanseri tanısı alan kadınlar sıklıkla öfke, kaygı, umutsuzluk, çaresizlik, ölüm korkusu ve intihar düşüncelerinin bir kombinasyonunu yaşamaktadırlar. Meme kanseri sağ kalanların önemli bir kısmı, yorgunluk, sürekli ağrı, lenfödem, vazomotor

semptomlar ve kısırlık dahil olmak üzere tedavinin uzun vadeli iatrojenik etkilerini deneyimledikleri içim yaşam kalitesi ve ruh sağlığı olumsuz etkilenmektedir (83).

2.9. Meme Kanseri Hastalarında Hemşirelik Bakımı

Meme kanseri, dünyada kadınlarda en sık görülen ve görülme sıklığı her geçen yıl artan bir kanser türüdür. Meme kanserinde meme dokusunun rezeksiyonu cerrahi tedavi yönteminde güçlü bir silah olsa da ameliyat sonrası yara bölgesinde kızarıklık, akıntı, ödem gibi enfeksiyon belirtileri, ağrı, lenf ödem, meme dokusunun çıkarılmasına rağmen o bölgede ağrı, hassasiyet gibi komplikasyonlar görülmektedir. Bununla birlikte mastektomi sonrası beden bütünlüğünün değişmesi ve bireylerin yeni beden görüntüsüne alışma sürecinde öz güven eksikliği, beden imajında bozulma, öfke, depresyon, fiziksel olarak kendini daha az kadınsı hissetmesi gibi psikososyal problemlere de yol açmaktadır (84,85).

Hemşire meme kanserinin erken teşhisinde, bireyin hastalığa uyum sürecinde, hastalık semptomlarının ve tedavi komplikasyonlarının yönetiminde anahtar role sahiptir. Cerrahi operasyon geçiren hastalarda hemşireler bakım sürecini hızlandırmak ve tedavinin komplikasyonlarını azaltmak için ekiple iş birliği içinde olmalıdırlar (84,85).

Hemşirelik Bakımı

Hasta yaşayabileceği komplikasyonlar ve sorunlar konusunda bilgilendirilmelidir.

- ✓ Hastaya yaşadığı cerrahi girişim nedeniyle, kolunda uyuşukluk ve ödem olabileceği söylenmeli ve nedenleri açıklanmalıdır. Kolunu normal olarak kullanabileceği, hareket kısıtlılığı devam ederse her gün kolunu en az 30 dakika yukarı yükseltmesi gerektiği söylenmelidir. Ayrıca kolun dolaşımını engelleyen sıkı kıyafet ve takılar kullanılmaması, ağır eşyalar taşınmaması gerektiği konusunda da bilgilendirilmelidir.
- ✓ Hastayla mastektomi hakkında konuşulmalı ve hasta meme kaybına ve eşiyle olan iletişimine ilişkin duygularını ifade etmesi için cesaretlendirilmelidir.
- ✓ Hastanın eş, aile, arkadaş gibi destek kaynakları belirlenmeli ve ilgili kişilere hastaya verecekleri desteğin önemi açıklanmalıdır (86,87).

2.10. Stigma Kavramı

İlk olarak Sosyoloji alanında doğan stigma kavramı daha sonra sağlık bilimleri, tıp, psikoloji, gibi bölümler arasında da yaygınlaşmıştır.

Stigma kelimesi Yunanca kökenli olup, köleler veya suçlular gibi toplumda aşağı kabul edilen kişilerin bedenlerine yerleştirilen işaretleri tariflemek için kullanılmıştır (12).

Literatürde bu kavramın ilk olarak kuramsal alt yapısını oluşturan Erving Goffman'da (1963) stigmatı "derinden itibarsızlaştırıcı bir özellik" olarak tanımlamıştır ve damgalanmış kişiyi lekelenmiş, yok sayılmış ve örselenmiş bir kimliğe sahip olma olarak irdelemiştir. Yani damgalama, kişinin "bütün ve sıradan bir kişiden lekelenmiş, değersiz birine" indirgenmesidir (88).

Link ve Phelan ise, damgalamayı birbiriyle ilişkili beş adımdan oluşan bir süreç olarak tanımlamaktadır. Kavramsallaştırmalarında, birey ilk önce bir sosyal seçim süreciyle etiketlenir ve daha sonra etiketleme grubu tarafından "onlar" ve "biz" olarak ayrılır. Dışlanan birey ise ayrımcılık ve statü kaybı yaşar ve bu durum da bireyde güç kaybına yol açmaktadır (11,89,90).

Corrigan ve arkadaşlarına göre ise stigma; algılanan stigma, yürürlüğe konulan stigma (gerçek karşılaşmalarda başkaları tarafından ayrımcılığa uğramak veya adil olmayan şekilde muamele görmek) ve içselleştirilmiş damgalama şeklinde üç gruba ayrılmaktadır (90).

Cook ve Wang, çalışmalarında hastalığın neden olduğu damgalanmayı oto-damgalama (bir kişinin hastalığına tepkisi); kişisel damgalama (damgalanan kişiye karşı tutum); algılanan damgalama (damgalanan kişilere karşı diğer insanların tutumlarına ilişkin görüşler) olarak üç boyutta ele alıp, incelemişlerdir (91).

Dünya Sağlık Örgütüne göre ise stigma, ayrımcılığın ve dışlamanın önemli bir nedeni olarak görülür ve insan haklarının suistimal edilmesine sebep olan bir durum olarak tanımlamaktadır (92).

2.10.1. Stigmatizasyon kuramları

Stigma hem yerel hem de evrensel boyutlara sahiptir, çünkü toplumun özelliklerine ve etnik kökenine dayanmaktadır. Stigmanın kavramsal çerçevesi;

etiketleme kuramı, yükleme kuramları, sosyal kimlik kuramı ve sosyal temsil kuramı şeklinde açıklanmaktadır (93).

2.10.1.1. Etiketleme kuramı

Etiketleme kuramı ilk kez 1938 yılında “Kötülüğün Tiyatrosu” makalesi ile Frank Tannenbaum tarafından ortaya çıkarılmıştır. Frank ‘a göre suç işleyen bireye toplumsal alanda herkesin onu fark edebileceği bir işaretleme yapılmalıdır. Suçlu bireyin kim olduğu, hangi davranışın suç olduğu ve cezanın ne olacağı toplumsal güç tarafından belirlenir (89).

İlk olarak Lamert tarafından etiketlemenin öz varlık kavramının gelişimi üzerine etkisine değinilmiştir. Bu durumu da olumsuz ve kötü etiketlemeye maruz kalan kişinin bu olayı benimseyerek suç işleme düşüncesini arttırabileceği şeklinde açıklamıştır. Bireyin kendine yapılan bu kötü etiketlemeleri benimsemesi birincil sapkınlık, bu kötü etiketlemelerde dolayı da kendini sapkın olarak görmesi ikincil sapkınlık olarak değerlendirilmiştir (89,94).

Becker ise; etiketleme kuramını bir kişinin normal görülenin dışında hareket ettiğinden dolayı diğerlerinden ayırıştırılarak, sınıflanmasına yol açan, sapmaya neden olan davranışlar şeklinde açıklamıştır. Toplumsal normlara uygun hareket edenler dairenin içerisinde kalırken, sosyal problem olarak görülen sapma davranışını işleyenler ise dışarıda kalmaktadır. Etiketleme kuramı, suçluluk ve güç ilişkilerinin anlaşılmasında büyük rol oynamaktadır. Güçlüler, suçluyu belirlemede ön planda olduğundan; güçsüzleri dezavantajlı bir duruma düşürebilirler (89,93).

2.10.1.2. Yükleme kuramları

İnsanların içsel ya da dışsal faktörlere bağlı olarak başkalarının davranışlarına anlam yüklemeleridir. Yükleme kuramları kişilerarası ve gruplar arası ilişkiler olmak üzere iki boyutta incelenmektedir (93).

Kişiler Arası Yükleme Heider’a göre, içsel ve dışsal yüklemeler (faktörler), algıları yönlendiren unsurlardır. İçsel yüklemeler; yetenekler ve güdüler gibi kişinin içinden gelen veya kişiye bağlı olan etki elemanlarını, dışsal yüklemeler ise; bireyin dışında gelişen, kontrol etme imkânının olmadığı çevresel etkenleri içermektedir. Gruplar arası yüklemede, insanlar kendi davranışlarına bir grubun üyesi olarak;

başkalarının davranışlarına ise iç grup ya da dış grup etkisi ile nedenler yüklerler (93,95).

2.10.1.3. Sosyal kimlik kuramı

Tajfel ve Turner'ın savunduğu, sosyal kimlik kuramına göre damgalama süreci bireysel kimlik ve sosyal kimlikle ilişkilendirilmektedir. Bireysel kimlik; kişilik, özel beceriler, görünüm ve ilgilerdir. Sosyal kimlik ise; bir üniversitenin öğrencisi, bir kurumun çalışanı, bir ülkenin vatandaşı olmak gibi, üye olunan gruplardır. 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. Bir gruba kendini kategorize eden bireyler sağlık problemlerini algılamada ve değerlendirmede güçlükler yaşayabilmektedir (93,95).

2.10.1.4. Sosyal temsil kuramı

Moscovici tarafından geliştirilen sosyal temsil kuramı; sosyal bir kategoriye ya da bir gruba özgü “fikir, bilgi ve inanç sistemleri” olarak tanımlanmaktadır. Sosyal temsil, çevremizi anlamlandırırken, neden sonuç ilişkisini kurarken kültürel bilgileri inşa edip iletebilmenin bir yolu olarak; grup üyelerince paylaşılan ortak anlayışlardır. Sosyal temsiller birbiri üzerinde üstünlük oluştururken, kendi grubuna ilişkin düşünceler onaylanır, diğer gruplardaki özellikler ve nitelikler yargılanır, reddedilir ve ayrıştırılması söz konusu olabilir (93,96).

2.10.2. Stigma Türleri

Toplumda yaşayan bireyler deri rengi, cinsiyet, ırk özelliklerinden ya da inanç, kıyafet gibi sosyokültürel özelliklerinden veya kanser tüberküloz epilepsi, obezite ruhsal sorunlar gibi hastalıklardan nedeniyle birçok açıdan stigmaya maruz kalmaktadır (12).

Stigmanın birden fazla türü bulunmaktadır ama etki alanına göre birincil ve ikincil stigma olarak incelenmektedir. Birincil stigma bireyin kendini etkilerken ikincil stigma ise bireyin ailesini ve çevresindeki arkadaşlarını etkisi altına almaktadır.

Literatürde stigma; toplumsal stigma, yapısal stigma ve içselleştirilmiş/öz stigma ve olarak sınıflandırılmaktadır (97).

Toplumsal (Kamusal) Stigma

Toplumsal stigma, genel kamu tarafından sahip olunan kalıp yargılar, önyargılar ve ayrımcılık içeren inançlar üzerinde toplanır. Özelde ailenin ya da akrabaların, geniş çaplı olarak düşünüldüğünde ise toplumun damgalanmış birine ya da bir gruba karşı gösterdiği sosyal ve psikolojik tepkiler, tahammülsüzce davranış ve tutumlardır (98).

Toplumsal stigma bireysel düzeyde ya da grup düzeyinde de ortaya çıkabilmektedir. Bu durum içselleştirilmiş stigmaya da yol açmaktadır. Toplumsal stigmanın sonucu olarak bireylerde iş birliğinde azalma ve sosyal izolasyon, özgüven kaybı, beden imajında bozulmalar gibi sorunlar görülmektedir (99,100).

Yapısal Stigma

Yapısal stigma, toplumdaki gruplara karşı, sosyopolitik güçlerle imkânların kısıtlanması, hükümet bütçelerinden yeterli pay ayrılmaması gibi sistemin kendisinde adaletsizlik ve fırsat eşitsizliği oluşturulmasıdır. Yapısal stigmanın kökeni, kurumsal ırkçılık ile ilgili kavramlara dayanmaktadır (101,102).

Yapısal stigma sağlık hizmetlerinin kalitesini azalttığı için sağlık bakım ihtiyacı olan bireylerin tedavi süreçlerini etkileyerek, sağlık kurumu başvurularını ve sağlık hizmetinden faydalanmalarını engelleyebilmektedir (103).

İçselleştirilmiş Stigma (Kendini Damgalama-Öz damgalama)

İçselleştirilmiş stigma, diğer insanların yönelttiği görüşlerin, kişilerin iç dünyasında duygu, düşünce, inanç ve korku boyutunu etkilemesi ve bir kabul oluşturmalarıdır. Kişinin damgalama atıflarını kabullenmesi, içselleştirmesi, toplumun inançlarını özümsemesi, artık kendisinde bu durumun varlığını benimsemesidir (104).

İçselleştirilmiş stigmaya maruz kalan kişi, öz saygı ve itibarının sarsılması, utanç yaşaması, suçluluk hissetmesine neden olmaktadır. Bunun sonucu olarak da değer verilmeyen kişinin, kendini grubun bir üyesi olarak görmemesi, bir süre sonra çevresindeki insanlardan kaçmasına yol açmaktadır (95). Bireyler için önemli bir zorluk olup, ruhsal sağlıklarını, öz saygılarını ve yaşam kalitelerini etkilemektedir.

İçselleştirilmiş damgalanmanın üstesinden gelmek, terapi, destek grupları, eğitim ve farkındalık yaratma gibi çok yönlü bir yaklaşım gerekmektedir (104).

Yapılan araştırmalar, içselleştirilmiş damgalanma yaşayan bireylerin gelecekte başkaları tarafından klişeleştirilmeyi bekledikleri, beklenen damgalanmayı da yaşadıklarını göstermiştir (105).

2.10. Meme Kanseri Hastalarında Stigma

Tarihsel süreçte tıbbi yönden stigma oldukça fazla yaşanmıştır. Toplumlar, özellikle geniş çaplı etkisi olan salgın hastalıklarda ve ruhsal hastalıklarda daha fazla damgalamaya meyilli olmuşlardır.

Dünya çapında savunmasız nüfuslar için sağlık ve refahı iyileştirmenin önündeki en büyük engel sağlıkta stigmadır. Stigma araştırması ve küresel sağlık üzerine bu düşünce, büyük ölçüde ABD Ulusal Sağlık Enstitüleri (NIH) tarafından desteklenen "Damgalamayı Azaltma Bilimi" konulu 2017 toplantısının bir sonucu olarak ortaya çıkmıştır. Damgalama araştırmalarının daha da ilerlemesi ve hastalığa özgü damgalama araştırmalarının yapılmasının önemi vurgulanmıştır (106).

1900'lü yıllarda ise ölümü çağrıştıran kanser, damgalamaya ve ayrımcılığa sebep olan hastalıklar arasında yer almaktadır. Kanser tedavi ve sağ kalımdaki son gelişmelere rağmen hala damgalanmış bir hastalık olarak görülmektedir. Kanserde stigma, bireylerin ölümcül bir hastalığa yakalanma konusundaki hassasiyetlerinin hatırlatılmasından korkmalarından, fiziksel değişikliklerden nefret etmelerinden ve dünyanın adil bir yer olduğu, bireylerin hak ettiklerini elde ettiği, bu nedenle iyi insanların başına iyi şeyler geldiği ve tam tersinin de geçerli olduğu varsayımına dayanmaktadır (107).

Kanser türüne ve kültürel özelliklere bağlı olarak, algılanan damgalanmanın yaygınlığı %13 ile %80 arasında büyük ölçüde değişmektedir. Kanserde stigma sadece kanser hastalarını etkilemekle kalmayıp, kanser hakkındaki toplumsal damgalanma, daha geniş toplumda kanser yükünü azaltmaya yönelik kamu sağlığı çalışmalarını da olumsuz etkilemektedir (108).

Meme kanseri, kadınlar arasında en sık görülen kötü huylu tümörlerden biridir ve hastalar yalnızca fiziksel acıya katlanmakla kalmaz, aynı zamanda önemli psikolojik stresle de karşı karşıya kalmaktadır. Bu stres genellikle hayatta kalma korkularından, vücut imajındaki değişikliklerden ve ameliyat sonrası ağrı, yorgunluk,

lenfödem ve kemoterapi ve radyoterapiyle (alopesi, bulantı, kusma, diyare, ağız kuruluğu, cinsel işlev bozuklukları) ilişkili rahatsızlık gibi tedavinin yan etkilerinden kaynaklanmaktadır. Bu psikolojik yükler hastaların yaşam kalitesini ciddi şekilde etkiler ve tedaviye uyumlarını etkileyerek potansiyel olarak hayatta kalma oranlarını düşürebilmektedir (109).

Meme kanseri olan bireyler fiziksel işlevlerin azalmasına bağlı ciddi psikolojik baskı altında hissederler ve kişilerarası iletişimde zorluklar yaşarlar. Tedavi ve bakımın yüksek maliyetiyle birleştiğinde, kanserden kurtulanlar genellikle aileleri için ciddi bir yük olduklarını düşünürler, bu durum da kendini inkâr etme ve stigma ile sonuçlanmaktadır. Stigma içselleştirildiğinde, olumsuz algı, utanç, suçluluk, depresyon, ayrımcılık korkusu gibi olumsuz duygulara ve tutumlara yol açabilmektedir (91).

Meme kaybı, ameliyat izi, saç dökülmesi ve menopoz gibi benzeri durumlar kadınların dış güzellik imajına zarar vermektedir. Yine tedavi nedeniyle doğurganlığın sona ermesi, kadınların toplumdaki öz kimliğini de etkilemektedir. Ve hastalıkları nedeniyle toplumdan dışlanma, yabancılaşma ve iş ayrımcılığı gibi durumlarla da karşılaşır, bunun sonucu olarak da %8.7 ile %76.7 gibi değişen oranlarda orta ve yüksek düzeyde damgalanmaya maruz kalmaktadırlar (110).

Bu stigma algısı tedavinin devamının sağlanmasının önünde de engeller oluşturur. Yanı sıra kişinin kendini izole hissetmesi, sağlık hizmeti sağlayıcılarını ziyaret etmekten kaçınması ve düşük yaşam kalitesiyle sonuçlanmaktadır. Kişisel mahremiyetin korunması, damgalanma ve kanserle ilgili katı sosyal tabular konusundaki korku ve endişe, hastaların sağlık bilgisi arama eğilimini ve duygusal destek alma isteğini güçlü bir şekilde etkileyebilir; bu endişeler onları duygusal destek almaktan mahrum bırakabilir ve dolayısıyla sosyal olarak izole hissetmelerine neden olabilmektedir (111).

Görüldüğü gibi, meme kanseri tanısı alan kadınlar çok daha yüksek oranda anksiyete, depresyon, bilişsel bozukluk ve olumsuz etkilere sahip olmaları nedeniyle, bu hastalar üzerindeki stigmatı derinlemesine araştırmak önemlidir. Bu nedenle meme kanseri olan kadınların deneyimlediği stigmatı ölçecek ölçüm araçlarına ihtiyaç vardır. Bu eksiklikten yola çıkarak Bu ve ark. 2022 yılında meme kanseri olan kadınların deneyimlediği stigmanın etkinliğini ölçmek Meme Kanseri Stigma Ölçeği'ni geliştirmişlerdir (19). Bu çalışmanın amacı da Meme Kanseri Stigma Ölçeği'nin Türk toplumunda geçerlik ve güvenilirliğini yapmaktır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma, Meme kanseri tanısı alan kadınlarda Meme Kanseri Stigma Ölçeği'nin (MKSÖ) (Breast Cancer Stigma Scale) Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini belirlemek amacıyla metodolojik olarak yapıldı.

3.2. Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmanın hipotezleri şu şekilde sıralanmaktadır.

H0: Türkçe'ye uyarlanan Meme Kanseri Stigma Ölçeği geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı değildir.

H1: Türkçe'ye uyarlanan Meme Kanseri Stigma Ölçeği geçerli ve güvenilir bir ölçme aracıdır.

