



T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**JİNEKOLOJİK KANSER TANISI ALAN KADINLAR VE
BAKIM VEREN AİLE ÜYELERİNİN DENEYİMLERİ**

Okan VARDAR

**Kasım-2017
DENİZLİ**

T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**JİNEKOLOJİK KANSER TANISI ALAN KADINLAR VE
BAKIM VEREN AİLE ÜYELERİNİN DENEYİMLERİ**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

Okan VARDAR

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Pınar SERÇEKUŞ AK

Denizli, 2017

YÜKSEK LİSANS TEZİ ONAY FORMU

Okan VARDAR tarafından Doç. Dr. Pınar SERÇEKUŞ AK yönetiminde hazırlanan “Jinekolojik Kanser Tanısı Alan Kadınlar ve Bakım Veren Aile Üyelerinin Deneyimleri” başlıklı tez tarafımızdan okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: Prof. Dr. Sevgi ÖZKAN
Pamukkale Üniversitesi



Danışman: Doç. Dr. Pınar SERÇEKUŞ AK
Pamukkale Üniversitesi



Üye: Yrd. Doç. Dr. Sibel ŞEKER
Adnan Menderes Üniversitesi



Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun
~~01.12.2017~~ tarih ve ~~21/01~~ sayılı kararıyla onaylanmıştır.


Prof. Dr. Hakan AKÇA
Müdür

Bu tezin tasarımı, hazırlanması, yürütülmesi, araştırmalarının yapılması ve bulgularının analizlerinde bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle riayet edildiğini; bu çalışmanın doğrudan birincil ürünü olmayan bulguların, verilerin ve materyallerin bilimsel etiğe uygun olarak kaynak gösterildiğini ve alıntı yapılan çalışmalara atfedildiğini beyan ederim.

Öğrenci Adı Soyadı: Okan VARDAR

İmza:



ÖZET

JİNEKOLOJİK KANSER TANISI ALAN KADINLAR VE BAKIM VEREN AİLE ÜYELERİNİN DENEYİMLERİ

OKAN VARDAR

Yüksek Lisans Tezi, Hemşirelik AD

Tez Yöneticisi: Doç. Dr. Pınar SERÇEKUŞ AK

Kasım 2017, 131 Sayfa

Kanser, tanı alan bireyi olduğu kadar bakım veren aile üyelerini de birçok açıdan etkileyen ve baş etmeyi zorlaştıran bir hastalıktır. Bu araştırmanın amacı, jinekolojik kanser tanısı alan, kemoterapi tedavisine devam eden kadınların ve bakım veren aile üyelerinin hastalık sürecinde yaşadıkları deneyimlerin saptanmasıdır. Araştırma kalitatif bir çalışma olup örneklemini Denizli Pamukkale Üniversitesi Hastanesi Fahri Gökşin Onkoloji Merkezi Tıbbi Onkoloji Kemoterapi ünitesine gelen, jinekolojik kanser tanısı almış 11 hasta ve jinekolojik kanser tanısı almış yakınına bakım veren 12 hasta yakını oluşturmuştur. Örneklem sayısı, görüşmelerde eski bilgiler tekrarlanıp yeni bilgiler ortaya çıkmayınca kadar devam edilerek belirlenmiştir. Veriler, kişisel bilgi formu ve yarı yapılandırılmış rehber görüşme formu kullanılarak görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Görüşmeler katılımcıların izni dahilinde ses kayıt cihazı ile kaydedilmiştir. Elde edilen veriler içerik analizi yöntemiyle değerlendirilmiştir. Çalışmanın hastalardan elde edilen verileri, dört ana tema altında toplanmıştır: kansere ve kanserin nüks etmesine ilk tepkiler, kanserin yaşattığı zorluklar, kanserle baş etme ve sağlık kurumundan beklentilerdir. Çalışmanın bakım veren aile üyelerinden elde edilen verileri, beş ana tema altında toplanmıştır: kansere ve kanserin nüks etmesine ilk tepkiler, bakım verme sürecinde yaşanan zorluklar, baş etme, kazanımlar ve sağlık kurumundan beklentilerdir. Hastalar ve hasta yakınlarının kanser tanısını ilk öğrendiklerinde şok, üzüntü, yıkılma gibi duygular yaşadıkları saptanmıştır. Hem hastalar hem de bakım verenlerin bu süreçte fizyolojik, psikolojik, sosyal, cinsel, ekonomik ve sağlık kurumundan kaynaklı zorluklarla karşılaştıkları, çeşitli baş etme yöntemleri kullandıkları ve psikiyatrik destek görmek isteme, kemoterapi tedavisi alan hastalar için ayrı kan alma birimi gibi kurumdan ve sağlık personelinin daha duyarlı davranması gibi sağlık personelinin çeşitli beklentileri olduğu saptanmıştır. Sonuç olarak hasta ve bakım veren aile üyelerinin pek çok zorluk yaşadığı ve zaman zaman baş etmede yetersiz kaldıkları saptanmıştır. Sağlık personelinin hasta ve hasta yakınlarının beklentilerini dikkate alarak ihtiyaç duydukları desteği sağlaması büyük önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Jinekolojik kanser, bakım verici, aile, kanserle baş etme

ABSTRACT**EXPERIENCES OF WOMEN WITH GYNECOLOGICAL
CANCER AND FAMILY CAREGIVERS**

OKAN VARDAR

M. Sc. Thesis, Nursing

Thesis Supervisor: Associate Professor Pınar SERCEKUS AK

November 2017, 131 Pages

Cancer is a disease that affects the caregiving family members as much as the individual who is diagnosed in many ways and makes it difficult to cope. The purpose of this study is to identify the experiences of women who are receiving gynecological cancer diagnosis and caregiving family members in the disease process. The study was a qualitative study and it included 11 patients with gynecologic cancer diagnosis and 12 patients with gynecological cancer diagnosis who came to the Medical Oncology Chemotherapy Unit of Denizli Pamukkale University Hospital Fahri Goksin Oncology Center. The number of samples was determined by repeating the old information until the new information was not revealed. Data were collected by interview using personal information form and semi-structured guide interview form. Negotiations were recorded with the voice recorder within the permission of the participants. The obtained data were evaluated by content analysis method. The data from the patients are collected under four main themes: initial reactions to cancer and recurrence of cancer, difficulties experienced by the cancer, cope with cancer and expectations from the health facility. The data from the caregivers family members are collected under five main themes: initial reactions to cancer and recurrence of cancer, difficulties in the care delivery process, cope with cancer, gains and expectations from the health facility. It was determined that the patients and their relatives experienced feelings such as shock, sadness and destruction when they first learned cancer diagnosis. Both patients and caregivers are faced with difficulties related to physiological, psychological, social, sexual, economic and health facilities in this process, they are using various coping methods and such as want to see psychiatric support, a separate blood collection unit for receiving chemotherapy treatment patients and such as being more sensitive of healthcare personnel it has been determined that there are various expectations from health personnel. As a result, patient and caregiving family members had many difficulties and were found to be inadequate to cope from time to time. It is of great importance that the health personnel provide the support they need by taking into account the expectations of patients and their relatives.

Key words: Gynecologic cancer, caregiver, family, coping with cancer

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimime başladığım günden beri hiçbir konuda desteğini eksik etmeyen, bilgi ve tecrübeleriyle yolumu aydınlatan, beni nitel araştırma yöntemiyle tanıştıran, eğitimci kişiliğinin yanı sıra güler yüzlü ve sabırlı yaklaşımlarıyla hep örnek aldığım değerli danışman hocam Sayın Doç. Dr. Pınar SERÇEKUŞ AK'a,

Yüksek lisans eğitimim boyunca hep yanımda olan, ilgi ve yardımını esirgemeyen, bana manevi destek ve cesaret veren, pozitif enerjisi hiç bitmeyen değerli hocam Sayın Prof. Dr. Sevgi ÖZKAN'a,

Çalışmanın şekillenmesinde büyük katkıları olan çok değerli hocam Sayın Prof. Dr. Erkan ALATAŞ'a,

Birkaç satıra sığdıramayacak kadar çok değer verdiğim, hayatım boyunca sevgi ve desteğini hep kalbimde hissettiğim, beni yetiştiren, bugünlere getiren, vatanını milletini seven ve dürüst bir insan olmam için her türlü fedakarlığı ve çabayı gösteren canım annem, babam ve kardeşime,

Onlarca şey paylaştığım, örnek aldığım ve desteğini her daim hissettiğim abim Mehmet Halil ÖZTÜRK'e

Mesleki hayatımda bana her türlü desteği sağlayarak eğitim hayatıma büyük katkı veren, benim için bir sorumlu hemşireden çok daha fazlası olan Nazilli Devlet Hastanesi pediatri servisi sorumlu hemşiresi Hayriye DEMİR'e ve pediatri servisinde çalışan birbirinden kıymetli diğer hemşirelere,

Pamukkale Üniversitesi Fahri Gökşin Onkoloji Merkezi Tıbbi Onkoloji Kemoterapi ünitesinde çalışan çok değerli onkoloji hemşirelerine,

Ve adını sayamadığım, çalışmam süresince bana maddi-manevi destek veren herkese sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	i
ABSTRACT	ii
TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER	iv
TABLolar DİZİNİ	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
1. GİRİŞ	1
1.1 Araştırmanın Amacı.....	6
2. KURAMSAL BİLGİLER VE LİTERATÜR TARAMASI	7
2.1. Dünya Genelinde Kanser Prevelansı.....	7
2.2. Türkiye’de Kanser Prevelansı.....	7
2.3. Jinekolojik Kanserler.....	8
2.3.1. Endometrium Kanseri.....	8
2.3.1.1. İnsidans ve Etiyoloji.....	8
2.3.1.2. Risk Faktörleri.....	9
2.3.1.3. Klinik Belirtiler ve Tanı.....	9
2.3.1.4. Evreleme.....	10
2.3.1.5. Tedavi.....	11
2.3.1.6. Hemşirelik Bakımı.....	11
2.3.1.7. Önleme, Korunma ve Eğitim.....	12
2.3.2. Serviks Kanseri.....	13
2.3.2.1. İnsidans ve Etiyoloji.....	13
2.3.2.2. Risk Faktörleri.....	14
2.3.2.3. Klinik Belirtiler ve Tanı.....	14
2.3.2.4. Evreleme.....	15
2.3.2.5. Tedavi.....	16

2.3.2.6. Hemşirelik Bakımı.....	17
2.3.2.7. Önleme, Korunma ve Eğitim.....	17
2.3.3. Over Kanseri	18
2.3.3.1. İnsidans ve Etiyoloji.....	18
2.3.3.2. Risk Faktörleri.....	19
2.3.3.3. Klinik Belirtiler ve Tanı	19
2.3.3.4. Evreleme	20
2.3.3.5. Tedavi	21
2.3.3.6. Hemşirelik Bakımı.....	21
2.3.3.7. Önleme, Korunma ve Eğitim.....	22
2.3.4. Vulva Kanseri	22
2.3.4.1. İnsidans ve Etiyoloji.....	22
2.3.4.2. Risk Faktörleri.....	23
2.3.4.3. Klinik Belirtiler ve Tanı	24
2.3.4.4. Evreleme	25
2.3.4.5. Tedavi	25
2.3.4.6. Hemşirelik Bakımı.....	26
2.3.4.7. Önleme, Korunma ve Eğitim.....	27
2.3.5. Vajen Kanseri	28
2.3.5.1. İnsidans ve Etiyoloji.....	28
2.3.5.2. Risk Faktörleri.....	28
2.3.5.3. Klinik Belirtiler ve Tanı	29
2.3.5.4. Evreleme	29
2.3.5.5. Tedavi	30
2.3.5.6. Hemşirelik Bakımı.....	30
2.3.6. Tuba Uterina Kanseri.....	31
2.3.6.1. Evreleme	32
2.3.6.2. Hemşirelik Bakımı.....	32
2.4. Jinekolojik Kanserin Hastalara Yaşattığı Zorluklar	33

2.4.1. Fizyolojik Zorluklar.....	33
2.4.2. Psikolojik, Duygusal ve Sosyal Zorluklar.....	34
2.4.3. Cinsel Hayatta Yaşanan Zorluklar	35
2.4.4. Jinekolojik Kanselerde Sosyal Destek ve Baş Etme	37
2.5. Bakım Verme Sürecinde Aile Üyelerinin Yaşadığı Zorluklar	40
2.5.1. Fizyolojik Zorluklar.....	40
2.5.2. Psikolojik, Duygusal, Sosyal Zorluklar ve Bakım Verme Yükü	41
2.5.3. Ekonomik Zorluklar.....	45
2.5.4. Sosyal Destek ve Baş Etme	46
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER	50
3.1. Araştırmanın Tipi	50
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer	50
3.3. Araştırmanın Örneklemi.....	50
3.4. Veri Toplama Araçları.....	51
3.5. Verilerin Toplanması.....	51
3.6. Araştırmanın Etik Yönü.....	52
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	52
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	53
4. BULGULAR.....	54
4.1. Hastaların Demografik Özellikleri.....	54
4.2. Jinekolojik Kansere Tanısı Alan Kadınların Deneyimlerine İlişkin Bulgular	55
4.2.1. Kanser ve Kanserin Nüks Etmesine İlk Tepkiler.....	56
4.2.2. Kanserin Yaşattığı Zorluklar.....	58
4.2.3. Kansere Baş Etme.....	65
4.2.4. Sağlık Kurumundan Beklentiler.....	69
4.3. Bakım Veren Aile Üyelerinin Demografik Özellikleri.....	70
4.4. Jinekolojik Kansere Tanısı Alan Yakınına Bakım Veren Aile Üyelerinin Deneyimlerine İlişkin Bulgular	71
4.4.1. Kanser ve Kanserin Nüks Etmesine İlk Tepkiler.....	72

4.4.2. Bakım Verme Sürecinde Yaşanan Zorluklar	72
4.4.3. Baş Etme.....	80
4.4.4. Sağlık Kurumundan Beklentiler.....	86
4.4.5. Kazanımlar	87
5. TARTIŞMA	88
5.1. Jinekolojik Kanser Tanısı Alan Kadınların Deneyimleri	88
5.2. Jinekolojik Kanser Tanısı Alan Yakınına Bakım Veren Aile Üyelerinin Deneyimleri	97
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	108
6.1. Jinekolojik Kanser Tanısı Alan Kadınların Hastalık Deneyimlerine İlişkin Sonuçlar.....	108
6.2. Jinekolojik Kanser Tanısı Alan Yakınına Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Verme Deneyimlerine İlişkin Sonuçlar	110
6.3. Öneriler.....	112
7. KAYNAKLAR	114
8. ÖZGEÇMİŞ	131
9. EKLER.....	132
EK-1. Kişisel Bilgi Formu 1	132
EK-2. Kişisel Bilgi Formu 2.....	133
EK-3. Kanser Tanısı Alan Kadınlar İçin Rehber Görüşme Formu	134
EK-4. Bakım Veren Aile Üyeleri İçin Rehber Görüşme Formu	135
EK-5. Etik Kurul İzni	136
EK-6. Kurum İzni.....	137
EK-7. Gönüllü Olur Formu	139

TABLolar DİZİNİ

	Sayfa
Tablo 1 Endometrium kanseri FIGO evrelemesi.....	10
Tablo 2 Serviks kanseri FIGO evrelemesi	15
Tablo 3 Over kanseri FIGO evrelemesi	20
Tablo 4 Over kanseri evresine göre 5 yıllık sağ kalım oranları.....	20
Tablo 5 Vulva kanseri FIGO evrelemesi	25
Tablo 6 Vajen kanseri FIGO evrelemesi.....	29
Tablo 7 Tuba uterina kanseri FIGO evrelemesi	32
Tablo 8 Hastaların demografik özellikleri.....	54
Tablo 9 Bakım veren aile üyelerinin demografik özellikleri.....	70

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ACS	American Cancer Society
FIGO	International Federation of Gynecology and Obstetrics
TAH	Total abdominal histerektomi
BSO	Bilateral salpingoooferektomi
CIN	Servikal intraepitelyal neoplazi
CIS	Karsinoma in-situ
SIL	Skvamöz intraepitelyal lezyon
VIN	Vulvar intraepitelyal neoplazi
VAIN	Vajinal intraepitelyal neoplazi
HPV	Human papilloma virüs
HSV	Herpes simplex virüs
WHO	Dünya Sağlık Örgütü
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
IVP	İntravenöz pyelografi
DES	Diethylstilbestrol
PAP	Papanicolau testi
LEEP	Halka şeklinde elektrocerrahi ile çıkarma işlemi
5-FU	5-fluorourasil
OKS	Oral kontraseptif
KKVM	Kendi kendine vulva muayenesi

1. GİRİŞ

Kanser; tüm dünyada ve ülkemizde en önemli sağlık sorunlarından birini oluşturmaktadır (ACS 2017a, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2017a). Dünya geneline bakıldığında; kadınlarda en sık görülen kanser türü meme kanseri (%25.1) olmakla birlikte, jinekolojik kanserlerden serviks kanseri (%4.8) dördüncü, over kanseri (%3.6) ise yedince sırayı alarak kadın sağlığını tehdit eden önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (Globocan 2012). Ülkemizde de Halk Sağlığı Kurumunun son verileri incelendiğinde Türkiye’de kadınlar arasında en sık görülen kanser meme kanseri (yüzbinde 24.9) iken, jinekolojik kanserlerden uterus korpusu (endometrium) kanseri (yüzbinde 5.4) dördüncü sırada, over kanseri (yüzbinde 3.4) yedinci, serviks kanseri ise (yüzbinde 2.4) dokuzuncu sırada yer almaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2017b).

Kanser, toplumda en çok korku ve anksiyete yaratan, zorlu bir tedavi sürecini beraberinde getiren, bu zorluklara bağlı aşırı stres ve belirsizlik duyguları yaşatan, hem hastanın hem de ailesinin üzerinde olumsuz psikolojik etkileri olan bir hastalıktır (Sevil vd 2006, Çivi vd 2011). Yapılan bir araştırmada, katılımcıların büyük çoğunluğu kanser deneyimlerini “kanser” yerine “kötü sonuç” olarak ifade etmiş ve kanser kelimesini kullanmaktan kaçınmıştır (Akyüz vd 2008). Bu durum, kanser kelimesinin bile bireyleri tedirgin ettiğini göstermektedir (Çivi vd 2011).

Kanser hastalarının tedavi sürecinde yaşadıkları fiziksel ve psikosozyal zorlukları ortaya koyan çalışmalar vardır (Velji ve Fitch 2001, Dansuk vd 2002, Howell vd 2003, Wenzel vd 2003, Yeşilbakan vd 2005, Aslan vd 2006, Pınar vd 2008, Henry vd 2008, Sadırlı 2009, Karabulutlu vd 2010, Tsai vd 2010, Hintistan vd 2012, Pınar vd 2012a, Nazik vd 2012, Seven vd 2013). Hintistan vd (2012) kemoterapi tedavisi gören 82 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada, hastaların tamamına yakınının yorgunluk, önemli bir kısmının ağız içinde yara, bulantı-kusma, kilo kaybı, alopesi ve az bir kısmının da yüksek ateş, ağrı, konstipasyon deneyimlediklerini ortaya koymuşlardır. Akyüz vd (2008) jinekolojik kanserli kadınlarda yaptığı kalitatif çalışmada, kadınların tedavi süreci boyunca pek çok fiziksel ve psikosozyal zorluklar yaşadıklarını bildirmişlerdir. En yaygın fiziksel yan etkilerin ağrı, bulantı, kusma, yorgunluk, saç kaybı

olduğunu ve bu yan etkilerin kadınların aile içindeki rol ve sorumluluklarını, sosyal yaşamlarını, psikolojik görünümelerini etkilediğini belirtmektedirler. Seven vd (2013) yaptığı çalışmada, hastaların en fazla uykusuzluk, yorgunluk, ağrı ve nefes darlığı; daha az oranda da ellerde uyuşma, ağızda yara (stomatit), ciltte ve tırnaklarda değişiklik gibi semptomları yaşadıklarını bulmuşlardır. Benzer olarak Pınar vd (2012a) 338 jinekolojik kanserli hastada yaptıkları çalışmada, hastaların kemoterapiye bağlı olarak mukozit, güçsüzlük, saç kaybı ve bulantı gibi çeşitli sorunlar yaşadıklarını bulmuşlardır. Nazik vd (2012), kemoterapi alan tüm jinekolojik kanserli hastaların birden fazla fiziksel semptom ve orta seviyede anksiyete yaşadıklarını saptamıştır. Bektaş vd (2006) 120 kanser hastası üzerinde yaptıkları çalışmada; gastrointestinal semptomların yanı sıra hastaların genel iyilik hali, fiziksel, psikososyal ve sosyal fonksiyonlarda sınırlılıklar yaşadıklarını bulmuşlardır.

Kanser; kişinin yaşama dair beklentilerini değiştiren, hayatı olumsuz etkileyen, ciddi tedavi sonuçları olan kronik bir hastalık olması nedeniyle birçok psikolojik problemin de ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Aydın vd 2012). Yapılan çalışmalar kanser tanısı almış bireylerin çeşitli düzeylerde depresyon, psikiyatrik bozukluklar ve ümitsizlik yaşadıklarını ortaya koymaktadır (Massie 2004, Güren vd 2005, Wilson vd 2007, Dogar vd 2009, Kutlu vd 2011). Dansuk vd (2002), jinekolojik kanserli hastalarda depresyon, umutsuzluk ve yalnızlık düzeylerinin arttığını göstermiştir. Tokgöz vd (2008) çalışmalarında, hastaların %22 oranında depresyon yaşadığını bulmuşlardır. 74 kanser hastasının çalışma, 74 sağlam bireyin kontrol grubunu oluşturduğu bir araştırmada, hastaların %21.6'sında depresyon ve %33.8'inde anksiyete, kontrol grubundaki bireylerin %8.2'sinde depresyon ve %16.2'sinde anksiyete olduğu ortaya konmuştur (Aydoğan vd 2012). Over kanserli kadınlar üzerinde yapılan bir kalitatif çalışmada; kanser tanısı almanın bilinmeyenle yaşamak, kontrol kaybı, damgalanmak, ölümlerle yüzleşmek gibi etkilerinin olduğu görülmüştür. Aynı çalışmada cerrahi, radyoterapi, kemoterapi gibi zorlu tedavilerden kaynaklı komplikasyonların sonuçlarını kabullenmenin ağır olduğu, kadınların kontrolü kaybetme duygusunun bir parçası olarak giderek başkalarına bağımlı olma konusunda endişe yaşadıkları bulunmuştur (Howell vd 2003).

Jinekolojik kanserin cinsellik üzerindeki etkilerinin ele alındığı araştırma ve derleme çalışmaları da mevcuttur (Reis 2003, Reis vd 2006, Stead vd 2007, Tangjitgamol vd 2007, Ratner vd 2010, Reis vd 2010, Oskay vd 2011, Cleary vd 2013, Serçekuş ve Türkcü 2015, Terzioğlu ve Alan 2015). Jinekolojik kanser deneyimi, tanıdan önce cinsel açıdan aktif olan kadınların pek çoğunun cinsel fonksiyonlarında değişikliğe yol açar. Jinekolojik kanserler ve beraberinde uygulanan tedaviler kadında cinselliğe olan ilgide azalma, orgazm sorunları, vajinal kuruluk, ağrılı cinsel ilişki, erken

menopoz semptomlarının ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Ayrıca bu etkiler kadının benlik saygısında düşüşe ve eşyle olan iletişimde bozulmaya yol açabilmektedir (Stead vd 2007). Serçekuş ve Türkcü'nün (2015) derleme çalışmasında, jinekolojik kanser ve uygulanan tedavilerin çeşitli cinsel sorunlara neden olduğu ifade edilmektedir. Aynı çalışmada, kadınların sorunlarını çözmede sağlık personeli tarafından yeterince desteklenmediklerine vurgu yapılmıştır. Benzer olarak Reis vd (2010) yaptıkları kalitatif çalışmada; jinekolojik kanserlerde cinsiyet rolü, cinsel fonksiyon, üreme yeteneği ve beden imajının etkilendiğini ve bunların kadının cinsel sağlık ve işlevleri ile ilgili bazı problemlere neden olduğunu ortaya koymuştur. Tüm bu çalışmalar, jinekolojik kanserli hastalara cinsel işlev/sağlıkları ile ilgili eğitim ve destek sağlanmasının önemli olduğunu göstermektedir. Cleary vd (2013) jinekolojik kanserli kadınlarda yaptıkları kalitatif çalışmada, tüm hastalar aldıkları kanser tedavisinin cinsellikleri üzerindeki etkilerine dair sağlık çalışanlarından herhangi bir bilgi almadıklarını belirtmişlerdir. Bilgilenme ihtiyacı karşılanmayan hastalar, bu ihmalden dolayı öfke ve hayal kırıklığı yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Buna benzer pek çok çalışmada da jinekolojik kanserli hastaların sağlık personelleri tarafından bilgi eksikliği, utanma, zaman eksikliği gibi nedenlerden kaynaklı olarak cinsel bilgi gereksinimlerinin yeterli düzeyde karşılanmadığı vurgulanmaktadır (Kotronoulas vd 2009, White vd 2011, Serçekuş ve Türkcü 2015).