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu araştırma 15 Mart 2024 -15 Eylül 2024 tarihlerinde Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Onkoloji polikliniği ve onkoloji kliniğinde yürütülmüştür.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Onkoloji polikliniği ve onkoloji kliniğinde Meme kanseri tanısı alan tüm kadınlar oluşturmuştur. Ölçek geçerlik ve güvenilirlik araştırmalarında veriler bir evrene genelleme yapılamayacağından, bir çalışma evreni de belirlenmez. Ancak araştırma analizlerinin yeterli sayılarda yapılabilmesi için örneklem grubunun sayısının belirlenmesi, ölçek madde sayısının oranlarına göre hesaplanır. Kimi araştırmacılar madde sayısının 10 katı örneklem olması gerektiğini savunurken kimileri ise 4 katı olması gerektiğini belirtmiştir. Dolayısıyla bu çalışmada her bir madde için 10 kişinin alınması planlanmış ve bu doğrultuda ölçek 15 madde olduğu için, en az 150 kişiye (10 madde x 10=100) ulaşılmıştır (112,113).

Meme Kanseri Stigma Ölçeği, Türkçe geçerlik ve güvenirliği başlığı altında incelenen çalışmada parametrelerin ortalamalarında orta düzeyde etki büyüklüğünün (effect size=0.30) fark kabul edilmesi öngörülerek alfa anlamlılık seviyesi 0.05 %95 Power da örneklem büyüklüğü, araştırmaya alınma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 150 katılımcıya uygulanmıştır. İstatistiksel analiz için SPSS 25 paket programı kullanılmıştır.

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri;

- 18 yaş üstü olmak,
- Meme kanseri tanısı almış olmak,
- Kadın olmak,
- Çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmek,
- Türkçe'yi anlama ve iletişim kurmada engeli olmayan

Araştırmadan Dışlama Kriterleri;

- Bilişsel ve psikiyatrik hastalığı bulunması,
- Çalışmaya katılmayı kabul etmeme,

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri hastaların sosyodemografik ve hastalıkla ilgili özelliklerini sorgulayan 24 soruluk Kişisel Bilgi Formu (Ek 1), “Meme Kanseri Stigma Ölçeği (Ek 2), Hasta Sağlığı Anketi (PHQ-9) (Ek 3), Meme Kanseri Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (EORTC QLQ- BR23) (Ek 4) ile toplanmıştır.

3.5.1. Kişisel bilgi formu

Araştırmacı tarafından literatür taraması sonucunda 11 adet sosyodemografik özelliklerin (yaş, cinsiyet, medeni durum, gelir durumu vb.) ve 13 adet hastalığa ilişkin bilgilerin sorgulandığı toplam 24 maddelik bilgi formudur.

3.5.2. Meme kanseri stigma ölçeği (MKSÖ)

MKSÖ, meme kanseri tanısı alan kadınlarda hastalığa ve tedavi sürecine bağlı olarak ortaya çıkan stigmatizasyon düzeyini kapsamlı şekilde değerlendirmek amacıyla Xiaofan Bu ve arkadaşları tarafından 2022 yılında geliştirilmiştir. Ölçek, 4'lü likert yapıda, olmak üzere 4 alt boyut olan (alt boyutları; Beden İmajında Bozulma, sosyal izolasyon, ayrımcılık, içselleştirilmiş stigma) 15 maddeden oluşmaktadır. Beden İmajında Bozulma alt boyutu, meme kanseri olan kadınların, beden imajlarının kitlesel ülserasyon ve meme asimetrisi gibi semptomlar nedeniyle hasar görmesi ile birlikte mastektomi sonrası çekicilik hissinin azalmasıyla ilişkilidir. Sosyal izolasyon alt boyutu ise, meme kanseri olan kadınların, hastalıkları nedeniyle sosyal temastan kaçınmalarını ölçerken, Ayrımcılık alt boyutu, hastaların sosyal ve aile rollerindeki değişimler nedeniyle ayrımcılıkla karşı karşıya kalmalarıyla ilişkilidir. İçselleştirilmiş stigma alt boyutu ise bireyin olumsuz basmakalıp düşüncelerin, kişinin kendisi tarafından kabul edilmesi sonucu ortaya çıkan, değersizlik, utanç, gizlilik ve geri çekilmeyle ilişkilidir. Xiaofan Bu ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçeğin Cronbach's alpha iç tutarlılık katsayısı Beden İmajında Bozulma alt boyutu için 0.88, sosyal izolasyon alt boyutu 0.84, ayrımcılık alt boyutu 0.75, içselleştirilmiş stigma alt boyutu 0.78 bulunmuş, toplam Cronbach alfa değeri 0.86 hesaplanmıştır. Ölçeğin kullanımı için Xiaofan Bu'dan e-mail yoluyla izin alınmıştır.

3.5.3. Hasta sağlığı anketi (HSA-PHQ-9)

Kurt Kroenke ve ark tarafından 2001 yılında geliştirilmiştir. Yunus Emre Sarı ve ark. tarafından 2016 yılında Türkçe geçerlik ve güvenirliği yapılmıştır. Ölçek 9 maddeden oluşmaktadır. DSM-IV kriterlerine göre depresyonun 9 belirtisini sorgular. Diğer depresyon ölçeklerinin yaklaşık yarısı uzunluğundadır ve makul bir duyarlılığa ve özgüllüğe sahiptir. Her madde 0-3 arası skorlanmaktadır (0: hiç; 1: birkaç gün; 2: günlerin yarısından fazla; 3: neredeyse her gün). Bu ankette yüksek puan hastalık depresyon düzeyinin artması anlamına gelir. Ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0.84 olarak bulunmuştur. Ölçeğin kullanımı için Yunus Emre Sarı' dan e-mail yoluyla izin alınmıştır. Bu çalışmada Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0.84 bulunmuştur.

3.5.4. Meme kanserine özgü yaşam kalitesi ölçeği (EORTC QLQ- BR23)

Meme kanseri tanısı alan kadınlarda, hastalık belirtileri ve tedavinin yan etkilerini değerlendiren ölçek, 23 soru ve 2 alt boyuttan oluşmaktadır. Beden imajı, cinsel haz, cinsel işlev, gelecek beklentisi soruları ölçeğin fonksiyonel skala boyutunu, sistemik tedavi yan etkileri, saç kaybından duyulan rahatsızlık, memeye bağlı sorunlar ve kola bağlı sorunlar ise semptom skala alt boyutunu oluşturmaktadır. Ölçekten 0-100 arasında puan elde edilmektedir. Fonksiyonel skala puanlarının yüksekliği yaşam kalitesinin yüksek olduğunu, semptom skala puanlarının yüksekliği ise düşük yaşam kalitesini göstermektedir.

Meme Kanserine Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğinin, Türkçe geçerlik ve güvenirliği 2011 yılında Demirci ve ark. tarafından yapılmış ve Cronbach alfa değeri 0.90 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada QLQ-BR23 alt boyut puanları ve iç tutarlılık düzeylerinin 0.628 ile 0.980 arasında değiştiği saptanmıştır.

3.6. Verilerin Toplanması

Araştırmaya başlamadan önce gerekli etik kurul onayı ve kurum izni alınmıştır. Yapılacak araştırma hakkında kişilere yazılı ve sözlü olarak açıklamalar yapılmıştır ve katılım sürecinin gönüllülük esasına dayalı olduğu belirtilmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul ettikleri takdirde, araştırmaya nasıl katkı sağlayacakları açıklanarak yazılı onamları alınmıştır. Yapılan açıklamaları kabul eden ve onam veren kişilere, araştırmacı tarafından gerekli formlar verilmiştir. Anket doldurma yeri olarak polikliniklerde hasta bekleme alanları kullanılmıştır. Formların doldurulması için 15-20 dakika süre verilmiştir ve formlar ara verilmeden tamamlanmıştır. Veriler, yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak araştırmacı tarafından toplanmıştır.

3.7. Araştırmanın Uygulama Aşamaları

MKSÖ'nin geçerlik çalışmasında; dil geçerliği, kapsam geçerliği, yapı geçerliği ve ölçüt geçerliği değerlendirilmiştir.

3.7.1. Dil geçerliği

Ölçek uyarlama çalışmalarının başında ölçek maddelerinin her iki dile ve kültüre hâkim, alanında uzman kişiler tarafından Türkçe'ye çevrilmesi gelir. Dil eşdeğerliliğinde sıklıkla çeviri-geri çeviri yöntemi kullanılır. İlk aşamada ölçeğin orijinal dilinden uyarlamanın yapılacağı dile çevirisi yapılır ve ardından tekrar orijinal diline çevirisi yapılır. Çevirisi yapılmış ölçek her iki dile ve kültüre hâkim, alanında uzman kişiler tarafından yapı, anlam ve dil bilgisi yönünden değerlendirilir. Tüm bu aşamalar sonucunda dil eşdeğerliliği tamamlanmış olmaktadır (114).

Bu aşamada geri çeviri yöntemi kullanılmıştır. Ölçek Çince geliştirilmiş, İngilizce yayınlanmıştır. MKSÖ'nin dil geçerliliğini sağlamak amacıyla anadili Türkçe olan ve ileri düzeyde İngilizce bilen, alanında uzman 5 farklı çevirmen tarafından birbirinden bağımsız olarak Türkçe'ye çevrilmiştir. İngilizce'den Türkçe'ye çevrilen ölçek araştırmacı tarafından tekrar gözden geçirilerek tek bir form haline getirilmiştir. Ölçekteki maddeler anlaşılabilirlik, kültürel farklılıklar ve tutarsızlık açısından iç hastalıkları ve onkoloji alanında uzman hemşire ve doktorlardan oluşan bir uzman paneli tarafından değerlendirildi. Kapsam geçerliği için 7 uzman görüşüne sunulan ölçeğin Türkçe çevirisi gelen geribildirimler ve öneriler doğrultusunda gerekli düzenlemelerle birlikte Türkçe formuna son şekli verilmiştir.

Daha sonra Türkçeye çevrilen bu form ileri düzeyde İngilizce bilen alanında uzman 5 farklı kişi tarafından tekrar İngilizce'ye çevrilmiştir. İngilizce'ye çevrilen formlar araştırmacı tarafından tek bir İngilizce form haline getirilmiştir. Ölçeğin İngilizce özgün versiyonu ile İngilizce'ye çevrilmiş versiyonu ana dili İngilizce olan farklı bir uzman tarafından anlam ve benzerlik açısından karşılaştırılmıştır. Geri çevirisi yapılan ölçek İngilizce versiyonuyla ölçeği geliştiren kişiye mail atılmış ve ölçek sahibinin onayı alındıktan sonra Türkçe formun son şekli verilmiştir.

3.7.2. Kapsam/İçerik Geçerliği

İçerik, mantıksal veya rasyonel geçerlik olarak da adlandırılan kapsam geçerliği ölçek maddesinin ölçülmesi amaçlanan özelliği kapsama gücünü belirlemeye yönelik yeterli sayıda uzman görüşlerinin alındığı bir ön çalışmadır. Kapsam geçerliği ile ölçek maddelerinin araştırmacıların ilgilendiği çalışma evrenin bir örnekleme olup

olmadığının tespitinden sonra kapsam çerçevesinde uygun maddeler yazılarak ölçek oluşturulabilir (115).

Uzmanların kapsam geçerliğinde yaptığı değerlendirme farklı tekniklerle yapılabilir. Davis tekniğinde maddeler; “uygun”, “madde hafifçe gözden geçirilmeli”, “madde ciddi olarak gözden geçirilmeli” ve “madde uygun değil” olarak dörtlü derecelendirilmektedir. Kullanılan bu teknikte, maddelerin uygun oluşu ve maddenin hafifçe gözden geçirilmeli seçeneklerini seçen uzmanların sayısı toplam uzman sayısına bölünür ve maddeye ilişkin “kapsam geçerlik oranı” elde edilir. Bu değer 0.80 olması kabul edilebilir bir düzey anlamına gelir (116).

MKSÖ’nin dil geçerliğini sağladığı belirlendikten sonra kapsam geçerliği için Davis tekniği kullanılarak iç hastalıkları ve onkoloji alanında uzman doktor ve hemşire olan yedi öğretim üyesine e-posta ile gönderilmiştir. Uzman akademisyenlerden ölçek maddelerinin her biri için 1-4 arasında, 1 “uygun değil”, 2 “maddenin uygun şekilde getirilmesi gerekiyor”, 3 “uygun ama ufak değişiklik gerekiyor”, 4 “çok uygun” şeklinde puanlama yapmaları ve varsa önerilerini sunmaları istenmiştir. Bu teknikte 3 ve 4 seçeneğini işaretleyen uzmanların sayısı, toplam uzman sayısına bölünerek maddeyle ilişkili Kapsam Geçerlik Oranı (KGO) elde edilir. Hesaplanan kapsam geçerlik oranının 0.80’in üzerinde olması beklenmektedir (117). Uzman kişilerin yaptığı öneriler dikkate alınarak bir form oluşturulmuş ve daha sonra oluşturulan ölçek, ölçeği geliştiren yazara mail yoluyla gönderilmiştir. Yazar tarafından onay verilen ölçeğe son şekli verilmiştir. Kapsam geçerliğini takiben, ölçeğin anlaşılabilirliğini test etmek için 10 meme kanseri tanılı hasta ile pilot çalışma yapılmıştır. Pilot çalışmada, hastaların ölçek maddelerinin anlaşılır ve kolayca cevaplanabilir olduklarını belirtmeleri nedeni ile ölçek maddelerinde ek bir değişiklik yapılmamış, pilot çalışmaya dahil edilen hastalar araştırma örneklemine alınmamıştır.

3.7.3. Yapı geçerliği

Yapı geçerliliği, ölçekten elde edilen sonucun ve bu sonucun ne ile bağlantılı olduğunun açıklanmasını sağlar. Hazırlanan ölçek maddelerinin belirlenen özellikleri ne derece doğru ölçtüğü ile ilgilidir. Çalışmalarda yapı geçerliliğini test etmek için aykırı (uç) değer analizi, madde analizi, açıklayıcı faktör analizi, güvenilirlik analizi ve doğrulayıcı faktör analizi (Yapısal Eşitlik Modellemesi) kullanılmaktadır (117).

Yapı geçerliğinde en sık kullanılan yöntem Faktör Analizi'dir. Faktör analizinin yapılabilmesi için çalışmanın örneklem grubunun yeterince büyük olması gerekmektedir ve bu ölçüt Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testiyle değerlendirilir. KMO değeri 0.60 ve üzerinde olması örneklem büyüklüğünün yeterli olduğunu gösterir. Faktör analizi için verilerin uygunluğunu ölçülmesinde bir ki-kare istatistiği olan Barlett testi yapılmaktadır. $p \leq 0.05$ olması verilen faktör analizinin uygunluğunu gösterir. Faktör analizi; açıklayıcı faktör analizi (AFA) ve doğrulayıcı faktör analizi (DFA) olmak üzere iki şekilde yapılmaktadır (118).

Açıklayıcı faktör analizi, ölçüm araçlarının yaratılmasında (anket, test vb.), doğrulayıcı faktör analizi (DFA) ise yaratılan bu modellerin çalışılan örneklem üzerinde doğrulanıp doğrulanmadığının test edilmesinde kullanılmaktadır. DFA'nın amacı, p tane gözlenen değişken arasında, gözlenen kovaryansı açıklamak için gizil (latent) faktörlerin küçük bir sayısını bulup değişkenler arasındaki ilişkiyi açıklamaktır. Bu analiz oluşturulan modelin gözlenen ve gözlenemeyen tüm değişkenlerin birlikte testi ile elde edilen sonucun, eldeki verilerle ne derece uyumlu olduğunun ortaya konulmasını sağlar (117).

Bu çalışmada da 15 madde ve 4 alt boyutu bulunan MKSÖ'nin faktör yapısını incelemek amacıyla hem AFA ve hem de DFA yapılmış, ayrıca açıklayıcı varyans değeri hesaplanarak MKSÖ'nin yapı geçerliği açısından uygun olup olmadığı incelenmiştir. Açıklayıcı faktör analizinin uygulanabilirliğinin ölçümü için KMO yeterlilik ölçümüne ve Bartlett Küresellik testine bakılmıştır. AFA sonucunda elde edilen alt boyutların, veri setindeki tüm değişkenleri hangi oranda temsil ettiğini belirlemek için açıklanan varyans oranına bakılmıştır. Açıklanan varyans oranı, ölçekteki toplam faktör sayısının, tüm soruların yüzde kaçını açıkladığı gösterir. Açıklanan varyans değeri minimum 50 olmalıdır (119).

Bu çalışmada AFA ile ortaya konulan yapının daha güçlü kılmak üzere DFA yapılmış ve yapı geçerliği değerlendirilmiştir. DFA için yapılan "Uyum İyiliği İstatistiklerinin" kabul edilebilir düzeyde olması gerekmektedir. DFA'da en fazla kullanılan uyumluluk testleri ve katsayıları aşağıda belirtilmiştir.

Ki-kare (X^2) uyum istatistiği: Modelin sınanması için en sık kullanılan yöntem ki-kare (X^2) uyum istatistiğidir. Model ile verilerin arasındaki farkı test eder. Ancak bu değer örneklem büyüklüğünden aşırı derecede etkilendiğinden serbestlik derecesine bölünerek değerlendirilmesi önerilir. $X^2/sd \leq 2$ değeri aldığında iyi uyum

düzeyinde olduğunu göstermektedir. Bu değer 2 ile 3 arasında bir değer alırsa kabul edilebilir düzeyde olduğu belirtilmektedir (120).

Yaklaşık hataların ortalama karekökü (RMSEA- Root Mean Square Error of Approximation): Bu değer 0.08'i aşmaması ve p değerinin 0.05'den küçük olması iyi uyum göstergesidir.

Karşılaştırmalı uyum indeksi (CFI-Comperative Fit İndex): 0.90 ile 0.95 arası kabul edilebilir ve 0.95 üzerinde olması iyi uyum göstergesidir.

İyilik uyum indeksi (GFI-Goodnessof Fit İndex): 0.90 ile 0.95 arası kabul edilebilir, 0.95 üzerinde olması iyi uyum göstergesidir.

Düzeltilmiş iyilik uyum indeksi (AGFI- Adjusted Goodnessof Fit İndex): 0.85 ile 0.90 arası kabul edilebilir, 0.90 üzerinde olması iyi uyum göstergesidir.

Normlaştırılmış uyum indeksi (NFI-Normed Fit İndex): 0.90 üzerinde kabul edilebilir, 0.95 üzerinde olması ise iyi uyum göstergesidir.

Artırmalı Uyum İndeksi (IFI- İncemental Fit İndex): 0.90'dan büyük olması kabul edilebilir, 0.95 üzerinde olması iyi uyumun olduğunu göstermektedir.

Bu çalışmada ki-kare uyum testi, iyilik uyum indeksi, düzeltilmiş iyilik uyum indeksi, normlaştırılmış uyum indeksi, artırmalı uyum indeksi, karşılaştırmalı uyum indeksi ve yaklaşık hataların ortalama karekökü analizleri kullanılmıştır (121,122).

3.7.4. Ölçüt geçerliği

Ölçüt geçerliliği, geliştirilen ölçeğin başka herhangi bir veya birden fazla ölçek ile arasındaki ilişkiyi inceleyen bir yöntemdir. Katılımcıların geliştirilmek istenilen ölçekten aldıkları puanların hem aynı davranışı ölçen hem de ilişkili bir davranışı ölçen başka bir ölçekten elde edilen puanlar ile arasındaki korelasyona bakılarak ölçüt geçerliliğinin sağlanması yapılmaktadır (123,124).

Ölçüt geçerliğinde MKSÖ'nin toplam ve alt boyut ortalama puanları ile Hasta Sağlığı Anketi (PHQ-9) ve Meme Kanseri Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (EORTC QLQ- BR23) puanları arasındaki ilişkiye bakılmıştır.

3.7.5. Güvenirlik analizi

Geçerlilik analizleri yapıldıktan sonraki aşama ölçeğin güvenirliliği ve iç tutarlılığını test etmektir. Bu çalışmada MKSÖ güvenirliliğinde de iç tutarlılık

güvenirlik katsayısı olan Cronbach alfa katsayısı hesaplanmıştır. Cronbach Alpha katsayısı maddelerin iç tutarlılığının bir ölçüsüdür. Ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı ne kadar yüksek olursa ölçek maddeleri o ölçüde birbiriyle tutarlı ve aynı özelliği yoklayan maddelerdir. Likert tipi bir ölçek için Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı olabildiğince 1'e yaklaşmalıdır. Ölçeğin güvenirliğini belirlemek için kullanılan yöntemlerden biri de test-tekrar test yöntemidir (123). Bu çalışmada MKSÖ güvenirliğinde de iç tutarlılık güvenirlik katsayısı olan Cronbach alfa katsayısı ve madde analizi için madde toplam korelasyonu hesaplanmıştır.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Bu çalışmada elde edilen veriler bir uzman tarafından lisanlı SPSS 25 paket programı ile analiz edilmiştir. MSAS ölçeğinde veri setinin faktör analizine uygunluğunun test edilmesi için, Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) örneklem yeterliliği ve Barlett küresellik testi uygulanmıştır. Değişkenlerin normal dağılıma uygun olup olmadığını saptamak için çarpıklık basıklık katsayılarından yararlanılmış olup, Tabachnik ve Fidell'e göre skewness (çarpıklık) ve kurtosis (basıklık) değerleri -1.50 ile +1.50 arasında ise normal dağılım olduğu kabul edilir. Bu çalışmada veriler normal dağılım göstermiştir. Güvenirlik için iç tutarlılık katsayısı Cronbach's Alpha test istatistiğinden yararlanılmıştır (125,126).

Gruplar arasındaki farklılıklar incelenirken değişkenlerin normal dağılım göstermeleri nedeniyle t ve ANOVA testinden yararlanılmıştır. ANOVA testinde farklılık olması durumunda varyansların homojenliği varsayımı dikkate alınarak Tukey testi ile farklılıklar hesaplanmıştır. Sürekli değişkenler arasında ilişki bakılırken Pearson Korelasyon testlerinden yararlanılmıştır. Sonuçlar yorumlanırken anlamlılık düzeyi olarak 0.05 kullanılmış olup; $p < 0.05$ olması durumunda ise anlamlı bir farklılığın olduğu, $p > 0.05$ olması durumunda ise anlamlı bir farklılığın olmadığı belirtilmiştir. Verilerin analizinde kullanılan istatistiksel testler ve teknikler aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 1. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler ve Teknikler

Özellik	Kullanılan Testler
Sosyo-Demografik Özellikler	Sıklık, Yüzde
Dil Geçerliği	İngilizce'den Türkçeye çeviri, Türkçeden İngilizce geri çeviri
İçerik/ Kapsam Geçerliği	Davis Tekniği Kapsam Geçerlilik İndeksi
Örneklem Büyüklüğü ve Veri Setinin Faktör Analiz Uygunluğu	Kaiser-Meyer- Olkin (KMO) Barlett Katsayıları
İç Tutarlılık	Cronbach α Katsayısı-Madde Toplam Korelasyonu
İlişkisel Çıkarımlar	Pearson Korelasyon Analizi
Açıklayıcı Faktör Analizi	Varimax rotasyon metodu
Doğrulamalı Faktör Analizi	X2/sd, GFI, AGFI, NFI, IFI, CFI, RMSEA

3.9. Araştırmanın Etik Boyutu

İlk olarak, MKSÖ'nin Türk toplumunda geçerlik ve güvenilirliğinin yapılabilmesi için “Breast Cancer Stigma Scale (BCSS)” ölçeğinin orijinal formunu geliştirmiş olan Xiaofan Bu' ya e-posta yolu ile ulaşılmış ve ilgili yazardan hem ölçeğin orijinal formu hem de geçerlik-güvenirlik çalışması için yazılı izin alınmıştır (Ek 5). Alınan yazılı izin sonrası araştırma, “Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna” sunulmuş ve 06.03.2024 tarihli 2024/05 no'lu etik kurul onayı (Ek 6) ve Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Merkezi Başhekimliği'nden araştırma izni (13.05.2024/E-36771699-302.08.01-447899) (Ek 7) alınmıştır.

3.10. Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Sınırlılıkları

Bu araştırmanın bazı güçlü yönleri ve sınırlılıkları mevcuttur. Meme kanseri olan kadınlara özgü stigmatı ölçmesi güçlü yanıdır. Ayrıca, ölçeğin kısa ve anlaşılır cümlelerden oluşması ve bu nedenle uygulanmasının ve değerlendirilmesinin araştırmacılara kolaylık sağlaması araştırmanın güçlü bir yanıdır.

Çalışmanın yapıldığı örneklemin, klinik özellikler açısından geniş bir yelpazeyi içermesi de diğer güçlü yanıdır. Böylelikle MKSÖ toplam puanıyla tedavi yöntemleri, eşlik eden hastalık sayısı, hastalığın evresi ve süresi, günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık, medeni durumu gibi bireysel ve bazı klinik özellikler arasındaki bağlantıyı gösterebildik.

Ölçeğin Türkiye’de yaşayan ve Türkçe konuşan meme kanseri olan kadınlarda geçerli ve güvenilir olması ise sınırlılıklarındandır.



4. BULGULAR

Bu bölümde; MKSÖ'nün Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmaları ile elde edilen verilerin analizleri sonucunda ortaya çıkan bulgular aşağıdaki başlıklar altında sunulmuştur.

- Katılımcıların Sosyo-demografik ve Bazı Klinik Özelliklerine Yönelik Bulguları
- MKSÖ'nin Geçerlik Analizi Bulguları
- MKSÖ'nin Güvenirlik Analizi Bulguları
- MKSÖ'nin Sosyo-demografik ve Bazı Klinik Özelliklerle İlişkisine Ait Bulgular

4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik ve Bazı Klinik Özellikleri

Katılımcıların sosyodemografik ve bazı klinik özelliklerinin dağılımı Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2'ye göre katılımcıların yaşları 28 ile 80 yıl arasında değişmekte olup ortalama 52.6 ± 11.55 yıldır. Katılımcıların %76'sı evli, %84.7'sinin çocuğu bulunmakta, %57.3'ü ilk-ortaokul mezunu, %16.7'si çalışmakta, %72.7'si ev hanımı, %96.7'si çekirdek ailesiyle birlikte yaşamakta, %51.3'ü eşi ve çocuklarıyla yaşamakta, %51.3'ünün geliri giderinden fazladır. Katılımcıların alışkanlıkları incelendiğinde %56.7'si hiç sigara içmemiş, %92.7'si hiç alkol kullanmamıştır.

Katılımcıların %52.7'sinin kanser dışında ek bir kronik hastalığı bulunmaktadır. Hastalık süresi incelendiğinde katılımcıların %76'sı 0-1 yıl önce meme kanseri tanısı almıştı. Katılımcıların tedavi seçenekleri incelendiğinde hastaların tamamı (%100) kemoterapi, %60'ı meme hastalığına bağlı cerrahi tedavi, %28.7'si radyoterapi ve %8.7'si hormon tedavisi almıştır. Katılımcıların %48'i 0-1 yıl arası süre önce cerrahi operasyon geçirmiştir. Uygulanan cerrahi tedavi yöntemleri incelendiğinde bu kişilerin %63.3'ünün meme koruyucu cerrahi geçirdiği, %20'si total mastektomi, %12.2'si modifiye radikal mastektomi, %4.4'ü radikal mastektomi operasyonu geçirdiği gözlenmiştir. Meme kanseri katılımcıların %63.3'ünde tanı sırasındaki evre 2 iken, %60.7'sinin şu anki evresi 2'dir. Katılımcıların %1.3'ü meme onarım ameliyatı olmuş. Ailesel hastalık öyküsü sorgulandığında %26'sının yakınlarında meme kanseri öyküsü bulunmaktadır. Meme kanserine bağlı hastalık algısı değerlendirilen katılımcıların %66'sı hastalığının uzun süre gerektiren bir hastalık olduğunu düşünmektedir.

Katılımcıların %72'si hastalığı süresince günlük ihtiyaçları için yardıma ihtiyaç duymakta iken, %46.3'ü bu ihtiyaçları karşılamak için eş ve çocuğundan destek almaktadır. Katılımcıların büyük çoğunluğu (%50.7) kişisel temizlik ve giyimde, %3.3'ü boşaltımda, %6.7'si yeme içmede, %36.7'si hareket ve yürümede, %57.3'ü ise ev işlerinde yardıma ihtiyaç duyduğunu ifade etmiştir.

Tablo 2. Katılımcıların Sosyodemografik ve Bazı Klinik Özelliklerinin Dağılımı

DEĞİŞKEN	KATEGORİ	N=(150)	%
Medeni durum	Evli	114	76.0
	Bekar	10	6.7
	Dul/boşanmış	26	17.3
Çocuk varlığı	Var	127	84.7
	Yok	23	15.3
Eğitim durumu	Sadece okuryazar	12	8.1
	İlk-ortaokul mezunu	86	57.3
	Lise mezunu	29	19.3
	Yüksekokul mezunu	23	15.3
Çalışma durumu	Evet	25	16.7
	Hayır	125	83.3
Meslek	Ev hanımı	109	72.7
	İşçi	7	4.7
	Memur	13	8.7
	Serbest meslek	6	4.0
	Emekli	15	10.0
Aile yapısı	Çekirdek aile	145	96.7
	Geniş aile	5	3.3
Birlikte yaşanan kişi	Eşim	32	21.3
	Çocuklarım	22	14.7
	Eşim ve çocuklarım	77	51.3
	Tek başına	10	6.7
	Diğer	9	6.0
Gelir düzeyi	Geliri giderinden az	73	48.7
	Geliri giderine denk/ giderinden fazla	77	51.3
Sigara kullanımı	Evet	13	8.6
	Hayır hiç içmedim	85	56.7
	Bıraktım	52	34.7
Alkol kullanımı	Hayır hiç içmedim	139	92.7
	Bıraktım	11	7.3
Ek kronik hastalık varlığı	Var	79	52.7
	Yok	71	47.3
Meme kanseri tanı süresi	Evet		
	1 yıldan az	114	76.0
	1 -3 yıl	19	9.3
	4- 6 yıl	9	3.3
	7 yıl ve üzeri	8	5.4
Meme hastalığına bağlı cerrahi tedavi olma	Evet	90	60.0
	Hayır	60	40.0
Meme hastalığına bağlı radyoterapi alma	Evet	43	28.7
	Hayır	107	71.3
	Evet	13	8.7

Meme hastalığına bağlı hormon tedavisi alma	Hayır	137	9.3
Meme ameliyatı süresi	Ameliyat olmadı	60	40.0
	0-1 yıl	72	48.0
	1 yıl-2 yıl	9	6.0
	2 yıl-4 yıl	4	2.7
	>4 yıl	5	3.3
Tanı alınan evre	Evre 0-1	37	24.7
	Evre 2	95	63.3
	Evre 3	15	10.0
	Evre 4	3	2.0
Şu anki evre	Evre 0-1	20	13.3
	Evre 2	91	60.7
	Evre 3	26	17.3
	Evre 4	13	8.7
Ameliyat tipi	Total mastektomi	18	20.0
	Modifiye radikal mastektomi	11	12.2
	Radikal mastektomi	4	4.4
	Diğer (meme koruyucu cerrahi)	57	63.3
Meme onarım ameliyatı olma	Evet	2	1.3
	Hayır	148	98.7
Yakınlarda meme kanseri varlığı	Var	39	26.0
	Yok	111	74.0
Hastalık algısı	Uzun süre tedavi gerektiren hastalık	99	66.0
	Kolay tedavi edilen hastalık	51	34.0
Hastalık süresince günlük ihtiyaçlar için yardıma ihtiyaç duyma	Evet	108	72.0
	Hayır	42	28.0
Günlük ihtiyaçları karşılamak için destek alınan kişi	Eş ve çocuk	50	46.3
	Diğer aile üyeleri/Arkadaş	58	53.7
Kişisel temizlik ve giyimde yardıma ihtiyaç duyma	Evet	76	50.7
	Hayır	74	49.3
Boşaltımda yardıma ihtiyaç duyma	Evet	5	3.3
	Hayır	145	96.7
Yeme içmede yardıma ihtiyaç duyma	Evet	10	6.7
	Hayır	140	93.3
Hareket ve yürümede yardıma ihtiyaç duyma	Evet	55	36.7
	Hayır	95	63.3
İletişimde yardıma ihtiyaç duyma		0	0.0
Ev işlerinde yardıma ihtiyaç duyma	Evet	86	57.3
	Hayır	64	42.7
Değişkenler	Ort ± SS	Min- Mak	
Yaş	52.76±11.55	28-80	

4.2. MKSÖ'nin Geçerlik Analizine İlişkin Bulgular

Bu çalışmada, MKSÖ'nin geçerli bir ölçme aracı olup olmadığını belirlemek için ölçeğe ait dil eşdeğerliği, kapsam geçerliği, yapı geçerliği ve ölçüt geçerliği incelenmiştir.

4.2.1. Dil eşdeğerliği ile ilgili bulgular

Araştırmanın uygulama aşamalarında ayrıntılı anlatıldığı şekilde, MKSÖ'nin dil eşdeğerliğini sağlamak amacıyla çeviri-geri çeviri yöntemleri uygulanmış ve geri çevirisi yapılan ölçek, ölçeği geliştiren kişiye mail atılmış ve ölçek sahibinin onayı alındıktan sonra Türkçe formun son şekli verilmiştir.

4.2.2. Kapsam geçerliği ile ilgili bulgular

MKSÖ'nin kapsam geçerliğini yapmak üzere Davis tekniğinden (1992) yararlanılmıştır. Kapsam geçerliği için İç hastalıkları ve onkoloji alanında çalışan doktor ve hemşire öğretim üyesi 7 uzmanın görüşü alınmıştır. Değerlendirmeler sonucunda kapsam geçerlik ölçütü The Content Validity Ratio (CVR) değerinin 1.00 olduğu saptanmıştır.

4.2.3. Yapı geçerliği ile ilgili bulgular

Beden İmajında Bozulma (BİB), Sosyal İzolasyon (Sİ), Ayrımcılık (A) ve İçselleştirilmiş Stigma (İS) olmak üzere 4 alt boyut ve 15 maddeden oluşan MKSÖ 4'li likert tipindedir. MKSÖ'nün faktör yapısını incelemek amacıyla AFA ve DFA gerçekleştirildi. AFA, Varimax rotasyon metodu kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

MKSÖ'nde veri setinin faktör analizine uygunluğunun test edilmesi için, Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) örneklem yeterliliği ve Barlett küresellik testi uygulanmıştır. KMO değeri 0.874 ve Barlett küresellik test değeri $\chi^2=1379.917$; $p<0.001$ olarak tespit edilmiştir. KMO değeri kabul edilebilir sınır olan 0.60'ın üzerindedir. Barlett küresellik testi de 0.05 önem derecesinde anlamlı olduğundan veri seti faktör analizine uygun bulunmuştur (Tablo 3). Faktör altında kalan madde olmadığından analizden ifade çıkartılmamıştır.

MKSÖ 15 maddeden oluşan ölçek 4 faktörlü yapıdadır. Faktörler sırasıyla, Beden İmajında Bozulma (BİB), Sosyal İzolasyon (Sİ), Ayrımcılık(A), İçselleştirilmiş Stigma (İS) olarak adlandırılmıştır. Toplam açıklanan varyans %73.89 olarak bulunmuştur. Yani ölçekteki 4 faktör tüm soruların %73.89'unu açıklamaktadır. Bu değer oldukça yüksektir. Literatüre göre açıklanan varyans değeri 0.50'nin üzerinde olmalıdır. Dolayısıyla model yapı geçerliliği sağlanmaktadır (125).

Tablo 3, MKSÖ nin AFA sonuçlarını göstermektedir. Bu çalışmada tüm maddeler için faktör yüklerinin 0.663 ile 0.892 arasında değiştiği ve 0.30'un üzerinde olduğu görülmüştür.

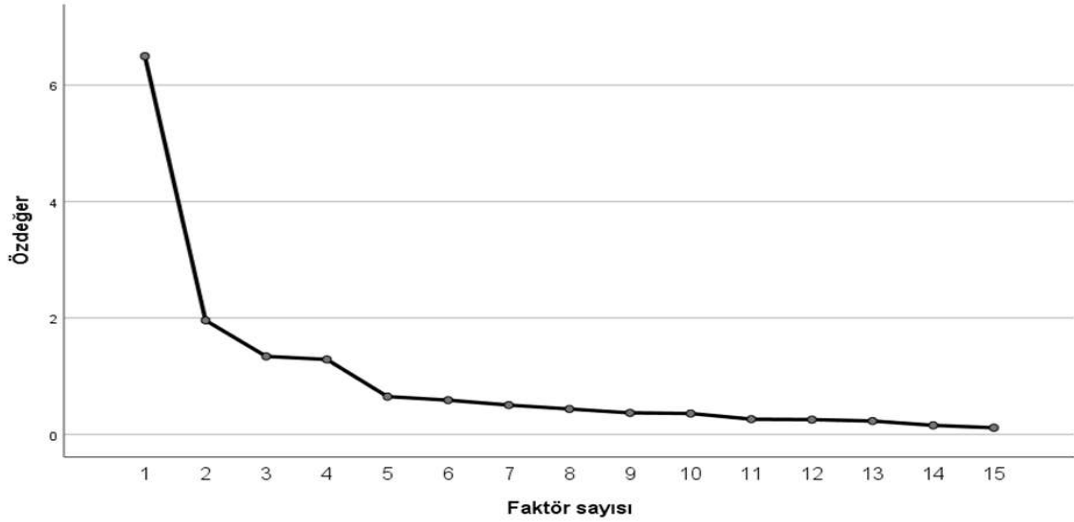
Ayrıca AFA sonucu yamaç birikinti grafiği Şekil 1’de verilmiştir. AFA’dan elde edilen bulgular, modelin yapı geçerliliğini sağladığı görülmektedir.

Tablo 3. MKSÖ’nin AFA Bulguları

Faktör Adı	Maddeler	Faktör Ağırlığı	Faktör Açıklayıcılığı (%)
BİB	MKSÖ1	0.777	43.32
	MKSÖ2	0.828	
	MKSÖ3	0.824	
	MKSÖ4	0.892	
	MKSÖ5	0.861	
	MKSÖ6	0.663	
Sİ	MKSÖ7	0.817	13.06
	MKSÖ8	0.863	
A	MKSÖ9	0.776	8.93
	MKSÖ10	0.746	
	MKSÖ11	0.769	
	MKSÖ12	0.700	
İS	MKSÖ13	0.828	8.58
	MKSÖ14	0.802	
	MKSÖ15	0.824	
TOPLAM			73.89
KMO Geçerliliği			0.874
Bartlett Ki-kare			1379.917
p			<0.001**

BİB: Beden İmajında Bozulma Sİ: Sosyal İzolasyon A: Ayrımcılık İS: İçselleştirilmiş Stigma MKSÖ: Meme Kanseri Stigma Ölçeği

4 faktör ve 15 maddeden oluşan MKSÖ’nde ilk 6 madde 1. faktör olan ‘‘Beden İmajında Bozulma’’ 2. faktör olan ‘‘Sosyal İzolasyon’’ 2 madde, 3. Faktör olan ‘‘Ayrımcılık’’ 4 madde, 4.faktör olan İçselleştirilmiş Stigma 3 madde altında toplanmıştır. Orijinal ölçekle aynı yapıyı içermektedir.