Türk toplumunda hamilelik ve çocuk doğurma kadının önemli bir görevi olarak görülmektedir (Akyüz vd 2008). Yapılan bir çalışmada, jinekolojik kanserli kadınların bazılarının hamile kalma ve çocuk sahibi olma yeteneklerini kaybettikleri için anksiyete yaşadıkları bulunmuştur. Seksüel ilişkilere dair bu anksiyete çoğunlukla genç hastalar tarafından hissedilirken yaşlı hastalarda cinsel yaşam ya da kadınlığın kaybı gibi fertiliteye dair korkular görülmemiştir. Jinekolojik kanserin, yaşlı kadınlarda kadınlık kavramını büyük ölçüde etkilemediği ve onlar için "yaşama" ve "sağlıklı olma"nın başta geldiği fark edilmiştir (Akyüz vd 2008).

Kanser hastalığının cerrahi, kemoterapi, radyoterapi gibi uzun bir tedavi süreci içermesine bağlı olarak bireyleri ekonomik anlamda olumsuz etkilediğini bildiren çalışmalar vardır (Yun vd 2005, Şahin vd 2009, Van Houtven vd 2010). Longo vd (2006) kanser tedavisinin getirdiği finansal yükleri inceledikleri çalışmada, hastaların %20' den fazlasının başa çıkamayacakları kadar maddi yük altında olduklarını bulmuşlardır. Şahin vd (2009) yaptıkları çalışmada, bakım verenlerin en çok zorlandıkları konunun ulaşım ve maddi alanda olduğunu vurgulamışlardır. Yun vd (2005) kanserli hastalara bakım veren aile üyeleri üzerinde yaptıkları çalışmada, kanserin aileleri finansal anlamda pek çok açıdan etkilediği görülmüştür: Aile üyeleri işlerinden ayrılmış ya da işlerinde büyük değişiklikler yapmış, birikimlerinin çoğunu

harcamış, ailenin gelir kaynağı önemli derecede azalmış, bakım veren aile üyeleri hastalığın maliyetinden dolayı kendi sağlık sorunlarıyla ilgili tedaviyi geciktirmiş, ailenin eğitim planlarında hastalık masrafları nedeniyle değişikliğe gidilmiş, aile üyeleri yaşadıkları evden daha ucuz bir eve taşınmak zorunda kalmıştır. Van Houtven vd (2010) kanserin bakım verenler üzerindeki ekonomik yüklerini inceledikleri çalışmada, hasta yakınlarının gelirlerini en fazla ilaç ve tıbbi malzeme temini, hastane-ev arası ulaşım ve doktor randevuları için harcadıklarını belirtmişlerdir.

Kanser, hastaları olduğu kadar ailelerini de fiziksel ve duygusal olarak etkilemektedir (Kızılcı 1999, Terakye 2011, Öksüz vd 2013). Ailede kanser hastası bir bireyin bulunması; aile içi iletişimi, günlük rutinleri ve bireylerin üstlendikleri rolleri değiştirmektedir. Bu sıra dışı durum, uyum sorunlarına neden olmaktadır (Terakye 2011). Kızılcı (1999) hem hastalar hem de bakım veren aile üyeleri üzerinde yaptığı çalışmada, hastaların tedaviden kaynaklı yaşadıkları uyku ve iştah problemlerini bakım verenlerin de yaşadığını belirtmiştir. Al-Jauissy (2009) yaptığı çalışmada, bakım vericilerin en çok zorlandıkları konulardan birinin bakım verme sorumluluğu ile kendi gereksinimleri arasında denge kurmaya çalışmak zorunda kalmaları olduğunu ortaya koymuştur. Pınar vd (2012a) jinekolojik kanserli kadınlar ve bakım vericileri üzerinde yaptığı çalışmada, kanserli birey ve bakım vericilerinin yaşadıkları zorluklar karşısında umutsuzluk ve zorlanma açısından risk altında olduklarını, hastaların yaşadıkları güçsüzlük, saç kaybı gibi semptomlar ile bakım vericilerin zorlanma ve umutsuzluk düzeyleri arasında ilişki olduğunu belirlemiştir. Çivi vd (2011) 110 hasta yakını üzerinde yaptıkları çalışmada; duygulanımda artma, iş gücünde ve günlük performansta azalma, orta ve şiddetli depresyon yaşama gibi sonuçlar elde etmişlerdir. Karabuğa-Yakar ve Pınar'ın (2013) kanserli hastalara bakım veren aile üyeleri üzerinde yaptıkları çalışmada, bakım verenlerin fiziksel ve psikolojik sağlıklarının bozulduğunu, çalışma hayatında aksaklıklar meydana geldiğini ve aileye zaman ayıramama gibi aile ilişkilerinde güçlükler yaşadıklarını belirtmişlerdir. Lee ve Bell'in (2011) çalışmasında, aile üyeleri kanserli yakınlarının ağrı çektiklerine tanık olduklarında, onlarla eşit acı hissettiklerini ifade etmişlerdir. Aynı çalışmada, hasta ve bakım veren aile üyeleri arasında duyguları gizleme ihtiyaçları üzerine vurgu yapılmıştır. Hastaların "yük olmak" ile ilgili yaşadıkları anksiyetenin, ailesinin yaşadığı duygusal sıkıntıları arttırdığı, bu durum karşısında hem hastalar hem de ailedeki bakım verenlerin pozitif bir görünüm sergilemeye çalıştığı görülmüştür (Lee ve Bell 2011). Akyüz vd (2008) çalışmasında, kanserin kadınlar üzerindeki bilinen etkilerinin yanı sıra, eşlerin de yorgunluk, uykusuzluk, stres, anksiyete, korku gibi semptomlar yaşadıklarını bulmuşlardır. Hemşirelerin yalnızca jinekolojik kanserli kadınların değil bakım veren aile üyelerinin de ihtiyaçlarını göz önünde bulundurması gerekmektedir.

Kanser hastasına bakım veren aile üyelerinin olağan günlük yaşam düzenini kaybetmeleri, iş ve sosyal yaşamlarında gelişen değişiklikler, bakım verdikleri yakını için endişe, çaresizlik, umutsuzluk gibi duygular yaşamaları hasta yakınlarında depresif duygulanıma neden olabilmektedir (Terakye 2011). Literatürde yer alan pek çok çalışmada kanser hastalarına bakım veren bireylerin depresif belirtiler, anksiyete, stres, korku, suçluluk, zayıflık, güvensizlik, acizlik, üzüntü, isyan etme, hoşlanılan sosyal aktivitelerinden uzaklaşma, uyku bozuklukları, konsantre olma/karar vermede güçlük ve hastayla ilgili çelişkili duygular yaşadıkları belirtilmektedir (Carter ve Chang 2000, Bilge ve Ünal 2005, Fleming vd 2006, Görgülü ve Akdemir 2010, Silveira vd 2010, Friðriksdóttir vd 2011, Mancini 2011, Polat 2011, Dökmen 2012, Vrettos vd 2012, Gorji vd 2012, Yang vd 2012, Karabulutlu vd 2013, Öksüz vd 2013). Serçekuş vd (2014) kanserli hasta yakınlarına bakım veren aile üyelerinin yaşantılarına ilişkin yaptıkları çalışmada; bakım verme sürecinde aile üyelerinin pek çok güçlükle karşılaştıklarını ve farklı baş etme davranışları kullandıklarını bulmuşlardır. Yapılan bir çalışmada, over kanserli kadınların yetişkin çocuklarının aile içerisindeki sorumluluklar arasında denge kurmaya ve hasta annelerine bakım ve destek sağlamaya çalıştıkları bulunmuştur (Howell vd 2003).

Sosyal destek kanserle başa çıkmada bir hayli önem taşır ve bununla ilgili çalışmalar bulunmaktadır (Ayaz vd 2008, Yıldırım ve Kocabıyık 2009, Carpenter vd 2010, Pınar vd 2012b). Yapılan bir çalışmada anksiyete, depresyon yaşanması ve yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesinin yetersiz sosyal destek ile ilişkili olduğu, jinekolojik kanserli hastalar için özellikle aile üyelerinin sağladığı sosyal desteğin yararlı olduğu bulunmuştur (Pınar vd 2012b). Benzer olarak başka bir çalışmada, kanserli hastalara psikolojik sorunlarının çözümünde en fazla ailelerinin, ardından arkadaşlarının ve profesyonel sağlık elemanlarının yardımcı olduğu sonucu bulunmuştur (Dedeli vd 2008). Carpenter vd (2010), jinekolojik kanserli hastalarda sosyal desteğin travmatik stres üzerine azaltıcı ve depresif semptomlar üzerine yararlı olduğunu bulmuştur. Aynı çalışmada sosyal desteği az olan hastaların daha ağır fiziksel semptomlar yaşadıkları saptanmıştır.

Sonuç olarak tüm bu çalışmalar bize kanserli hasta ve yakınlarının fiziksel ve emosyonel zorluklar yaşadıklarını, günlük hayatlarının ve aile ilişkilerinin etkilendiğini göstermektedir. Buna karşılık kanserli hasta ve bakım verenler üzerinde yapılan çalışmalar hem hastalar hem de bakım verenlerin sağlık personeli tarafından yeterince desteklenmediklerini ve desteklenme ihtiyaçlarının olduğunu göstermiştir (Schmid-Büchi vd 2008, Serçekuş vd 2014). Jinekolojik kanser tanısı aldıktan sonra kadın ve ailesinin yaşamındaki değişikliklerin anlaşılması, bu süreçte yaşanan güçlükler ve baş etme yollarının belirlenmesi, verilecek olan hemşirelik bakımını planlamada kritik bir

öneme sahiptir. Literatürde yukarıda özetlendiği gibi hasta ve bakım verenlerin deneyimlerinin incelendiği çalışmalar bulunmaktadır. Ancak bu çalışmalar sadece ya kanser hastalarının deneyimleri ya da bakım verenlerin deneyimlerinin tek başına incelendiği çalışmalardır. Hem hastaların hem de bakım verenlerin kanser tanı ve tedavi sürecinde birlikte ele alındığı kalitatif çalışmalar ise oldukça kısıtlıdır (Akyüz vd 2008).

1.1 Araştırmanın Amacı

Araştırma, jinekolojik kanser tanısı alan, kemoterapi tedavisine devam eden kadınların ve bakım veren aile üyelerinin hastalık sürecinde yaşadıkları deneyimleri ortaya koymak amacıyla yapılmıştır.

2. KURAMSAL BİLGİLER VE LİTERATÜR TARAMASI

2.1. Dünya Geneline Kanser Prevelansı

Kanser, dünya çapında morbidite ve mortalitenin önde gelen nedenlerinden biridir (WHO 2017). Kronik bir sağlık problemi olmasının yanında hem maddi hem de manevi açıdan uzun soluklu mücadele gerektiren bir hastalıktır. Yaş, ırk, cinsiyet, din, dil ayrımı gözetmeksizin tüm insanlığın ortak sorunu olan kansere dünya çapında her yıl yaklaşık 14 milyon kişi yakalanmakta ve 8,2 milyon kişi kanserden hayatını kaybetmektedir (T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2017a). Dünya genelinde gerçekleşen 6 ölümden yaklaşık 1'i kanser kaynaklıdır (WHO 2017). Yapılan tahminlere göre 2030 yılında 22 milyon kişiye kanser tanısı konacağı düşünülmektedir. Beklenen yeni kanser olgularının önemli bir kısmının az gelişmiş ülkelerde ortaya çıkacağı öngörülmektedir (T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2017a).

2012 Globocan kanser verilerine göre dünya geneline bakıldığında; kadınlarda en sık görülen kanser türü meme kanseri (%25.1) olmakla birlikte, jinekolojik kanserlerden serviks kanseri (%4.8) dördüncü, over kanseri (%3.6) ise yedince sırayı almaktadır (Globocan 2012).

2017'de ABD'de, 1.688.780 yeni kanser vakası ve 600.920 kanser ölümü olacağı; yeni vakaların 61.380'i endometrium, 22.440'ı over, 12.820'si serviks, 6.020'si vulva ve 4.810'u vajina kanseri vakası olacağı tahmin edilmektedir (ACS 2017a).

2.2. Türkiye'de Kanser Prevelansı

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığının son güncel verilerine göre ülkemizde yılda yaklaşık 163.500 kişiye yeni kanser tanısı konmaktadır. Bir yılda yaklaşık 96.200 erkek ve 67.200 kadının kanser tanısı aldığı tahmin edilmektedir. Bu oran dikkate alındığında ülkemizde bir günde ortalama 450 kişinin kanser tanısı aldığını söylemek mümkündür. 2010-2014 yılları arasındaki veriler değerlendirildiğinde; kanser görülme sıklığında herhangi bir artma ya da azalmanın söz konusu olmadığı

görülmektedir. Amerika ve Avrupa Birliği ülkeleri ile karşılaştırıldığında ise Türkiye’de kanser görülme sıklığının daha düşük olduğu ortaya çıkmaktadır (T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2017a).

Kanser, ölüme sebep olması açısından kalp hastalıklarından sonra ikinci sırada yer almaktadır. TÜİK verilerine göre kanser, ülkemizde meydana gelen ölümlerin yaklaşık %20’sinden sorumludur. Türkiye’de 2015 yılında 49.946 erkek, 27.022 kadın kanserden hayatını kaybetmiştir (TÜİK 2017).

Dünyada olduğu gibi Türkiye’de de kadınlar arasında en sık görülen kanser meme kanseridir (yüzbinde 24.9). Jinekolojik kanserlerden uterus korpusu (endometrium) kanseri (yüzbinde 5.4) dördüncü sırada, over kanseri (yüzbinde 3.4) yedinci, serviks kanseri ise (yüzbinde 2.4) dokuzuncu sırada yer almaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2017b).

2.3. Jinekolojik Kanserler

Kadın genital sistemi kanserleri; endometrium, serviks, over, vulva, vajina ve tuba uterinanın malign tümörlerini kapsar (Yücel 2015, Bal ve Şahin 2015, Taşkın 2016).

2.3.1. Endometrium Kanseri

2.3.1.1. İnsidans ve Etiyoloji

Endometrium kanserleri kadın genital sisteminin en sık görülen ve en yüksek 5 yıllık sağ kalım oranına sahip kanserleridir (Mandel 2008, Schorge vd 2010, Yücel 2015). Amerikan Kanser Derneğine (ACS) göre 2017 yılında ABD’de yaklaşık 61.380 yeni endometrium kanseri vakası teşhis edileceği ve endometrium kanserinden 10.920 kadının hayatını kaybedeceği tahmin edilmektedir (ACS 2017b).

En sık görüldüğü yaşlar premenopozal ve postmenopozal dönemleri kapsayan 50-65 yaş arası dönemdir (Ayhan ve Başaran 2008a). Endometrium kanserlerinin çoğunluğu adenokarsinomdur (Karadeniz ve Selçukbiricik 2006, Yücel 2015). Adenokarsinom östrojene bağımlı, yavaş büyüyüp, geç metastaz yaptığından erken tanıda prognozu oldukça iyidir (Yücel 2015, Taşkın 2016). Endometrial kanserlerin önemli bir kısmı endometrial hiperplazilerden gelişmektedir. Bu kanserler uterus kavitesinde genellikle fundus ve korpus kısmından kaynaklanırlar ve direkt olarak

serviks ile myometriuma yayılırlar. Metastaz lenfatik sistemle pelvik organlara olurken kan damarları ile karaciğer, akciğer ve beyne de metastaz olabilir (Bekar 2015).

2.3.1.2. Risk Faktörleri

- ✓ Fazla östrojene maruz kalma veya yetersiz progesteron salgılanması ile ilgili durumlar endometrium kanseri riskini artırır. Örneğin, menopoz döneminde uzun süre tek başına östrojen verilmesi endometriumda malign değişmelere neden olmaktadır. Yine premenopozal dönem veya polikistik overe bağlı kronik anovülasyonda da östrojenin endometrium üzerindeki etkisini karşılayacak progesteronun olmaması endometrium kanseri riskini artırır.
- ✓ İleri yaş: Kanser in çoğunlukla görüldüğü dönem menopoz sonrası dönemdir (55-75 yaşlar arası).
- ✓ Hiç gebe kalmamış kadınlar (nulliparite): Bu kadınlar anovulatuvar siklus nedeniyle bir doğum yapmış kadınlara göre üç kat yüksek risk taşırlar.
- ✓ Obezite (yağ hücrelerinden endojen östrojen artışına neden olur)
- ✓ Diyabet, safra kesesi hastalıkları ve hipertansiyon gibi eşlik eden hastalıklar
- ✓ Böbreküstü bezi hastalıkları, troid hastalıkları
- ✓ İnfertilite
- ✓ Geç menopoz, erken menarş (uzun süreli östrojen stimülasyonu)
- ✓ Ailevi meme, over, kolon veya endometrium kanseri öyküsü
- ✓ Tamoksifen kullanımı (meme kanseri tedavisi ve profilaksisinde kullanılan tamoksifen meme dokusundaki östrojen etkisini azaltırken endometriumda proliferasyona neden olur. Tamoksifen kullanımı endometrial hiperplazi, polip ve uterus sarkomu ile ilişkilendirilir).
- ✓ Hayvansal yağ kullanımı (Günalp ve Tuncer 2004, Ayhan ve Başaran 2008a, Schorge vd 2010, Bal ve Şahin 2015, Yücel 2015, Taşkın 2016)

2.3.1.3. Klinik Belirtiler ve Tanı

- ✓ En önemli belirti anormal uterin kanamadır: Tümörde nekroz ve yüzeyin yıkılması nedeniyle kanama oluşur. Postmenopozal kanama kanserin en sık görülen belirtisidir. Menopoza girmemiş kadınlar ise menstrual sikluslarındaki değişiklikler (meno- metroraji) nedeni ile doktora başvururlar.
- ✓ Koitus esnasında ağrı
- ✓ Bazen sulu, kötü kokulu, kan-mukus karışımı vajinal akıntı
- ✓ Uterusta büyüme, alt kadranda ve sırtta ağrı, hastalığın ikinci evresinde görülür

(Günel ve Tuncer 2004, Decherney vd 2010, Molinas 2012, Bal ve Şahin 2015, Yücel 2015, Taşkın 2016)

Uterusta irileşme meydana gelebilir ve lezyon kitleye dönüşebilir. Pap smear ile kesin tanı konma şansı yoktur (Hacker 2015a, Taşkın 2016).

Fraksiyone kürtaj en etkin tanı yöntemidir. Genellikle lokal anestezi ile yapılan bu işlemde endometrium ve endoserviksten ayrı ayrı örnekler alınır ve endometrium kanserinin servikse yayılıp yayılmadığı da saptanmış olur (Schorge vd 2010, Yücel 2015, Taşkın 2016). Böylece tümör tanısının yanı sıra tümör grade ve stage değerlendirmesi yapılabilmektedir (Bekar 2015). Histeroskopi ve vajinal ultrasonografi ile de tanı konabilir (Taşkın 2016).

Tanıda ayrıca laboratuvar testleri (CA 125) (Decherney vd 2010, Yücel 2015), karaciğer/böbrek fonksiyon testleri, tam kan sayımı, akciğer grafileri, intravenöz piyelografi (IVP), tomografi, kemik taraması, ve şüpheli dokulardan biyopsi alma işlemi yapılabilir (Aydın vd 2016).

2.3.1.4. Evreleme

Tablo 1'de FIGO'ya (International Federation of Gynecology and Obstetrics) göre endometrium kanseri cerrahi evrelendirmesi verilmiştir (ACS 2016a).

Tablo 1 Endometrium kanseri FIGO evrelemesi

EVRE	TANIM
Evre I	Tümör korpus ile sınırlı
IA	Tümör uterus ile sınırlı, < 1/2 myometriuma invazyon
IB	Tümör uterus ile sınırlı, > 1/2 myometriuma invazyon
Evre II	Tümör uterus ile sınırlı, servikal stromal invazyon var
Evre III	Tümör uterus dışında, pelvik yayılım var
IIIA	Tümör seroza veya adnekslere yayılmış
IIIB	Vajinal ve/veya parametrial tutulum var
IIIC1	Pelvik lenf nodu tutulumu
IIIC2	Para-artrik lenf nodu tutulumu
Evre IV	Ekstrapelvik yayılım var
IVA	Mesane mukozası ve/veya bağırsak mukozası tutulumu
IVB	Uzak metastaz (en sık akciğer, karın metastazı ve/veya lenf düğümleri de dahil)

2.3.1.5. Tedavi

Endometrium kanseri tedavisinde kemoterapi, cerrahi, radyoterapi ve hormonal tedavi uygulanır. Ancak pek çok endometrium kanserinde temel tedavi yöntemi cerrahidir. Tedavi seçimi ve tedavi kombinasyonları kanserin evresine göre değişiklik gösterir (Bal ve Şahin 2015, Taşkın 2016).

Evre (stage) I endometrial adenokarsinomlarda TAH + BSO (total abdominal histerektomi ve bilateral salpingooferektomi) rutin bir tedavidir. Evre II endometrial adenokarsinomlarda ise genellikle radikal histerektomi (abdominal histerektomi ve bununla birlikte pelvik lenf bezlerin diseksiyonu) uygulanmaktadır. Bu evrede ayrıca vajenin üçte birlik üst kısmının ve parametriumun çıkarılması da tedaviye ilave edilebilir (Günalp ve Tuncer 2004, Bekar 2015, Taşkın 2016).

Cerrahi tedaviden önce ve sonra radyoterapi de uygulanabilir. Tüm pelvik dokuların tedavi edilmesi gereken durumlarda ve uterus dışı metastaz varlığında eksternal radyoterapi uygulanır. Radyoterapinin en sık komplikasyonları deride renk değişimleri, kaşıntı, bulantı, kusma, diyare, sistit, disparoni, vajinal daralma ve genital fistül oluşumudur (Ayhan ve Başaran 2008a, Bal ve Şahin 2015, Taşkın 2016,).

İleri evre olgularda ve nüks durumlarında kemoterapi tedavisi etkin bir yoldur. Doxorubicin (adriamycin), cisplatin, cyclophosphamide (cytoxan), 5-fluorouracil (5-FU), vincristine (oncovine) kemoterapide kullanılan ilaçlardır. Bu kemoterapik ajanlar bulantı, kusma, saç dökülmesi, ağrı, yorgunluk, halsizlik, deri ve tırnak değişiklikleri, anemi, kemik iliği depresyonu gibi pek çok yan etki gösterebilir (Mandel 2008, Hacker 2015a, Taşkın 2016).

Hormonal tedavide progestasyonel ilaçlar etkili bir yöntem olarak kullanılabilir. Medroxyprogesterone (Depo-Provera) ve megestrol (Megace), hormon reseptörü pozitif olan endometrium kanseri vakalarında kullanılabilir. Bu ilaçların toksik etkileri fazla değildir. Tamoxifen (Tamofen) de hormonal tedavide tercih edilebilir. Standart progesteron tedavisine yanıt vermeyen ya da nüks eden endometrial kanserlerde kullanılabilir. Bu tedavinin yan etkileri sıcak basması, flebit, sıvı retansiyonu, bulantı ve kusmadır (Hacker 2015a, Taşkın 2016).

2.3.1.6. Hemşirelik Bakımı

Hastanın tanısına göre bireysel bakım planları hazırlanır. Bakım planı hazırlanırken tanı ve tedaviye ilişkin kişisel değerlendirmeler dikkate alınmalıdır. (Kearney ve Richardson 2005).

Preoperatif bakım

Histerektomi öncesinde hemşirelik bakımı; hastaya uygulanacak cerrahi işlemin nasıl yapılacağı, hangi organın alınacağı, bu işlemin kadında ne gibi değişikliklere sebep olacağı, iyileşme süreci, post-op dönemde yaşanabilecek muhtemel sorunlar hakkında bilgi vermeyi içerir. Derin solunum-öksürük, dönme egzersizleri öğretilir. Postoperatif dönemde bu egzersizleri yapmanın öneminden bahsedilir. (Kearney ve Richardson 2006, Taşkın 2016).

Postoperatif bakım

Ameliyattan sonra post-op bakım sağlanır. Bu dönemde;

- Vital bulgular takip edilir.
- Sıvı elektrolit dengesi izlemi yapılır.
- Aldığı çıkardığı takibi yapılır.
- Yeterli IV sıvı desteği sağlanır.
- Bağırsak sesleri takip edilir. Bağırsak sesleri alınmaya başlayınca oral besleme başlanır.
- Hastaya belirli aralıklarla pozisyon değişiklikleri yaptırılır.
- Pre-op dönemde öğretilen derin solunum-öksürük egzersizleri uygulanır.
- Drenaj tüpleri 2-4 saatte bir değiştirilir. Sıvının miktarı ve karakteri not edilir
- Perine bakımına yardımcı olunur.
- Emosyonel destek verilir. Özellikle fertil çağıdaki kadınlara verilecek psikolojik destek çok önemlidir (Kearney ve Richardson 2006, Taşkın 2016).

2.3.1.7. Önleme, Korunma ve Eğitim

- ✓ Sağlıklı bir kiloda kalmak, dengeli beslenmek, var olan diyabet ve hipertansiyonu kontrol altına almak gereklidir.
- ✓ Menopoz sonrası görülen kanamalarda endometrial biyopsi yapılmalıdır.
- ✓ Risk grubuna giren kadınlar (postmenopozal östrojen tedavisi yapılanlar, geç menopoza girenler, meme ve over kanseri hikayesi olanlar vb.) periyodik kontrolden geçirilmeli ve endometrium kanserinin belirtileri ve riskleri konusunda bilgilendirilmelidirler.
- ✓ Premalign bir lezyon olan endometrial hiperplazi tedavi edilmelidir.
- ✓ Oral kontraseptifler endometrium kanserinden koruyucu etkiye sahiptir.

- ✓ Genetik olarak risk grubuna giren kadınlara histerektomi yapılabilir (Yücel 2015).

2.3.2. Serviks Kanseri

2.3.2.1. İnsidans ve Etiyoloji

Kadın genital sisteminin sık görülen tümörlerindedir (Yücel 2015). Amerikan Kanser Derneğine (ACS) göre 2017 yılında ABD'de yaklaşık 12.820 yeni invaziv serviks kanseri vakası teşhis edileceği ve serviks kanserinden 4.210 kadının öleceği tahmin edilmektedir (ACS 2017c).

En çok görülen histolojik tipleri skuamöz hücreli karsinom ve adenokarsinomdur. Kanser 35-39 ve 60-64 yaşlarında pik yapar ancak genellikle genç kadınlarda daha yaygındır. Günümüzde yaygın tarama yöntemleri sayesinde serviks kanseri önlenabilir kanserler grubunda sayılmaktadır (Yücel 2015, ACS 2017d). Yine de rakamlar serviks kanseri görülme sıklığında artış yaşandığını işaret etmektedir (ACS 2017c).

Serviks kanserleri serviks epitelinde neoplastik değişiklik göstermekle başlar. Serviks epitelindeki bu değişiklikler preinvazif lezyonlar grubunu oluşturur. Bu grupta displazi ve servikal intraepitelyal neoplazi (CIN) yer alır. Hafif servikal displazi ve CIN I serviks epitelinin üçte birlik alt seviyesindeki anormal sellüler proliferasyonu gösterir. Bu displazi kendini sınırlayabilir genellikle spontan düzelme gösteren özelliğe sahiptir. Şiddetli displazi ve CIN III serviks epitelinin üçte ikilik alt kısmındaki epitelyal değişiklikleri ifade eder. İki grubun arasında CIN II yer alır. İkisinin arasında bir özelliğe sahiptir. Bu grup neoplaziler karsinoma in situ'ya (CIS) ilerleme eğilimi gösterirler. Karsinoma in situ'da (CIS) ise serviks epitelinin tüm katları anormal sellüler proliferasyon ile karakterizedir. Servikal intraepitelyal neoplaziler (CIN), skuamöz intraepitelyal lezyonlar (SIL) olarak da tanımlanmaktadırlar. Preinvazif lezyonlar servikste sınırlıdır. Birçok olguda preinvazif lezyonlar tedavi edilebilmektedir (Bekar 2015).

Serviks kanserlerinin %90'ını skuamöz hücreli karsinomlar, %10'unu ise adenokarsinomlar oluşturur (Topuz vd 2000). En sık yayılma yolu direkt yayılımdır. Skuamöz hücreli oluşumlar vücutta mukozasına, pelvik duvara, bağırsaklara ve mesaneye direkt yayılım gösterebilir. Metastaz genellikle pelvise olur fakat lenf ve kan yolu ile akciğere, karaciğere, kemiklere ve beyne metastaz yapabilir (Randall vd 2009, Taşkın 2016).

2.3.2.2. Risk Faktörleri

- ✓ HPV (tip 16 ve 18) enfeksiyonu geçirenler: HPV serviks kanserinde en önemli risk faktörüdür. Ancak HPV tek başına yeterli değildir. İmmuniteyi bozan yardımcı faktörlere de gereksinim vardır.
- ✓ Herpes simpleks tip II virüsü ve Sitomegalovirüs
- ✓ Sigara kullanımı
- ✓ İmmün sistem baskılayan ilaç kullananlar (böbrek nakli yapılanlar vb)
- ✓ Enfeksiyon etkenleri ile karşılaşma ihtimali yüksek olduğundan hijyen ve sosyoekonomik düzeyin düşük olduğu kişiler
- ✓ Üç veya üzerinde doğum yapmış kadınlar
- ✓ İlk doğumunu 20 yaşından önce yapma
- ✓ Birden çok cinsel partneri olanlar
- ✓ Seksüel eşinin birden fazla seksüel eşi bulunması
- ✓ Erken yaşta (18 yaştan önce) koitusa başlayanlar
- ✓ Uzun süre kombine oral kontraseptif kullananlar
- ✓ Tedavi edilmemiş trikomoniyazis gibi vajinal enfeksiyonu olanlar
- ✓ Gebeliği süresince diethylstilbestrol (DES) maruz kalanlar
- ✓ Servikal displazi öyküsü olanlar
- ✓ Düzenli pap-smear taraması yaptırmayanlar (Kösebay ve Demirkıran 2008, Yücel 2015, Bal ve Şahin 2015, Taşkın 2016)

2.3.2.3. Klinik Belirtiler ve Tanı

Serviks kanseri erken evrede belirti vermez. İleri evrede görülen semptomlar şunlardır:

- ✓ Muayene veya koitus sırasında görülen ağrısız dokunma kanamaları
- ✓ İntermenstruel veya postmenopozal vajinal kanama
- ✓ Oluşan lezyonun kısa sürede vajen yoluyla enfekte olmasına bağlı kötü kokulu, sulu vajinal akıntı (et suyu renginde)
- ✓ Kanserin pelvis kavitesine yayılmasına bağlı ağrı. Bu ağrı uyluk ağrısı şeklindedir.
- ✓ Tümörün rektuma yayılmasına bağlı rektal kanama
- ✓ Kilo kaybı
- ✓ Hematom
- ✓ Bacak ağrıları
- ✓ Anemi (Dunleavey 2009, Yücel 2015, Taşkın 2016)

Tanımlama en çok kolposkopi ve biyopsi yöntemleri ile yapılmaktadır (Bal ve Şahin 2015). Ayrıca HPV, DNA testi veya konizasyon yapılır (Yücel 2015). Preinvazif kanserlerde en kullanışlı ve önemli tanı yöntemi Papanicolaou (PAP) Smear testidir. PAP testi ile erken dönemde servikal kanserlerin %90' ı saptanabilir (Taşkın 2016, ACS 2017d). Serviks kanseri ile mücadelede en önemli faktör erken tanıdır. Erken tanı ile %100 iyileşme sağlanır (Yücel 2015).

Smear Testi:

- ✓ 21-29 yaşlar arasında her iki yılda bir,
- ✓ 30 yaş ve üzerinde her üç yılda bir,
- ✓ 65 yaş ve üzerinde ise üç kez ardı ardına normal sonuçlar alınmış ve son 10 yıl içinde anormal bir sonuç yoksa test yapılmayabilir (Bal ve Şahin 2015).

2.3.2.4. Evreleme

Tablo 2'de FIGO'ya (International Federation of Gynecology and Obstetrics) göre serviks kanseri cerrahi evrelendirmesi verilmiştir (Yücel 2015).

Tablo 2 Serviks kanseri FIGO evrelemesi

EVRE	TANIM
Evre I	Lezyon serviks ile sınırlı
IA1	Genişliği 7 mm, derinliği max 3 mm olan tümörler
IA2	Genişliği 7 mm, derinliği 3-5 mm arasında olan tümörler
IB1	Lezyon < 4 cm
IB2	Lezyon > 4 cm
Evre II	Vajen ve uterusun 2/3 'lük kısmına yayılan lezyon
IIA	Parametriuma yayılım yok
IIB	Parametriuma yayılım var
Evre III	Tümör vajinanın 1/3 kısmına ve pelvis duvarına yayılmış, hidronefroz veya nonfonksiyonel böbreğe sebep olmuştur
IIIA	Vajenin 1/3 alt kısmına yayılım var
IIIB	Pelvik duvar yayılımı ya da hidronefroz
Evre IV	Mesane ya da rektum yayılımı veya uzak metastaz
IVA	Mesane ya da rektuma yayılım
IVB	Uzak metastazlar var

2.3.2.5. Tedavi

Hastanın bulunduğu evreye, yaşına ve genel tıbbi durumuna göre tedavi yapılır (Yücel 2015). Özellikle genç kadınlarda, çocuk sahibi olmayı planlayan hastalarda farklı tedavi girişimleri uygulanmalıdır (Bekar 2015, Taşkın 2016). Servikal intraepitelyal neoplazi (CIN) tedavisinde kriyoterapi, lazer veya LEEP (Loop Electrosurgical Excision Procedure) yapılabilir. Tanı amacıyla yapılan konizasyon tedavi amaçlı da uygulanabilir (Yücel 2015).

Erken evre servikal kanserlerde çocuk isteminde organ koruyucu cerrahi yapılabilmektedir. Çocuk istemi olmayan erken evre servikal kanserlerde ise radikal histerektomi uygundur. Tedavide kemoterapi ve radyoterapiden faydalanılır (Kösebay ve Demirkıran 2008, Yücel 2015).

Kriyoterapi: Prob ile endometriumdaki anormal hücrelerin dondurularak dökülmesi işlemidir. Kolay ve ağrısız bir yöntemdir. Yan etkisi azdır, 2-4 hafta süreyle akıntı meydana gelir. Normal endoservikal hücreler rejenere olarak servikal kanalı örter. Nadiren servikal darlık gelişebilir (Hacker 2015b).

Lazer cerrahisi: Lazer cerrahisi CIN olgularının önemli bir kısmında kullanılır. Tümörlü hücreler tamamen ortadan kaldırılır (Bal ve Şahin 2015). Kolposkop eşliğinde tümörlü doku lazer ile yok edilir. Lazer cerrahisi yapılırken skuamokolumnar bileşkenin korunmasına önem verilir. Kriyoterapiye göre biraz daha ağırlı bir işlemdir ancak akıntı kısa süreli olur. Serviks epiteli 2-4 gün içinde kendini yenilemeye başlar. İyileşme 4-6 haftayı bulur (Hacker 2015b).

Radikal histerektomi: Uterus, overler, tuba uterinalar, vajinanın üst üçte birlik kısmı, uterosakral ve uterovezikal ligamentler, parametrium, pelvik lenf nodları (bezleri) çıkarılır. Mesane, rektum ve üreterler korunur. Alınan materyallerden patolojik inceleme yapılır. Tümör bulgusuna rastlanırsa pelvise radyoterapi uygulanır. Bu girişimin amacı nüks ihtimalini azaltmak/ortadan kaldırmaktır (Kösebay ve Demirkıran 2008, Taşkın 2016).

Elektrocerrahi ile eksizyon: Bu işlem [LEEP (Loop Electrosurgical Excision Procedure)] CIN ve SIL gibi servikal displazilerde uygulanmaktadır. Koterizasyonun avantajı çevre dokulara zarar vermeden yapılan bir işlem olmasıdır. Yara iyileşmesi hızlıdır, hafif akıntı oluşabilir. Kanama, abdominal kramp, servikal darlık, enfeksiyon, infertilite ve servikal mukus kaybı gibi komplikasyonlar görülebilir (Hacker 2015b).

Kemoterapi: İleri evre serviks kanserlerinde kemoterapi yapılabilir. Neoadjuvan kemoterapi ile histerektomi ya da radyoterapiden önce tümör boyutunda küçülme sağlamak amaçlanır. Cisplatin ve 5-FU ileri dönemlerde ve uzun süreli olarak sık kullanılan kemoterapik ajanlardır. Kemoterapi, radyoterapi ile birlikte kombine edilerek kemoradyoterapi şeklinde de uygulanabilir (Abraham vd 2009, Taşkın 2016).

Radyoterapi: Radyasyon tedavisi iki şekilde uygulanır. Serviks içine internal, pelvik duvara eksternal radyoterapi uygulanır (Taşkın 2016). Radyasyon tedavisi uygulanan hastanın beslenmesine özen gösterilir. Bu hastaların diyeti vitamin ve proteinden zengin olmalıdır. İnternal radyoterapide radyum, eksternal radyoterapide kobalt kullanılır (Abraham vd 2009, Hacker 2015b). Eksternal ve internal radyoterapi değişik kombinasyonlar şeklinde ve tümörü küçültme amaçlı kullanılır (Schorge vd 2010).

Radyoterapi komplikasyonları olarak hafif deri lezyonları, bulantı, kusma, enterit, kan değerlerinde düşüş, vajinal stenoz, sistit, poliüri, dizüri, ülserasyon, hemoraji, abse, nekroz, fistül gelişebilir. Ayrıca yakın organların (mesane, ince bağırsak, rektum) epiteli dökülebilir (Nalça 2001, Clifford vd 2004, Taşkın 2016).

2.3.2.6. Hemşirelik Bakımı

Serviks kanseri tanısı konan kadınların tedavi öncesi dönemdeki değerlendirmesi fiziksel, psikolojik ve eğitim bileşenlerinden oluşur (Taşkın 2016). Hastanın respiratuar, gastrointestinal sistemi ve beslenmesi çok önemlidir. Elektrokardiyografi (EKG), idrar analizleri, kan sayımı incelemeleri yapılır. Akciğer grafisi çekilir ve anestezi açısından ameliyata yeterlilik yönünden değerlendirilir (Bekar 2015).

Tanıdan sonra, tedavi girişimleri ve ortaya çıkan ağrılar nedeniyle hastanın emosyonel davranışları değişiklik göstermektedir bu nedenle fizyolojik değerlendirmeler önemlidir. Eğitim verme; hastalığın tanısı, hastalığın özellikleri ve tedavi rejimi konusunda hastayı bilgilendirme amacını taşır ve bu, hasta desteği açısından çok önemlidir (Bekar 2015, Taşkın 2016).

2.3.2.7. Önleme, Korunma ve Eğitim

- ✓ Kişisel hijyen kurallarına dikkat edilmelidir.
- ✓ Düzenli ve dengeli beslenilmelidir (Özellikle A, C vitamini ve folik asit yönünden).

- ✓ Sigara ve alkol kullanılmamalıdır.
- ✓ Servisit varsa zamanında tedavi edilmelidir. Anormal kanamalar ve akıntılar kanserin erken belirtisi olabileceğinden muhakkak bir uzmana başvurulmalıdır.
- ✓ Kontrasepsiyonda bariyer yöntemler kullanılmalıdır.
- ✓ Adölesan danışmanlığında seksüel aktivitenin ertelenmesi desteklenmelidir.
- ✓ Tek eşli cinsel yaşam sağlanmalıdır.
- ✓ Seksüel yolla geçen hastalıkları ve risk faktörlerini azaltmak için bilgilendirme sağlanmalıdır.
- ✓ Kişisel risk faktörlerini tanımaları ve yıllık taramalar için danışanlar teşvik edilmelidir.
- ✓ HPV aşısı 9-26 yaş arası bireylere önerilir. 5 yıl koruyuculuk sağlayan aşı üç ayrı doz şeklinde, IM olarak uygulanır (Yücel 2015, Taşkın 2016).

2.3.3. Over Kanseri

2.3.3.1. İnsidans ve Etiyoloji

Over kanserleri jinekolojik kanserler arasında tanısı en zor konan ve en ölümcül kanser türüdür (Yücel 2015). Vakaların sadece %25'ine ilk evrede tanı konabilmektedir (Bal ve Şahin 2015). Erken dönemde belirti vermez. Belirti verdiklerinde ise ileri evrelere ve iri boyutlara ulaşmış hatta diğer organ ve bölgelere metastaz yapmıştır (Schorge vd 2010). Bu yüzden kadınlara özgü malignansilerde en çok korkulan jinekolojik kanser türüdür (Taşkın 2016).

Amerikan Kanser Demeğine (ACS) göre 2017 yılında ABD'de yaklaşık 22.440 yeni over kanseri vakası teşhis edileceği ve over kanserinden 14.080 kadının öleceği tahmin edilmektedir (ACS 2017f).

Overin malign tümörleri her yaşta görülebilir ancak 40-60 yaşlar arasında (ortalama 63 yaş) görülme sıklığı artar. Over kanserinin nedeni bilinmemektedir (Yücel 2015).

Over kanserlerinin %90'ı epitelyal hücrelerden köken alır (Bal ve Şahin 2015). Genellikle ileri yaşlarda (50-60 yaşlarda), bilateral yerleşimli , içinde seröz sıvı içeren kistik yapılar olarak gelişirler (Schorge 2010, Taşkın 2016).

Over kanserlerinin %10'u ise müsinöz hücrelerden kaynaklanır (Bal ve Şahin 2015). Bu tümörlerin çoğu tek taraflıdır. Genellikle kistik yapıdadırlar (Hacker 2015c).

2.3.3.2. Risk Faktörleri

- ✓ Birinci veya ikinci derece akrabasında over, kolon ya da meme kanseri olanlar
- ✓ İnfertil kadınlar
- ✓ Erken menarş olanlar
- ✓ Geç menopoza girenler
- ✓ Menopoz sonrası östrojen replasman tedavisi görenler
- ✓ Nulliparite
- ✓ İlk çocuğunu 35 yaşın üzerinde doğuran kadınlar
- ✓ Talk vb. madde kullanımı (perine bölgesinde)
- ✓ Yüksek beden kitle indeksi
- ✓ Yağdan zengin beslenme
- ✓ Sigara ve alkol kullanımı
- ✓ (Mandel 2008, Schorge vd 2010, Yücel 2015, Bal ve Şahin 2015, Taşkın 2016).

2.3.3.3. Klinik Belirtiler ve Tanı

Over kanseri erken dönemlerinde ağrı, kanama, akıntı dahil herhangi bir belirti göstermez. Olguların %70'inde belirtiler tümörün büyümesi ve yayılmasına bağlı olarak ortaya çıkar (Schorge vd 2010, Yücel 2015). Pelvis ve karında dolgunluk, pelvik ağrı, sırt ağrısı, idrar kaçırma gibi üriner sistem şikayetleri ve konstipasyon görülebilir. Batında asit birikimi nedeniyle abdominal şişkinlik, iştah kaybı, hazımsızlık; intraplevral aralıkta sıvı birikmesi nedeniyle dispne ve yorgunluk görülür (Schorge vd 2010, Yücel 2015, Taşkın 2016, ACS 2017d) Yaygın olmamakla birlikte kılınma ve anormal kanama gözlemlenebilir (Bal ve Şahin 2015).

Erken tanıda güvenilir bir tarama yöntemi yoktur (Köse vd 2006, Yücel 2015). Over kanserlerinin transvajinal ultrasonografi, doppler ultrasonografi, kanda CA-125, CA 19-9, CA 15-3 antijenleri testi, sık pelvik muayene ile başlangıç döneminde tanı konulması sağlanabilir (Boyle ve Levin 2008, Ayhan 2008, Yücel 2015, Taşkın 2016). Bu yöntemlerle değerlendirilen bir adneksiyal kitle malign özellikler taşıyorsa olgu laparotomiye alınır ve sıklıkla tanı intraoperatif frozen çalışmasıyla konulur (Yücel 2015).

2.3.3.4. Evreleme

Tablo 3'te FIGO'ya (International Federation of Gynecology and Obstetrics) göre over kanseri cerrahi evrelendirmesi verilmiştir (Prat 2014).

Tablo 3 Over kanseri FIGO evrelemesi

EVRE	TANIM
Evre I	Over ya da overlerde sınırlı tümör
IA	Tek overde sınırlı tümör; dış yüzeyde tümör ya da malign hücre içeren asit ve/veya yıkama sıvısı yok; kapsül bozulmamış
IB	Her iki overde sınırlı tümör; dış yüzeyde tümör ya da malign hücre içeren asit ve/veya yıkama sıvısı yok; kapsül bozulmamış
IC1	Cerrahi müdahale sırasında kist/tümör patlaması ile yayılım
IC2	Cerrahi müdahale öncesi kapsül rüptürü veya over yüzeyinde tümör
IC3	Asit veya peritoneal yıkamada malign hücreler
Evre II	Pelvik yayılım gösteren tek veya her iki overde sınırlı tümör
IIA	Uterus ve/veya tüplere yayılım gösteren tümör
IIB	Diğer pelvik organlara yayılım gösteren tümör
Evre III	Kanser bir ya da iki overde mevcut ve abdominal kaviteye yayılım var
IIIA	Kanser abdominal kaviteye mikroskopik olarak yayılmış
IIIB	Kanser abdominal kaviteye yayılmış ve tümör çapı 2 cm veya daha küçük
IIIC	En büyük boyutta ve/veya bölgesel lenf nodu metastazı pelvis > 2 cm ötesine makroskopik periton metastazı
Evre IV	Uzak organlara metastaz var
IVA	Kanser bir ya da iki overde ve pozitif sitolojili plevral sıvı var, ekstra-abdominal yayılım var
IVB	Parankimal karaciğer ve/veya dalak yayılımı var. Lenf nodlarına yayılım var

Tablo 4'te Over kanseri evresine göre 5 yıllık sağ kalım oranları verilmiştir (Yücel 2015).

Tablo 4 Over kanseri evresine göre 5 yıllık sağ kalım oranları

Evre	Tanımlama	Sağ kalım (%)
1	Overde sınırlı	%73
2	Pelviste sınırlı	%45
3	İntra pelvik veya lenf nodu metastazı	%21
4	Uzak metastaz	%<5

2.3.3.5. Tedavi

Over kanserinde primer tedavi cerrahidir (Güenalp ve Tuncer 2004, Yücel 2015). İlk aşamada cerrahi girişim ile tümör ve tümörlü organ çıkarılır (Hacker 2015c, Taşkın 2016). Cerrahi girişimle tam tedavi mümkün değildir. Operasyonun ardından tümör kalıntılarını yok etmek için kemoterapi uygulanır (Mandel 2008).

Evre I' de sadece cerrahi tedavi ile %90 hayatta kalma şansı vardır. Evre II-III arası olgularda radikal histerektomi ve tümörün küçültülmesi (sitoreduktif cerrahi) işlemi yapılır (Taşkın 2016). Evre III ve IV epitelyal hücreli tümörlerde kemoterapi gerekebilir (Bal ve Şahin 2015). Kemoterapik ilaçlar tek ya da kombine olarak kullanılmaktadır. Cisplatin over kanserinde en etkili kemoterapik ajandır. Ayrıca cyclophosphamide (cytoxan), doxorubicin (adriamycin), carboplatin, ifosamide, taxol, 5-fluorouracil (5-FU), hexamethylmelamine tek başına ya da cisplatin ile kombine edilerek kullanılabilir. (Topuz vd 2000, Güenalp ve Tuncer 2004, Hacker 2015c).

Evre I, II, III tam rezeksiyon sağlanmış tümörlü olgularda adjuvan amaçlı radyoterapi uygulanır (Ayhan 2008, Taşkın 2016).

2.3.3.6. Hemşirelik Bakımı

- ✓ Abdominal alanda biriken sıvı nedeniyle günlük ya da haftalık kilo takibi yapılmalıdır.
- ✓ Asit birikimi özgüveni, beden imajı ve hareket yeteneğini etkileyebilir. Etkin hemşirelik girişimleri ile anksiyete azaltılabilir.
- ✓ Konstipasyon riskine karşı gerekli önlemler alınmalıdır.
- ✓ İnternal organlara olan basıyı hafifletmek, venöz dönüşü sağlamak, lenfatik akımı kolaylaştırmak ve diürezi artırmak için hasta sağ ya da sol yana döndürmeli ve ayakları eleve edilmelidir.
- ✓ Hastanın yeterli kalori ve sıvı alımı sağlanmalıdır. Aperatif ve ara öğünler az miktarlarda verilmelidir.
- ✓ Kilo kaybı hem yaşam süresini kısaltmakta hem de tedaviye olan yanıtı düşürmektedir. İştahın azalması ile oluşan kilo kaybı aynı zamanda bulantı, kusma, diyare, dispne, halsizlik, ağrı ve tat alma duyusunda da değişime neden olmaktadır. Bu nedenle hasta ve ailesi ile birlikte yemenin sağlanması için çaba gösterilmelidir. Ayrıca iştah açıcı tıbbi girişimlerde kullanılabilir.
- ✓ Diğer hastalar ile görüşmesi sağlanarak duygusal ve sosyal destek alması sağlanabilir. Bu kanser tipine oldukça geç tanı konulması ve tanı ve tedavi sürecinin oldukça zor olması nedeniyle, hastaya tedavi süresince daha fazla

bilgi ve destek sağlamak, yalnız bırakmamak ayrıca önem taşımaktadır (Bal ve Şahin 2015, Taşkın 2016).

2.3.3.7. Önleme, Korunma ve Eğitim

Pelvik muayene her yıl yapılmalıdır. Pelvik muayene ile overlerin boyutu iyice saptanmalıdır. Özellikle postmenopozal dönemdeki kadının küçülmüş olması gereken overlerinde bir büyüme meydana geldiği fark edilirse mutlaka değerlendirmeye alınmalıdır (Hacker 2015c).

Multiparite, oral kontraseptif kullanımı, emzirme, tüp ligasyonu, histerektomi ve yağ açısından düşük; lif, karoten ve vitamin açısından zengin besinlerin tüketimi over kanseri riskini azaltır (Yücel 2015). Over kanseri olgularında genetik faktörün rolü önemlidir. Ailede over kanseri öyküsü olanların 18 yaşından sonra rutin yıllık pelvik muayene yaptırması önem taşır. Akrabalarında over, serviks, meme kanseri olan ve doğurganlığını tamamlayan kadınlara profilaksi amaçlı olarak bilateral ooferektomi (BSO) yapılması önerilebilir (Hacker 2015c, Bekar 2015).