Şekil 2. MKSÖ AFA Sonucu Yamaç Birikinti Grafiği

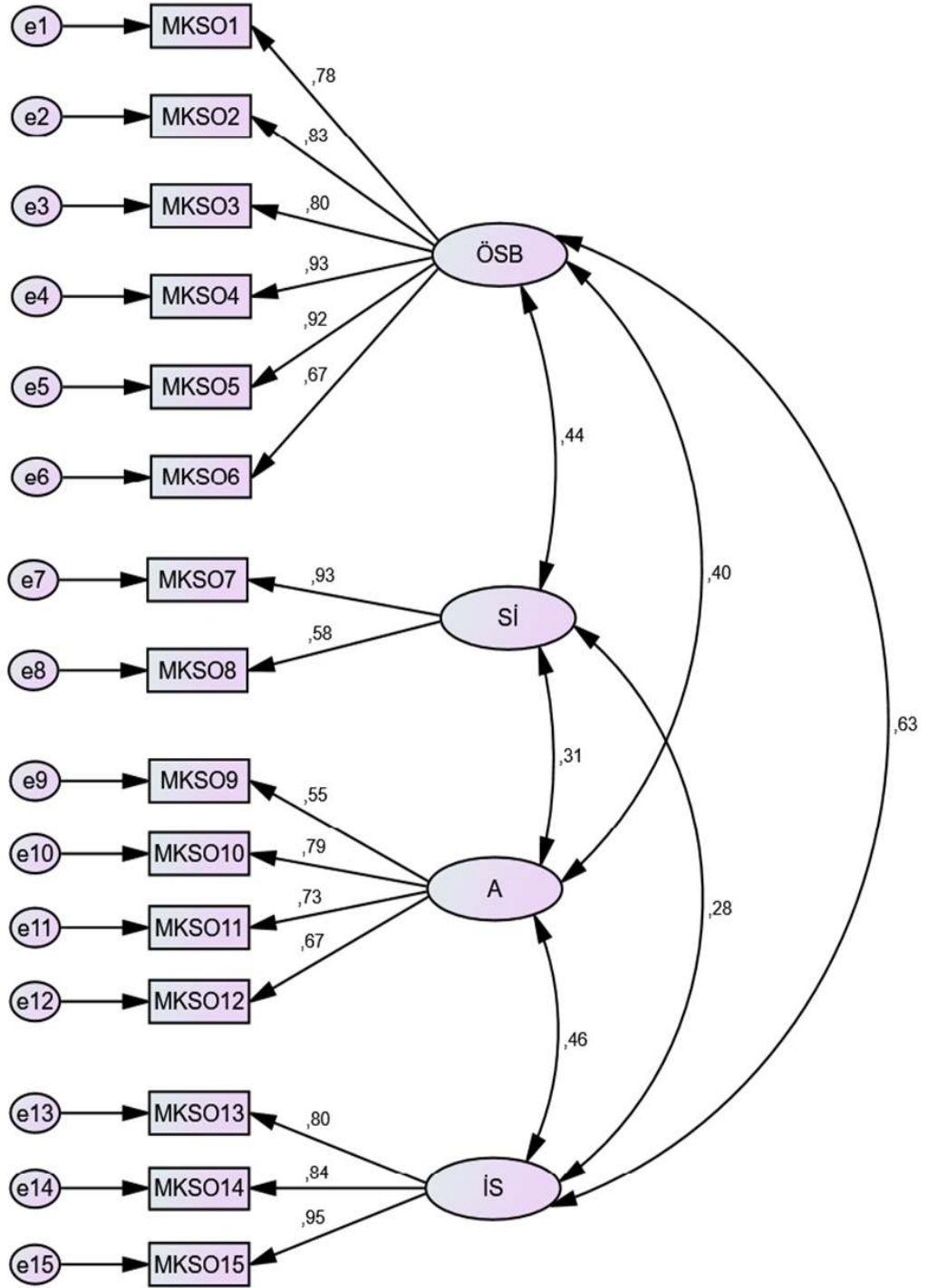
DFA ile ilgili bulgular: Modelin test edilebilmesi için kurulan modelde yer alan boyutlar için gereç yöntemde bahsedilen DFA uyum ölçütleri kullanılmış olup, Tablo 4’de görülmektedir. Modelin sonuçları incelendiğinde $\chi^2/df=1.424$, GFI=0.908, AGFI=0.865, NFI=0.919, RFI=0.896, IFI=0.974, TLI=0.967, CFI=0.974, RMSEA=0.053, SRMR=0.056 olarak hesaplanmıştır. Bu bağlamda χ^2/df , GFI, AGFI, NFI, RFI, TLI, RMSEA ve SRMR ölçütleri kabul edilebilir, IFI ve CFI ölçütleri ise iyi uyumu işaret etmektedir. Bu sonuçlar modelin mevcut yapısının geçerli olduğunu göstermektedir.(127)

Tablo 4. MKSÖ DFA Analizine Ait Uyum Ölçütleri.

Uyum İndeksi	Elde Edilen Değer	Yorum
χ^2/df	1.424	Kabul edilebilir (<3)
GFI	0.908	Kabul edilebilir $0.90 \leq GFI < 0.95$
AGFI	0.865	Kabul edilebilir $0.85 \leq AGFI < 0.90$
NFI	0.919	Kabul edilebilir $0.90 \leq NFI < 0.95$
RFI	0.896	Kabul edilebilir $0.85 \leq RFI < 0.90$
IFI	0.974	İyi $0.97 \leq IFI \leq 1$
TLI	0.967	Kabul Edilebilir $0.95 \leq NNFI < 0.97$
CFI	0.974	İyi $0.97 \leq CFI \leq 1$
RMSEA	0.053	Kabul Edilebilir $0.05 < RMSEA \leq 0.10$
SRMR	0.056	Kabul Edilebilir $0.05 \leq SRMR < 0.10$

MKSÖ’ne ilişkin 4 alt boyutu oluşturan maddelerin, DFA sonucundaki standartlaştırılmış yükleri Şekil 2’de görülmektedir.

MKSÖ’nin hem AFA hem de DFA kriterlerini karşıladığı ve yapı geçerliğini sağladığı görülmüştür.



Şekil 3. MKSÖ'ye İlişkin DFA Grafiği.

4.2.4. Ölçüt geçerliğine ilişkin bulgular

Ölçüt geçerliğinde MKSÖ'nin toplam ve alt boyut ortalama puanları ile HSA ve QLQ-BR23 puanları arasındaki ilişkiye bakılmıştır. MKSÖ'nin toplam ve alt boyut ortalama puanları ile HSA ve QLQ-BR23 puanları arasındaki ilişki Tablo 5'de verilmiştir. MKSÖ ve HSA ölçeklerinin toplam puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0.493$, $p<0.001$).

HSA ölçeğiyle MKSÖ toplam puanı arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r=0.493$, $p<0.001$), BİB alt boyutuyla pozitif yönde orta düzeyde ($r=0.377$, $p<0.001$), Sİ alt boyutuyla pozitif yönde orta düzeyde ($r=0.361$, $p<0.001$), A alt boyutuyla pozitif yönde orta düzeyde ($r=0.305$, $p<0.001$) ve İS alt boyutuyla da pozitif yönde orta düzeyde ($r=0.449$, $p<0.001$) anlamlı ilişkiler saptanmıştır.

BR23 Semptom alt boyutunda yer alan, sistemik tedavi yan etkileri ile MKSÖ toplam ölçek puanı arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r=0.346$; $p<0.001$); BİB alt boyutuyla pozitif yönde orta düzeyde ($r=0.277$, $p<0.001$), Sİ alt boyutuyla pozitif yönde orta düzeyde ($r=0.192$, $p<0.019$), A alt boyutuyla pozitif yönde orta düzeyde ($r=0.291$, $p<0.001$) ve İS alt boyutuyla da pozitif yönde orta düzeyde ($r=0.260$, $p<0.001$) anlamlı ilişki saptanmıştır.

BR23 Semptom alt boyutunda yer alan, saç dökülmesi ile MKSÖ toplam puanı arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r=0.488$, $p<0.001$), BİB alt boyutuyla pozitif yönde orta düzeyde ($r=0.445$, $p<0.001$), Sİ alt boyutuyla pozitif yönde orta düzeyde ($r=0.244$, $p<0.003$), A alt boyutuyla pozitif yönde orta düzeyde ($r=0.268$, $p<0.001$) ve İS alt boyutuyla da pozitif yönde orta düzeyde ($r=0.409$, $p<0.001$) anlamlı ilişki saptanmıştır.

BR23 Semptom alt boyutunda yer alan, kola bağlı sorunlar ile MKSÖ toplam puanı arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r=0.230$, $p<0.005$), Sİ alt boyutuyla pozitif yönde orta düzeyde ($r=0.217$, $p<0.008$) ve İS alt boyutuyla da pozitif yönde orta düzeyde ($r=0.234$, $p<0.004$) anlamlı ilişki saptanmıştır. Kola bağlı sorunlar ile, BİB alt boyutu arasında ise anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

BR23 Semptom alt boyutunda yer alan memeye bağlı sorunlarla BİB, A ve MKSÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmazken ($p>0.05$); Sİ alt boyutuyla pozitif yönde orta düzeyde ($r=0.226$, $p<0.005$) ve İS alt boyutuyla da pozitif yönde orta düzeyde ($r=0.174$, $p<0.034$) anlamlı ilişki saptanmıştır.

BR23 Fonksiyonel alt boyutunda yer alan beden imajı ile MKSÖ Toplam puanı arasında negatif yönde güçlü ($r=-0.657$, $p<0.001$), BİB alt boyutu arasında negatif yönde güçlü ($r=-0.646$, $p<0.001$), Sİ alt boyutuyla negatif orta düzeyde ($r=-0.370$, $p<0.001$), A alt boyutuyla negatif yönde orta düzeyde ($r=-0.323$, $p<0.001$) ve İS alt boyutuyla da negatif yönde orta düzeyde ($r=-0.485$, $p<0.001$) anlamlı ilişki saptanmıştır.

BR23 Fonksiyonel alt boyutunda yer alan gelecek beklentisi ile MKSÖ Toplam puanı arasında negatif yönde güçlü ($r=-0.400$, $p<0.001$), BİB alt boyutu ile negatif yönde orta düzeyde ($r=-0.295$, $p<0.001$), Sİ alt boyutuyla negatif orta düzeyde ($r=-0.273$, $p<0.001$) A alt boyutuyla negatif yönde orta düzeyde ($r=-0.229$, $p<0.005$) ve İS alt boyutuyla da negatif yönde orta düzeyde ($r=-0.408$, $p<0.001$) anlamlı ilişki saptanmıştır.

BR23 Fonksiyonel alt boyutunda yer alan Cinsel işlev ile MKSÖ Toplam puanı arasında negatif yönde güçlü ($r=-0.292$, $p<0.001$), BİB alt boyutu ile negatif yönde orta düzeyde ($r=-0.250$, $p<0.001$), Sİ alt boyutuyla negatif orta düzeyde ($r=-0.172$, $p<0.035$) A alt boyutuyla negatif yönde orta düzeyde ($r=-0.223$, $p<0.006$) ve İS alt boyutuyla da negatif yönde orta düzeyde ($r=-0.206$, $p<0.011$) anlamlı ilişki saptanmıştır.

BR23 Fonksiyonel alt boyutunda yer alan Cinsel haz ile MKSÖ Toplam puanı arasında negatif yönde güçlü ($r=-0.277$, $p<0.001$), BİB alt boyutuyla negatif yönde orta düzeyde ($r=-0.253$, $p<0.002$), Sİ alt boyutuyla negatif orta düzeyde ($r=-0.162$, $p<0.048$) A alt boyutuyla negatif yönde orta düzeyde ($r=-0.186$, $p<0.023$) ve İS alt boyutuyla da negatif yönde orta düzeyde ($r=-0.195$, $p<0.017$) anlamlı ilişki saptanmıştır.

Tablo 5. MKSÖ toplam ve alt boyut puanları ile HSA ve QLQ-BR23 alt boyut ve toplam puanları arasındaki ilişki düzeyleri

ÖLÇEKLER		BİB	Sİ	A	İS	MKSÖ Toplam
HSA Toplam	r	0.377	0.361	0.305	0.449	0.493
	p	<0.001*	<0.001*	<0.001*	<0.001*	<0.001*
QLQ-BR23						
Semptom alt boyutu						
BR23-Sistemik tedavi yan etkileri	r	0.277	0.192	0.291	0.260	0.346
	p	0.001*	0.019*	<0.001*	0.001*	<0.001*
BR23-Saç dökülmesi	r	0.445	0.244	0.268	0.409	0.488
	p	<0.001*	0.003*	0.001*	<0.001*	<0.001*
BR23-Kola bağlı sorunlar	r	0.151	0.217	0.135	0.234	0.230
	p	0.066	0.008*	0.099	0.004*	0.005*
BR23-Memeye bağlı sorunlar	r	0.070	0.226	-0.002	0.174	0.131
	p	0.397	0.005*	0.983	0.034*	0.110
Fonksiyonel alt boyut						
BR23-Beden imajı	r	-0.646	-0.370	-0.323	-0.485	-0.657
	p	<0.001*	<0.001*	<0.001*	<0.001*	<0.001*
BR23-Gelecek beklentisi	r	-0.295	-0.273	-0.229	-0.408	-0.400
	p	<0.001*	0.001*	0.005*	<0.001*	<0.001*
BR23-Cinsel işlev	r	-0.250	-0.172	-0.223	-0.206	-0.292
	p	0.002*	0.035*	0.006*	0.011*	<0.001*
BR23-Cinsel haz	r	-0.253	-0.162	-0.186	-0.195	-0.277
	p	0.002*	0.048*	0.023*	0.017*	0.001*

Pearson korelasyon analizi

BİB: Beden İmajında Bozulma Sİ: Sosyal İzolasyon A: Ayrımcılık İS: İSselleştirilmiş Stigma MKSÖ: Meme Kanseri Stigma Ölçeği

4.3. MKSÖ'nin Güvenirlik Analizine İlişkin Bulgular

MKSÖ'nin güvenilirliğinde iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı olan Cronbach alfa katsayısı hesaplanmıştır. MKSÖ toplam ve alt boyut puanlarının güvenilirlik katsayılarının dağılımı Tablo 6'da verilmiştir. MKSÖ'nin Beden İmajında Bozulma alt boyutu 6 maddeden oluşmaktadır. Bu alt boyuttan alınan puanlar 6 ile 24 arasında değişmekte olup ortalama 14.43 ± 4.01 iken, iç tutarlılık düzeyinin 0.925 olduğu saptanmıştır. Sosyal izolasyon alt boyutu 2 maddeden oluşmaktadır. Bu alt boyuttan alınan puanlar 2 ile 8 arasında değişmekte olup ortalama 4.56 ± 1.20 iken, iç tutarlılık düzeyinin 0.703 olduğu saptanmıştır. Ayrımcılık alt boyutu 4 maddeden oluşmaktadır. Bu alt boyuttan alınan puanlar 4 ile 16 arasında değişmekte olup ortalama 9.92 ± 1.99 iken, iç tutarlılık düzeyinin 0.782 olduğu saptanmıştır. İsselleştirilmiş stigma alt boyutu 3 maddeden oluşmaktadır. Bu alt boyuttan alınan puanlar 3 ile 12 arasında değişmekte olup ortalama 7.09 ± 2.42 iken, iç tutarlılık düzeyinin 0.894 olduğu

saptanmıştır. MKSÖ toplam 15 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten alınan puanlar 21 ile 57 arasında değişmekte olup ortalama 36.01 ± 7.37 iken, İS tutarlılık düzeyinin 0.901 olduğu saptanmıştır.

Tablo 6. MKSÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Güvenirlik Katsayılarının Dağılımı.

Değişken	Ort.	Min	Maks	SS	Cronbach's Alpha
BİB	14.43	6.00	24.00	4.01	0.925
Sİ	4.56	2.00	8.00	1.20	0.703
A	9.92	4.00	16.00	1.99	0.782
İS	7.09	3.00	12.00	2.42	0.894
MKSÖ Toplam	36.01	21.00	57.00	7.37	0.901

BİB: Beden İmajında Bozulma Sİ: Sosyal İzolasyon A: Ayrımcılık İS: İçselleştirilmiş Stigma MKSÖ: Meme Kanseri Stigma Ölçeği

4.4. MKSÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Sosyo-demografik ve Bazı Klinik Özelliklerle İlişkisine Ait Bulgular

Katılımcıların sosyo-demografik bazı klinik özelliklerinin MKSÖ Toplam ve alt boyut puanlarıyla ilişkisi Tablo 7’de verilmiştir. Tablo 7 incelendiğinde; medeni durum, çocuk varlığı, eğitim durumu, çalışma durumu, aile yapısı, birlikte yaşanan kişi, gelir düzeyi, alkol kullanımına göre MKSÖ Beden İmajında Bozulma, Sosyal izolasyon, Ayrımcılık ve İçselleştirilmiş stigma alt boyut ve ölçek toplam puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Katılımcıların yaş ile MKSÖ Beden İmajında Bozulma ($r = -0.292$, $p < 0.001$), Sosyal izolasyon ($r = -0.221$, $p = 0.007$), Ayrımcılık ($r = -0.348$, $p < 0.001$) ve İçselleştirilmiş stigma ($r = -0.243$, $p = 0.003$) alt boyutları ve ölçek toplam ($r = -0.368$, $p < 0.001$) puanı arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır.

Mesleğe göre MKSÖ Sosyal izolasyon, Ayrımcılık ve İçselleştirilmiş stigma alt boyut puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0.05$). Mesleğe göre Beden İmajında Bozulma alt boyut puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p: 0.040$). Gerçekleştirilen post-hoc değerlendirmeler sonucunda; serbest meslek sahibi olanların puanının emekli olanların puanından daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p: 0.044$). Mesleğe göre ölçek toplam puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p: 0.037$). Gerçekleştirilen post-hoc

değerlendirmeler sonucunda; memur ve serbest meslek sahibi olanların puanının emekli olanların puanından daha yüksek olduğu saptanmıştır (sırasıyla, p:0.047, p:0.049).

Sigara kullanımına göre MKSÖ Beden İmajında Bozulma, Sosyal izolasyon ve İçselleştirilmiş stigma alt boyut ve ölçek toplam puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0.05). Sigara kullanımına göre MKSÖ Ayrımcılık alt boyut puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p:0,011). Gerçekleştirilen post-hoc değerlendirmeler sonucunda; sigarayı bırakmış olanların puanının hiç kullanmamış olanların puanından daha yüksek olduğu saptanmıştır (p:0.008).