Fiziksel aktivite, gebe kalma, OKS kullanımı over kanseri riskini azaltır. Kadınlara bu konularda ve over kanserinin belirti vermeden sinsi ilerlediği hakkında bilgi verilmelidir. Özellikle ailesel yatkınlığı olan kadınların daha sık değerlendirilmesi gerektiğine dikkat çekilmelidir. Over kanserinde rutin tarama yöntemlerinin olmaması ve erken dönemde belirti vermemesi nedeniyle düzenli jinekolojik kontrollerin önemine vurgu yapılmalı ve riskli faktörleri tartışılmalıdır (Günalp ve Tuncer 2004, Taşkın 2016).

2.3.4. Vulva Kanseri

2.3.4.1. İnsidans ve Etiyoloji

Vulva kanserleri kadın genital sistemi kanserlerinde %4-5'lik görülme sıklığına sahiptir (Schorge vd 2010, Yücel 2015). Genellikle ileri yaş kadınlarda görülür. Olguların çoğu postmenopozal (60 yaş üzeri) dönemdedir (Ayhan ve Başaran 2008b, Yücel 2015). 70-80'li yaşlarda pik yapmaktadır (Bal ve Şahin 2015).

Amerikan Kanser Derneğine (ACS) göre 2017 yılında ABD'de yaklaşık 6.020 yeni vulva kanseri vakası teşhis edileceği ve vulva kanserinden 1.150 kadının öleceği tahmin edilmektedir (ACS 2017g).

Bu kanserler HPV virüsünün yol açtığı Condylomata Acuminata (genital siğil) ile ilişkilidir. HPV nin tip 16, 18, 31, 33, 35, 51'i ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Hacker

2015d, Bekar 2015).

Skuamöz hücreli karsinomlar vulva kanserlerinin %90'ını oluşturur (Yücel 2015, Bal ve Şahin 2015). Vulva kanserlerinin oluşumuna vulvar intraepitelyal neoplazi (VIN) denen anormal hücre değişimleri sebep olur (Yücel 2015, Taşkın 2016). VIN karsinoma in-situya ilerler. Bu da daha sonra invazif kanserlere ilerler. Prognoz, kanserin yakalandığı andaki evresiyle ve tümörün derecesiyle (grade) ilişkilidir (Bekar 2015).

Vulva kanserleri yavaş büyür, yavaş yayılır, geç dönemlerde metastaz yapar. Geç dönemde tanı konduğu da olabilmektedir çünkü hastaların çoğu vulvadaki kaşıntı ve değişimleri pek dikkate almaz (Schorge vd 2010). Vulvanın skuamöz hücreli karsinomunda evre I ve II' de 5 yıllık sağkalım oranı % 80-90 civarındadır (Yücel 2015).

2.3.4.2. Risk Faktörleri

- ✓ Genital bölgede siğil varlığı (özellikle human papilloma virüs tip 16-18'in neden olduğu genital siğiller)
- ✓ Herpes simpleks virüs
- ✓ Obezite
- ✓ Kötü hijyen
- ✓ Serviks kanseri öyküsü
- ✓ Kronik immüno-supresyon: Zayıf bağışıklık sistemi HPV ve HSV gelişim riskini artırır. Bu da vulva kanserini tetikleyebilir.
- ✓ Sfiliz gibi cinsel yolla bulaşan hastalıkları geçirenler
- ✓ Paget hastalığı ve vulvar intraepitelyal neoplazi vulvanın kanser öncüsü lezyonları olduğundan risk artar.
- ✓ Hipertansiyon, diyabet
- ✓ Sigara kullanımı
- ✓ Liken sklerozusu olanlar: Liken skleroz vulva cildinde görülen kronik inflamasyondur. Bu olgularda terminal sinir lifleri inflamasyonuna bağlı vulvar kaşıntı vardır. Kaşıntının neden olduğu tahrişin yarattığı kısır döngü cildin soyulmasına yol açar ve vulva cildinin daha da kalınlaşmasına sebep olur. Liken skleroz kanser öncüsü lezyon olarak kabul edilmektedir (Hullu vd 2006, Ayhan ve Başaran 2008b, Yücel 2015).

2.3.4.3. Klinik Belirtiler ve Tanı

Vulvar karsinomların çoğu labia majör, klitoris ve labia minörde görülür. Genellikle asemptomatik seyrederler. Semptomatik olduklarında;

- ✓ Kaşıntı (en sık),
- ✓ Yanma,
- ✓ Ağrı,

Nekroz ve enfeksiyon geliştiğinde ise;

- ✓ Ülserasyon,
- ✓ Kötü kokulu akıntı,
- ✓ Kanama, ortaya çıkar (Yücel 2015).

Erken tanı için vulva derisinde kızarıklık, beyazımtrak tümsekli lekeler, sertleşmeler, siğil ve ben gibi çıkıntılardan kuşulanılmalı ve biyopsiyle lezyonun niteliği araştırılmalıdır (Yücel 2015).

Basit biyopsi yapılarak alınan materyalin patolojik incelenmesinde kesin tanı konur (Ayhan ve Başaran 2008b, Taşkın 2016).

2.3.4.4. Evreleme

Tablo 5'te FIGO'ya (International Federation of Gynecology and Obstetrics) göre vulva kanseri cerrahi evrelendirmesi verilmiştir (Hacker vd 2012).

Tablo 5 Vulva kanseri FIGO evrelemesi

EVRE	TANIM
Evre I	Vulvada sınırlı tümör
IA	Tümör ≤ 2cm, vulvada sınırlı, stromal invazyon ≤ 1mm, lenf nodu metastazı yok
IB	Tümör > 2 cm veya stromal invazyon > 1 mm, vulvada sınırlı, lenf nodu metastazı yok
Evre II	Tümör herhangi bir boyutta, ancak komşu dokulara uzanım var (1/3 alt üretra, 1/3 alt vajina, anüs) ve lenf nodlarında tutulum yok
Evre III	Tümör herhangi bir boyutta, ancak komşu dokulara uzanım var (1/3 alt üretra, 1/3 alt vajina, anüs) ve lenf nodlarında tutulum var
IIIA1	> 5 mm 1 lenf nodu tutulumu
IIIA2	< 5 mm 1-2 lenf nodu tutulumu
IIIB1	2 veya daha fazla lenf nodu tutulumu (> 5 mm)
IIIB2	3 veya daha fazla lenf nodu tutulumu (< 5 mm)
IIIC	Kapsül dışına yayılım gösteren lenf nodu metastazı
Evre IV	Mesane-rektal mukoza, pelvik kemik ve lenf nodlarına metastaz ve/veya uzak metastaz
IVA1	Üst üretra, vajinal mukoza, mesane mukozası veya rektal mukoza veya pelvik kemiğe dayanmış
IVA2	Fiske veya ülser inguino-femoral lenf nodları
IVB	Uzak metastaz, pelvik lenf nodları dahil

2.3.4.5. Tedavi

Vulva kanserinin tedavisi, cerrahidir. Cerrahi tedavinin şekli vulva kanserinin evresi ve hastanın durumuna göre belirlenir (Yücel 2015).

Lokalize tümörlerde basit vulvektomi (vulvanın labium minörler, labium majörler ve klitorisle birlikte eksizyonu) uygulanabilir (Ayhan ve Başaran 2008b, Hacker 2015d).

İnvazif tümörlerde radikal vulvektomi (klitoris, labia minör ve majör, klitoris, inguinal ve femoral lenf bezleri ile birlikte tüm vulvanın eksizyonu) yapılır. Çıkarılan lenf bezlerinde tümör pozitif ise pelvik lenfadenektomi yapılır ya da pelvik lenf bezlerine radyoterapi uygulanır (Hacker 2015d, Bekar 2015, Taşkın 2016).

Vulvektomi ameliyatı sonrasında yara açılması ve selülit sık görülür. Uzun dönem komplikasyonları ise idrar akış yönünün değişmesi, disparoni, vulva ağrısı ve cinsel fonksiyon bozukluklarıdır (Ayhan ve Başaran 2008b, Yücel 2015).

İleri evre vulva kanserinde tümörü küçültmek adına ilk seçenek olarak radyoterapi uygulanabilir (Hullu vd 2006, Bal ve Şahin 2015). Radyoterapi vulva kanserinde başlı başına bir tedavi yöntemi değildir. Yeterli vulvektomi yapılamayan ya da lenf nodu tümör pozitif hastalarda nüksü önlemek için kullanılır. Dermatit, ödem, ülserasyon ve nekroz radyoterapi komplikasyonu olarak görülebilir (Günalp ve Tuncer 2004, Haas 2011).

Vulva kanseri kemoterapiye dirençlidir. İleri evrelerde tümörü küçültme ve radyoterapinin etkinliğini artırma amaçlı kullanılabilir (Bal ve Şahin 2015). Kemoterapik amaçlı 5-FU, mitomycin C ya da cisplatin uygulanabilir (Taşkın 2016).

2.3.4.6. Hemşirelik Bakımı

Hastalık bulgularının öyküsü alınır ve fiziksel inceleme yapılır. Hastanın durumu kavraması, tedavi ve prognoz hakkında bilgi edinmesi sağlanır. Uygulanabilecek hemşirelik girişimleri;

- ✓ Cerrahi girişim yerinde yara yeri enfeksiyonu önlenir.
- ✓ Hastanın beden imajı uyumsuzluğu sorununa pozitif adaptasyon göstermesi sağlanmaya çalışılır.
- ✓ Hastanın yeterli dışkı, idrar çıkarması sağlanabilir ancak düşük posalı diyet ve ilaçlarla defekasyon geciktirilerek zorlanma engellenir.
- ✓ Topikal steroidle birlikte lazer tedavisi verilen hastalara o bölgeye sitz banyosu yapılması ve kurulanması, lokal anestezi uygulanması, gerekli durumlarda da oral analjezik tedavisi yapılabilir (Bekar 2015, Yücel 2015).

Radikal vulvektomi sonrası bakım

- ✓ İyileşme sağlanıncaya kadar ortalama dört, beş hafta seksüel aktiviteden uzak durulur.
- ✓ Bol istirahat verilir.
- ✓ Uzun süre ayakta durmaktan, oturmaktan ve bacakları uzatarak durmaktan kaçınılır.
- ✓ Dar pantolonlar veya diğer dar giysiler giyilmez. Hastaneden çıktıktan sonra iyileşmeye yardımcı olmak ve yara yerinin gerilmesini önlemek için geniş ve rahat geceliklerin giyilmesi önerilir.
- ✓ Tuvaletten sonra perine bölgesi peroksitli su ile yıkanır, temizlenir. Kuru ped uygulanır.

- ✓ Perine bölgesinde, insizyon yerinde şişlik, kızarıklık, hematoma, alırlmadık hassasiyet, akıntı veya insizyon yerinde kötü koku oluğuunda rapor edilir.
- ✓ Ateş 38.5 °C nin üzerine çıktığında rapor edilir.
- ✓ Tedavi süresince diyetdeki gıda dengesi sağlanır. Bu, hastalığın iyileşmesi için önemlidir.
- ✓ Periyodik olarak bacak yükseltmeleri pelvik konjesyonun oluşmasını önler (Bekar 2015, Yücel 2015).

Radikal vulvektomiden sonraki dönemde hemşire rutin postoperatif bakımları uygular. Bunların dışında ise enfeksiyon gelişimini önlemek için aşağıdakileri uygular:

- ✓ Her tuvaletten sonra normal tuzlu su veya önerilen solüsyonlarla temizlik sağlanır.
- ✓ Vulva kurutma makinesi veya fan kullanılarak kuru tutulmalıdır. Özellikle kısa oturma banyosu veya irrigasyondan sonra kuru tutma insizyon yerinin temiz tutulmasına yardımcı olur.
- ✓ Jinekolojik kanser ameliyatları sırasında vulva cildini kapatmak için greft veya flep kullanılabilir. Bu hastalarda ameliyat bölgesi üzerindeki gerilimin önlenmesi için ameliyat sonrası 5 ile 7 gün kısmen hareketsizlik sağlanmalıdır..
- ✓ Cerrahi bölgelerinde renk değişimleri oluğuunda not edilir.
- ✓ Cerrahi yerinde akıntı veya koku oluğuunda primer yara yeri bakımı uygulanır.
- ✓ Gerektiğinde hastaya kateter bakımı uygulanır.
- ✓ Sitz banyosu uygulanır (Bekar 2015, Yücel 2015).

Cerrahi girişim yapılan kadınlar seksüel bozukluklar açısından risk taşırlar. Cinsel disfonksiyon hem psikolojik hem de skar dokusunun verdiği rahatsızlıktan kaynaklanabilir. Bu şikayetler için ayrıca psikolojik danışmanlık alındığı takdirde düzelme görülme olasılığı yüksektir (Yücel 2015). Hemşirelik bakımı cinsellik konusunda yaşanan sorunlarla ilgili destekleyici yaklaşımları da kapsar. Hasta ve eşler cinsel sorunlarını ifade etmeleri için cesaretlendirilir. Gerektiğinde uygun şekilde yönlendirilir (Taşkın 2016).

2.3.4.7. Önleme, Korunma ve Eğitim

- ✓ Vulvasında sürekli inatçı bir lezyonu bulunan kadın kolposkopi, biyopsi ve ileri değerlendirme için yönlendirilmelidir
- ✓ "Kendi Kendine Vulva Muayenesi" (KKVM) vulva kanserinden korunma adına

önem arz eder. Bu yüzden kadınlar erken yaşlardan itibaren KKVM için teşvik edilmelidir.

- ✓ Vulvada sürekli kaşıntı varsa, birey bu durumun araştırılıp değerlendirilmesi için yönlendirilmelidir.
- ✓ Sigarayı bırakmaları teşvik edilmelidir.
- ✓ Dar ve sıkı iç çamaşırı kullanımından kaçınmanın önemi anlatılmalıdır.
- ✓ Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak için bariyer yöntemler kullanmaya teşvik edilmelidir (Bal ve Şahin 2015, Bekar 2015).

2.3.5. Vajen Kanseri

2.3.5.1. İnsidans ve Etiyoloji

Vajinal kanserlerin tüm jinekolojik kanserler arasında görülme sıklığı %1-2 civarındadır (Güner vd 2000, Yücel 2015).

Amerikan Kanser Derneğine (ACS) göre 2017 yılında ABD'de yaklaşık 4.810 yeni vajen kanseri vakası teşhis edileceği ve vajen kanserinden 1.240 kadının öleceği tahmin edilmektedir (ACS 2017h).

Vajen kanserlerinin %75-80'ini skuamöz hücreli kanserler oluşturmaktadır. 50- 70 yaşlarında görülür. Genellikle vajenin üçte birlik üst kısmında daha sık görülürler. Nedeni bilinmemektedir (Güner vd 2000, Bal ve Şahin 2015, Yücel 2015). Vajen kanseri ileri evrelerde mesane, rektum, üretra, akciğer ve karaciğere metastaz yapabilir (Hacker 2015d).

Vajenin berrak hücreli karsinomu nadir (Güner vd 2000) görülmekte olup bu kanserin etiyojisinde intrauterin dönemde annenin DES (diethylstilbestrol) kullanması söz konusudur. 15-30 yaşlar arasındaki genç kadınlarda görülür. Vajinal skuamöz hücreli karsinomların etiyojisi kesin olarak bilinmemektedir (Bekar 2015).

2.3.5.2. Risk Faktörleri

- ✓ Kronik vajinal irritasyonlar, vajinal travmalar, vajinal prolapsus, pelvik radyoterapi
- ✓ Genital virüsler (HPV)
- ✓ Sigara kullanımı
- ✓ Sık sık cinsel partner değiştirme
- ✓ Cinsel ilişkinin erken yaşta başlaması (Güner vd 2000, Yücel 2015, Taşkın

2016)

2.3.5.3. Klinik Belirtiler ve Tanı

Vajinal kanser gelişen bazı kadınlar asemptomatiktir. Semptomatik olduğunda ise:

- ✓ Sulu/kanlı akıntı ve ağrısız vajinal kanama (en sık belirtiler)
- ✓ Pelvik ağrı
- ✓ Postkoital kanamalar
- ✓ Ağrılı koitus
- ✓ İdrar yapma sıklığında artış ve dizüri (mesane tutulumu olursa)
- ✓ Ağrılı defakasyon ve konstipasyon (rektal yayılım olursa)
- ✓ Aktif HPV enfeksiyonu varsa vulva ve vajinadaki siğillerden kaynaklanan kötü kokulu vajinal akıntı (Bal ve Şahin 2015, Yücel 2015).

Kolposkopi ve Schiller-boyama testi sonrasında yapılan biyopsi ile patolojik incelemede tanı konur (Decherney vd 2010, Bekar 2015, Hacker 2015d).

2.3.5.4. Evreleme

Tablo 6'da FIGO'ya (International Federation of Gynecology and Obstetrics) göre vajen kanseri cerrahi evrelendirmesi verilmiştir (ACS 2016b).

Tablo 6 Vajen kanseri FIGO evrelemesi

EVRE	TANIM
Evre 0	VAIN (vajinal intraepitelyal neoplazi)
Evre I	Karsinom vajinal duvarda sınırlı
Evre II	Karsinom subvajinal dokuya yayılmış, pelvik yan duvarlara gelmemiş
Evre III	Tümör pelvik yan duvarda
Evre IV	Tümör gerçek pelvis dışında ya da mesane ve rektum mukoza tutulumu
IVA	Tümör mesane/rektum/gerçek pelvis dışında
IVB	Uzak metastazlar var

2.3.5.5. Tedavi

Vajinal kanserlerin birincil tedavisi radyoterapidir. Vajinal duvarların büyük karsinomaları başlangıçta eksternal radyoterapi ile küçültülür. Böylece internal radyoterapi (brakiterapi) daha etkili olur (Bal ve Şahin 2015). Radyoterapi komplikasyonu olarak vulva bölgesinde desquamasyon, sistit, rektal ülserasyonlar, fistüller, vajinal elastikiyette azalma ve skar dokusu oluşumu görülebilir (Taşkın 2016).

Vajinal kanserlerin tedavisi kanserin boyutları ve evresine göre tedavi değişikliği gösterir. Lokal olarak 5-FU kremleri uygulanabilir. VAIN'li olgularda lazer cerrahisi uygulanır. İnvazif kanserlerde radikal histerektomi ve vajenin üst yarısının rezeksiyonu ile pelvik lenf bezlerinin çıkarılması ile tedaviye gidilir. Eğer vajenektomi uygulanırsa hasta seksüel fonksiyonunu yitirir. Bu sorun rekonstrüktif cerrahi ile giderilebilir (Bekar 2015).

Kemoterapi fazla etkili olmamaktadır ancak radyoterapi ile kombine edilerek uygulanabilir (Taşkın 2016).

Bu hastalarda 5 yıllık sağ kalım oranı % 45- 60'dır (Yücel 2015).

2.3.5.6. Hemşirelik Bakımı

Bu kanser çeşidinde diğer jinekolojik kanserlerdeki hemşirelik girişimlerine ek olarak internal radyoterapi (brakiterapi) eğitimi yapılması gerekmektedir. Brakiterapinin amacı, nasıl yapılacağı, yan etkileri ve tedavi süreci hakkında hastayı bilgilendirmek ve yazılı izin almak hemşirenin görevleri arasındadır. Etkili ve güvenli bir radyoterapi uygulamak için hastanın yeterince ve doğru bilgilendirilmiş olması çok önemlidir (Bal ve Şahin 2015).

Ayrıca radyoterapi alan hastalarda deri bakımı adına yapılabilecek hemşirelik uygulamaları şunlardır:

- ✓ Tedavi bölgesi hafif sabunlu ılık su ile yıkanır ve kuru tutulur.
- ✓ Krem, losyon, talk uygulanmaz.
- ✓ Deri tıraş edilmez.
- ✓ Deride hassasiyet varsa kortikosteroid kremler uygulanabilir (Taşkın 2016).

2.3.6. Tuba Uterina Kanseri

Tüm jinekolojik kanser türleri içinde %1-2 gibi oranında görülen fakat çok hızlı ilerleyen bir kanser türüdür. Genellikle tek taraflıdır. Nedeni bilinmemektedir (Yüce 2008, Bal ve Şahin 2015).

Risk faktörleri infertilite ve nulliparitedir. Erken dönemlerde asemptomatik seyreder (Yüce 2008).

En sık semptom ise vajinal kanamadır. Ayrıca vajinal akıntı veya karın alt bölgelerinde ağrı, pelvik bölgede basınç hissi batında asit birikimi ve kitle oluşması ile belirti verir (Yüce 2008, Bal ve Şahin 2015).

Tanı ultrasonografi, MRI, laparoskopi ve Ca 125 ile Ca 19-9 tümör belirteçlerine bakılarak konur (Bal ve Şahin 2015). Kesin tanı cerrahi girişimden sonra konabilir (Yüce 2008).

Tuba uterina kanserinde tedavi over kanserine benzerdir. Cerrahi ve diğer girişimler uygulanır. Total abdominal histerektomi ve bilateral salpingooferektomi (TAH+BSO) ile omentektomi uygulanır. Cerrahiden sonra kemoterapi uygulanır. Tümörlü yapı tuba uterina ile sınırlı ise radyoterapi uygulanabilir (Yüce 2008, Bal ve Şahin 2015, Bekar 2015, Hacker 2015c).

2.3.6.1. Evreleme

Tablo 7'de FIGO'ya (International Federation of Gynecology and Obstetrics) göre tuba uterina kanseri cerrahi evrelendirmesi verilmiştir (Jewell 2015).

Tablo 7 Tuba uterina kanseri FIGO evrelemesi

EVRE	TANIM
Evre I	Fallop tüpüne sınırlı tümör
IA	Tümör tek tüpte, asit yok
IB	Tümör iki tüpte, asit yok
IC	Tümör bir veya iki tüp ile sınırlı, asit mevcut veya periton yıkama suyunda malign hücreler var ya da tümör yüzeye çıkmış
Evre II	Tümör bir veya iki tüpte, komşu pelvik organlara yayılım var
IIA	Uterus ve/veya overlere yayılım var
IIB	Diğer pelvik yapılara yayılım var
IIC	Tümör IIA ve IIB evresinde, fakat yüzeyde tümör var veya asit var veya periton yıkama suyunda malign hücreler var
Evre III	Periton kavitesi içinde, pelvis dışında tümör var. Retroperitoneal veya inguinal lenf nodları pozitif. Yüzeysel karaciğer metastazları Stage III'tür. Tümör pelviste olduğu halde, ince barsak veya omentumda tümör varsa Stage III sayılır
IIIA	Periton kavitesi içerisinde mikroskobik yayılım
IIIB	Periton yüzeyinde 2 cm'den küçük tümör
IIIC	Periton yüzeyinde 2 cm'den büyük tümör ve/veya pozitif retroperitoneal veya inguinal lenf nodları
Evre IV	Karsinom periton kavitesi dışında
IVA	Eğer plevral efüzyon varsa, Stage IV demek için sitoloji pozitif olmalıdır
IVB	Karaciğer parankim metastazları vardır

2.3.6.2. Hemşirelik Bakımı

- ✓ Cerrahi girişimin ardından konstipasyon riski göz ardı edilmemeli ve önlem alınmalıdır.
- ✓ Hastaya sık sık pozisyon değişikliği sağlanmalıdır. Bu işlem post-op dönemde lenfatik drenaj ve kan akımını sağlamak adına önem taşır.
- ✓ Sıvı elektrolit dengesi yakından izlenmelidir.
- ✓ Hastanın diyeti düzenlenmelidir. Bol sıvı, yeterli karbonhidrat ve protein alımı sağlanmalıdır.
- ✓ Nadir görülüp hızlı ilerleyen bir hastalık olduğu için yeterli bilgilendirme ve duygusal destek sağlanmalıdır (Bal ve Şahin 2015).

2.4. Jinekolojik Kanserin Hastalara Yaşattığı Zorluklar

Bireyin kanser tanısı aldığı andan itibaren fiziksel, ruhsal ve sosyal yönler başta olmak üzere birçok açıdan problem yaşaması kaçınılmazdır. Kanser tanısının konması, ardından uygulanan zorlu tedaviler ve meydana gelen yan etkiler hastanın yaşamını tümüyle etkilemekte, geleceğe yönelik planlarını ve uyum mekanizmalarını sarsmaktadır (Langhorne vd 2007, Bektaş ve Akdemir 2009, Jadoon vd 2010, Cohen ve Bankston 2011).

2.4.1. Fizyolojik Zorluklar

Bireyin bedeni doğrudan kanserin kendisinden ya da kanser tedavisinden kaynaklanan fizyolojik sorunlarla karşı karşıya kalmaktadır (Bag 2013). Yapılan birçok çalışma, kanser tanısı almanın ve uygulanan tedavilerin hastalar üzerinde fizyolojik zorluklar meydana getirdiğini ortaya koymaktadır (Velji ve Fitch 2001, Yeşilbakan vd 2005, Henry vd 2008, Nazik vd 2012, Hintistan vd 2012, Pınar vd 2012a, Seven vd 2013).