Tablo 7. Katılımcıların Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre MKSÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Yaş	BİB	Sİ	A	İS	MKSÖ TOPLAM
r	f	-0.221	-0.348	-0.243	-0.368
p	<0.001*	0.007*	<0.001*	0.003*	<0.001*
Medeni durum					
Evli	14 (12-17)	4 (4-5)	10 (9-11)	6.5 (6-8)	35.5 (32-41)
Bekar	13 (12-18)	4 (4-5)	10 (10-11)	6 (6-8)	34.5 (31-37)
Dul/boşanmış	13 (12-16)	4 (3-5)	10 (9-11)	6.5 (6-8)	34 (28-37)
^a Test değeri (χ^2)	1.664	3.999	0.414	0.118	1.745
p	0.435	0.135	0.813	0.943	0.418
Çocuk Varlığı					
Var	14 (12-17)	4 (4-5)	10 (9-11)	6 (6-8)	35 (32-41)
Yok	13 (12-14)	4 (4-5)	10 (8-11)	6 (6-7)	33 (30-37)
^b Test değeri (z)	-1.143	-1.084	-1.141	-0.840	-1.677
p	0.253	0.278	0.254	0.401	0.094
Eğitim durumu					
Sadece okuryazar	13 (11.5-17)	4.5 (4-6.5)	9.5 (9-10.5)	6 (6-8)	34 (29-41)
İlk-ortaokul mezunu	13 (12-16)	4 (4-5)	10 (9-11)	6 (5-7)	34 (31-40)
Lise mezunu	15 (13-17)	4 (4-5)	10 (9-11)	7 (6-11)	36 (33-46)
Yüksekokul mezunu	15 (13-17)	4 (4-4)	9 (9-12)	7 (6-8)	36 (33-40)
^a Test değeri (χ^2)	5.142	4.792	2.921	6.334	3.882
p	0.162	0.188	0.404	0.096	0.275
Çalışma durumu					
Evet	15 (13-17)	4 (4-5)	10 (9-12)	7 (6-8)	36 (33-40)
Hayır	13 (12-17)	4 (4-5)	10 (9-11)	6 (6-8)	34 (31-41)
^b Test değeri (z)	-1.588	-0.322	-0.804	-0.725	-1.339
p	0.112	0.748	0.421	0.469	0.181
Meslek					
Ev hanımı	13 (12-17)	4 (4-5)	10 (9-11)	6 (6-8)	34 (31-41)
İşçi	14 (13-16)	5 (4-5)	11 (9-12)	7 (6-8)	36 (35-40)
Memur	14 (14-17)	4 (4-5)	11 (9-12)	7 (6-8)	36 (33-41)
Serbest meslek	16.5 (15-19)	4 (4-7)	9.5 (9-11)	6.5 (6-7)	38.5 (35-42)

Emekli	12 (12-14)	4 (3-4)	9 (8-10)	6 (6-7)	31 (28-35)
^a Test değeri (χ^2)	10.044	5.030	4.630	3.201	10.201
p	0.040*	0.284	0.327	0.525	0.037*
Aile yapısı					
Çekirdek aile	14 (12-17)	4 (4-5)	10 (9-11)	7 (6-8)	35 (31-41)
Geniş aile	13 (12-13)	4 (4-4)	10 (10-11)	6 (6-6)	32 (32-33)
^b Test değeri (z)	-1.150	-1.121	-0.428	-1.579	-1.222
p	0.250	0.262	0.668	0.114	0.222
Birlikte yaşanan kişi					
Eşim	14.5 (12-17)	4 (4-5)	9 (9-10.5)	7 (6-8)	34.5 (32-40)
Çocuklarım	13 (9-16)	4 (4-5)	10 (9-11)	6 (6-8)	34 (27-40)
Eşim ve çocuklarım	14 (12-17)	5 (4-5)	10 (9-11)	6 (6-8)	36 (32-41)
Tek başına	13 (13-14)	4 (3-4)	10 (9-11)	7 (6-8)	35 (32-37)
Diğer	12 (12-13)	4 (4-4)	10 (10-11)	6 (6-6)	32 (31-35)
^a Test değeri (χ^2)	3.588	8.713	8.777	2.063	3.293
p	0.465	0.069	0.067	0.724	0.510
Gelir düzeyi					
Geliri giderinden az	14.68±4.36	4.58±1.24	9.62±1.91	7.01±2.42	35.89±7.84
Geliri giderine denk/ giderinden fazla	14.19±3.65	4.55±1.16	10.21±2.03	7.17±2.43	36.12±6.95
^c Test değeri (t)	0.744	0.153	-1.832	-0.391	-0.187
p	0.458	0.879	0.069	0.696	0.852
Sigara kullanımı					
Kullanıyor	14 (12-17)	4 (4-5)	10 (9-11)	6 (6-8)	35 (33-41)
Hiç kullanmamış	13 (12-17)	4 (4-5)	9 (9-11)	6 (6-8)	34 (31-39)
Bırakmış	14 (12.5-16.5)	4 (4-5)	11 (9-11)	7 (6-8)	36 (33-42.5)
^a Test değeri (χ^2)	0.564	0.894	8.936	1.137	1.797
p	0.754	0.639	0.011*	0.566	0.407
Alkol kullanımı					
Hiç kullanmamış	14 (12-17)	4 (4-5)	10 (9-11)	6 (6-8)	34 (31-40)
Bırakmış	15 (12-16)	4 (4-5)	11 (8-11)	7 (6-8)	37 (34-41)
^b Test değeri (z)	-0.044	-0.703	-0.022	-0.686	-0.603
p	0.965	0.482	0.982	0.493	0.547

BİB: Beden İmajında Bozulma Sİ: Sosyal İzolasyon A: Ayrımcılık İS: İçselleştirilmiş Stigma MKSÖ: Meme Kanseri Stigma Ölçeği *p<0,05 r=Pearson korelasyon analizi ^aKruskal-Wallis test, ^bMann-Whitney U test, ^cBağımsız gruplar t testi

Katılımcıların bazı klinik özelliklerine göre MKSÖ toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması Tablo 8’de açıklanmıştır.

Kronik hastalık varlığı, kronik hastalığın ne olduğu, meme ameliyatı süresi, tanı alınan evre, şu anki evre, yakınlarında meme kanseri varlığına göre MKSÖ Beden İmajında Bozulma, Sosyal izolasyon, Ayrımcılık ve İçselleştirilmiş stigma alt boyut ve ölçek toplam puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0.05).

Meme kanseri tanı süresine göre MKSÖ Beden İmajında Bozulma, Sosyal izolasyon, Ayrımcılık ve İçselleştirilmiş stigma alt boyut ve ölçek toplam puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Meme kanserine bağlı cerrahi tedavi olma durumuna göre MKSÖ Beden İmajında Bozulma ve İçselleştirilmiş stigma alt boyut puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Cerrahi tedavi olanların Sosyal izolasyon ve Ayrımcılık alt boyut ve ölçek toplam puanının cerrahi tedavi olmayanların puanından daha yüksek olduğu saptanmıştır (sırasıyla $p=0.029$, $p=0.042$, $p=0.038$).

Meme kanserine bağlı radyoterapi alma durumuna göre MKSÖ Sosyal izolasyon ve Ayrımcılık alt boyut puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Radyoterapi alanların Beden İmajında Bozulma ve İçselleştirilmiş stigma alt boyut ve ölçek toplam puanının radyoterapi almayanların puanından daha yüksek olduğu saptanmıştır (sırasıyla $p=0.003$, $p=0.044$, $p=0.002$).

Meme kanserine bağlı hormon tedavisi alma durumuna göre MKSÖ Beden İmajında Bozulma, Sosyal izolasyon, Ayrımcılık ve İçselleştirilmiş stigma alt boyut puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Hormon tedavisi alanların ölçek toplam puanının hormon tedavisi almayanların puanından daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0.040$).

Ameliyat tipine göre MKSÖ Sosyal izolasyon, Ayrımcılık ve İçselleştirilmiş stigma alt boyut puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Ameliyat tipine göre MKSÖ Beden İmajında Bozulma alt boyut puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0.003$). Gerçekleştirilen post-hoc değerlendirmeler sonucunda; total mastektomi ameliyatı olanların puanının “diğer” ameliyatları olanların puanından daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0.019$). Ameliyat tipine göre ölçek toplam puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0.035$). Gerçekleştirilen post-hoc değerlendirmeler sonucunda; total mastektomi ameliyatı olanların puanının “diğer” ameliyatları olanların puanından daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0.041$).

Meme onarım ameliyatı olma durumuna göre MKSÖ Beden İmajında Bozulma, Ayrımcılık ve İçselleştirilmiş stigma alt boyut ve ölçek toplam puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Meme onarım ameliyatı olanların Sosyal izolasyon alt boyut puanının meme onarım ameliyatı olmayanların puanından daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0.034$).

Hastalık algısına göre MKSÖ Beden İmajında Bozulma, Sosyal izolasyon ve Ayrımcılık alt boyut ve ölçek toplam puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Hastalığının uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık olduğunu düşünenlerin İçselleştirilmiş stigma alt boyut puanının kolay tedavi edilen bir hastalık olduğunu düşünenlerin puanından daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0.048$).

Günlük ihtiyaçlar için yardıma ihtiyaç duyma durumuna göre MKSÖ Beden İmajında Bozulma, Sosyal izolasyon ve İçselleştirilmiş stigma alt boyut puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Yardıma ihtiyaç duyanların Ayrımcılık alt boyut ve ölçek toplam puanının yardıma ihtiyaç duymayanların puanından daha yüksek olduğu saptanmıştır (sırasıyla, $p=0.019$, $p=0.018$).

Günlük ihtiyaçlar için destek alınan kişi, kişisel temizlik, boşaltım ve hareket ve yürümede yardıma ihtiyaç duyma durumuna göre MKSÖ Beden İmajında Bozulma, Sosyal izolasyon, Ayrımcılık ve İçselleştirilmiş stigma alt boyut ve ölçek toplam puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Yeme içmede yardıma ihtiyaç duyma durumuna göre MKSÖ Beden İmajında Bozulma, Ayrımcılık ve İçselleştirilmiş stigma alt boyut ve ölçek toplam puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Yeme içmede yardıma ihtiyaç duyanların Sosyal izolasyon alt boyut puanının ihtiyaç duymayanların puanından daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0.001$).

Ev işlerinde yardıma ihtiyaç duyma durumuna göre MKSÖ Sosyal izolasyon, Ayrımcılık ve İçselleştirilmiş stigma alt boyut puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Ev işlerinde yardıma ihtiyaç duyanların Beden İmajında Bozulma alt boyut ve ölçek toplam puanının ihtiyaç duymayanların puanından daha yüksek olduğu saptanmıştır (sırasıyla, $p=0.040$, $p=0.048$).

Tablo 8. Katılımcıların Bazı Klinik Bulgularına Göre MKSÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.

Değişkenler	BİB	Sİ	A	İS	MKSÖ Toplam
Kronik hastalık varlığı					
Var	14.15±3.92	4.51±1.16	9.65±1.99	6.91±2.41	35.22±7.35
Yok	14.75±4.11	4.62±1.23	10.23±1.96	7.3±2.43	36.89±7.34
^c Test değeri (t)	-0.907	-0.579	-1.793	-0.971	-1.391
p	0.366	0.564	0.075	0.333	0.166
Kronik hastalık					
Hipertansiyon	14 (12-16)	5 (4-5)	9 (9-11)	7 (6-8)	35 (30-40)
Diyabet	13 (12-18)	4 (4-4)	9 (8-11)	7 (6-7)	34 (28-37)
Kalp hastalığı	14 (12-17)	4 (4-5)	9 (8-9)	6 (6-6)	34 (30-36)
Diyabet/hipertansiyon	13.5 (12-16.5)	4 (4-5)	10 (9-11)	6 (6-7)	33.5 (31-36)
Diğer	13 (13-17)	5 (4-5)	10 (9-11)	6 (6-8)	34 (31-46)
^a Test değeri (χ^2)	0.217	4.219	3.495	1.594	0.727
p	0.995	0.377	0.479	0.810	0.948
Meme kanseri tanı süresi					
0-1 yıl	13 (12-17)	4 (4-5)	10 (9-11)	6 (6-8)	35 (31-41)
1-3 yıl	13 (12-16)	4 (4-5)	9 (9-11)	7 (6-8)	33 (31-36)
-6 yıl	17 (13-24)	6 (4-7)	11 (9-14)	7 (7-12)	44 (34-55)
7 yıl ve üzeri	14.5 (13-16.5)	4.5 (4-5)	10.5 (10-11)	6.5 (6-7)	34.5 (34-38.5)
^a Test değeri (χ^2)	4.367	3.863	3.345	3.148	5.223
p	0.224	0.277	0.341	0.369	0.156
Meme hastalığına bağlı cerrahi tedavi olma					
Evet	14.8±4.26	4.73±1.13	10.19±1.8	7.3±2.54	37.02±7.68
Hayır	13.88±3.55	4.3±1.25	9.52±2.2	6.78±2.22	34.48±6.66
^c Test değeri (t)	1.377	2.203	2.047	1.284	2.089
p	0.171	0.029*	0.042*	0.201	0.038*
Meme hastalığına bağlı radyoterapi alma					
Evet	15.95±3.99	4.86±1.15	10.4±1.85	7.72±2.53	38.93±7.07
Hayır	13.82±3.87	4.44±1.2	9.73±2.02	6.84±2.34	34.83±7.19
^c Test değeri (t)	3.025	1.970	1.868	2.035	3.171
p	0.003*	0.051	0.064	0.044*	0.002*
Meme hastalığına bağlı hormon tedavisi alma					
Evet	16 (13-20)	5 (4-5)	11 (9-12)	7 (6-9)	41 (34-46)
Hayır	13 (12-17)	4 (4-5)	10 (9-11)	6 (6-8)	34 (31-40)
^b Test değeri (z)	-1.693	-1.628	-1.796	-1.004	-2.051
p	0.090	0.104	0.072	0.315	0.040*
Meme ameliyatı süresi					
Opere olmadı	13 (12-16)	4 (4-5)	10 (9-11)	6 (6-7.5)	34 (30-38)
0-1 yıl	14 (12-17)	5 (4-5)	10 (9-11)	6.5 (6-8)	35.5 (31.5-41)
1 yıl-2 yıl	17 (13-23)	5 (4-6)	10 (9-11)	10 (7-11)	44 (35-50)
2 yıl-4 yıl	15 (12.5-20)	4 (3.5-4.5)	9 (9-10)	6 (6-6.5)	33.5 (31.5-40.5)
>4 yıl	13 (13-15)	5 (4-5)	10 (9-10)	6 (6-7)	34 (33-38)
^a Test değeri (χ^2)	4.665	8.540	4.430	6.525	6.620
p	0.323	0.074	0.351	0.163	0.157

Tanı alınan evre					
Evre 0-1	13 (12-16)	5 (4-5)	10 (9-11)	6 (6-8)	35 (31-40)
Evre 2	14 (12-17)	4 (4-5)	10 (9-11)	6 (6-8)	35 (32-41)
Evre 3	14 (12-17)	4 (3-5)	9 (6-11)	7 (6-8)	34 (31-40)
Evre 4	14 (13-16)	5 (4-8)	9 (9-12)	5 (4-7)	34 (31-41)
^a Test değeri (χ^2)	1.889	2.390	1.966	5.043	0.630
p	0.596	0.496	0.580	0.169	0.889
Şu anki evre					
Evre 0-1	13 (11.5-15)	4.5 (4-5)	9 (9-11)	6 (5-7)	33.5 (30.5-38)
Evre 2	14 (12-17)	4 (4-5)	10 (9-11)	6 (6-8)	35 (31-41)
Evre 3	14.5 (13-17)	4.5 (4-5)	9.5 (9-11)	7.5 (6-8)	36 (34-40)
Evre 4	13 (12-16)	4 (4-5)	9 (9-11)	6 (6-7)	33 (31-35)
^a Test değeri (χ^2)	3.318	0.593	4.138	6.937	3.106
p	0.345	0.898	0.247	0.074	0.376
Ameliyat tipi					
Total mastektomi	17 (13-21)	5 (5-6)	11 (10-11)	7 (6-11)	42 (33-48)
Modifiye radikal mastektomi	17 (13-24)	5 (4-7)	9 (9-11)	8 (6-11)	38 (32-51)
Radikal mastektomi	16.5 (14.5-20)	5 (4.5-5.5)	9.5 (9-10.5)	8 (7.5-9.5)	38.5 (36.5-44.5)
Meme koruyucu cerrahi(diğer)	13 (12-15)	4 (4-5)	10 (9-11)	6 (6-8)	34 (31-39)
^a Test değeri (χ^2)	14.263	6.741	2.260	5.408	8.631
p	0.003*	0.081	0.520	0.144	0.035*
Meme onarım ameliyatı olma					
Evet	17.5 (12-23)	6.5 (6-7)	10.5 (10-11)	9.5 (8-11)	44 (38-50)
Hayır	14 (12-17)	4 (4-5)	10 (9-11)	6 (6-8)	34.5 (31-40)
^b Test değeri (z)	-0.429	-2.126	-0.603	-1.558	-1.518
p	0.668	0.034*	0.546	0.119	0.129
Ailede meme ca öyküsü					
Var	15.21±5.31	4.46±1.05	9.72±1.88	7.18±2.42	36.56±9.07
Yok	14.16±3.43	4.59±1.25	9.99±2.03	7.06±2.43	35.81±6.71
^c Test değeri (t)	1.146	-0.597	-0.735	0.258	0.475
p	0.257	0.552	0.463	0.797	0.637
Hastalık algısı					
Uzun süre tedavi gerektiren hastalık	14.72±4.06	4.64±1.26	9.95±2.15	7.37±2.43	36.68±7.56
Kolay tedavi edilen hastalık	13.88±3.88	4.41±1.06	9.86±1.65	6.55±2.34	34.71±6.89
^c Test değeri (t)	1.210	1.091	0.252	1.997	1.558
p	0.228	0.277	0.801	0.048*	0.121
Günlük ihtiyaçlar için yardıma ihtiyaç duyma					
Evet	14.68±4.24	4.68±1.21	10.16±1.93	7.3±2.55	36.81±7.72
Hayır	13.81±3.31	4.26±1.13	9.31±2.04	6.57±1.98	33.95±6
^c Test değeri (t)	1.191	1.922	2.377	1.851	2.405
p	0.236	0.057	0.019*	0.067	0.018*
Destek alınan kişi					
Eş ve çocuk	14.62±3.99	4.8±1.18	10.4±1.85	7.06±2.65	36.88±7.14

Diğer aile üyeleri/Arkadaş/Diğer	14.72±4.47	4.57±1.23	9.95±1.99	7.5±2.47	36.74±8.25
^c Test değeri (t)	-0.127	0.993	1.216	-0.893	0.093
p	0.899	0.323	0.227	0.374	0.926
Kişisel temizlik ve giyimde yardıma ihtiyaç duyma					
Evet	14.63±4.13	4.71±1.2	10.12±1.83	7.08±2.55	36.54±7.6
Hayır	14.23±3.89	4.41±1.18	9.72±2.14	7.11±2.3	35.46±7.14
^c Test değeri (t)	0.613	1.570	1.239	-0.074	0.896
p	0.541	0.118	0.217	0.941	0.371
Boşaltımda yardıma ihtiyaç duyma					
Evet	13 (12-13)	5 (4-5)	9 (9-10)	6 (6-7)	33 (31-34)
Hayır	14 (12-17)	4 (4-5)	10 (9-11)	6 (6-8)	35 (31-41)
^b Test değeri (z)	-1.477	-0.028	-0.974	-0.766	-1.400
p	0.140	0.978	0.330	0.444	0.161
Yeme içmede yardıma ihtiyaç duyma					
Evet	13 (13-14)	5 (5-6)	10.5 (9-12)	6 (5-7)	35 (34-44)
Hayır	14 (12-17)	4 (4-5)	10 (9-11)	7 (6-8)	35 (31-40)
^b Test değeri (z)	-0.501	-3.322	-1.364	-1.106	-0.411
p	0.616	0.001*	0.173	0.269	0.681
Hareket ve yürümede yardıma ihtiyaç duyma					
Evet	14.35±4.27	4.8±1.28	10.24±1.92	7.05±2.78	36.44±8.08
Hayır	14.48±3.87	4.42±1.13	9.74±2.02	7.12±2.2	35.76±6.96
^c Test değeri (t)	-0.204	1.887	1.486	-0.140	0.542
p	0.839	0.061	0.139	0.889	0.589
Ev işlerinde yardıma ihtiyaç duyma					
Evet	14.99±4.41	4.6±1.21	10.14±1.95	7.27±2.55	37±7.95
Hayır	13.69±3.28	4.5±1.18	9.63±2.02	6.86±2.24	34.67±6.33
^c Test değeri (t)	2.072	0.529	1.573	1.022	1.995
p	0.040*	0.598	0.118	0.309	0.048*

BİB: Beden İmajında Bozulma Sİ: Sosyal İzolasyon A: Ayrımcılık İS: İçselleştirilmiş Stigma MKSÖ: Meme Kanseri Stigma Ölçeği *p<0.05 r=Pearson korelasyon analizi ^aKruskal-Wallis test, ^bMann-Whitney U test, ^cBağımsız gruplar t testi,

5. TARTIŞMA

Meme kanserinden sağ kurtulanlarda ameliyat, kemoterapi, radyoterapiden kaynaklanan yan etkiler kişinin kendi bedeniyle ilgili algıları, kadınların kimlik duygusunu, öz saygısını, kabul görmesini, cinselliğini ve algılanan stigmatı etkilemektedir. Yapılan çalışmalar stigmanın hastalığın farklı aşamalarında ortaya çıkabileceği ve düşük öz saygıya, depresyona ve sosyal izolasyona sebep olabileceği görülmüştür. Bu sebeple, meme kanseriyle ilişkili stigmanın doğru bir şekilde değerlendirilmesi önem teşkil etmektedir (128).

Bu çalışmada, meme kanserinde stigma düzeyini ölçmek için, Xiaofan Bu ve arkadaşları (2022) tarafından geliştirilen, 4 alt boyutlu ve 15 maddeden oluşan MKSÖ'nin Türkçeye uyarlama, geçerlik ve güvenirliği yapılmıştır.

Tartışma kısmı geçerlik ve güvenirlik bulguları ile sosyodemografik ve bazı klinik özellik bulgularına dayalı olarak yazılmıştır. Çalışmamızın tartışma kısmı 3 kısımdan oluşmaktadır.