Von Gruenigen vd (2012) 172 over kanserli hasta üzerinde yaptıkları çalışmada, katılımcıları tedaviden ve hastalıktan kaynaklı en çok zorlayan semptomun yorgunluk olduğunu ifade etmişlerdir. Pekçetin vd (2013) jinekolojik kanserli kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada, hastaların bir yandan kanser ve kemoterapi tedavisinden kaynaklı yorgunluk gibi semptomlar yaşadıklarını bir yandan da günlük rollerini devam ettirmeye çalıştıklarını bulmuşlardır. Serçekuş ve Başkale (2015), kanser hastalarının saç dökülmesi, bulantı, yaralar, ağrı, yorgunluk gibi kemoterapi yan etkileri yaşadıklarını ve bu etkilerin sosyal yaşamlarını olumsuz etkilediğini bulmuşlardır. Hintistan vd (2012) kemoterapi tedavisi gören 82 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada, hastaların tamamına yakınının yorgunluk, önemli bir kısmının ağız içinde yara, bulantı-kusma, kilo kaybı, alopesi ve az bir kısmının da yüksek ateş, ağrı, konstipasyon deneyimlediklerini ortaya koymuşlardır. Akkuzu vd (2014) jinekolojik kanserli hastalarda yaptıkları çalışmada, hastaların yorgunluk, ağrı, bulantı, kusma gibi kemoterapiden kaynaklı yan etkiler yaşadıklarını; ev işlerini yapmakta ve merdiven inip çıkmakta zorlandıklarını ortaya koymuşlardır. Kuhnt vd (2009) çalışmasında, kanser hastalarının %36'sının hafif, %12'sinin şiddetli yorgunluk yaşadığını bulmuştur. Wenzel vd (2003) jinekolojik kanserli hastalarda yaptığı çalışmada, katılımcıların ağrı, mide bulantısı, anemi, periferik nöropati ve yorgunluk yaşadıklarını bulmuşlardır. Benzer şekilde yapılan diğer çalışmalarda da hastaların ağrı, iştahsızlık, yorgunluk, baş ağrısı, baş dönmesi, ağız kuruluğu, nefes darlığı, bulantı, diyare, konstipasyon, saç dökülmesi, cilt

veya tırnaklarla ilgili problemler, el ve ayaklarda uyuşma, sıcak basması, uykusuzluk, kilo kaybı gibi sorunlar yaşadıkları bulunmuştur (Yeşilbakan vd 2005, Aslan vd 2006, Chen 2006, Bektaş ve Akdemir 2006, Sigurdardottir ve Haugen 2008, Henry vd 2008, Tsai vd 2010, Nazik vd 2012).

2.4.2. Psikolojik, Duygusal ve Sosyal Zorluklar

Kanser, ölümü ve bilinmezliği çağrıştıran, kişiyi olduğundan daha duyarlı ve kırılgan hale getiren kronik bir hastalıktır. Uygulanan tedavilerin garanti edilememesi ve seyrinin belirsiz olması, kişinin korku ve endişe duymasına sebep olur (Öz 2001, Kutlu 2011). Kanser, bireye fiziksel problemler yaşatmasının yanı sıra psikososyal zorluklar da yüklemektedir. Çoğu zaman kanser, tanı konan kişinin varoluşunu sorgulamasına sebep olarak kişiyi karmaşık bir dünyaya sürükler ve psikolojik açıdan ciddi sorunlar yaşamasına neden olur (Pasquini ve Biondi 2007, Özyurt 2007, Weis ve Faller 2012, Yamaç 2012). Kübler-Ross'a (2010) göre; kanser gibi ölümcül bir hastalık tanısı almış kişilerin karşılaştıkları bu kriz durumunda verdikleri psikolojik tepkiler sırasıyla inkar, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme şeklindedir.

Seven vd (2013) yaptığı çalışmada, kanser hastalarının anksiyete ve depresyon belirtilerine sahip olduklarını; üzüntü, endişe, uykusuzluk gibi semptomlar yaşadıklarını bulmuşlardır. Massie' nin (2004) çeşitli kanser türlerine sahip hastaların depresyon yaşama durumlarını değerlendirildiği derleme çalışmasında, jinekolojik kanserli hastaların %12 ile %23 arasında depresyon yaşadıkları ifade edilmiştir. Aydoğan vd (2012) çalışmasında, hasta grubunun %21.6'sının depresyona ve %33.8'inin anksiyeteye, kontrol grubunun %8.2'sinin depresyona ve %16.2'sinin anksiyeteye sahip olduğunu ortaya koymuş, bireylerin anksiyete ve depresyon dereceleri arttıkça yaşama dair işlevselliklerini kaybettiklerini, toplum hayatından uzaklaştıklarını ifade etmişlerdir. Ell vd (2005) çalışmasında, kanserli kadınların %24'ünün orta ya da şiddetli derecede depresyon yaşadığını, bu hastalardan %12'sinin psikiyatrik ilaç kullandığını ve %5'inin psikiyatrik yardım aldığını bildirmiştir. Benzer şekilde yapılan başka çalışmalarda da kanser hastalarının farklı oranlarda anksiyete, depresyon ve çeşitli psikiyatrik bozukluklar yaşadıkları ortaya konmuştur (Ateşçi vd 2003, Tokgöz vd 2008, Karabulutlu vd 2010).

Kanser; kişinin yaşamını olumsuz etkilemesi, geleceğe yönelik beklentilerini değiştirmesi ve tedavilerin ciddi yan etkileri/sonuçları olması sebebiyle birçok psikiyatrik problemin yanı sıra intihar riskini de meydana getirmektedir (Aydın vd 2012). Walker vd (2008) 2924 kanser hastası üzerinde yaptıkları çalışmada, hastaların %7.8'inin son iki haftada kendilerine zarar verme ya da intihar düşüncesi taşıdıklarını bulmuştur. Benzer

şekilde Akechi vd (2002) yaptıkları çalışmada, kanserli hastaların %15'inde tanıdan 6 ay sonra intihar düşüncesi oluştuğu ve bu düşüncenin tetiklenmesinde ağrıların ve depresif belirtilerin artması, fiziksel fonksiyonların azalmasının etkili olduğu ortaya konmuştur.

Voogt vd (2005) çalışmalarında, kanser hastalarının fiziksel acı çekme korkusu, metastaz korkusu, bedeni üzerinde kontrol kaybı, belirsizlik ve kişilerarası ilişkilerde sorunlar yaşadıklarını bulmuşlardır. Uchida vd (2011) yaptıkları çalışmada, hastaların kanserin metastaz yapmasından korktuklarını, geleceğe yönelik belirsizlik yaşadıklarını, yakınlarının üzülmelerine endişelendiklerini, tedavi sonuçlarını kontrol altında tutamadıklarını, ölüm korkusu yaşadıklarını bulmuşlardır. Kanser gibi kronik hastalığa sahip 439 birey üzerinde yapılan bir çalışmada, bireylerin hastalıklarının ilerlemesi/nüks etmesinden korktuklarını ve bu durumu geleceğe yönelik bir tehdit olarak algıladıkları bulunmuştur (Herschbach 2005). Benzer olarak Bag'ın (2013) derleme çalışmasında, kanser hastalarının yoğun olarak yaşadığı psikolojik zorluklardan birinin de kanserin nüks etme ihtimalinin yarattığı kaygı olduğu ve bu kaygının ömür boyu sürdüğü ortaya konmuştur.

Howell vd (2003) yaptıkları kalitatif çalışmada, bazı hastaların belirsizlik, başkasına bağımlı olma, damgalanma, ölüm korkusu gibi duygular yaşadıklarını; kanserden ölmeleri durumunda ardında küçük çocuklarını bırakacakları için üzüntü ve endişe duyduklarını bulmuşlardır.

Dedeli vd (2008) 105 kanser hastası üzerinde yaptıkları çalışmada, hastaların rol değişiklikleri yaşadığını, görevlerini anne, baba, kardeş gibi diğer aile bireyelerine devretmek zorunda kaldığını ortaya koymuştur. Kanser hastaları üzerinde yapılan başka bir çalışmada kadınların, Türk toplumundaki kadının geleneksel rolü gereği ev içindeki bazı sorumluluklarını hastalık sürecinde de sürdürmek zorunda kaldıkları bulunmuştur (Kızılcı 1999). Kadınların kanser hastalığı ve tedavi etkilerinin yanı sıra rollerini de devam ettirmesi gerektiğini hissetmesinin, psikolojik anlamda zorlanmaya sebep olduğunu düşündürmektedir.

2.4.3. Cinsel Hayatta Yaşanan Zorluklar

Jinekolojik kanser tanısı alma ve uygulanan tedaviler kadının cinsel sağlığı, cinsel fonksiyonu, cinsiyet rolü, üreme yeteneği, benlik saygısı ve beden imajı üzerinde ciddi olumsuz etkilere sebep olmaktadır (Hawighorst-Knapstein 2004, Reis vd 2006, Lindau vd 2007, Donovan vd 2007, Tangjitgamol vd 2007, Hawkins vd 2009, Ratner vd 2010, Taşkın 2016, Sekse vd 2013, Cleary vd 2013, Bal vd 2013, Terzioğlu ve Alan 2015, Serçekuş ve Türkcü 2015).

Howell vd (2003) over kanserli hastalar üzerinde yaptıkları kalitatif çalışmada, kadınların tedaviden kaynaklı fiziksel değişiklikler yüzünden cinsel yaşantılarının olumsuz etkilendiğini bulmuşlardır. Aynı çalışmada kanser hastalığından sonra cinsel ilişkinin yalnızca çocuk sahibi olmak için kullanılan bir araç olduğunu ifade eden kadınların olduğu bildirilmiştir. Demirtaş ve Pınar'ın (2014), 168 jinekolojik kanserli hasta üzerinde yaptıkları çalışmada, kadınlar kanser tedavisi süresince %97.1 disparoni, %97.6 vajinal kuruluk, %91.1 cinsel istekte azalma, %92.9 oranında cinsel uyarılmada güçlük yaşamışlardır. Serviks ve endometrium kanserli 20 kadınla yapılan kalitatif bir çalışmada jinekolojik kanser tedavilerinin erken menopoz, vajinal kuruluk, sıcak basmaları, uyku problemleri ve duygusal sorunlara neden olarak cinsel aktivite ve cinsel işlevleri olumsuz etkilediği ifade edilmiştir (Juraskova vd 2003). Jinekolojik kanserli hastalarda yapılan diğer çalışmalarda da kanserin ve uygulanan tedavilerin cinsel ilişki sırasında ve sonrasında ağrıya (Carmack Taylor vd 2004, Pieterse vd 2006, Lindau vd 2007, Donovan vd 2007, Ratner vd 2010, McCallum vd 2012, Cleary vd 2013); vajinal kayganlıkta azalmaya (Pieterse vd 2006, Stead vd 2007); vajinal kısılma ve vajinada skar dokusu oluşumuna (Katz vd 2001, Reis vd 2006); vajinal kuruluğa (Carmack Taylor vd 2004, Ratner vd 2010); cinsel isteksizliğe (Tangjitgamol vd 2007, Sekse vd 2010, Cleary vd 2013); orgazm sorunlarına (Donovan vd 2007, Taşkın 2016) neden olduğu bulunmuştur.

Jinekolojik kanserler ve uygulanan cerrahi, radyoterapi ve kemoterapi gibi tedaviler kadının beden imajında önemli değişikliklere yol açabilir (Reis 2003). Yapılan çalışmalar jinekolojik kanserli kadınların fiziksel görünülerinde meydana gelen değişikliklerden sonra kendine güven sorunları yaşadıklarını, beden imajlarına dair olumsuz düşünceler taşıdıkları ve bu durumun cinsel yaşantılarını, partnerleriyle olan ilişkilerini olumsuz etkilediğini ortaya koymaktadır (Hawighorst-Knapstein vd 2004, Donovan vd 2007). 30 jinekolojik kanserli kadında yapılan kalitatif bir çalışmada, hastaların cinsiyet rolü, üreme fonksiyonu, cinsel işlevler ve beden imajının önemli derecede olumsuz etkilendiği bulunmuştur (Pınar vd 2015). Cleary vd (2013) yaptıkları çalışmada, hastaların jinekolojik kanser tedavisinin beden imajlarını olumsuz etkilediğini, özgüvenlerini sarstığını ifade etmişlerdir. Aynı çalışmada hastaların bir bölümü eşleri ile boşandıklarını, boşanma sebeplerinin ise cinsellikte yaşadıkları iletişim eksikliği olduğunu dile getirmişlerdir.

Hastalar jinekolojik kanser ve uygulanan tedavilerden kaynaklı pek çok cinsel problemle karşılaşmaktadırlar. Ancak günümüzde halen bu sorunlar hasta-sağlık personeli arasında yeterince konuşulmamaktadır (Cleary vd 2013, Serçekuş ve Türkcü 2015, Izycki vd 2016). Jinekolojik kanser hastaları cinsel sorunlarını çoğu zaman ikinci plana attığı ya da soru sormaktan utandığı (Molassiotis vd 2002); sağlık personelinin

de zaman kısıtlılığı, bilgi eksikliği, utanma (Kotronoulas vd 2009, White vd 2011, Cleary vd 2013) gibi nedenlerden dolayı hastaya yeterince vakit ayıramaması, hastaların cinsel sorunlarına dair yeterli bilgiyi alamamasıyla sonuçlanmaktadır. Cinselliğin tabu olarak görülmesi de jinekolojik kanserli kadınların cinsel sorunlarının çözümünde bilgilenme ihtiyacının giderilmesini olumsuz etkilemektedir (Reis vd 2010).

2.4.4. Jinekolojik Kanselerde Sosyal Destek ve Baş Etme

Birey kendini yetersiz ve tükenmiş hissettiğinde başta ailesi olmak üzere çevresindeki insanlar tarafından desteklenme ihtiyacı duyar (Finfgeld-Connett 2005). Sosyal destek sağlanan kanser hastalarının tedaviye uyum sağladıkları (Baider vd 2001), fiziksel ve ruhsal açıdan kendilerini daha iyi hissettikleri yapılan çalışmalarla ortaya konulmuştur (Yıldırım ve Kocabıyık 2010, Pınar vd 2012b).

Kanser hastası bir bireyin en önemli ve en etkili destek kaynağı yakınlarıdır (Terakye 2011). Aile üyelerinin sağladığı sosyal destek, kanserli hastanın hastalık ve tedaviden kaynaklanan stresle baş etmesine yardımcı olmaktadır ve yapılan çalışmalarda da sosyal destek arttıkça hastaların umutsuzluk, yalnızlık ve depresif belirtiler yaşama düzeylerinin azaldığı bulunmuştur (Tan ve Karabulutlu 2005, Nausheen ve Kamal 2006, Pehlivan vd 2012). Benzer şekilde 148 kanser hastası ile yapılan bir çalışmada sosyal destek ve baş etme stratejileri arasında önemli bir ilişki olduğu, sosyal destek arttıkça hastaların baş etmelerinin kolaylaştığı bulunmuştur (Tan 2007). Serçekuş ve Başkale'nin (2015) çalışmasında, hastaların kemoterapi tedavisinden kaynaklı yan etkiler yaşadıkları ve bununla baş etmede zorlandıkları bulunmuştur. 221 hastada yapılan bir çalışmada aile üyelerinin sağladığı sosyal desteğin jinekolojik kanserli kadınların stresle baş etmede temel dayanak noktası olduğu bulunmuştur (Yılmaz vd 2015). Im Song vd (2011) yaptıkları çalışmada, ailesel desteği yeterli olmayan hastalarda intihar düşüncesinin daha yaygın olduğunu ortaya koymuştur. Jinekolojik kanserli 260 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada, sosyal desteğin depresif semptomlar ve yalnızlık, sosyal izolasyon, değersiz hissetme gibi duyguların azalmasında rol oynadığı bulunmuştur. Aynı çalışmada aile üyelerinin en kolay ulaşılabilen destek kaynağı olduğu ifade edilmiştir (Carpenter vd 2010). Özyurt'un (2007) çalışmasında, hastaların bakım verenler arasında en büyük destekçilerinin eşleri, ardından ise çocukları, kardeşleri, anne-babaları olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada hastaların %17.4'ünün hemşirelerden destek gördüğü ortaya konmuştur. Pınar vd (2012b) yaptıkları çalışmada jinekolojik kanserli hastaların aile ve arkadaş çevrelerinden destek gördüklerini ve algıladıkları sosyal desteğin iyi düzeyde olduğunu bulmuştur. Benzer şekilde Ayaz vd (2008) 200 jinekolojik kanserli hasta üzerinde

yaptıkları çalışmada, hastaların çevrelerinden aldıkları sosyal desteğin iyi düzeyde olduğunu ifade etmiştir. Yapılan bir çalışmada ise aile, sağlık uzmanları, dini gruplar ve özel kuruluşların yanı sıra hasta destek gruplarının da jinekolojik kanserli hastalara yardım ve sosyal destek sağlamada faydalı olduğu bulunmuştur (Jackson vd 2007). Bu bulgunun aksine Özyurt'un (2007) çalışmasında, kanser hastalarının birbirine neredeyse hiç destek olmadığı ortaya konulmuştur. Over kanserli hastalarda yapılan bir çalışmada, sosyal destek düzeyi az olan kadınların kaygı düzeyinin yüksek olduğu ifade edilmiştir (Hipkins vd 2004). Smith vd (2015) çalışmasında, hastaların hastalık hakkında aile ve arkadaşlarıyla konuşmalarının kanserle baş etmede etkili olduğunu bulmuşlardır. Aynı çalışmada jinekolojik kanserli hastaların, aileden %93.7, arkadaşlarından %76.2 ve doktor veya hemşirelerden %42.9 oranında destek gördükleri ortaya konulmuştur. Yıldırım ve Kocabıyık'ın (2010) yaptıkları çalışmada, evli ve birlikte yaşayan kanser hastalarının yalnızlık düzeyi düşük, algıladıkları sosyal destek puanları yüksek bulunmuştur. Sosyal destek sağlayan bireylerin varlığının kanser hastalarının hissettiği yalnızlık düzeyinde azalma sağladığı ifade edilmiştir. Aynı çalışmada Türk kültüründeki aile bağlarına dikkat çekilmiş ve kanser gibi zor bir hastalık durumunda aile üyelerinin sosyal destek sağlamada önemli rol oynadığı belirtilmiştir (Yıldırım ve Kocabıyık 2010). Yılmaz vd (2015) jinekolojik kanserli kadınlarda yaptığı çalışmada, evli hastalarla bekar hastalar arasında sosyal destek algılama açısından bir fark olmadığını bulmuştur. Bu durumun geleneksel Türk kültüründe evli hastaların eşlerinden ve ailelerinden, bekar hastaların da çoğunlukla aileleriyle yaşadıkları için ailelerinden sosyal destek almaları ile açıklanabileceği ifade edilmiştir (Yılmaz vd 2015). Liu vd (2005) yaptıkları kalitatif çalışmada, kanser hastalarının ailelerinden duygusal destek aldıklarını ve en çok destek sağlayanların eşleri olduğunu ifade etmişlerdir. Bazı hastalar için ailelerinin kendilerini ziyaret etmesi ya da kendileri için besleyici yiyecekler hazırlaması, ailelerinin hastalara sevgilerini ifade ettiklerini düşündürmüştür. Diğer duygusal destek kaynakları arasında akrabalar, hemşireler, doktorlar, diğer hastalar, arkadaşlar ve meslektaşların yer aldığı belirtilmiştir. Hastaların özellikle hemşireler ve diğer hastaları iki önemli destek kaynağı olarak gördükleri, hemşireleri hekimlerden daha ulaşılabilir ve destekleyici buldukları, onlardan daha kolay bilgi aldıkları belirtilmiştir. Ancak aynı çalışmada bu bulguların aksine bazı hastaların düşünceleri; hemşirelerin iş yoğunluğu nedeniyle hastaların psikolojik sorunlarına zaman ayıramadıkları, psikolojik destekten ziyade hastaların bedensel bakımından sorumlu olduğu, hastaların psikososyal sorunlarının kendi özel sorunları olduğu ve bu yüzden sosyal desteği de ailelerinden almaları gerektiğine inandıkları ifade edilmiştir (Liu vd 2005). Özyurt'un (2007) 92 kanser hastası ile yaptığı çalışmada, hastaların yarısından fazlasının tedavileri hakkında bilgileri olmadığı

bulunmuştur. Aynı çalışmada hastaların önemli bir kısmının sağlık personelinin aldığı desteği "ara sıra" olarak ifade ettiği bildirilmiştir.

Serçekuş ve Başkale'nin (2015) yaptığı çalışmada, kanser hastaları dini inancın ve ibadet etmenin hastalıkla baş etmede kendilerini olumlu etkilediğini ifade etmiştir. Dedeli ve Karadeniz'in (2009) derleme çalışmasında, spiritüalitenin kanser ağrısıyla başa çıkmada etkili olduğu ortaya konmuştur. Puchalski (2012) yaptığı derleme çalışmasında, spiritüalitenin kanser hastalarının hastalıklarını yeniden biçimlendirmelerini, hayatı daha fazla anlamlandırmalarını ve kendilerini değerli hissetmelerini sağlayan olumlu bir güç olabileceği sonucunu bulmuştur. Akyüz vd (2008) yaptıkları çalışmada, jinekolojik kanserli hastalar; aile üyeleri ve arkadaşlarından destek aldıklarını, baş etme yöntemi olarak dua ettiklerini, psikolojik yardım aldıklarını, diğer hastalarla konuştuklarını ya da hastalığı kabullendiklerini ifade etmişlerdir. Türk kültüründe ve diğer kültürlerde kanser hastalarının maneviyatı, dini inancı ve kaderciliği kanserle baş etme yöntemi olarak kullandığı başka çalışmalarda da ortaya konulmuştur (Weaver ve Flannelly 2004, Boscaglia vd 2005, Tan 2007).

Yapılan araştırmalar kanser hastalarının zamanında karşılanan bilgi gereksinimlerinin hastalıkla baş etmelerine yardımcı olduğunu ortaya koymaktadır (Johnson 2003, Liu vd 2005). Hastalıkları ve tedavileri hakkında yeterli bilgiye sahip olan kanserli hastalar, olumsuz duygularını azaltabilmekte, kontrol hissi kazanabilmekte, hastalığın belirsizliğiyle başa çıkabilmekte ve gördükleri bakımdan daha memnun olmaktadır (Jackson vd 2007, Smith vd 2015).

Tüm bu çalışmalar hastaların kanserle mücadelede etme ve yaşama gücünü arttırma, hastalıkla yüzleşmeyi ve tedaviye uyumu kolaylaştırma, kaygı ve acıyı hafifletme, hastalığın ve tedavilerin yıkıcı etkileriyle baş etme için ailenin, çevrenin ve sağlık personelinin sağladığı sosyal desteğin önemini ortaya koymaktadır (Ülger vd 2014).

2.5. Bakım Verme Sürecinde Aile Üyelerinin Yaşadığı Zorluklar

Kanser tanısı alan hastaların sayısı arttıkça, aile üyelerinin kanser hastası yakınları üzerindeki sorumluluğu da aynı ölçüde artmaktadır (Hassett 2010). Bu yüzden kanser, yalnızca tanı alan kişinin problemi olmaktan çok aile üyelerini de fiziksel, duygusal, sosyal ve ekonomik yönden etkileyen bir hastalık olarak karşımıza çıkmaktadır (Kim ve Given 2008, Çivi vd 2011, Atagün vd 2011, Terakye 2011, Lopez vd 2012, Serçekuş vd 2014, Sarıtaş ve Büyükbayram 2016).

Bakım veren bireyler bir yandan hastalarının yaşadığı fiziksel ve psikososyal semptomlar karşısında tampon görevi yapmaya çalışırken, bir yandan da edindikleri "bakım verici" rolüne alışmaya, içine girdikleri kriz durumuna uyum sağlamaya ve eski yaşantılarını sürdürmeye çalışmaktadır. Dolayısıyla tüm bu süreç, bakım veren aile üyelerini pek çok açıdan zorlamaktadır (Atagün vd 2011, Terakye 2011, Erdoğan ve Yavuz 2014).

2.5.1. Fizyolojik Zorluklar

Bakım verme sürecinde yaşanan güçlükler bakım vericileri yalnızca psikolojik anlamda değil fiziksel anlamda da olumsuz etkileyerek zorlanma yaşamalarına sebep olur (Erdoğan ve Yavuz 2014).

Karabuğa-Yakar ve Pınar'ın (2012) çalışmasında, bakım veren aile üyelerinin %9.2'si bakım vermenin fiziksel sağlıklarını olumsuz etkilediğini ifade etmiştir. Tsigaropoulos vd (2009) yaptıkları çalışmada, bakım verenlerin %54'ünün ağrı gibi rahatsız edici fiziksel semptomlar yaşadıklarını bulmuştur. Karabulutlu vd (2013) çalışmasında, bakım verenlerin %11.3'ünün kendi sağlık durumunu ve %88.7'sinin uyku kalitesini kötü olarak algıladığını bulmuştur. Ferrel vd (2002) yaptığı çalışmada, bakım veren aile üyelerinin aşırı yorgun hissettikleri ve bakım verme süreci başladıktan sonra pek çok sağlık sorunu yaşadıklarını bulmuştur. Şahin vd (2009) 165 bakım veren üzerinde yaptığı çalışmada, katılımcıların yarısının bakım verme sürecinin bir sonucu olarak fiziksel sağlıklarını kötü hissettiklerini bildirmişlerdir. Ferrel vd (1999) çalışmasında, bakım verenlerin uyku bozuklukları, yorgunluk, iştahsızlık ve ağrı yaşadıklarını bulmuştur. Palos vd (2011), bakım veren aile üyelerinin yorgunluk ve uyku problemleri yaşadıkları sonucuna ulaşmışlardır. Benzer şekilde Siegel vd (1991) çalışmasında, bakım vericilerin uyku bozuklukları yaşadıklarını bulmuştur. Literatürde yer alan pek çok çalışma, bakım veren bireylerin bakım verme sürecinde sık sık uyku problemleri ve fiziksel sağlıklarında bozulmalar yaşadığını göstermektedir (Given vd

2001, Chang vd 2007, Aslan vd 2009, Görgülü ve Akdemir 2010, Cora vd 2012, Karabulutlu vd 2013).

Çivi vd (2011) çalışmasında, bakım veren hasta yakınlarının %20'sinin genel sağlık durumlarının kötü olduğunu, %25.4'ünün ise yaşamından memnun olmadığını bulmuştur. Rivera (2009) yaptığı derleme çalışmasında, kanser hastalarına bakım verenlerin kalitesiz uyku, kilo kaybı, soğuk algınlığı, yorgunluk ve enerji kaybı gibi zorluklar yaşadığını ifade etmiştir. Görgülü ve Akdemir'in (2010) çalışmasında, bakım verenlerin %30'unun sağlık problemi yaşadığı, uyku kalitelerinin azaldığı ve yorgunluk düzeylerinin arttığı ifade edilmiştir. Aynı çalışmada bakım verenlerin öz bakım güçlerinin olumsuz etkilendiği ve bu konuda eğitim ve danışmanlık verilerek olumsuz etkilerin azaltılabileceği bulunmuştur. Meme ve jinekolojik kanserli hastaların bakım veren eşleri ile yapılan kalitatif bir çalışmada, tanıdan sonraki ilk 3 ay eşlerin yorgunluk, kas ağrıları, uyku düzensizlikleri yaşadığı, ancak 6 ay sonra bu belirtilerin azaldığı ve bakım sürecine uyum sağlamaya başladıkları bulunmuştur (Lopez vd 2012). Karaaslan (2013) yaptığı çalışmada, bakım vericilerin sıklıkla yorgunluk, konstipasyon, uyku problemleri, kişisel bakımda ve iştahta azalma yaşadıklarını belirtmiştir. Mancini vd (2011) yaptıkları çalışmada, bakım verenlerin uykusuzluk, şiddetli yorgunluk, iştah kaybı, kilo verme, idrar yolu enfeksiyonu, egzama ve sedef hastalığı gibi fiziksel sorunlar yaşadıklarını bulmuştur. Serçekuş vd (2014) çalışmasında, bakım veren bireylerin baş ağrısı, uykusuzluk gibi problemler yaşadıklarını, mevcut sağlık sorunlarının arttığını ya da hipertansiyon gibi yeni hastalıkların ortaya çıktığını ifade etmiştir. Blum ve Sherman'ın (2010) derleme çalışmasında, bakım vermenin fizyolojik stresinin kalp hastalıkları, hipertansiyon, kanser ve bağışıklık sisteminin bozulması gibi fiziksel zorluklara neden olabildiği vurgulanmıştır. Yapılan bir derleme çalışmasında, kanser hastasına bakım veren bireylerin bakım yükü arttıkça kendi sağlık gereksinimlerine yeterli vakit ayıramadıkları ortaya konulmuştur (Given vd 2001).

2.5.2. Psikolojik, Duygusal, Sosyal Zorluklar ve Bakım Verme Yükü

Bakım veren hasta yakını konumunda bulunmak, bireye alıştığı rol ve sorumlulukların ötesinde yeni rol ve sorumluluklar yükleyerek duygusal yükü artırır (Terakye 2011).

Mancini vd (2011) yaptıkları kalitatif çalışmada, bazı bakım verenlerin içine kapandığını, seyahat ya da eğlence faaliyetlerini sınırlandırdıklarını; bazı bakım verenlerin ise aile rutinlerini olabildiğince normal seviyede tutmaya çalıştıklarını bulmuştur. Lopez vd (2012) çalışmasında, erkek bakım veren eşlerin ev işleri, yemek yapma gibi alışık olmadıkları rolleri devralmak zorunda kaldıklarını; eşleri kanser tanısı

aldıktan sonra tatile gidememe, arkadaşlarla görüşememe, rutin sosyal aktivitelerin kesintiye uğraması gibi yaşamlarında mecburi değişiklikler yapmak zorunda kaldıklarını ifade etmiştir. Babaoğlu ve Öz'ün (2003) yaptığı çalışmada, bakım veren eşlerin sosyal etkileşimlerinde ve eğlence faaliyetlerinde kısıtlanmalar; günlük işleri sürdürmede yetersizlik, rol performansında değişim ve sosyal izolasyon yaşadıkları; tüm bunların bakım verme sürecinde zaten var olan korku, anksiyete, depresif duygulanım ve belirsizlik duygularını daha da arttırdığı bulunmuştur. Karaaslan (2013) kanser hastasına bakım veren 150 primer bakım verici üzerinde yaptığı çalışmada, katılımcıların %50.7'sinin sıkıntı hissi yaşadığını, %50'sinin ağlama isteği olduğunu, %32.7'sinin korktuğunu ve % 35.3'ünün iletişim kurmak istememe gibi psikolojik sorunlar yaşadığını ortaya koymuştur. Görgülü ve Akdemir'in (2010) çalışmasında, bakım verenlerin ev işlerini yerine getirmede zorlandıkları, %56.7'sinin kendine zaman ayıramadığı, %50'sinin hastasına bakmaktan dolayı stres yaşadığı, %43.3'ünün tedavinin seyrindeki belirsizliklerden kaynaklı endişe duyduğu, %40'ının kızgınlık, %36.7'sinin kontrol kaybı yaşadığı bulunmuştur. Öner'in (2012) çalışmasında, bakım verenlerin %62.5'inin aile içindeki rol ve sorumluluklarında değişme yaşandığı ortaya konmuştur. Benzer olarak Toptaş (2013) çalışmasında, bakım verenlerin bu süreçte kendilerine zaman ayıramadıkları, rol değişimi yaşadıkları, neredeyse tüm gün hastalarıyla ilgilenmek zorunda kaldıkları ve bakım vermeyi bir borç olarak gördükleri için fiziksel ve duygusal anlamda bakım yükü yaşadıklarını göstermiştir.

Tsigaropoulos vd (2009) çalışmasında, bakım verenlerin hastalarının geleceğine ilişkin endişelendiğini, mutsuzluk, üzüntü ya da depresyon yaşadığını bulmuştur. Çivi vd (2011), hasta yakınlarının % 60.9'unun eskiye göre daha duygusal olduğunu, %10'unun orta ve şiddetli derecede depresyon yaşadığını bulmuştur. Rivera (2009) çalışmasında, bakım verenlerin önceden keyif aldığı faaliyetlere ilgisini yitirdiğini, kararsızlık, konsantre olamama gibi sorunlar yaşadığını ortaya koymuştur. Friðriksdóttir vd (2011) 223 bakım veren üzerinde yaptığı çalışmada, katılımcıların %20'sinin anksiyete, %41'inin depresif belirtiler yaşadığını bulmuştur. Rhee vd (2008) kanser hastasına bakım veren bireyler üzerinde yaptığı çalışmada, bakım verenlerin %67'sinde yüksek, %35'inde çok yüksek depresyon puanı bulmuştur. Karaaslan'ın (2013) yaptığı çalışmada, bakım vericilerin %64,8'inin evin temizliği ile ilgilenemediğini, %63,4'ünün ailesine zaman ayıramadığını, %56.7'sinin komşuluk ilişkilerinde, %44'ünün de diğer insanlarla ilişkilerinde azalma yaşadığı ve %20,7'sinin sık sık tartışma yaşadığı bulunmuştur. Chen vd (2007) 150 kanser hastasının eşleri ile yaptıkları çalışmada, bakım veren eşlerin aile ilişkilerinde sorunlar yaşadığını bulmuştur. Toptaş (2013) yaptığı çalışmada, bakım verenlerin bir kısmının moral bozukluğu yaşadığını, aile düzenlerinin bozulduğunu ve diğer aile üyelerine vakit

ayıramadıklarını; bir kısmının da bu hastalığın aile üyelerini bir araya getirerek kenetlenmelerini sağladığını bulmuştur. Karabulutlu vd (2013) çalışmasında, bakım verenlerin %72'sinde depresyon, %46'sında anksiyete riskinin olduğunu ortaya koymuştur. Aynı çalışmada bakım verme sürecinde destek alamayan, kendi sağlıklarını kötü algılayan ve bakım vermeye bağlı diğer sorumlulukları etkilenen bakım vericilerde depresyon puan ortalamalarının daha fazla olduğu bulunmuştur. Karabuğa-Yakar ve Pınar'ın (2013) çalışmasında, bakım verenlerin yarısından fazlasının bireysel sorumluluklarını yerine getiremediği, %15'inin aile ilişkilerinde, %45'inin de evlilik ilişkilerinde zorluk yaşadıkları bulunmuştur. Karaaslan'ın (2013) çalışmasında, bakım verme sürecinde yalnız olan ve başka birine daha bakma durumu olan bakım vericilerin bakım yükünün daha fazla olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada bakım verme sürecinin uzamasının bakım vericinin çeşitli stresörlere daha uzun süre maruz kalmasına, duygusal, fiziksel ve ekonomik olarak daha fazla yıpranmasına sebep olacağı için bakım yükünün arttığı ortaya konulmuştur. 89 bakım veren aile üyesi üzerinde yapılan bir çalışmada, bakım verenlerin zorlanma düzeyinin bakım verme süreci ile doğru orantılı olduğu, süreç uzadıkça bakım verenlerin depresyon ve duygusal zorlanma belirtilerini daha fazla yaşadığı bulunmuştur (Grunfeld vd 2004). Benzer şekilde Palos vd (2011) çalışmasında, bakım verme süreci arttıkça bakım verenlerin stres düzeyinin arttığını bulmuştur. 88 bakım veren üzerinde yapılan bir çalışmada bakım verenlerin hastasına yönelik ölüm korkularının olması, kendisinin de kansere yakalanabileceğini düşünmesi, bu yüzden hayatında bazı değişiklikler yapma ihtiyacını hissetmesi ve tedavi-bakım süreci boyunca devamlı hastalarına eşlik etmelerinden ötürü kaygı ve öfke düzeylerinin yüksek olduğu bulunmuştur (Bilge ve Ünal 2005). Terakye (2011) derleme çalışmasında, kanser hastasına bakım veren aile üyelerinin sık sık ağladığı; suçluluk, korku, çaresizlik, güçsüzlük, umut kaybı, depresif duygulanım yaşadığı; hastasına aşırı ilgi ya da ilgisizlik, hasta odasında çok kalma, sağlık personelinin her yaptığını sorgulama/karışma gibi davranışlar sergilediğini ifade etmiştir. Mancini vd (2011) yaptıkları çalışmada, bakım verenlerin korku, endişe, geleceğe dair şüphe, güçsüzlük, stres, üzüntü, depresyon, güvensizlik, adaletsizlik/haksızlık gibi pek çok duygu yaşadığını, endişe ve korkunun diğer insanlarla olan iletişimlerini olumsuz etkilediğini ortaya koymuştur. Sarıtaş ve Büyükbayram'ın (2016) çalışmasında, bakım verenlerin aile ve iş yaşamındaki rollerinin etkilendiği bulunmuştur. Serçekuş vd (2014) yaptıkları kalitatif çalışmada, bakım veren aile üyelerinin şok, endişe, güçsüzlük, sınırlılık, yakınıni kaybetme korkusu gibi olumsuz psikolojik duygular yaşadıklarını, sosyal yaşantılarının kısıtlandığını, çocuklarıyla yeterince ilgilenemediklerini bulmuşlardır. Benzer şekilde Lopez vd (2012) yaptığı çalışmada, bakım verenlerin eşlerini kaybetme korkusu ve belirsizlik duyguları yaşadığını bulmuştur.

Türk kültüründe olduğu gibi, başka kültürlerde yapılan çalışmalarda da bakım verme işini çoğunlukla kadınların gerçekleştirdiği ve bunun kadının bir görevi olarak görüldüğü, bu yüzden kadın bakım verenlerin bakım yükünün arttığı ve zorlanma yaşadığı ortaya konmuştur (Kim vd 2007, Karabuğa-Yakar ve Pınar 2013, Karaaslan 2013, Sarıtaş ve Büyükbayram 2016). Kim vd (2007) yaptığı çalışmada, kadın bakım vericilerin bakım verme işini toplumsal bir görev olarak kendilerinin yapması gerektiğini düşündüklerini, bu durumun stres ve kaygı düzeylerini arttırdığını bulmuşlardır. Aynı çalışmada erkek bakım vericilerin kadınlar kadar psikolojik zorlanma ve stres yaşamadıkları bulunmuştur. Sarıtaş ve Büyükbayram'ın (2016) bakım veren 250 hasta ve yakını üzerinde yaptığı çalışmada, bakım veren kadınların sayısının ve anksiyete seviyesinin erkeklerden daha yüksek olduğu, sebebinin ise kültürümüzde kadınların hasta bakımı ile daha fazla ilgilendiği ve sorumluluklarını yerine getirirken daha hassas davrandıkları ortaya konmuştur. Benzer şekilde Karabuğa-Yakar ve Pınar'ın (2013) yaptığı çalışmada bakım verenlerin çoğunluğunu kadınlar oluşturmaktadır; hasta bakımının kadınların doğal bir görevi olarak algılanmasının ve kadının hem bakıcı rolünü üstlenip hem de eve ait rollerini gerçekleştirmeye çalışmasının bakım veren kadınların algıladığı yükü arttırdığı ifade edilmiştir.

Ülkemizde genellikle kanser tanısı, tanıyı alan bireye değil bireyin yakınlarına açıklanmaktadır. Bu durum ise hasta yakınının gerçeği hastasından saklama ihtiyacı hissederek duygusal yük altına girmesine neden olabilmektedir (Terakye 2011). Bu bilgilere paralel şekilde, yapılan bir çalışmada hasta yakınlarının çoğunun hastalarını üzebilir kaygısıyla olumsuz duygularını göstermemeye gayret ettikleri ancak bu durumun kendilerini olumsuz etkilediği ortaya konmuştur (Serçekuş vd 2014). Benzer şekilde Mancini vd (2011) yaptıkları çalışmada, bakım verenlerin endişelerini gizledikleri, hastalarının ruh haline göre ve normalde olduklarından daha toleranslı davrandıklarını belirtmişlerdir.

Cora vd (2012) çalışmasında, bakım verenlerin anksiyete, depresyon, öfke, hayal kırıklığı yaşadığını; sık sık hastalarının ölümünü düşündüklerini bulmuştur. Aynı çalışmada bakım verenlerin hastaları hakkında daha fazla bilgilene ihtiyacı olduğu ifade edilmiştir. Benzer şekilde Lopez vd (2012) çalışmasında, bakım veren eşlerin bazılarının duygularını ifade etmekte ve iletişim kurmakta zorlandığını, desteklenme ihtiyacı hissettiğini ortaya koymuştur. Aynı çalışmada eşlerin tedavi, yan etkiler ve bakım sürecine yönelik detaylı bilgilene gereksinimleri olduğu, sağlık personeli tarafından bu ihtiyaçları giderilmediğinde ise hayal kırıklığı ve öfke yaşadıkları bulunmuştur. Öner'in (2012) çalışmasında, bakım verenlerin en fazla tedavi ve hastalığın seyri hakkında bilgilene ihtiyacı hissettikleri bulunmuştur. Applebaum ve Breitbart'ın (2012) derleme çalışmasında, kanser hastasına bakım verenlerin bilgi

gereksinimlerinin; tedavi ile ilgili bilgiler, teşhis/prognoza ilişkin bilgiler, başa çıkma bilgisi, öz bakım/evde bakım hakkında bilgi, kansere özgü bilgiler, kanserin aile üzerindeki etkileri hakkında bilgi, sosyal destek alma üzerine bilgi, eş ilişkileri hakkında bilgi, pratik bakım hakkında bilgi, hastane bakımı hakkında bilgi ve takip/rehabilitasyon bilgileri olduğunu ortaya koymuşlardır.

Tüm bu çalışmalar kanser tanısı alan birey kadar bakım veren aile üyelerinin de birçok açıdan sorun yaşadıklarını ortaya koymaktadır. Literatür incelendiğinde, yapılan çalışmalarda bakım veren aile üyelerinin bakım verme sürecinde sağlık personelleri tarafından yeterince karşılanmamış bakım gereksinimlerinin olduğu görülmektedir (Friðriksdóttir vd 2011, Cora vd 2012, Serçekuş vd 2014). Yapılan bir çalışmada bakım verenlere uygulanan planlı eğitimin bakım yükünü azaltarak baş etmeyi kolaylaştırdığı ortaya konmuştur (Uğur ve Fadiloğlu 2012). Bu yüzden sağlık personellerinin bakım verme sürecinde yalnızca hastaların değil bakım verenlerin de ihtiyaçlarını değerlendirmeye ve gidermeye yönelik girişimlerde bulunması büyük önem taşımaktadır (Kızılcı 1999, Rhee vd 2008, Şahin vd 2009, Northfield ve Nebauer 2010, Friðriksdóttir vd 2011, Im Song vd 2011, Atağün vd 2011, Uğur ve Fadiloğlu 2012, Douglas vd 2012, Karabuğa-Yakar ve Pınar 2013, Serçekuş vd 2014, Sarıtaş ve Büyükbayram 2016).

2.5.3. Ekonomik Zorluklar

Kanser hastalığı fiziksel, sosyal ve duygusal pek çok zorluğu beraberinde getirirken bir taraftan da ekonomik anlamda büyük sorunlara neden olarak hasta ve bakım veren aile üyelerini zorlamaktadır (Yun vd 2005, Karabuğa-Yakar ve Pınar 2013). Literatüre bakıldığında tıbbi masrafların, hastane-ev arası hasta transferine harcanan paraların ailelerin ekonomilerini etkilediği ve aile yaşantısında pek çok değişikliğe sebep olduğu görülmektedir (Emanuel vd 2000, Rhee vd 2008, Tsigaropoulos vd 2009, Şahin vd 2009, Karabuğa-Yakar ve Pınar 2013, Toptaş 2013).

Görgülü ve Akdemir'in (2010) çalışmasında, bakım veren aile üyelerinin %46.7'sinin ekonomik zorlanma yaşadığı bulunmuştur. Öner'in (2012) çalışmasında, bakım verenlerin sağlık giderlerini karşılarken ekonomik anlamda zorlandıkları ve bu durumun algıladıkları bakım yükünü arttırdığı bulunmuştur. Mosher vd (2013) yaptığı çalışmada, bakım vericilerin %28'inin gelirlerinin önemli bir kısmını kaybettiğini, %18'inin birikimlerini harcadığını, %45'inin çalışma saatinin azaldığını, %18'inin işinden ayrıldığını, %22'sinin eğitim planlarında değişiklik yapmak zorunda kaldığını bulmuştur. Karabuğa-Yakar ve Pınar'ın (2013) çalışmasında, bakım verenlerin %30'unun çalışma

hayatında zorluk yaşadığı bulunmuştur. Tsigaropoulos vd (2009) yaptığı çalışmada, hasta yakınlarının %51.3'ünün ekonomik yüklerinin arttığını, %32.9'unun ev-hastane arası hasta transferinde zorlandıklarını bulmuştur. Şahin vd (2009) çalışmasında, bakım verenlerin %65.15'inin gelir düzeyinin düşük olduğunu ve %49.4'ünün ulaşım ve maddi yönlerden zorlandığını bulmuştur. Emanuel vd (2000) bakım vermenin ekonomik yüklerini inceledikleri çalışmada, hane halkının gelirinin en az %10'unu sağlık bakımı için harcadığını, kredi çektiğini, bazı bakım verenlerin iki iş yerinde çalıştığını ve tasarruf etmek zorunda hissettiklerini ortaya koymuştur. Ferrel vd (1999) çalışmasında, bazı aile üyelerinin bakım verme sürecinde birikimlerini harcadığını, ikinci bir işe başladığını, işsiz kaldığı için kurumlara başvurduğunu, taşınmaz mallarını ya da değerli eşyalarını sattığını, faturalarını ödeyemediğini, yaşam tarzı değişikliği yapmak zorunda kaldığını, yakınlarından borç aldığını, iflas ettiğini bulmuştur. Karaaslan'ın (2013) çalışmasında, bakım veren aile üyelerinin %64.7'sinin finansal problemler yaşadıkları ve %35.1'inin başkalarından maddi destek almak zorunda kaldıklarını bulmuştur. Rhee vd (2008) 310 bakım veren üzerinde yaptıkları çalışmada, ailelerin büyük çoğunluğunun ağır mali yüklerle karşılaştığını bulmuşlardır. Aynı çalışmada bakım verme sürecinde ailelerin; daha ucuz bir eve taşınması, bazı aile üyeleri için eğitim planlarının değiştirilmesi, birikimlerin harcanması, diğer aile üyelerinin aciliyet arz etmeyen tıbbi bakımının ertelenmesi gibi mali kısıtlanmalar yaşadıkları ortaya konmuştur. Çivi vd (2011) çalışmasında, bakım verenlerin %60'ının iş gücünde, %58.2'sinin günlük iş performansında azalma olduğunu bulmuştur. Ferrel vd (2002) çalışmasında, bazı hasta yakınlarının hasta bakımını daha rahat yerine getirebilmek için işlerinden ayrılmak zorunda kaldığını bulmuştur. Serçekuş vd (2014) yaptığı çalışmada, bakım verenlerin bazılarının ulaşım ve maddi güçlükler yaşadıklarını, işlerini bırakmak zorunda kaldıklarını bulmuştur. Benzer şekilde Toptaş (2013) yaptığı çalışmada, bakım verenlerin bazılarının işlerinden ayrılmak, iş yerlerini kapatmak ya da emekli olmak zorunda kaldıklarını bulmuştur.

2.5.4. Sosyal Destek ve Baş Etme

Kanser hastası bir birey tanı aldığı andan itibaren nasıl ki içine düştüğü bu kriz durumunda desteklenme ihtiyacı hissediyorsa, aile üyelerinin de aynı şekilde desteklenme ihtiyacı vardır (Terakye 2011). Bakım veren aile bireylerinin hastalığın getirdiği pek çok yükü baş edebilmek için aile, arkadaş çevrelerinden ve sağlık personelinden sosyal ve duygusal destek görmeye, yalnız olmadıklarını hissetmeye, bilgilendirilmeye ihtiyaçları vardır (Erdoğan ve Yavuz 2014).

Babaoğlu ve Öz (2003) 103 bakım veren eş üzerinde yaptığı çalışmada, eşlerin hastalarını içinde bulunduğu fiziksel ve duygusal durumda görmeye hazırlıklı olmadıklarını, değişen rolleri nedeni ile yeni duruma alışamadıklarını, bu yüzden de problem çözmede ve baş etmede zorlandıklarını ifade etmiştir. Dökmen'in (2012) yaptığı çalışmada, bakım verenlerin gördükleri sosyal desteği yeterli bulmadıkları ve desteklenme ihtiyaçlarının fazla olduğu bulunmuştur. Karaaslan'ın (2013) çalışmasında, bakım veren aile üyelerinin çevresinden ve ailesinden uzak kalması, bakım verme sürecinde yalnız olması nedeniyle aldığı sosyal desteğin az olduğu, bu durumun baş etmeyi zorlaştırdığı bulunmuştur. Serçekuş vd (2014) yaptığı çalışmada, bakım veren aile üyelerinin, hastalarının bakım verme sürecinde gösterdiği öfke ve sinirlilik gibi tepkilerle baş etmede zorlandıklarını ortaya koymuştur. Öner'in (2012) çalışmasında, bakım verenlerin yarımından fazlasının tüm gün hastaları ile birlikte olduğu bulunmuştur. Hastasının bakımıyla tüm gün ilgilenmek zorunda olmanın bakım veren bireyin ev ve diğer işlerinde aksamalara, ebeveynlik rolünü tam olarak yerine getirememesine, hastasının yaşadığı semptomlara daha fazla şahit olmasına ve bu yüzden kendini yetersiz hissetmesine neden olduğu ve baş etmeyi zorlaştırdığı bulunmuştur. Aynı çalışmada bakım veren aile üyelerinin gördükleri sosyal destek arttıkça bakım verme yüklerinin azaldığı; bu durumun da bakım vereni daha güçlü kıldığı, bakım verme sürecinde daha aktif rol alabileceği bulunmuştur. Benzer şekilde Karaaslan'ın (2013) çalışmasında, bakım yükünün sosyal destek artışı karşısında azaldığı bulunmuştur. Chiou vd (2009) çalışmasında, bakım verme yükü ile ailesel sosyal destek arasında ters ilişki bulunmuş, sosyal destek arttıkça aile bireylerinin bakım yükünün azaldığını ve baş etme gücünün arttığını ortaya koymuştur. Gaugler vd (2005) 225 bakım veren üzerinde yaptıkları çalışmada, yeterli ve etkili sosyal desteğe sahip bakım verenlerin stres gibi olumsuz psikolojik etkilerle daha kolay baş edebildiğini bulmuştur. Kim vd (2005) yaptığı çalışmada sosyal destek eksikliğinde bakım veren bireylerin bakım verme yükünün arttığını bulmuştur. Aynı çalışmada bakım yükündeki artışın değişen rollerde de artışa neden olarak kişiler arası ilişkilerde iletişim problemlerinden depresyona kadar birçok sorunu tetiklediği ve baş etmeyi zorlaştırdığı ifade edilmiştir.