1. Meme Kanseri Stigma Ölçeği'nin geçerlik bulgularının tartışılması
2. Meme Kanseri Stigma Ölçeği'nin güvenirlik bulgularının tartışılması
3. Meme Kanseri Stigma Ölçeği'nin sosyo-demografik ve bazı klinik bulgularla ilişkisinin tartışılması

5.1. Meme Kanseri Stigma Ölçeği'nin Geçerlik Bulgularının Tartışılması

Geçerlik, bir ölçme aracının ölçmeyi amaçladığı özelliği, başka herhangi bir özelliklerle karıştırmadan, doğru ölçebilme derecesidir. Ölçeklerin geçerlik düzeyi, geçerlik katsayısının hesaplanmasıyla anlaşılır. Ölçeğin geliştirildiği ülke ile ölçeğin uyarlanması hedeflenen ülke arasındaki dil ve kültür farklılıkları ne kadar fazlaysa bu değerlendirme o derece önem kazanmaktadır. Benzer kültürlerde dahi ölçeğin geçerlik ve güvenirliğini etkileyebilecek değişkenler veya farklılıklar olabilir.

Dil ve kapsam geçerliğinde, gereç yöntem ve bulgular bölümünde detaylı olarak anlatıldığı gibi çeviri-geri çeviri yöntemi kullanılmış ve son şekli verilen ölçeğin Kapsam Geçerlik Oranı'nın oldukça yüksek olduğu (1.0) ve ölçeğin kapsam geçerliği açısından kriterleri karşıladığı belirlenmiştir. Xiaofan Bu ve ark.'da ölçeğin orijinalinde KGO'yu 0.86 bulmuşlardır. Bu sonuçlar göz önüne alındığında

MKSÖ'nin meme kanserli bireylerde dil eşdeğerliği ve kapsam geçerliğinin sağlandığı söylenebilir.

Yapı geçerliğini değerlendirme yöntemleri içinde farklı araştırmacılar farklı yöntemler kullansalar da en sık başvurulanan yöntem faktör analizidir. Bu çalışmada yapılan analiz sonucunda KMO değeri 0.874 ve Barlett küresellik test değeri $\chi^2=1379.917$; $p<0.001$ olarak hesaplanmıştır. Orijinal ölçekte de KMO değeri 0.792 ve Barlett küresellik testi $\chi^2=69.443$; $p<0.001$ olarak belirlendiği için, veri seti faktör analizine uygun bulunmuştur. Ölçekte maddelerin faktör yüklerinin kararlı olabilmesi için en az 0.30 olması gerekmektedir. Çalışmamızdaki ölçekte her bir maddenin faktör ağırlığı 0.663-0.892 arasında değiştiği ve 0.30'un üzerinde olduğu görülmektedir. Orijinal ölçekte ise faktör yükler 0.428 ile 0.951 arasında değiştiği ve çalışmamızdaki ölçümlerin bu değerlerden daha yüksek olduğu görülmüştür. Çalışmamızda literatürde açıklanan varyans aralığının (0.50) üzerinde 4 faktörlü yapı elde edilmiş olup bu değer %73.89 saptanmıştır. Bu değer orijinal ölçekte belirtilen %69.44'ün oldukça üzerindedir. Bu sonuçlar doğrultusunda bulgularımız, ölçek maddelerinin yeterli geçerlik düzeyinde olduğunu, her bir maddenin ölçek ile yeterli düzeyde ilişkili olduğunu ve 4 alt boyut ile 15 maddeden oluşan MKSÖ'nin orijinal versiyonunun yapısının korunduğunu göstermiştir.

Modelin test edilebilmesi için gereç yöntemde bahsedilen DFA uyum ölçütleri kullanılmış olup, modelin sonuçları incelendiğinde $\chi^2/df=1.424$, GFI=0.908, AGFI=0.865, NFI=0.919, RFI=0.896, IFI=0.974, TLI=0.967, CFI=0.974, RMSEA=0.053, SRMR=0.056 olarak hesaplanmıştır. Bu bağlamda χ^2/df , GFI, AGFI, NFI, RFI, TLI, RMSEA ve SRMR ölçütleri kabul edilebilir, IFI ve CFI ölçütleri ise iyi uyumu işaret etmektedir. Bu sonuçlar modelin mevcut yapısının geçerli olduğunu göstermektedir.

Ölçüt geçerliği, bir ölçme aracının amaçlanan özelliği ne kadar başarıyla değerlendirmeyi sağladığımızı gösterdiği için bu çalışmada ölçüt geçerliğine de bakılmıştır. Meme kanseri hastalarında hastalığın kabul ve tedavi sürecinde yaşadığı problemler bireyin yaşam kalitesini ve depresyon düzeyini etkilediği için ölçüt geçerliğini değerlendirmek üzere bu çalışmada HSA ve QLQ-BR23 ölçekleri kullanılmıştır.

Yapılan analiz sonucunda MKSÖ'nün toplam ve alt boyut puan ortalamaları ile depresyon şiddetinin değerlendirildiği HSA puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde ilişkiler saptandı. Fendri ve ark. kanser damgalaması yaşayan meme ve

jinekolojik kanseri olan kadınların %33'ünün kanserleri nedeniyle sosyal ayrımcılığa uğradıklarını ve depresyon riskinin 4,4 kat daha fazla olduğunu bildirmiştir (129).

Yine bu çalışmada MKSÖ toplam puanının QLQ-BR23 semptom alt boyutu puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde, QLQ-BR23 fonksiyonel alt boyutu puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde ilişkiler saptanmıştır. QLQ-BR23 ölçeğinin semptom alt boyutu arttıkça yaşam kalitesi azalmaktadır. Dolayısıyla semptom alt boyutu arttıkça stigmanın da artması ve yaşam kalitesinin azalması beklenen bir sonuçtur. Wang ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da meme kanserinde tedaviler, ilişkili yan etkiler ve meme kanseri deneyiminin travmatik doğası nedeniyle kadınlarda stigmanın yüksek olduğunu bildirilmiştir (130).

Orijinal ölçekte de Xiaofan Bu ve ark stigma düzeyini değerlendirmek için Sosyal Etki Ölçeğini (Social Impact Scale) kullanmışlar ve çalışmamızın sonuçlarına benzer istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde ilişkiler bulunmuştur. Bu sonuçlar doğrultusunda MKSÖ'nin meme kanserli bireylerin stigma düzeyini, yaşam kalitesini ve depresyon düzeyini değerlendirmede geçerli bir ölçek olduğu görülmüştür.

Bizim çalışmamızda ise, katılımcıların HSA ölçeği ile değerlendirilen depresyon düzeyi puanları ile MKSÖ ölçeği ve alt boyutunun puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Bu durum katılımcıların depresyon düzeyleri arttıkça stigma düzeyinin daha fazla etkilendiğini gösterir. QLQ-BR23 ölçeği puanlarının, semptom alt boyutu ile pozitif yönde, fonksiyonel alt boyutu ile negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu. Dolayısıyla katılımcıların semptom düzeyleri arttıkça yaşama kalitesi olumsuz etkilenmekte ve stigmatizasyona maruz kalma oranını arttırdığı söylenebilir. Fonksiyonel alt boyutunda ki beden imajı, gelecek kaygısı, cinsel haz ve cinsel istek puanlarının düşük olması katılımcıların psikososyal yükünü arttırarak damgalanmaya daha fazla katkıda bulunabilir (79).

5.2. Meme Kanseri Stigma Ölçeği'nin Güvenirlik Bulgularının Tartışılması

Güvenirlik ölçeğin değerlendirmek istediği değişkeni ne tutarlılıkla ölçtüğünün ya da ölçme sonuçlarının kusurlarından arınmış olmasının derecesidir. Güvenirlik sadece ölçme aracına bağlı değildir, ölçme aracının aynı şartlarda, tekrarlayan değerlendirmelerde aynı ölçümlerin elde edilmesine bağlıdır. MKSÖ ölçeğin güvenilirliği Cronbach alfa katsayısı ile değerlendirildi. Cronbach alfa, çeşitli maddeler, ölçümler veya derecelendirmeler arasındaki iç tutarlılık veya güvenilirliğin bir

ölçüsüdür. Cronbach alfa katsayısının 0.81 ve üzerinde olması yüksek güvenilirlik anlamına gelir (131).

Bu çalışmada MKSÖ toplam ve alt boyut Cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları; BİB alt boyutu için 0.92, Sİ alt boyutu için 0.70, A alt boyutu için 0.78, İS alt boyutu için 0.89 ve MKSÖ toplam ölçek puanı için 0.90 olarak oldukça yüksek bulunmuştur. MKSÖ'nin Türkçe versiyonunun Cronbach alfa değerleri, orijinal ölçeğin değerlerine kıyasla daha yüksek bulunmuş, bu nedenle güvenilirliği daha yüksek diyebiliriz.

Yapılan analizler sonucunda meme kanserli bireylerde stigma düzeyini değerlendiren 4 alt boyut ve 15 maddeden oluşan MKSÖ'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında araştırma bulgularımızı ölçeğin dil, kapsam, yapı, ölçüt geçerliği ve güvenilirlik açısından kriterleri karşıladığını ve ölçeğin meme kanserli bireyler üzerinde güvenle uygulanabileceğini göstermiştir. Sonuç olarak, ölçeğin orijinal formu korunmuş ve ölçek maddelerinde herhangi bir değişikliğe gidilmemiştir.

5.3. Meme Kanseri Stigma Ölçeği'nin Sosyo-demografik ve Bazı Klinik Özelliklerle İlişkisine Ait Bulguların Tartışılması

Bu çalışmanın güçlü tarafı; katılımcıların sosyo-demografik özellikleri yanı sıra klinik özelliklerinden meme kanserinin tanı süresi, meme kanseri tedavi yöntemleri ve ameliyat tiplerinin, günlük bakım gereksinimlerine ihtiyaç duyma durumlarının MKSÖ alt ve toplam puanları ile arasındaki ilişkilerin gösterilmesidir. Bu incelemeler sonucunda katılımcıların stigma düzeylerinin meme kanseri hastalarının yaşam kalitesini ve bazı klinik özellikleri etkilediğini gözlemlemiş olduk.

Çalışmada katılımcıların stigma düzeyini sosyodemografik özelliklerden yaşın en çok etkilediği bulundu. Katılımcıların yaşı azaldıkça stigma düzeyi puanlarının daha da arttığı gözlenmiştir. Bunun nedeni olarak genç hastaların meme kanseri tedavisiyle üreme kapasitesinin etkilenmesi, beden imajının bozulması ve sosyal izolasyon gibi durumlardan daha çok etkilenmesi ile açıklanabilir. Dahası, meme kanseri olan genç kadınlar cinsel ve psikolojik sıkıntıya daha fazla maruz kalma riski altındadır. Literatürde de daha genç hastaların daha yüksek düzeyde stigmaya maruz kaldığı yapılan çalışmalarla desteklenmektedir (132,133).

Yine bu çalışmada meme hastalığıyla nedeniyle, cerrahi tedavi, radyoterapi ve hormon tedavisi alan hastaların, almayanlara göre stigma puanları daha yüksek

bulunmuştur. Hastalığın yanı sıra tedavi yöntemlerinin getirdiği yan etkiler ve istenmeyen durumlar stigma puanlarını artırmış olabilir. Ayrıca uygulanan ameliyat yöntemlerinden total mastektomi geçiren katılımcıların diğer ameliyat yöntemlerine göre stigma düzeyi puanları daha yüksek bulundu. Tedavi nedeniyle, bir kadının kimliği, cinselliği ve benlik duygusuyla bağlantılı gördüğü göğsünü kaybetmesi, özellikle genç kadınlar arasında, beden imajının bozulmasına ve cinsel işlev bozuklukları yaşamasına neden olur. Bu durum da meme kanseri olan kadınların stigma düzeyi puanlarını artırmış olabilir (134,135).

Yine bu çalışmada ev işlerinde, yeme, içme gibi günlük ihtiyaçlar için yardıma gereksinim duyan hastaların stigma düzeyi daha yüksek bulunmuştur (136,137).

Bu veriler doğrultusunda meme kanseri her yaşta sıkıntı ve ruh hali bozukluklarıyla ilişkili olsa da doğurganlığı kaybetme riskinin yüksek olması ve kanser tedavilerinin beden imajı ve cinsellik üzerindeki etkisi, premenopozal meme kanseri hastalarında depresyon gibi ruh hali bozuklukları geliştirme riskini artırabilir.

Dolayısıyla bu çalışmada gerek hastalıkları gerekse tedaviler nedeniyle kadınların yaşam kalitelerinin etkilendiği ve depresif ruh hali deneyimledikleri bu durumun da stigmatla ilişkili olduğu saptandı.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Sonuç olarak meme kanserinde stigmatı değerlendiren 4 alt boyut ve 15 maddede oluşan MKSÖ'nün Türkçe geçerlik ve güvenirliği yüksek bulunmuş ve orijinal ölçeğin yapısı korunmuştur.

6.1. Sonuçlar

Meme Kanseri Stigma Ölçeği'nin (MKSÖ) Türkçe geçerlik ve güvenirliğini test etmek amacıyla metodolojik olarak yürütülen bu araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda, aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

1. MKSÖ anlaşılabilirlik ve uygulanabilirlik açısından 7 uzmandan yeterlilik almıştır.
2. MKSÖ'nün Kaiser-Mayer-Olkin değeri ($KMO=0.90$) ve Bartlett's Testi ($\chi^2=1379.917$; $p<0.001$) sonuçları büyüklüğünün yeterli olduğunu ve değişkenlerin birbirleri ile ilişkili olduğunu göstermiştir, çalışma faktör analizi için uygun bulunmuştur.
3. Dört faktörlü yapı ve 15 maddeden oluşan MKSÖ'nün maddelerinin faktör yüklerinin dağılımı 0.663-0.892 arasında değişkenlik göstermektedir.
4. Doğrulayıcı Faktör Analizi sonucunda MKSÖ'nün uyum indeksi değerlerinin, iyi uyum ve kabul edilebilir uyum gösterdiği bulunmuştur. Türkçe uyarlaması yapılan modelin, ölçmeyi amaçladığı yapıyı orijinal modelde tanımlanan 15 madde ve 4 alt boyutuyla yapısal olarak geçerli bir şekilde ölçeği kanıtlanmıştır.
5. Varyans açıklama oranına göre MKSÖ, dört faktör tarafından %73.89 düzeyinde açıklanabilmektedir.
6. Ölçeğin alt boyutlarına ait Cronbach alfa katsayıları; BİB alt boyutu için 0.92, Sİ alt boyutu için 0.70, A(Ayrımcılık) alt boyutu için 0.782, İS alt boyutu için 0.894 ve toplam ölçek için ise 0.90 olarak bulunmuştur.
7. Ölçeğin iç tutarlık analiz sonuçlarında, ölçekte her bir maddenin faktör ağırlığı 0.663 ile 0.892 arasında değişmektedir. Maddelerin hepsi 0.30'un üstünde olduğundan ölçekten hiçbir madde çıkarılmamıştır.
8. Bu çalışmada ölçüt geçerliğini yaparken altın standart olarak HSA anketi ve QLQ-BR23 ölçeği kullanılmıştır. Yapılan incelemelerde MKSÖ'nün toplam ve alt boyut ortalama puanlarının HSA anketi ile pozitif yönde, QLQ-BR23

ölçeğinin semptom alt boyutu ile pozitif yönde, fonksiyonel alt boyutu ile negatif yönde orta düzeyde anlamlı ilişkilerin olduğu saptanmıştır.

9. Meme kanseri hastalarında stigma düzeyini değerlendiren 4 alt boyut ve 15 maddeden oluşan, orijinal dili Çince olan MKSÖ'nin Türkçe geçerlik ve güvenirlik düzeyi oldukça yüksek bulunmuştur.

6.2. Öneriler

Yapılan araştırma sonuçları doğrultusunda;

1. Farklı bir dilden uyarlaması yapılan MKSÖ'nün geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu bulunmuştur. Farklı çalışmalarda, daha büyük ve farklı özelliklere sahip örneklem gruplarında test edilmesi, ölçüm gücüne katkı sağlayacaktır.
2. MKSÖ, meme kanseri hastalarının stigmatizasyon düzeylerinin detaylı şekilde değerlendirebilir ve hastalığın tedavi ve bakımında ele alınacak stratejilerin belirlenmesinde klinisyenlere yardımcı olabilen kısa maddelerden oluşan kullanımı kolay bir ölçektir.
3. Meme kanseri hastalarındaki stigma düzeyi hastalığın seyri ve tedavi sürecini etkilediği için klinik ortamlarda bu durumun değerlendirilerek bireylerin hastalığa uyumunu sağlamak anahtar rol oynamaktadır. Bu doğrultuda MKSÖ'nin Türk toplumunda meme kanseri hastalarının takip edildiği, onkoloji kliniği, kemoterapi ünitelerinde ve toplum sağlığı merkezlerinde sağlık profesyonelleri ve hemşireler tarafından meme kanseri hastalarında stigma düzeyinin değerlendirilmesinde kullanılması önerilmektedir.
4. Ayrıca meme kanseri olan kadınlarda stigmanın değerlendirildiği çalışmalarda da stigma puanı yüksek çıkan bireylerin, psikolojik danışmanlık alması veya psikiyatriye başvurması konusunda yönlendirilmesi önerilir.

7. KAYNAKLAR

1. Lobbezoo DJA, van Kampen RJW, Voogd AC, Dercksen MW, van den Bergmortel F, Smilde TJ, et al. Prognosis of metastatic breast cancer: are there differences between patients with de novo and recurrent metastatic breast cancer. *British Journal Of Cancer* 112(9):1445–51, 2015.
2. Xiong X, Zheng LW, Ding Y, Chen YF, Cai YW, Wang LP, et al. Breast cancer: pathogenesis and treatments. *Signal Transduct Target Ther* 10(1):49, 2025.
3. Burciu OM, Sas I, Popoiu TA, Merce AG, Moleriu L, Cobec IM. Correlations of imaging and therapy in breast cancer based on molecular patterns: an important issue in the diagnosis of breast cancer. *Int J Mol Sci.* 25(15): 8506, 2024.
4. Pederson HJ, Al-Hilli Z, Kurian AW. Racial disparities in breast cancer risk factors and risk management. *Maturitas* 184:107949, 2024.
5. Pedersen JE, Strandberg-Larsen K, Andersson M, Hansen J. Occupational exposure to solar ultraviolet B radiation and risk of subtypes of breast cancer in Danish women. *Occup Environ Med.* 78(4):286-92, 2021.
6. Katsura C, Ogunmwonyi I, Kankam HK, Saha S. Breast cancer: presentation, investigation and management. *Br J Hosp Med.* 83(2):1-7, 2022
7. Chang YC, Hu WY, Chang YM, Chiu SC. Changes in sexual life experienced by women in taiwan after receiving treatment for breast cancer. *Int J Qual Stud Health Well-being* 14(1): 1654343, 2019.
8. George MA, Lustberg MB, Orchard TS. Psychoneurological symptom cluster in breast cancer: the role of inflammation and diet. *Breast Cancer Res Treat.* 184(1):1-9, 2020.
9. Dinapoli L, Colloca G, Di Capua B, Valentini V. Psychological Aspects to Consider in Breast Cancer Diagnosis and Treatment. *Curr Oncol Rep.* 23(3):38, 2021.
10. Özmen S, Erdem R. Damgalamanin kavramsal çerçevesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 23(1): 185-208, 2018.
11. Dean L, Medina AM. Stigma and the Hispanic stuttering experience: A qualitative study. *J Commun Disord* 89: 106056, 2021.
12. Rewerska-Juśko M, Rejdak K. Social stigma of people with dementia. *Journal of Alzheimer's Disease* 78(4):1339-43, 2020.