Yapılan bir çalışmada, bakım verenlerin baş etme yöntemi olarak; kabullenme, reddetme, dini inançlarına yönelme, probleme odaklanma, karar verme, aile bireylerinin ve arkadaşlarının duygusal desteğini alma, çeşitli gevşeme tekniklerini kullanma gibi yollara başvurduğu ortaya konmuştur (Han vd 2014). Serçekuş vd (2014) çalışmasında, bakım verenlerin Allah'a yönelme, Allah'a şükretme, ibadet etme, günlük işlerini sürdürme, gezme, arkadaşlar ile vakit geçirme, el işleri yapma, televizyon izleme, sigara içme gibi baş etme davranışları sergilediklerini bulmuştur. Benzer

şekilde yapılan kalitatif bir çalışmada, hasta yakınlarının rutin faaliyetlerine devam etme, sosyal destek görmek isteme, fiziksel ya da psikolojik belirtiler için ilaç kullanma, nefes egzersizleri-yoga yapma, pozitif bakış açısı sağlama, hastası hakkında olumsuz düşünmekten kaçınma ve dini uygulamalar yapma gibi baş etme yöntemleri kullandığı görülmüştür (Mosher vd 2015).

Bakım veren bireyler bakım verme sürecinde kendilerini işe yaramaz ve çaresiz hissetme, hastalıktan başka bir şey düşünüp konuşamama, tedavilerin işe yaramayacağını düşünme, iletişim kuramama, öfkelenme, isyan etme, çelişkili duygular yaşama, ölüm düşüncesi taşıma gibi tepkiler göstermekte ve baş etmede oldukça yetersiz kalabilmektedirler (Kim vd 2005, Atagün vd 2011, Palos vd 2011, Öksüz vd 2013).

Pek çok çalışma, bakım veren aile üyelerinin sağlık personeli tarafından yeterince desteklenmediği ve desteklenme ihtiyacı hissettiğini ortaya koymuştur. (Eriksson ve Lauri 2000, Boyle ve Levin 2008, Tamayo vd 2010, Dökmen 2012). Serçekuş vd (2014) yaptığı çalışmada, bakım verenlerin sağlık personelinin daha fazla bilgi alma beklentisi içinde olduklarını bulmuştur. Ayrıca aynı çalışmada bakım veren aile üyelerinin hem hastalarına hem de kendilerine psikolojik destek verilmesi ve alanında uzman doktorların hastaları ile ilgilenmesini istedikleri ortaya konmuştur. Tamayo vd (2010) yaptığı kalitatif çalışmada, bakım verenlerin sağlık personelinin; hasta-hemşire-bakım veren arasında iletişim sağlama, bakım verenlere destek olma, zamanı koordine edebilme, hastalıkla ilgili eğitim verilmesi ve olumlu tutum/davranışlar bekledikleri ifade edilmiştir. Oh (2017) 1397 bakım veren aile üyesi üzerinde yaptığı çalışmada, bakım veren-sağlık personeli arasındaki iletişimin olumsuz ve yetersiz olduğu durumlarda, bakım vericilerin kendilerinin tedavi ve hastalık hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığını düşünerek stres düzeylerinin artacağını ve baş etmelerinin zorlaşacağını ortaya koymuştur. Dökmen'in (2012) yaptığı çalışmada, bakım veren bireylerin sosyal destek ihtiyacının aile, arkadaş, sağlık personelleri tarafından karşılanmasının yanı sıra sistemli ve ihtiyaca yönelik olarak karşılanması gerektiği ifade edilmektedir. Eriksson ve Lauri'nin (2000) çalışmasında, bakım verenlerin sağlık personelinin kendilerine çok az destek verdiği ve destek almaya en fazla ihtiyaç duydukları konunun üzüntüleri hakkında konuşmak olduğu bulunmuştur.

Severek, isteyerek ve kendini kanser hastası yakınının iyileşmesine adayarak başlanan bakım verme süreci, gerekli düzeyde sosyal destek alınmadığı takdirde bakım veren birey üzerinde tükenmişlik, sosyal izolasyon, ruh sağlığında bozulma gibi riskleri de beraberinde getirmektedir. Bu yüzden; bakım veren bireyin aile ya da arkadaş çevresine ilaveten sağlık personellerinin de yeterli bilgilendirme ve duygusal

sosyal destek sağlanması, bireylerin bakım yükünü azaltma ve baş etmelerini kolaylaştırma adına büyük önem taşımaktadır (Dökmen 2012).



3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma niteliksel çalışma olarak yapılmıştır. Nitel araştırma, insanların yaşamlarını nasıl yorumladığı, dünyalarını nasıl inşa ettikleri ve deneyimlerine ne anlam kattıklarıyla ilgilendir. Nitel çalışmalarda amaç insanların hayatlarını ve deneyimlerini nasıl kavradığını anlamaktır (Merrriam 2013). Araştırmada niteliksel araştırma yöntemlerinden olan olgu bilim (fenomenolojik) yaklaşımı kullanılmıştır. Olgu bilim, kişinin çevreyi kendi algılayış biçimine göre nasıl yorumladığını inceler. Bu yaklaşımın amacı; deneyimleri tanımlamak, gruplamak ya da yorumlamaktan çok betimlemek/göz önünde canlandırmaktır (Erdoğan vd 2014).

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Görüşmeler Pamukkale Üniversitesi Hastanesi Fahri Gökşin Onkoloji Merkezi Tıbbi Onkoloji Kemoterapi ünitesinde yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Örnekleme

Araştırma; Pamukkale Üniversitesi Hastanesi Fahri Gökşin Onkoloji Merkezi Tıbbi Onkoloji Kemoterapi ünitesine gelen, kemoterapi tedavisi devam eden, jinekolojik kanser tanısı almış kadınlar ve bakım veren aile üyeleri ile yapılmıştır. Araştırmada, niteliksel araştırmalarda önerilen amaca uygun örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Örnekleme;

Hastalar için; 18 yaş üstü, jinekolojik kanser tanısı almış, araştırmaya katılmaya gönüllü olan kadınlar,

Bakım veren aile üyeleri için; 18 yaş üstü, jinekolojik kanser tanısı alan yakınına bakım veren (hastanın yerine getiremediği ev içi rolleri üstlenen, bakımı ve sağlık kurumuna transferi ile ilgilenen, kemoterapi tedavisi sırasında hastaya refakat eden) ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan aile üyeleri alınmıştır.

Örnekleme alınacak kişi sayısı, görüşmelerde ortaya çıkan kavramlar ve süreçlerin birbirini tekrar etmeye başladığı (Yıldırım ve Şimşek 2013); yeni bilgi elde edilemediği zamana kadar arttırılarak belirlenmiştir (Speziale ve Carpenter 2003, Merriam 2013).

Araştırma kapsamında 11 hasta, 12 hasta yakını olmak üzere toplam 23 kişi ile görüşülmüştür. Hastaların bazılarının tanısını bilmemesi ve hasta/hasta yakınının görüşmeyi kabul etmemesi gibi nedenlerden dolayı görüşme yapılan katılımcıların çoğu aynı aileye mensup değildir. Sadece dört bakım veren aile üyesi araştırmaya alınan hastaların yakınıdır (kardeşi, eşi, kızı).

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplamak amacıyla;

Kişisel Bilgi Formu-1 (EK-1): Hastaların sosyo-demografik özellikleri ve tanı konan jinekolojik kanser türüne ait bilgileri içeren dokuz soruluk bir formdur.

Kişisel Bilgi Formu-2 (EK-2): Bakım veren aile üyelerinin sosyo-demografik özellikleri ile bakım verilen aile üyesine tanı konan jinekolojik kanser türü, bakım verme süresi ve yakınlık derecesine ait bilgileri içeren 10 soruluk bir formdur.

Kanser Tanısı Alan Kadınlar İçin Rehber Görüşme Formu (Ek-3): Kanser tanısı alan kadınlar için literatür ve uzman görüşü doğrultusunda hazırlanan, üç temel sorudan oluşan ve gerektiğinde görüşmeyi yönlendirebilecek yarı yapılandırılmış bir formdur.

Bakım Veren Aile Üyeleri İçin Rehber Görüşme Formu (Ek-4): Jinekolojik kanser tanısı alan aile üyesine bakım veren bireyler için literatür ve uzman görüşü doğrultusunda hazırlanan, üç temel sorudan oluşan ve gerektiğinde görüşmeyi yönlendirebilecek yarı yapılandırılmış bir formdur.

3.5. Verilerin Toplanması

Veriler, araştırmacı tarafından nitel araştırma yöntemlerinden biri olan ve sıkça tercih edilen “görüşme” yöntemi kullanılarak toplanmıştır (Yıldırım ve Şimşek 2013, Merriam 2013).

Görüşme yöntemi; bireylerin deneyimlerine, tutumlarına, görüşlerine, şikayetlerine, duygularına ve inançlarına ilişkin bilgi elde etmede oldukça etkili bir yöntemdir. Görüşme yönteminin bilgiye ulaşmada bir takım güçlü yönleri vardır:

Görüşme yapılan bireyin anlık yanıtları ve tepkileri kaydedilebilir, esneklik sağlayan bir yöntem olduğu için görüşmeci gerektiğinde soruların sırasını değiştirebilir, daha derinlemesine yanıtlar için ek sorular sorulabilir ve görüşmeci doğrudan sürece dahil olduğu için görüşme ortamı üzerinde kontrolü sağlayabilir (Yıldırım ve Şimşek 2013).

Görüşmeler araştırmacı tarafından Eylül 2016-Mayıs 2017 tarihleri arasında, kemoterapi ünitesinde sessiz ortamın sağlandığı bir odada yapılmıştır. Her katılımcı ile bir kez görüşülmüş olup, görüşmeler yaklaşık 30-45 dakika sürmüştür. Görüşmelerin tamamı katılımcılardan izin alınarak ses kayıt cihazına kaydedilmiştir.

3.6. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için PAÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan (etik kurul onay tarihi ve numarası: 19.07.2016/ 60116787-020/44578) izin alınmıştır (EK-5). Araştırmanın PAÜ Hastanesi Fahri Gökşin Onkoloji Merkezi Tıbbi Onkoloji Kemoterapi ünitesinde yapılabilmesi için PAÜ Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü'nden izin alınmıştır (EK-6). Görüşmelerden önce, katılımcılara çalışma hakkında yazılı ve sözlü olarak bilgi verilmiş, görüşmelerin ses kayıt cihazına alınacağı açıklanmış, çalışmaya katılmanın gönüllüğe bağlı olduğu, istedikleri zaman görüşmeyi sonlandırıp çalışmadan çekilebilecekleri ve isimlerin saklı tutulacağına yönelik güvence verilerek katılımcının sözlü ve yazılı (EK-7) onamları alınmıştır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde içerik analizi kullanılmıştır. İçerik analizindeki temel amaç, toplanan verileri açıklayabilecek kavramlara ve ilişkilere ulaşmaktır (Yıldırım ve Şimşek 2013).

Verilerin ham dökümü araştırmacı tarafından yapılmıştır. Dökümü yapılan veriler iki araştırmacı tarafından birbirinden bağımsız olarak;

- Verilerin kodlanması,
- Temaların bulunması,
- Verilerin temalara ve kodlara göre düzenlenmesi ve tanımlanması,
- Bulguların yorumlanması, süreçlerinden oluşan içerik analizi aşamaları doğrultusunda işlenip yorumlanarak rapor haline getirilmiştir (Yıldırım ve Şimşek 2013, Erdoğan vd 2014).

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırmacının sağlık personeli olması, bazı katılımcıların sağlık personeli ile ilgili olumsuz dūřüncelerini tam anlamıyla ifade etmelerini engellemiş olabilir.
- Araştırmacının erkek olması ve kùltürel olarak toplumumuzdaki bireylerin cinsel konular hakkında konuşmaktan kaçınmaları; katılımcıların yaşadıkları cinsel sorunları ifade etmelerini zorlaştırmış olabilir.



4. BULGULAR

4.1. Hastaların Demografik Özellikleri

Tablo 8 Hastaların demografik özellikleri

Demografik Özellikler	Hastalar (n: 11)
Yaş*	57.09 ± 8.34
Eğitim Durumu**	
İlköğretim	9 (81.8)
Üniversite	2 (18.2)
Medeni Durum**	
Evli	9 (81.8)
Bekar	2 (18.2)
Çalışma Durumu**	
Çalışan	1 (9.1)
Çalışmayan	10 (90.9)
Ekonomik Durum**	
Gelir giderden az	2 (18.2)
Gelir gidere denk	8 (72.7)
Gelir giderden fazla	1 (9.1)
Meslek**	
Ev hanımı	9 (81.8)
Emekli	1 (9.1)
Öğretmen	1 (9.1)
Kanser Tipi**	
Serviks	2 (18.2)
Endometrium	3 (27.3)
Over	6 (54.5)
Tanı Süresi**	
12 aydan az	3 (27.3)
1-2 yıl	1 (9.1)
3-5 yıl	5 (45.5)
5 yıldan fazla	2 (18.2)
Tedaviler**	
Cerrahi+kemoterapi	6 (54.5)
Cerrahi+kemoterapi+radyoterapi	5 (45.5)

*Ortalama ± standart sapma verilmiştir.

** Frekanslar verilmiştir. Parantez içindeki değerler yüzdelerdir.

Çalışmaya katılan hastaların demografik özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 8'de verilmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması 57, çoğu ilköğretim mezunu, evli, herhangi bir işte çalışmayan, ev hanımı, over kanseri tanısı almış bireylerdir. Hastaların %72.7'si ekonomik durumlarını gelir gidere denk şekilde tanımlamış, %45.5'i tanıyı 3-5 yıl önce almış ve %54.5'i cerrahi+kemoterapi tedavisi görmüştür.

4.2. Jinekolojik Kanser Tanısı Alan Kadınların Deneyimlerine İlişkin Bulgular

Jinekolojik kanser tanısı alan hastalarla yapılan görüşmeler sonucunda elde edilen veriler dört tema altında toplanmıştır. Temalar ve kategoriler aşağıdaki gibi gruplandırılmıştır.

4.2.1. Kansere ve Kanser Nüks Etmesine İlk Tepkiler

4.2.2. Kanser Yaşattığı Zorluklar

- 4.2.2.1. Fizyolojik/fiziksel zorluklar
- 4.2.2.2. Psikolojik zorluklar
- 4.2.2.3. Sosyal hayata dair zorluklar
- 4.2.2.4. Ekonomik zorluklar
- 4.2.2.5. Cinsel hayata dair zorluklar
- 4.2.2.6. Sağlık kurumundan kaynaklı zorluklar

4.2.3. Kanserle Baş Etme

- 4.2.3.1. Genel baş etme davranışları
- 4.2.3.2. Sosyal destek
- 4.2.3.3. Din/kadercilik
- 4.2.3.4. Duyguları gizleme
- 4.2.3.5. Pozitif bakış açısı

4.2.4. Sağlık Kurumundan Beklentiler

4.2.1. Kansere ve Kanserin Nüks Etmesine İlk Tepkiler

Görüşme yapılan jinekolojik kanserli hastaların tamamına yakını tanıyı ilk duyduklarında şok, şaşkınlık, üzüntü, hastalığa inanmama, yıkılma hissettiklerini ve bazıları ağladıklarını ifade etmişlerdir.

“Çok kötü hissettim kendimi. Resmen dondum kaldım... Moralim çok bozuldu tahmin edemezsin. Önceden hani herkeste duyar çok üzülürdüm. Ama bir gün benim de başıma geleceğini hiç tahmin etmezdim. Tam bir yıkım oldu benim için.” (Over ca, 53)

“Üzuldüm tabi, yıkıldım... Ne yapacağımı bilemedim. Çok kötü oldum, şimdi bile anlatamıyorum tam...” (Serviks Ca, 55)

“Bu hastalık... Şok oldum yani dünya başıma yıkıldı. Nasıl olabilir yani böyle bir şey dedim.” (Endometrium ca,53)

Hastalardan ikisi, hastalığı kendine yakıştıramadığını şu şekilde ifade etmiştir:

“Kendime yakıştıramadım. Benim gibi bir insan böyle olamaz yani. Benim gibi o kadar temiz titiz bir insan...” (Endometrium ca,55)

“İlk öğrendiğim zaman aslında kendime konduramadım. Yoktur böyle bir şey dedim.” (Endometrium ca, 62)

Görüşme yapılan bazı hastalar tanıyı ilk öğrendiklerinde ya da kanser metastaz yaptığında, neden başlarına bu durumun geldiğini sorguladıklarını ifade etmişlerdir.

“Neden ben diyorsun... Etrafta bu kadar huysuz insan varken neden ben? Allah'ım ben ne kötülük ettim, başkalarına göre suçum daha mı çoktu diyorsun.” (Over ca, 63)

“Neden benim başıma geldi diye sorguladım ilk başlarda. Ben acaba kötü bir şey mi yaptım da benim başıma geldi veya buna benzer şeyler düşünüyorsunuz ilk başta.” (Over ca, 36)

Bazı hastalar bu sorgulamanın sonucunda aşırı üzüntü, aileden birinin vefatı, akrabalarla anlaşmazlıklar, ihmal/sağlığını önemsememe, kendine iyi bakmama,

geçmişte yaşanan sıkıntılar, zor hayat şartları gibi faktörlerden dolayı hasta olduklarını düşündüklerini ifade etmiştir.

“Evlendiğimiz ilk zamanlar çok tartışmalarımız oluyordu. Çok ezildim ben çok. Sonra benim üç tane çocuğum öldü. İlk eşim de genç yaşta vefat etti. Ondan sonra da sıkıntılar çok oldu. Taa o zaman yaşanan şeyler bile bence bu hastalığımı yani bu hastalığın başıma gelmesinde etkili oldu. O zamanlardan hep birikti birikti şimdi de çıkıyor işte. Hepsi toplandı, başıma bu hastalık geldi işte.” (Serviks ca, 68)

“Tedavi bitti ondan sonra biraz daha kontrollüydüm tedbirliydim. Yıllar içerisinde bunu biraz daha ihmal etmeye başladım. Özellikle mesela geçen sene biraz daha fazla ihmal ettim. Ya bunun sonucunda zaten tekrardan nüks oluştu.” (Over ca, 36)

Görüşme yapılan hastalardan bazıları kanser tanısını ilk öğrendiği zaman daha hassas, içine kapanık olduklarını, iletişim kurmak istemediklerini ve gelecek kaygısı yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

“Çok duygusallaştım, hassaslaştım. Mesela yapamadığın, hakkından gelemediğin şeyler oluyor, basit bir şey dahi olsa gücüne gidiyor.” (Endometrium, 57)

“Hastalığı ilk öğrendiğim zaman herkesten kaçtım içime kapandım... Şöyle diyeyim bir iki ay falan kimseyle konuşasım yoktu.” (Endometrium ca, 57)

“Aradan uzun bir zaman geçip de tekrar ortaya çıkması benim geleceğe dair kaygılanmama sebep oldu.” (Over ca, 36)

Görüşme yapılan hastalardan biri, kanserin nüks etmesinin ilk tanı aldığı döneme göre daha üzücü olduğunu ifade etmiştir.

“Bu nüks daha da çok üzdü beni açıkçası. Çünkü beklemiyordum. Beklemezken bir anda oldu.” (Over ca, 36)

Hastalardan ikisi, kanser tanısını ilk öğrendiğinde öleceğini düşündüğünü ve ardında bırakacakları için üzüntüsünü şöyle ifade etmiştir:

“Hadi sen öldün diyelim. Arkanda kalanlar. Ne olacak onlara? Gerçi çocuklarım falan hepsi yetişkin bana muhtaçlıkları yok ama insan düşünmeden edemiyor.” (Over

ca, 59)

“Torunlarına bakıyorsun, çocuklarına bakıyorsun. Ben ölsem çocuklarım kalacak diyorsun.” (Over ca, 63)

4.2.2. Kanserin Yaşattığı Zorluklar

Jinekolojik kanser tanısı almanın hastalara getirdiği zorluklar altı kategori altında toplanmıştır. Bunlar: fizyolojik/fiziksel zorluklar, psikolojik zorluklar, sosyal hayata dair zorluklar, ekonomik zorluklar, cinsel hayata dair zorluklar ve sağlık kurumundan kaynaklı zorluklardır.

4.2.2.1. Fizyolojik/Fiziksel Zorluklar

Görüşme yapılan hastalar hem kanser hastalığının hem de tedavilerin beraberinde getirdiği fiziksel zorluklardan bahsetmişlerdir. Hastalar; ağrı, saç/kaş dökülmesi, yorgunluk, halsizlik, bitkinlik, uykusuzluk, beden imajında değişiklik, fiziksel güçsüzlük, susuzluk, deride kuruluk, ciltte alerji, iştahsızlık, tat almada değişiklik, bulantı, kusma, hipertansiyon, diyabet, tırnaklarda güçsüzlük/değişiklikler, hareket kısıtlılığı, kilo kaybı, konstipasyon, ödem ve cerrahi menopozun etkilerinden kaynaklı sorunlar yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

“Sabaha kadar ağrılarım hiç bitmiyor. Her eklemim ağrıyor. Mideme taş oturmuş gibi bir şey oluyor. Hiçbir şey yiyemiyorum iştahsızlık oluyor. Yani perişan oluyorum ya bildiğin perişan oluyorum... Bulantılarım kusmalarım çok oluyor. Uyku uyuyamıyorum. Sonra vücudum böyle kuruyor gibi oluyor, tırnaklarım güçsüzleşti. Saçlarım zaten hiç sorma çoktan döküldü.” (Over ca, 63)

“Sanki üzerinden araba geçmiş gibi oluyor. Çok kötü ağrı oluyor çok. Vücudum, kemiklerim ağrıyor hep. İştahsızlık, yorgunluk, halsizlik ne ararsan oluyor. Saçlarım, kaşlarım... Hep döküldü.” (Serviks ca, 68)

“Yıpratıyor vücudu tamamen. Halsizlik yapıyor. Yorgun oluyorsun. Mide bulantısı, kabızlık, saçların dökülüyor zaten...” (Over ca, 60)

4.2.2.2. Psikolojik Zorluklar

Görüşme yapılan hastalar hem kanser hastalığının hem de tedavilerin beraberinde getirdiği psikolojik zorluklardan bahsetmişlerdir.

Hastalardan bazıları tanıdan sonra ölüm korkusu yaşadıklarını söylerken, bazı hastalar ölüm korkusu, kanser olma ve ilaç tedavilerinin kendilerini çabuk sinirlendirdiğini, öfke yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

“Acaba 2-3 yıl mı yaşayacağım 5 yıl mı yaşayacağım? Yoksa yarın ölecek miyim? Çok kötü oldum çok... Çok kötü...” (Endometrium ca, 53)

“Düşünsene ben kanserim... Her an ölebilirim... Aklında hep bu var. Yerleşmiş kafana. Bu da haliyle gerginlik yapıyor insanda.” (Endometrium ca, 57)

“Asabiyet oldu bir de ben de. Hasta olmadan önce gülüp geçtiğim şeylere bile kızar oldum. Ama engel olamıyorum bilinçli yaptığım bir şey değil.” (Endometrium ca, 57)

“Önceden her şeye hemen kızmazdım. Bu çıkışlarımı hastalığa ve kemoterapi almama bağlıyorum.” (Endometrium ca, 62)

Hastalardan bazıları kanser tanısını öğrendikten sonra mutsuzluk, üzüntü, kabuslar görme, moral bozukluğu, duygusallık, aşırı hassaslık/alınganlık, belirsizlik duyguları yaşadıklarını, ağladıklarını, kemoterapi almaktan ve mikrop kapmaktan korktuklarını ifade etmişlerdir.

“Şu 2-3 gündür yine bayağı bir mutsuzum, yiyemiyorum içemiyorum. Bir de rüyalar görüyorum. Hah bu bana herhalde onu (ölümü) gösteriyor işte diyorum.” (Serviks ca, 68)

“Mutsuz oluyorum kemoterapi aldıktan sonra ağlıyorum.” (Serviks ca, 68)

“Birinci ve ikinci kemoterapiyi aldığımda kendimi biraz kötü hissettim doğrusu. Çok duygusallaştım. Genelde de duygusal bir insanım ama daha çok duygusallaştım.” (Endometrium ca, 62)

“Bu belirsizlik var ya ahh... Bakalım 3 yıldır ölmedik... Ama yarını görecek miyim Allah bilir...” (Over ca, 62)

“İlaç aldıysam odama çekilip oturuyorum. Çünkü mikrop kaparım diye korkuyorum.” (Over ca, 63)

Hastaların bazıları kanser tanısı aldıktan sonra intihar etmek istediklerini ifade etmişlerdir.

“Kendi kendini öldürmek istiyorsun ilk zamanlar. Ya da bir şey içeyim zehirlenip öleyim diyorsun.” (Over ca, 63)

“Doktora da dedim doktor ben yaşamak istemiyorum artık dedim... Bazen öyle oldu ki nasıl öldürebilirim kendimi diye düşündüm.” (Endometrium ca, 53)

Hastalardan biri depresyon geçirdiğini, psikiyatrik tedavi gördüğünü ve ilaç kullandığını ifade etmiştir.