13. Agustina E, Dodd RH, Waller J, Vrinten C. Understanding middle-aged and older adults' first associations with the word "cancer": A mixed methods study in England. *Psycho-oncology* 27(1): 309-315, 2018.
14. Vrinten C, Gallagher A, Waller J, Marlow LA V. Cancer stigma and cancer screening attendance: a population based survey in England. *BMC Cancer* Dec 11;19(1):566, 2019.
15. Zhang Y, Zhao J, Jiang N, Liu Y, Wang T, Yu X, et al. The association between comorbidities and stigma among breast cancer survivors *Sci Rep.* 12(1):13682, 2022.
16. Bu L, Chen X, Zheng S, Fan G. Construction of the structural equation model of stigma, self-disclosure, social support, and quality of life of breast cancer patients after surgery-a multicenter study. *Front Oncol.* 13: 1142728, 2023.
17. Pakseresht S, Tavakolinia S, Leili Ek. Determination of the association between perceived stigma and delay in help-seeking behavior of women with breast cancer. *Maedica*, 16(3): 458-462, 2021.
18. Dewan MF, Hassouneh D, Song M, Lyons KS. Development of the breast cancer stigma scale for arab patients. *Asia Pac J Oncol Nurs.* 7(3):295-300, 2020.
19. Bu X, Li S, Cheng ASK, Ng PHF, Xu X, Xia Y, et al. Breast cancer stigma scale: a reliable and valid stigma measure for patients with breast cancer. *Front Psychol* 10:13, 2022.
20. Harbeck N, Penault-Llorca F, Cortes J, Gnant M, Houssami N, Poortmans P, et al. Breast cancer. *Nature reviews. Disease primers*, 5(1): 66, 2019.
21. Katsura C, Ogunmwonyi I, Kankam HKN, Saha S. Breast cancer: presentation, investigation and management. *British Journal Of Hospital Medicine (London England: 2005)*, 83(2): 1–7, 2022.
22. Huang X, Song C, Zhang J, Zhu L, Tang H. Circular RNAs in breast cancer diagnosis, treatment and prognosis. *Oncol Res* 32(2): 241-249, 2024.
23. Kashyap D, Pal D, Sharma R, Garg VK, Goel N, Koundal D, et al. [Retracted] Global Increase in Breast Cancer Incidence: Risk factors and preventive measures. *Biomed Res Int.* 18(1): 9605439, 2022.
24. Valente S, Roesch E. Breast cancer survivorship. *J Surg Oncol.* 130(1):8–15, 2024.
25. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics. *CA Cancer J Clin.* 67(1):7-30, 2017.

26. Huntley C, Torr B, Kavanaugh G, George A, Hanson H, Snape K, et al. Breast cancer risk assessment for prescription of menopausal hormone therapy in women with a family history of breast cancer: an epidemiological modelling study. *British Journal of General Practice* 74(746): e610–8, 2024.
27. Chodick G, Silverman BG, Keinan-Boker L. The use of national cancer registry data for breast cancer family history assessment in premenopausal women. *J Clin Med* 13(15):4473, 2024.
28. Pal M, Das D, Pandey M. Understanding genetic variations associated with familial breast cancer. *World J Surg Oncol* 22(1):271, 2024.
29. Xiong X, Zheng LW, Ding Y, Chen YF, Cai YW, Wang LP, et al. Breast cancer: pathogenesis and treatments. *Signal Transduct Target Ther* 10(1):49, 2025.
30. Hurson AN, Ahearn TU, Koka H, Jenkins BD, Harris AR, Roberts S, et al. Risk factors for breast cancer subtypes by race and ethnicity: a scoping review. *Journal of the National Cancer Institute*, 116(12): 1992–2002, 2024.
31. Williams F, Thompson E. Disparities in breast cancer stage at diagnosis: importance of race, poverty, and age. *Journal Of Health Disparities Research And Practice* 10(3): 34–45, 2017.
32. Heer E, Harper A, Escandor N, Sung H, McCormack V, Fidler-Benaoudia MM. Global burden and trends in premenopausal and postmenopausal breast cancer: a population-based study. *Lancet Glob Health* 8(8): e1027–37, 2020.
33. Olsson HL, Olsson ML. The menstrual cycle and risk of breast cancer: a review. *Front Oncol* 24:10, 2020.
34. Akyolcu N, Ozhanlı Y, Kandemir D. Recent developments in breast cancer. *Verus Journal*, 6(3): 583-594, 2019.
35. Khoramdad M, Solaymani-Dodaran M, Kabir A, Ghahremanzadeh N, Hashemi E o S, Fahimfar N, et al. Breast cancer risk factors in Iranian women: a systematic review and meta-analysis of matched case–control studies. *Eur J Med Res*. 27(1):311, 2022.
36. Stachs A, Stubert J, Reimer T, Hartmann S. Benign breast disease in women. *Deutsches Arzteblatt international* 116(33-34): 565–574, 2019.
37. Bodewes FTH, van Asselt AA, Dorrius MD, Greuter MJW, de Bock GH. Mammographic breast density and the risk of breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *The Breast* 66:62–8, 2022.

38. Grabinski VF, Brawley OW. Disparities in breast cancer. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 49(1):149–65, 2022.
39. Özçelik, M. F. Türk Cerrahi Derneği Yeterlilik (Board) Okulu Ders Notları, 2018.
40. Winters S, Martin C, Murphy D, Shokar NK. Breast cancer epidemiology, prevention, and screening. *Progress In Molecular Biology And Translational Science* 151: 1–32, 2017.
41. Starek-Świechowicz B, Budziszewska B, Starek A. Alcohol and breast cancer. *Pharmacological Reports* 75(1):69-84, 2023.
42. Catsburg C, Miller AB, Rohan TE. Active cigarette smoking and risk of breast cancer. *Int J Cancer* 136(9):2204-9, 2015.
43. Kispert S, McHowat J. Recent insights into cigarette smoking as a lifestyle risk factor for breast cancer. *Breast Cancer: Targets and Therapy* Mar; Volume 9:127-32, 2017.
44. Yedjou CG, Sims JN, Miele L, Noubissi F, Lowe L, Fonseca DD, et al. Health and racial disparity in breast cancer in: *advances in experimental medicine and biology*. Springer New York LLC p. 31-49, 2019.
45. Zannetti A. Breast cancer: from pathophysiology to novel therapeutic approaches 2.0. *Int J Mol Sci.* 29:24(3):2542, 2023.
46. Wen HY, Brogi E. Lobular carcinoma in situ. *Surg Pathol Clin.* 11(1):123-45, 2018.
47. Yin L, Duan JJ, Bian XW, Yu S. Triple-negative breast cancer molecular subtyping and treatment progress. *Breast Cancer Research* 9:22(1):61, 2020.
48. Viale G. The current state of breast cancer classification. *Annals of Oncology* 23 Suppl 10, x207-x210, 2012.
49. Asif HM, Sultana S, Ahmed S, Akhtar N, Tariq M. HER-2 positive breast cancer- a mini-review. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 17(4):1609-15, 2016.
50. Andersson A, Larsson L, Stenbeck L, Salmén F, Ehinger A, Wu SZ, et al. Spatial deconvolution of HER2-positive breast cancer delineates tumor-associated cell type interactions. *Nat Commun* 12(1): 6012, 2021.
51. Kathryn P, Traves M, Sarah E.H, Cokenakes M. Breast cancer treatment. *American Family Physician*, 104(2): 171-178, 2021.

52. Amin MB, Greene FL, Edge SB, Compton CC, Gershengwald JE, Brookland RK, et al. The Eighth Edition AJCC Cancer Staging Manual: Continuing to build a bridge from a population-based to a more “personalized” approach to cancer staging. *CA Cancer J Clin* 67(2): 93-9, 2017.
53. Virnig BA, Tuttle TM, Shamliyan T, Kane RL. Ductal carcinoma in Situ of the breast: A systematic review of incidence, treatment, and outcomes. *J Natl Cancer Inst.* 102(3):170-8, 2010.
54. Cowell CF, Weigelt B, Sakr RA, Ng CKY, Hicks J, King TA, et al. Progression from ductal carcinoma in situ to invasive breast cancer: revisited. *Molecular Oncology* 7(5):859-869, 2013.
55. Li J, Chen Z, Su K, Zeng J. Clinicopathological classification and traditional prognostic indicators of breast cancer. *International Journal Of Clinical And Experimental Pathology* 8(7): 8500-8505, 2015.
56. Waks AG, Winer EP. Breast cancer treatment: a review. *JAMA* 321(3): 288-300, 2019.
57. Alghamdi MAA, Mahmood SE. Role of surgery in metastatic breast cancer: insights from a narrative review. *Breast cancer (Dove Medical Press)* 15:349–58, 2023.
58. Nielsen S, Narayan AK. Breast cancer screening modalities, recommendations, and novel imaging techniques. *Surgical Clinics of North America* 103(1):63–82, 2023.
59. Akarsu NK, Andsoy II. Evaluation of breast self-examination training in turkish women living in northwestern Turkey. *Journal Of Preventive Medicine And Hygiene* 63(1): E76-E82, 2022.
60. Mango VL, Olasehinde O, Omisore AD, Wuraola FO, Famurewa OC, Sevilimedu V, et al. The breastexam versus clinical breast examination for breast evaluation in high risk and symptomatic nigerian women: a prospective study. *The Lancet. Global health*, 10(4): e555-e563, 2022.
61. Khanna D, Sharma P, Budukh A, Khanna AK. Clinical breast examination: A screening tool for lower- and middle-income countries. *Asia Pac J Clin Oncol.* 29:20(6):690–9, 2024.
62. Tadesse GF, Tegaw EM, Abdisa EK. Diagnostic performance of mammography and ultrasound in breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *J Ultrasound* 26(2):355-67, 2023.

63. Autier P, Boniol M. Mammography screening: A major issue in medicine. *Eur J Cancer* 90:34-62, 2018.
64. Olver IN. New initiatives in the treatment of breast cancer. *Medical Journal of Australia* 205(10):449-50, 2016.
65. Jonczyk MM, Jean J, Graham R, Chatterjee A. Surgical trends in breast cancer: a rise in novel operative treatment options over a 12 year analysis. *Breast Cancer Res Treat* 173(2):267-74, 2019.
66. Czajka ML, Pfeifer C. *Breast Cancer Surgery*, 2025.
67. Kainat Raza Naqvi S, Nazir A, Amir A, Waris H, Irshad B, Ibrahim M, et al. The incidence of early postoperative complications following modified radical mastectomy in breast cancer patients. *Cureus* 16(12): e75886, 2024.
68. Kedrzycki MS, Elson DS, Leff DR. Guidance in breast-conserving surgery: tumour localization versus identification. *British Journal of Surgery* 110(8):920–2, 2023.
69. McKevitt E, Saleeb M, Liu G, Warburton R, Pao JS, Dingee C, et al. Differences in preoperative health-related quality of life between women receiving mastectomy or breast conserving surgery in a prospectively recruited cohort of breast cancer patients. *Current Oncology* 30(1):118-29, 2022.
70. Roberson ML, Nichols HB, Wheeler SB, Reeder-Hayes KE, Olshan AF, Baggett CD, et al. Validity of breast cancer surgery treatment information in a state-based cancer registry. *Cancer Causes & Control* 33(2):261-9, 2022.
71. Kerr AJ, Dodwell D, McGale P, Holt F, Duane F, Mannu G, et al. Adjuvant and neoadjuvant breast cancer treatments: A systematic review of their effects on mortality. *Cancer Treat Rev.* 105:102375, 2022.
72. Katta B, Vijayakumar C, Dutta S, Dubashi B, Nelamangala Ramakrishnaiah VP. The incidence and severity of patient-reported side effects of chemotherapy in routine clinical care: a prospective observational study. *Cureus* 15(4): e38301, 2023.
73. Wang H, Mao X. Evaluation of the efficacy of neoadjuvant chemotherapy for breast cancer. *Drug Design, Development And Therapy*, 14: 2423-2433, 2020.
74. Ugras SK, Layeequr Rahman R. Hormone replacement therapy after breast cancer: yes, no or maybe? *Mol Cell Endocrinol* 525:111180, 2021.

75. Cucciniello L, Garufi G, Di Rienzo R, Martinelli C, Pavone G, Giuliano M, et al. Estrogen deprivation effects of endocrine therapy in breast cancer patients: Incidence, management and outcome. *Cancer Treat Rev.* 120:102624, 2023.
76. Kanda W, Kivimaa P. What opportunities could the COVID-19 outbreak offer for sustainability transitions research on electricity and mobility? *Energy Res Soc Sci.* 68:101666, 2020.
77. Shah C, Bauer-Nilsen K, McNulty RH, Vicini F. Novel radiation therapy approaches for breast cancer treatment. *Semin Oncol.* 47(4):209–16, 2020.
78. Marta GN, Riera R, Pacheco RL, Cabrera Martimbianco AL, Meattini I, Kaidar-Person O, et al. Moderately hypofractionated post-operative radiation therapy for breast cancer: Systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *The Breast* 62:84-92, 2022.
79. Melhem SJ, Nabhani-Gebara S, Kayyali R. Latency of breast cancer stigma during survivorship and its influencing factors: A qualitative study. *Front Oncol* 14:13, 2023.
80. Phongnopakoon P, Srisatidnarakul B, Hsu YY. Exploring discomfort experienced during chemotherapy in thai breast cancer patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 24(2):459-65, 2023.
81. He X, Ng MSN, Choi KC, So WKW. Effects of a 16-week dance intervention on the symptom cluster of fatigue-sleep disturbance-depression and quality of life among patients with breast cancer undergoing adjuvant chemotherapy: A randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud.* 133:104317, 2022.
82. Milton L, Behroozian T, Li N, Zhang L, Lou J, Karam I, et al. Symptom burden associated with radiation dermatitis in breast cancer patients undergoing radiotherapy. *Clin Breast Cancer* 22(3): e387–98, 2022.
83. Carreira H, Williams R, Müller M, Harewood R, Stanway S, Bhaskaran K. Associations between breast cancer survivorship and adverse mental health outcomes: a systematic review. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute* (12):1311–27, 2018.
84. Can, G. Onkoloji hemşireliği. 2. Basım, s.897-916 Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2019.
85. Uslu A, Hisar F. Metastatik meme kanseri olan hastanın gordon'un fonksiyonel sağlık örüntüleri modeli'ne göre hemşirelik bakımı: olgu sunumu. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi* 2(1): 59-69, 2020.

86. Hemati M, Rivaz M, Khademian Z. Lymphedema self-management mobile application with nurse support for post breast cancer surgery survivors: description of the design process and prototype evaluation. *BMC Cancer* 24(1): 973, 2024.
87. Langford DJ, Schmidt B, Levine JD, Abrams G, Elboim C, Esserman L, et al. Preoperative breast pain predicts persistent breast pain and disability after breast cancer surgery. *J Pain Symptom Manage* 49(6): 981-94, 2015.
88. Tripathi L, Datta SS, Agrawal SK, Chatterjee S, Ahmed R. Stigma perceived by women following surgery for breast cancer. *Indian Journal of Medical and Paediatric Oncology* 38(2):146-52, 2017.
89. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annu Rev Sociol* 27(1):363–85, 2001
90. Andersen MM, Varga S, Folker AP. On the definition of stigma. *J Eval Clin Pract.* 28(5): 847-53, 2022.
91. Zhang Y, Zhao J, Jiang N, Liu Y, Wang T, Yu X, et al. The association between comorbidities and stigma among breast cancer survivors. *Sci Rep.* 12(1):13682, 2022.
92. Chopra KK, Arora VK. Covid-19 and social stigma: Role of scientific community. *Indian Journal of Tuberculosis* 67(3):284-5, 2020.
93. Özmen S, Erdem R, Gör Ö. Hemşireler arasında damgalama olgusu üzerine keşifsel bir çalışma. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi.* 8:1407-1435, 2021.
94. Major B, Dovidio JF, Link BG, Calabrese SK. Stigma and its implications for health: Introduction and overview. *The Oxford Handbook Of Stigma, Discrimination, And Health*, 3-28, 2018.
95. Gümüş F, Kaçan H. The effect of internalized stigmatization on care burden in adolescent psychiatric patients and their parents. *Frontiers İn Psychiatry* 14: 1192087, 2023.
96. Hogg MA ve Vaughan GM. *Sosyal Psikoloji*, (Çev.İ. Y.-A. Gelmez) Ankara: Ütopya Yayıncılık, 2014.
97. Kang NE, Kim HY, Kim JY, Kim SR. Relationship between cancer stigma, social support, coping strategies and psychosocial adjustment among breast cancer survivors. *J Clin Nurs.* 29(21-22):4368–78, 2020.

98. von dem Knesebeck O, Lehmann M, Löwe B, Makowski AC. Public stigma towards individuals with somatic symptom disorders-Survey results from Germany. *J Psychosom Res.* 115:71-5, 2018.
99. Juniarti N, Susanti RD, Yani DI, Nurhasanah N. Psychometric development and evaluation of a COVID-19 social stigma scale in Indonesia. *PLoS One* 18(4): e0283870, 2023.
100. Rehman M, Chapman L, Liu L, Calvert S, Sukhera J. Structural stigma within inpatient care for people who inject drugs: implications for harm reduction. *Harm Reduct J.* 21(1): 53, 2024.
101. Hatzenbuehler ML. Structural stigma: Research evidence and implications for psychological science. *American Psychologist* 71(8):742-51, 2016.
102. Eschliman EL, Kisanga EP, Huang LJ, Poku OB, Genberg BL, German D, et al. The use and operationalization of “structural stigma” in health-related research: A scoping review. *BMC Public Health* 24(1):3614, 2024.
103. Sheehan L, Nieweglowski K, Corrigan P. The stigma of personality disorders. *Curr Psychiatry Rep.* 18(1):11, 2016.
104. Matthews S, Dwyer R, Snoek A. Stigma and self-stigma in addiction. *J Bioeth Inq.* 14(2):275-86, 2017.
105. Kleinstäuber M, Wolf L, Jones ASK, Dalbeth N, Petrie KJ. Internalized and anticipated stigmatization in patients with gout. *ACR Open Rheumatol* 2(1):11-17, 2020.
106. Birbeck GL, Bond V, Earnshaw V, El-Nasoor ML. Advancing health equity through cross-cutting approaches to health-related stigma. *BMC Med.* 17(1):40, 2019.
107. Zamanian H, Amini-Tehrani M, Jalali Z, Daryaafzoon M, Ramezani F, Malek N, et al. Stigma and quality of life in women with breast cancer: mediation and moderation model of social support, sense of coherence, and coping strategies. *Front Psychol* 13: 657992, 2022.
108. Vrinten C, Gallagher A, Waller J, Marlow LA V. Cancer stigma and cancer screening attendance: a population based survey in England. *BMC Cancer* 19(1):566, 2019.
109. Li A, Zheng X, Liu D, Huang R, Ge H, Cheng L, et al. Physical activity and depression in breast cancer patients: mechanisms and therapeutic potential. *Current Oncology* 32(2):77, 2025.

110. Wu J, Zeng N, Wang L, Yao L. The stigma in patients with breast cancer: A concept analysis. *Asia Pac J Oncol Nurs.* 10(10):100293, 2023.
111. Pakseresht S, Tavakolinia S, Leili EK. Determination of the association between perceived stigma and delay in help-seeking behavior of women with breast cancer. *Maedica- A Journal of Clinical Medicine* 16(3), 2021.
112. Flight L, Julious SA. Practical guide to sample size calculations: an introduction. *Pharm Stat.* 15(1):68–74, 2016.
113. Noordzij M, Dekker FW, Zoccali C, Jager KJ. Sample size calculations. *Nephron Clin Pract.* 118(4):c319–23, 2011.
114. Karaçam Z. Ölçme araçlarının türkçeye uyarlanması. *Journal of Midwifery and Health Sciences*, 2(1): 28-37, 2019.
115. Yeşilyurt S, Çapraz C. Ölçek geliştirme çalışmalarında kullanılan kapsam geçerliği için bir yol haritası. *Erzincan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 20(1): 251-264, 2018.
116. Karakoç AGDFY, Dönmez L. Ölçek geliştirme çalışmalarında temel ilkeler. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 13(40): 39-49, 2014.
117. Akyüz HE. Yapı geçerliliği için doğrulayıcı faktör analizi: Uygulamalı bir çalışma. *Bitlis Eren Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi*, 7(2): 186-198, 2018.
118. Kang H.A. Guide on the use of factor analysis in the assessment of construct validity. *J Korean Acad Nurs.* 43(5):587, 2013.
119. Ferrando P, Lorenzo-Seva U, Hernández-Dorado A, Muñiz J. Decalogue for the factor analysis of test items. *Psicothema* (34): 7-17, 2022.
120. Serin H, Taşdelen SM, Seyhan D, Çağlayan T, Tekin ME. Örneklem dağılımlarının tarihsel gelişimi: Ki-kare, t ve f dağılımları. *Veteriner Hekimler Derneği Dergisi* 94(1): 96-109, 2023.
121. Ercan İ, Kan İ. Ölçeklerde güvenirlik ve geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 30(3): 211-216, 2004.
122. İlhan M, Cetin B. Comparing the analysis results of the structural equation models (SEM) conducted using LISREL and AMOS. *Journal of Measurement and Evaluation In Education And Psychology-Epod* 5(2): 26-42, 2014.
123. Kaşıkara G, Doğan U. Beğenilme arzusu: Ölçek geliştirme, güvenirlik ve geçerlik çalışması. *Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 4(2): 51-60, 2017.

124. Özer E, Yılmaz N. Healthy life awareness: a scale development study. *Journal of Traditional Medical Complementary Therapies* 3(1):47-60, 2020.
125. Karaman H, Atar B, Çobanoğlu Aktan D. Açıklayıcı faktör analizinde kullanılan faktör çıkartma yöntemlerinin karşılaştırılması. *Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi* 37(3):1173–93, 2017.
126. Cardinal R N, Aitken MR. *Anova for the behavioral sciences researcher*. Psychology Press, 2013.
127. Erkorkmaz Ü, Etikan İ, Demir O, Özdamar K, Sanisoğlu SY. Confirmatory factor analysis and fit indices: review. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences* 33(1):210-23, 2013.
128. Jin R, Xie T, Zhang L, Gong N, Zhang J. Stigma and its influencing factors among breast cancer survivors in China: A cross-sectional study. *European Journal of Oncology Nursing* 52:101972, 2021.
129. Fendri S, Berrazaga Y, Haddaoui S, Rachdi H, Saadi M, Daoud N, et al. Association between cancer stigma and depression among tunisian patients following breast and gynecologic cancers. *International Journal of Gynecological Cancer* 33: A96, 2023.
130. Wang QX, Bai Y, Lu GF, Zhang CY. Perceived health-related stigma among patients with breast cancer. *Chinese Nursing Research* 4(4): 158-161, 2017.
131. Bujang MA, Omar ED, Baharum NA. A Review on sample size determination for cronbach's alpha test: a simple guide for researchers. *Malaysian Journal of Medical Sciences* 25(6):85-99, 2018.
132. Rossi L, Mazzara C, Pagani O. Diagnosis and treatment of breast cancer in young women. *Curr Treat Options Oncol*. 20(12): 86, 2019.
133. Wu J, Zeng N, Wang L, Yao L. The stigma in patients with breast cancer: A concept analysis. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 10(10):100293, 2023.
134. Dinapoli L, Colloca G, Di Capua B, Valentini V. Psychological aspects to consider in breast cancer diagnosis and treatment. *Curr Oncol Rep*. 23(3): 38, 2021
135. Zhang Y, Zhao J, Jiang N, Wang T, Cao H, Wang Q, et al. Effects of stigma on the relationship between perceived social support and sexual satisfaction among breast cancer survivors. *J Sex Med*. 19(6):1002-11, 2022.

136. Jin R, Xie T, Zhang L, Gong N, Zhang J. Stigma and its influencing factors among breast cancer survivors in China: A cross-sectional study. *European Journal of Oncology Nursing* 52:101972, 2021.
137. Derks MGM, de Glas NA, Bastiaannet E, de Craen AJM, Portielje JEA, van de Velde CJH, et al. Physical functioning in older patients with breast cancer: a prospective cohort study in the team trial. *Oncologist* 21(8): 946-53, 2016.
138. WHO. Breast cancer. [Web Page]. World Health Organization; [Cited Date: 19.04.2024]. Available from: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/breast-cancer>
139. ACS. What is breast cancer? [Web Page]. American Cancer Society; [Cited Date: 24.07.2024.] Available from: <https://www.cancer.org/cancer/types/breastcancer/about/what-is-breast-cancer.html>
140. American Cancer Society (ACS). (2024). Benign Breast Conditions. Erişim adresi: <https://www.acog.org/womens-health/faqs/benign-breast-problems-andconditions>. Erişim tarihi: 24.02.2025
141. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel M¼d¼rl¼ę¼ (2024). Kanser Taramaları. [Çevrimiçi] Erişim adrsi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-taramalari> (Erişim tarihi:08.03.2025)

8. EKLER

Ek 1. Kişisel Bilgi Formu

1.Yaşınız.....

2.Medeni durumunuz nedir?

1-Evli ()

2-Bekar ()

3- Dul / Boşanmış ()

3.Çocuğunuz var mı?

1-Var (ise kaç çocuğunuz var?.....)

2-Yok ()

4. Eğitim durumunuz nedir?

1-Sadece okuryazar ()

2-İlk-Orta okul mezunu ()

3-Lise mezunu ()

4-Yüksek okul mezunu ()

5. Çalışıyor musunuz?:

1.Evet ()

2.Hayır ()

6. Mesleğiniz;

1.Ev hanımı ()

2.İşçi ()

3.Memur ()

4.Serbest Meslek ()

5.Emekli

6 Diğer ()

7.Aile yapınız:

1. Çekirdek aile ()

2. Geniş aile ()

8.Kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?

1.Eşim ()

2.Çocuklarım ()

3. Eşim ve çocuklarım ()

4. Tek başına ()

5.Diğer (Belirtiniz)

9.Aylık ortalama gelir düzeyiniz nedir?

- 1-Gelirim giderimden az ()
2- Gelirim giderime denk ()
3- Gelirim giderimden fazla ()

10.Sigara kullanıyor musunuz?

- 1.Evet ()
2.Hayır hiç içmedim ()
3.Bıraktım ()

11.Alkol kullanıyor musunuz?

- 1.Evet ()
2.Hayır hiç içmedim ()
3.Bıraktım ()

HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİ

12. Meme hastalığı dışında herhangi bir kronik ya da sistemik hastalığınız var mı?

- 1-Var (ise açıklayınız.....)
2-Yok ()

13.Meme kanseri tanısını alalı kaç yıl oldu?

14. Meme hastalığı tanısı aldıktan sonra hangi tedaviler uygulandı?

Bugüne kadar uygulanan tedavi türleri (Birden fazla işaretlenebilir):

- Cerrahi tedavi 1.Evet () 2. Hayır ()
-Radyoterapi 1.Evet () 2. Hayır ()
-Kemoterapi 1.Evet () 2. Hayır ()
-Hormon terapisi 1.Evet () 2. Hayır ()
-Diğer (belirtiniz):...

15. Meme ameliyatı olalı kaç ay/yıl oldu?

16.Hastalığın hangi evresinde tanı aldınız?

- 1-Evre 0-1 () 2-Evre 2 () 3-Evre3() 4-Evre 4()

17. Şu an hangi evrede?

- 1-Evre 0-1 () 2-Evre 2 () 3-Evre3() 4-Evre 4()

18. Cerrahi tedavide uygulanan ameliyatın tipi nedir?

- 1- Total mastektomi (sadece tüm meme dokum çıkarıldı, koltuk altı lenf düğümleri ve göğüs altı kasları alınmadı.) ()
2- Modifiye radikal mastektomi (tüm meme dokum ve koltuk altı lenf düğümlerim çıkarıldı. Göğüs altı kasları yerinde) ()
3- Radikal mastektomi (Tüm meme dokum, koltuk altı lenf düğümlerim ve göğüs altı kaslarım çıkarıldı. ()
4- Diğer (lütfen açıklayınız.....)

19. Meme onarım ameliyatı (yeniden şekillendirme silikon gibi) oldunuz mu?

1-Evet ()

2-Hayır ()

20. Yakınlarınızda (anne, teyze, kız kardeş gibi) meme kanseri olan var mı?

1-Evet ()

2-Hayır ()

21. Hastalığınızı nasıl algıyorsunuz?

1. Tedavi edilemeyen bir hastalık ()

2. Uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık ()

3. Kolay tedavi edilebilen bir hastalık ()

22. Hastalığınız süresince günlük ihtiyaçlarınızı karşılamak için yardıma ihtiyaç duydunuz mu?

1-Evet ()

2- Hayır ()

23. Hastalığınız süresince günlük ihtiyaçlarınızı karşılamak için kimden destek aldınız?

1-Eş ve çocuk ()

2-Diğer aile üyeleri ()

3-Arkadaş ()

4-Hemşire ()

5-Diğer ()

24. Hastalığınız süresince bakım gereksinimine ihtiyaç duyduysanız en çok hangi konuda/konularda ihtiyaç duydunuz?

1-Kişisel temizlik ve giyim ()

2-Boşaltım ()

3-Yeme içme ()

4-Hareket/yürüme ()

5-İletişim ()

6-Diğer ()

Ek 2. Meme Kanseri Stigma Ölçeği (MKSÖ)

Maddeler	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Katılmıyorum	Tamamen Katılmıyorum
Beden İmajında Bozulma				
1.Göğüslerimdeki değişikliği önemsiyorum				
2.Ameliyattan sonra kendimi kusurlu hissediyorum				
3.Ameliyattan kalan yaraları görmek veya dokunmak istemiyorum				
4.Ameliyattan sonra görünüşüm hakkında öncesine göre daha kaygılı ve daha az güvenli hissediyorum				
5.Tedavinin beni fiziksel olarak daha az çekici ve daha az kadınsı yaptığını hissediyorum				
6.Sağlıklı bir insan olduğumu düşünmüyorum				
Sosyal izolasyon				
7.Partnerimle yakınlaştığımda göğüslerimi saklıyorum				
8.Sarılma gibi yakın fiziksel temastan korkuyorum				
Ayrımcılık				
9.İnsanlar genellikle hastalığım nedeniyle bana sempati duyuyor				
10.Tanıdan sonra insanların sık sık bana gözlerini dikip baktığını hissediyorum				
11.Hastalığımdan sonra insanların sık sık gizlice tanıdan sonra benim hakkımda konuştuğunu duyuyorum				
12.Kemoterapi nedeniyle saç kaybına bağlı şapka taktığım için alay ediliyor				
İçselleştirilmiş Stigma				
13.Meme kanseri teşhisi konulduğunu yakınımdan başkasının bilmesini istemiyorum				
14.Biri göğsüme baktığı zaman kendimi tuhaf hissediyorum				
15.Hastalığımdan sonra nasıl göründüğümü kimsenin görmesini istemiyorum				

Breast Cancer Stigma Scale (EK-2 ingilizce versiyonu)

ITEMS	Totally agree	Agree	Disagree	Totallydisagree
Self-image impairment				
1.I care about the changes of my breasts				
2.I feel I am imperfect after surgery.				
3.I do not want to see or touch the scars left by surgery.				
4.After the surgery, I feel more anxious and less confident about my appearance than before.				
5.I feel the treatment has made me less physically attractive and less feminine.				
6.I do not think I am a healthy person.				
Social isolation				
7.I cover my breasts when I am intimate with my partner				
8.I am afraid of intimate physical contact, such as hugging.				
Discrimination				
9.People usually sympathize with me because of my illness				
10.I often feel people staring at me after my diagnosis.				
11. After my illness, I often hear people secretly talking about me after my diagnosis				
12.I was ridiculed for wearing a hat due to the loss of hair caused by chemotherapy.				
Internalized stigma				
13.I do not want anyone other than those closest to me to know I have been diagnosed with breast cancer.				
14.I feel unnatural when someone looks at my chest				
15.I do not want anyone to see how I look after my illness.				

Ek 3. Hasta Sağlık Anketi (PHQ-9)

Son 2 hafta içerisinde, aşağıdaki sorunlardan herhangi biri sizi ne sıklıkla rahatsız etti? (Cevabınızı “✓” işaretiyle gösteriniz)	Hiç	Birkaç gün	Günlerin yarısından fazla	Neredeyse hergün
1. Bir şeyleri yapmaya az ilgi veya zevk duymak	0	1	2	3
2. Üzgün, depresif veya umutsuz hissetmek	0	1	2	3
3. Uykuya dalmada veya uyumaya devam etmekte zorluk veya çok fazla uyumak	0	1	2	3
4. Yorgun hissetmek veya enerjinizin az olması	0	1	2	3
5. İştahsızlık veya çok fazla yemek	0	1	2	3
6. Kendinizi kötü hissetmeniz veya kendinizi başarısız ya da kendinizi veya ailenizi hayal kırıklığına uğrattığınızı düşünmeniz	0	1	2	3
7. Gazete okumak veya televizyon seyretmek gibi faaliyetlerde dikkatinizi toplamakta güçlük çekmeniz	0	1	2	3
8. Başkalarının fark edebileceği kadar yavaş hareket etmeniz veya konuşmanız? Veya tam aksine—normalden çok daha fazla hareket edecek kadar kıpır kıpır veya huzursuz olmanız	0	1	2	3
9. Ölmüş olsanız daha iyi olacağınız veya bir şekilde kendinize zarar verme düşünceleri	0	1	2	3

Ek 4. Meme Kanserine Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (EORTC QLQ- BR23)

GEÇTİĞİMİZ HAFTA BOYUNCA:	HİÇ	BİRAZ	OLDUKÇA	ÇOK
1-Ağzınızda kuruma oldu mu?				
2-Yediklerinizde ve içtiklerinizde her zamankinden farklı bir tat var mıydı?				
3-Gözlerinizde batma, yanma veya sulanma oldu mu?				
4.Saçınız döküldü mü?				
5-Bu soruyu yalnızca saçınız döküldü ise yanıtlayınız: Saçınızın dökülmesinden dolayı üzüldünüz mü?				
6-Kendinizi hasta veya rahatsız hissettiniz mi?				
7-Bu hastalıktan dolayı sıcak (ateş) basmaları oldu mu?				
8-Başınızda ağrı oldu mu?				
9-Hastalığınız veya tedaviniz nedeniyle kendinizi daha az çekici (cezbedici) hissettiniz mi?				
10-Hastalığınız veya tedaviniz sonucunda kendinizi daha az kadınsı hissediyor musunuz?				
11-Kendinizi çıplak olarak görmekte zorlandığınız oldu mu?				
12-Vücudunuzdan memnuniyetsizlik duyduğunuz oldu mu?				
13-Gelecekteki sağlığınız için endişe duyduunuz mu?				
GEÇTİĞİMİZ DÖRT HAFTA BOYUNCA:				
14-Cinsellikle ne derece ilgiliydiniz?				
15-Cinsel birleşme olsun ya da olmasın cinsel olarak ne kadar aktiftiniz?				
16-Bu soruyu geçen dört hafta boyunca cinsel faaliyetleriniz olduysa yanıtlayınız: Cinsel hayatınız ya da ilişkinizden ne derece zevk aldınız?				
GEÇTİĞİMİZ HAFTA BOYUNCA:				
17-Kolunuzda veya omzunuzda ağrı oldu mu?				
18-Kolunuzda veya elinizde şişme oldu mu?				

19-Kolunuzu kaldırmakta veya hareket ettirmekte zorlandınız mı?				
20-Hasta olan memenizin bulunduğu bölgede ağrı hissettiniz mi?				
21-Hasta memenizin bulunduğu bölgede şişme oldu mu?				
22-Hasta memenizin bulunduğu bölgede ağrı hassasiyet oldu mu?				
23-Hastalanan meme bölgenizde cilt sorunlarınız oldu mu? (örneğin: kaşıntı, kuruma, döküntü, kızarıklık, yanma)				



Ek 5. Ölçek Kullanım İzinleri

Ynt: Breast Cancer Stigma Scale

Gönderildi: 12 Aralık 2023 Salı 00:36

Kime:

Bilgi:

Konu: Breast Cancer Stigma Scale

Dear NurteN şişman,

Thanks for your interest in the Breast Cancer Stigma Scale. Attached is the Breast Cancer Stigma Scale in Chinese and English. Please do not modify any wording without my prior permission.

All the best to your study.

BU Xiaofan



Disclaimer:

This message (including any attachments) contains confidential information intended for a specific individual and purpose. If you are not the intended recipient, you should delete this message and notify the sender and The Hong Kong Polytechnic University (the University) immediately. Any disclosure, copying, or distribution of this message, or the taking of any action based on it, is strictly prohibited and may be unlawful.

The University specifically denies any responsibility for the accuracy or quality of information obtained through University E-mail Facilities. Any views and opinions expressed are only those of the author(s) and do not necessarily represent those of the University and the University accepts no liability whatsoever

EME KANSERİNE ÖZGÜ YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİNİ (EORTC QLQ- BR23)

A

senem alanyali

Kime: Siz

19.02.2024 Pzt 09:51

Selamlar
Ölçeği kullanabilirsiniz
başarılar

Kimden: "NURTEN ŞİŞMAN"

Kime: "senem alanyali"

Gönderilenler: 17 Şubat Cumartesi 2024 16:29:12

Konu: MEME KANSERİNE ÖZGÜ YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİNİ (EORTC QLQ- BR23)

DİKKAT: Bu e-posta kurum dışından gönderilmiştir. Zararlı dosya veya bağlantılar (link) içeriyor olabilir. Kaynağından emin olmadığınız dosyaları açmayınız, bağlantılara (link) tıklamayınız.

Şüpheli durumlarda lütfen Bilgi İşlem Daire Başkanlığı nyg.yardim@mail.ege.edu.tr adresine bilgi veriniz.

Ege Üniversitesi Bilgi İşlem Daire Başkanlığı, e-posta yoluyla kullanıcı ve şifre bilgisi istememektedir.

Lütfen hiçbir koşulda parolanızı linklere tıklayıp yazmayınız!

MERHABA SENEM HANIM,

BEN BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİNDE İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİNDE YÜKSEK LİSANS YAPMAKTAYIM. YÜKSEK LİSANS TEZİ OLARAK MEME KANSERİ HASTALARINDA STİGMA ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇE GEÇERLİK GÜVENİRLİK ÇALIŞMASINI YAPMAKTAYIM. İZİNİNİZ OLURSA MEME KANSERİNE ÖZGÜ YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİNİ (EORTC QLQ- BR23)ÇALIŞMAMDA KULLANMAK İSTİYORUM. SAYGILARIMLA....

Ek 6. Etik Kurul Onayı



**T.C.
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurul Başkanlığı**

TOPLANTI TARİHİ : 06/03/2024
TOPLANTI NO : 2024/05

KARARLAR :

- 9- Ahmet Erdoğan Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü öğretim üyesi Doç. Dr. Zeynep ERDOĞAN'ın sorumluluğunda yürütülecek olan "Meme Kanseri Stigma Ölçeği'nin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması" konulu çalışmanın Etik Kurul İlkelerine uygun olduğuna,

Oy birliği ile karar verilmiştir.

A S L I G İ B İ D İ R

Prof. Dr. Günnur ÖZBAKİŞ DENGİZ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

Ek 7. Kurum İzni



T.C.
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü



Sayı : E-36771699-302.08.01-454107
Konu : Kurum İzin Talebi (Nurten ŞİŞMAN)

HEMŞİRELİK ENSTİTÜ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : 09.05.2024 tarihli ve E-42351026- 100-447818 sayılı yazınız.

İlgili yazınıza istinaden gönderilen Üniversitemiz Hastanesi Başhekimliğinin 24.05.2024 tarih, 453477 sayılı ve " Kurum İzin Talebi (Nurten ŞİŞMAN)" konulu yazısı ekte sunulmuştur. Bilgilerini ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Zehra SAFİ ÖZ
Enstitü Müdürü

Ek:İlgili Yazı (1 Sayfa)



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



Sayı : E-16734702-622.99-453477
Konu : Kurum İzin Talebi (Nurten ŞİŞMAN)

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 13.05.2024 tarihli ve E-36771699- 302.08.01-447899 sayılı yazınız.

Enstitünüz Hemşirelik Enstitü Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Nurten ŞİŞMAN'ın Doç. Dr. Zeynep ERDOĞAN sorumluluğunda yürütülecek olan "Meme Kanseri Stigma Ölçeği'nin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması" konulu tez çalışmasını Hastanemizde yapılabilmesi talebine ilişkin ilgi yazınız Onkoloji Bilim Dalı Başkanlığına iletilmiş olup alınan cevabi yazıda söz konusu tez çalışmasının Onkoloji Bölümünde yapılmasının uygun bulunduğu, ifade edilmiştir.

Bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Burak BAHADIR
Başhekim

9. ÖZGEÇMİŞ

Nurten ŞİŞMAN, Lise öğrenimini Zonguldak ilinde tamamlamıştır. Lisans eğitimini 2001-2005 yılları arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nde almıştır. 2010 yılından beri Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde hemşire olarak görev yapmaktadır. 2023 yılında Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'nda yüksek lisans eğitimine başlamıştır.