“Ben eskiden depresyon geçirdim. Hastalıktan sonra tekrar depresyon geçirdim. Tedavi oldum psikiyatriste gittim. Gittim doktora (psikiyatriste) hap verdi işte.” (Serviks ca, 68)

Görüşme yapılan bazı hastalar başkalarına/aileye/bakım verenlere yük olma hissi yaşadıklarını, kendilerini aciz hissettiklerini, başkasına bağımlı olma/birine muhtaç olmanın yaşattığı zorlukları ve yakınlarının hayatının olumsuz etkilenmesine üzüldüklerini şöyle ifade etmişlerdir:

“Başkasına yük olmak insanı üzüyor.” (Over ca, 60)

“Kardeşim bakıyor bana... İlaç aldığım zaman hiç bakamıyorum kendi kendime. Kardeşin de olsa başkasına muhtaç olmak, kendini aciz hissetmek kadar kötüsü yok. Senin yüzünden başkalarının hayatı da etkileniyor. Onlara yük oluyorsun.” (Over ca, 53)

“Kemoterapi almaya beni kızım getiriyordu. Kızımın kayınvalidesi kızım benimle ilgileniyor, ilaç almaya getirip götürüyor diye sorun çıkartmış. Çok kötü oldum. Bunu bayağı bir kafama taktım. Hani benim yüzümden kızımın hayatı etkileniyor diye düşündüm.” (Over ca, 59)

Görüşme yapılan hastalardan bazıları tanıdan sonra insanlardan uzaklaştıklarını, kimseyle konuşmak istemediklerini, içlerine kapandıklarını, yalnız kalmak istediklerini ifade etmiştir. Buna karşılık bir hasta yalnız kalmaktan hoşlanmadığını, yalnız kalmak istemediğini ifade etmiştir.

“Kimseyle gidip oturasım gelmiyor. Ne bileyim. Tek başıma kalsam sakın... Gereksiz insanların gereksiz soruları da olmuyor yalnızken.” (Serviks ca, 55)

“Önceden etrafımla, komşularımla, arkadaşlarımla ilişkilerim, sohbetim çok iyiydi. Hasta olup şey olduktan sonra da onlarla her şey bitti. Biraz ben içime kapandım.” (Over ca, 53)

“Tek başıma kalmayı hiç sevmedim. İsterim ki hep başım kalabalık olsun, hep yanımda birileri olsun. Herkes gittiği zaman moralim çok bozulur yine...” (Endometrium ca, 53)

Görüşme yapılan iki hasta kendilerine iyi bakmadıkları, sağlıklarını ihmal ettikleri için suçluluk-pişmanlık duyduklarını ifade etmişlerdir.

“Kendini suçluyorsun acaba ben kendime iyi bakmadım mı ya da çok mu ihmal ettim sağlık açısından gibi şeyler düşünüyorsunuz. Keşke bu hastalıktan önce bakabilseymişim diyorum ama bilemezsin tabii.” (Over ca, 36)

4.2.2.3. Sosyal Hayata Dair Zorluklar

Çalışmaya katılan hastalar jinekolojik kanser ve tedavilerden kaynaklı sosyal hayatta bazı değişiklikler, İletişim problemleri ve aile içerisinde rol değişiklikleri yaşamışlardır.

Görüşme yapılan hastalardan bazıları çevrelerinden olumsuz sözler duydukları, hastalık bulaştıracakları düşüncesiyle olumsuz tepkilere maruz kaldıkları, hastalıklarıyla ilgili soru sorulmasını istemedikleri, tedavilerin yan etkileri ve enfeksiyon kapma korkusu nedeniyle sosyal yaşamlarında kısıtlanmalar yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

“Çok insan içine çıkmak istemiyorum zaten dedikodu yapıyorlar. Çok kötü hastaymış, şey olacakmış falan filan gibi sözler. E şimdi bunları duyacağını bile bile o insanların arasına çıkar mısın? Olumsuz bir şey duyunca ne kadar kafana takmamaya

çalışsan da takıyorsun.” (Over ca, 59)

“Konu komşunun yanına gidiyorsun, bazıları senin geldiğini istemiyor... Belli etmemeye çalışsalar da ben bunu çok rahat bir şekilde anlayabiliyorum. Artık hastalık falan mı bulaştıracağı mı zannediyorlar nedir...” (Over ca, 59)

“Önceden daha çok sağa sola giderdik. Gezer tozardım. Şimdi iki yıldır tatile bile gitmiyoruz, gidemiyoruz mesela. İster istemez önceden yaptıklarını hasta olunca yapamıyorsun. Sosyal hayatının, çevrenin falan etkilenmemesi mümkün değil.” (Serviks ca, 68)

“Hastalıktan sonra doğru dürüst evden çıkmadım ben. İnsanlardan kaçırıyordum hep. Neden? Mikrop kaparım bir şey olur diye korkuyorum.” (Over ca, 63)

Over kanseri tanısı almış genç bir hasta, kanser tanısı nedeniyle terk edildiğini ve hastalığı nedeni ile çocuk sahibi olamayacağı için bu durumun ilişkide sorun olacağını düşünerek kendisiyle evlenmek isteyen başkalarını reddettiğini ifade etmiştir.

“Evlenmek isteyenler falan oldu açıkçası ama ben olumsuz yaklaştım. Bir kişiye söyledim böyle bir tedavi gördüğümü zaten o da kabul etmedi. Diğerlerini de kendim reddettim. Çünkü bunu karşı tarafın kabul etmesi zor. Böyle düşündüğüm için genelde kendim reddediyordum. O kişinin ben iyi düşünmesini isterim. Yani sonuçta hani benden bir çocuk sahibi olamayacak. Evlilik evet yüzde 50'si sevgi üzerine kurulu olsa da yüzde 50'si çocuk için gerçekleştirilen bir şey. İleride bir şeylerin pişmanlığını yaşamasını istemezdim benden dolayı... Yani ben şu an tamam evet evlensem ya da evlenmeden de belki bir şekilde evlatlık edinsem bana bir yoldaş olsun diye ama karşı tarafın bunu kabul etmesi biraz zor. Kendisi kabul etse bile ailesini karşısına almak zorunda kalabilir.” (Over ca, 36)

Görüşme yapılan hastaların tamamına yakını, aileleri ve yakın çevreleriyle iletişim sorunları yaşadıklarını ifade ederken, hastalardan biri kanser tanısı aldıktan sonra eşi ile iletişiminin olumlu etkilendiğini belirtmiştir.

“Hiçbir kimseyle görüşmek istemedim, konuşmak istemedim. Ablamı çok üzdüm, ablama çok ters davrandım. Benim yanımda neden konuşup duruyor, neden evin içinde hareket ediyor diye sinir olurdum. Konuştuğunu bile istemezdim.” (Over ca, 53)

“Zaman zaman ben agresifleşebiliyorum. En ufak bir şeye tepki gösterebiliyorum. Mesela, aslında eşim çok anlayışlı bir insandır. Çayını mutfaktan kendisi alır, odasında içer. Ama bardağı odasında bıraktı diyelim. O beni sinirlendirir. Orada o bardağı gördüğümde hemen atıyor benim şalterlerim. Bağırıyorum eşime.” (Endometrium ca, 62)

“Belki şaşıracaksın ama kanser eşimle ikimizi olumlu etkiledi duygusal olarak. Yani ben hasta olmadan önce biz çok tartışıyorduk, kavga ederdik. Ama hasta olduktan sonra tabiri yerindeyse üstüme titremeye başladı (gülerek).” (Over ca, 59)

Görüşme yapılan hastaların bazıları hastalık ve tedavilerin etkilerinden dolayı ev işlerini yerine getiremediklerini, bu yüzden de aile içerisinde rol değişimi yaşandığını ifade etmişlerdir.

“Şimdi neredeyse tamamen ev işlerini amcan (eşi) yapıyor. Ben sadece yemek yapıyorum. Öyle karnımdan falan eğilemiyorum ki... Bir de yorgunluk oluyor zaten şu kemoterapiden sonra. Bazen kadın çağırıyoruz, o da binde bir, camlar kapılar için falan. Ama çoğunlukla amcan yapıyor evdeki işleri.” (Serviks ca, 68)

“Ben ameliyat olduktan sonra yemeği falan o (eşi) yaptı, sofrayı kaldırdı. Çamaşır, bulaşık, ütü ne varsa hepsini yaptı mecburiyetten.” (Over ca, 59)

“Önceden benim yaptığım bazı şeyleri şimdi o (eşi) yapar mesela. Kanepeleri kaldırır, toz alınacaksa etraf süpürülecekse sen yapma mikrop kaparsın ben yaparım der. Silinecek yerleri falan siler. Bazen böyle kokabilecek yemekleri ben rahatsız olmayayım, midem bulanmasın kusmayayım diye o yapar.” (Over ca, 60)

4.2.2.4. Ekonomik Zorluklar

Görüşme yapılan hastaların büyük bir kısmı ekonomik anlamda zorlandıklarını ifade etmiştir. Sağlık kurumuna ulaşım masrafları ve hastane giderleri hastaları ve ailelerini en çok zorlayan ekonomik sorunlar olmuştur. Hastalar masrafları karşılayamadıkları için kredi çekmek zorunda kaldıklarını, sosyal yaşantıda maddi anlamda kısıtlandıklarını, çocuklarından maddi destek aldıklarını ve büyükbaş hayvanlarını satmak zorunda kaldıklarını ifade etmiştir.

“Başlı başına yol parası bile zorluyor. Hastanede de giderin oluyor tabi. Çok

etkiledi bizi.” (Over ca, 53)

“Ahım şahım bir gelirimiz yok ki. Böyle bir hastalık başa gelince de haliyle maddi olarak sarsıldık.” (Over ca, 62)

“Bayağı zorlandık. Eşim kredi çekmek zorunda kaldı. 15 milyar kredi çekti. Bağ-kurumuz yoktu, sigortamız yoktu.” (Serviks ca, 55)

“Büyükbaş hayvanlarımızdan 6 tane sattık. Mazot parası bile etkiliyor insanı. Biz ilçeden geliyoruz buraya, hep masraf bunlar.” (Over ca, 59)

4.2.2.5. Cinsel Hayata Dair Zorluklar

Görüşme yapılan hastalardan ikisi aktif cinsel yaşantılarının devam ettiğini, aynı hastalardan biri de cinselliğinin etkilenmesi durumunda eşinin üzülmelerinden tedirgin olduğunu ifade etmiştir.

“Devam eden bir cinsel hayatımız var. Yani cinsel açıdan pek etkilenmedik.” (Over ca, 60)

“Kemoterapi almaya yeni başladım ya, ilişki olmaz herhalde diye düşünüyorum. Yani korumak lazım kendini... Bir de isteksizlik yaşarsam eşimi üzer miyim diye aklıma geldi.” (Endometrium ca, 55)

4.2.2.6. Sağlık Kurumundan Kaynaklı Zorluklar

Bazı hastalar tedavi olmak/kan vermek için çok sıra beklediklerini ve sağlık personellerinin bazı olumsuz tavırlarından rahatsız olduklarını ifade etmişlerdir.

“İkinci kemoterapide mi neydi. 9’da gireceğime 11’de girdim. İki saat falan geciktirdiler. Gerçekten bu hasta halinle fazladan beklediğin bir dakika bile seni sıkıntıya sokuyor.” (Endometrium ca, 57)

“Kan vereceğim zaman sıraya giriyorum ya, o benim için problem oluyor işte.” (Endometrium ca, 62)

“Hastalığımı öğrenmeden 6 ay önce buranın aciline geldim. Karnıma falan

bastırdı muayene etti. Ona çok kızıyorum. Hanım bana yanlış bilgi verme, dedi. Seni keserim dedi. Doktorun lafına çok kızmışım. Bazı doktorlar böyle, önemsemiyor hastayı, geçiştiriyor. Sağlıkçı olmak kolay değil. İşini düzgün yapması lazım.” (Serviks ca, 68)

4.2.3. Kanserle Baş Etme

Hastaların sergiledikleri baş etme davranışları beş kategori altında toplanmıştır. Bunlar: genel baş etme davranışları, sosyal destek, din/kadercilik, duyguları gizleme ve pozitif bakış açısidir.

4.2.3.1. Genel Baş Etme Davranışları

Görüşme yapılan hastaların tamamına yakını televizyon izleme, toprakla uğraşma, doğayla iç içe olma, piknik yapma, açık havada dolaşma, dinlenme, ılık çalma, şarkı dinleme/söyleme, arkadaşlarla vakit geçirme, dans etme, aile ile vakit geçirme, spor yapma, beslenmeye dikkat etme, torunuyla ilgilenme, meyve-sebze yetiştirme, yürüyüş yapma, dikkati başka yönlere odaklamaya çalışma, hastalığı kabullenme, sosyal hayatı sürdürmeye çalışma gibi baş etme yöntemleri geliştirmişlerdir.

“Evin içindeyken televizyon baktığım zaman azıcık kafam dağılıyor.” (Over ca, 53)

“Dinlenmek iyi geliyor. Bağa bahçeye gidiyoruz. Meyve ağaçlarımız var. Bahçemizde su akar. Su şırıltısı iyi geliyor mesela bazen. Açık hava iyi geliyor. İyice canım sıkıldı mı oraya gidiyoruz.” (Serviks ca, 55)

“Komşularla, bayanlarla bir araya geldiğimiz zaman ben çalarım onlar oynarlar söylerler, darbuka çalarım, tef çalarım. Konu komşu 5-6 kadın bir araya geldik mi evin içinde kendimiz çalar oynarız.” (Endometrium ca, 57)

“Kafa dağıtmak önemli bu hastalıkta. Arkadaşlarımı çağırırım yemek yaparız, çay içeriz. Arkadaşlarımı eve davet etmeyi, onları ağırlamayı, onlarla vakit geçirmeyi sevdiğim için bu bana iyi geliyor. Sonra spor yapıyorum, yürüyüşü çok severim.” (Endometrium ca, 53)

“Aklıma bu hastalığı getirmiyorum ben. Getirmemeye çalışıyorum. Başka şeyler düşünmeye çalışıyorum.” (Endometrium ca, 62)

“Bana en iyi gelen... Torunum var 5 aylık. Torunumu gördüm mü hastalığım bir şeyim kalmıyor. İlacım benim o.” (Serviks ca, 68)

Görüşme yapılan hastalardan ikisi ağlayarak rahatladıklarını ifade etmişlerdir.

“Koyuveriyorsun kendini ağlıyorsun. Çünkü ağlamazsam zaten atamam, onu boşaltmam lazım.” (Endometrium ca, 57)

“Kendime hep derdim ağlamak iyi gelir biraz gözyaşım çıksın da rahatlayayım, sakinleşeyim.” (Endometrium ca, 53)

4.2.3.2. Sosyal Destek

Görüşme yapılan hastaların tamamına yakını hastalıkla mücadele etmede en fazla ailelerinden destek aldıklarını ayrıca arkadaşları, yakın çevreleri ve sağlık personeli tarafından da destek gördüklerini ifade etmişlerdir.

“Hayatta her şeyden önemli şey sevgi... Sevgi insanı ayakta tutuyor gerçekten. Bunu birebir yaşadım. Sevgi varsa ayakta kalıyorsun. Ben de 10 yıldır bu sayede ayaktaayım. Eşimin, çevremin desteği, sevgisi, arayıp sormaları... Ameliyat olduğumda o kadar çok ziyaretçim geldi ki doktor yeter artık mikrop kapacaksın, dedi.” (Over ca, 60)

“En büyük destekçin zaten ailen oluyor bu süreçte. Ailem, çevrem, bilen arkadaşlarım yeteri kadar destek oluyorlar bana. Ellerinden geleni yapıyorlar. Daha da fazlası olmaz zaten.” (Over ca, 36)

“En çok eşim destekledi beni. Sonra çocuklarım da var tabii onlar da destek oldular. Etrafımdakiler ellerinden geleni yapıyorlar. Pozitif davranmaya, kafamı dağıtmaya çalışıyorlar.” (Endometrium ca, 57)

“Allah hepsinden bin kere razı olsun hemşirelerden. Kemoterapide çalışan hemşireler herkesle ayrı ayrı ilgileniyorlar. İyisi geliyor, kötüsü geliyor, agresif olanı geliyor, sinirlisi geliyor. Maşallah 41 kere, hepsini de gözlemliyorum bakıyorum, hani ne

derler nabza göre şerbet veriyor hemşireler... Herkesin gönlünü etmeye çalışıyorlar. Buralarda şimdiye kadar hiç olumsuz bir olayım olmadı.” (Endometrium ca, 62)

“Şimdiki doktorum, buraya geldiğimde içerideki hemşireler falan sağ olsunlar hepsi demek ki işlerini iyi yapıyorlar ki 10 yıldır ayaktayım.” (Over ca, 60)

Görüşme yapılan bazı hastalar ise aldıkları sosyal desteğin yeterli olmadığını, ailelerinden ya da çevrelerinden yeterli destek alamadıklarını ifade etmişlerdir.

“Arayan soranın olduğu kadar ilgi beklediğin insanlardan ilgi göremediğin zaman da oluyor. Bazı arkadaşlar... Özellikle de akrabalar... Bu hastalıkta hiç yanımda olmadılar çok vurdumduymaz oldular. İlgilenmediler.” (Serviks ca, 68)

“Kendi ailem dışındaki destek pek yeterli sayılmaz. Daha çok ilgilenseler daha çok gelip gitseler benim için daha iyi olurdu. Ne bileyim yakın akrabalar ya da kardeşlerim daha çok gelip gitseler, onları daha çok görsem daha iyi olmaz mı?” (Over ca, 63)

4.2.3.3. Din/Kadercilik

Görüşme yapılan hastaların önemli bir kısmı namaz kılarak, dua ederek, Kur'an-ı Kerim okuyarak, tespih çekerek hastalığın getirdiği olumsuz duygulardan uzaklaştıklarını ve rahatladıklarını ifade etmişlerdir.

“Dua benim için çok önemli gerçekten. Sabah ezanında çok dua ederim ben. Sabah namazını kılarım ardından çok dua ederim. O beni bayağı rahatlatır, ferahlatır.” (Over ca, 60)

“Kur'an okurum, Yasin okurum. Kur'an okurken kafam çok dağılıyor. Yasin okurken her şeyi unutuyorum. Duamı ettim, kitabımı okudum. Yoksa huzur bulmak ne mümkün zaten.” (Over ca, 62)

Bazı hastalar ise hastalığın ve şifanın Allahtan geldiğine, Allah'ın kendisini sınadığını düşündüklerini ifade etmişlerdir.

“Bazen diyorum senin sınavın da bu herhalde. Sabret sakın isyan etme diyorum kendime.” (Over ca, 62)

“Takdir-i ilahi deyip kabulleniyorsunuz.” (Over ca, 36)

“Allah'ın verdiği bana bir ömür. Bu ömür ne kadarsa uzamaz da kısalmaz da. Allah belki de bize bu hastalığı verdi, bizi bununla sınıyor.” (Endometrium ca, 62)

4.2.3.4. Duyguları Gizleme

Görüşme yapılan bazı hastalar yakınlarını üzmemek ya da çevredeki insanların sürekli soru sormalarını istemedikleri için hastalıklarını sakladıklarını, yakınlarının/arkadaşlarının yanında üzgün olmamaya ve olumsuz duygularını gizlemeye çalıştıklarını ifade etmişlerdir.

“Ben hiç eşimin yanında ağlamadım. Niye onun moralini de bozayım ki? Moralim bozuk olduğunda bile ondan saklamaya çalıştım. Hissettirmemeye çalıştım ona. Aramızda böyle şeylerin konuşulmasını çok istemiyorum eşimle. Onu da üzmemek için” (Endometrium ca, 53)

“Arkadaşlarımın birçoğu hastalığımı bilmiyor. Sürekli sorgulanmak, soru sorulması ya da bakış açıları çok farklı oluyor. Başka yerlerde örnek gösterilmesi... Bunlar benim hoşuma gitmediği için açıkçası söylemek istemedim.” (Over ca, 36)

“Onları da üzmemek istemedim, çok üzülürler. Çünkü ben evin en büyük kızıyım. Onlar duysa var ya benim çektiğimden de fazla kat kat eziyet çekerler.” (Endometrium ca, 53)

4.2.3.5. Pozitif Bakış Açısı

Görüşme yapılan bazı hastalar pozitif düşünme/davranma, hastalığa direnç gösterme/iyileşmek için çaba harcama, hastalığı yok sayma, süreci basite indirgemeye çalışma, hastalığı yeneceğini düşünme, eski yaşamını sürdürmeye çalışma, süreci aile ile birlikte yaşama/tanıyı saklamama, hayatına aktif devam etme gibi yollar izleyerek hastalıkla baş etmeye çalışmışlardır.

“Pozitif bakıyordum, her şeye olumlu bakıyordum. Şu anda da öyleyim. Tamamen kendimi içime kapatıp üzülürsem hastalığımın daha da fazla ilerleyeceğini düşünüyorum... Hayat devam ediyor ve devam edecek.” (Over ca, 36)

“Kendi kendime dedim ki böyle olmaz. Ben kendi kendime güç vereyim. Ölümü düşündüm... Ölmek istemiyorum dedim... Ölmek istemiyorsam iyileşmek için çabalamam lazım dedim...” (Over ca, 59)

“Gelip gideceğim, bu kemoterapiyi alacağım ama ben hasta değilim dedim yani. Kendimi iyi hissediyorum çünkü... Kansere yakalanan hastaların neredeyse tamamının aksine ben bu hastalığı normal bir hastalıkmiş gibi yaşıyorum.” (Endometrium ca, 62)

“Hastalığımla ilgili öyle saklama ihtiyacı hissetmedim, konuşuyorum herkesle. Tamam, çok çok üzuldüm, tüm ailem üzüldü ama herkese küsmek, etrafındakilere kötü davranmak falan onları daha da uzaklaştırırsın kendinden... E böyle olunca sana kim destek çıkacak, moral verecek?” (Over ca, 60)

4.2.4. Sağlık Kurumundan Beklentiler

Bazı hastalar onkoloji merkezi bünyesinde psikiyatrik destek veren bir birim, kemoterapi alan kanser hastaları için ayrı bir kan alma birimi ve sağlık personellerinden daha duyarlı yaklaşım göstermelerini beklediklerini ifade etmiştir.

“Her onkoloji merkezinin içinde psikolojik destek verme amaçlı yani kanser hastaları ile ilgilenen bir birim olması gerekiyor bence. Çünkü gerçekten ihtiyaç hissediyorsunuz bir şeyler paylaşmayı. Üzüntünü bazen kendi ailine ya da arkadaşlarına anlatamıyorsun onları da üzerim korkusuyla. En azından psikolojik destek ile bunu üzerinden atabilirsin.” (Over ca, 36)

“... Ne olurdu sanki bize öyle bir tepki vermese... Tamam, onları da anlıyoruz. Sağlıkçı olmak kolay değil. Ama kanser hastası olmak hepsinden zor... Bu konuda sağlıkçıların bize daha duyarlı davranmaları benim en büyük temennim.” (Endometrium ca, 57)

“Sıramatikten sıra alacağım bir bakıyorum sıra 45-50 olmuş. Saat daha sekize gelmeden ne zaman oldu bu? Alıyorsun sıranı bekle bekle bekle. Bu durum benim canımı çok sıkıyor. Bence onkoloji hastalarının ayrı bir şeyi olmalı burada kan alınacağı zaman. Beklememeli diye düşünüyorum.” (Endometrium ca, 62)

4.3. Bakım Veren Aile Üyelerinin Demografik Özellikleri

Tablo 9 Bakım veren aile üyelerinin demografik özellikleri

Demografik Özellikler	Bakım Verenler (n:12)
Yaş*	49.41±18.96
Cinsiyet**	
Kadın	4 (33.3)
Erkek	8 (66.7)
Eğitim Durumu**	
İlköğretim	5 (41.7)
Lise	1 (8.3)
Üniversite	6 (50.0)
Medeni Durum**	
Evli	8 (66.7)
Bekar	4 (33.3)
Çalışma Durumu**	
Çalışan	3 (25.0)
Çalışmayan	9 (75.0)
Ekonomik Durum**	
Gelir giderden az	3 (25.0)
Gelir gidere denk	7 (58.3)
Gelir giderden fazla	2 (16.7)
Meslek**	
Ev hanımı	2 (16.7)
Emekli	4 (33.3)
Memur	2 (16.7)
İşçi	1 (8.3)
Sigortacı	1 (8.3)
Öğretmen	1 (8.3)
Öğrenci	1 (8.3)
Bakım Verme Süresi**	
12 aydan az	4 (33.3)
1-2 yıl	3 (25.0)
3-5 yıl	2 (16.7)
5 yıldan fazla	3 (25.0)
Bakım Verilen Yakının Kanseri Türü**	
Serviks	2 (16.7)
Endometrium	2 (16.7)
Over	8 (66.7)
Bakım Verilen Hastaya Yakınlık**	
Eşi	5 (41.7)
Oğlu	3 (25.0)
Kızı	3 (25.0)
Kardeşi	1 (8.3)

*Ortalama ± standart sapma verilmiştir.

** Frekanslar verilmiştir. Parantez içindeki değerler yüzdelerdir.

Çalışmaya katılan bakım veren aile üyelerinin demografik özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 9'da verilmiştir. Bakım verenlerin yaş ortalaması 49, çoğu erkek, üniversite mezunu, evli, herhangi bir işte çalışmayan, emekli bireylerdir. Katılımcıların %58.3'ü ekonomik durumlarını gelir gidere denk şekilde tanımlamış, %33.3'ü bakım verme süresinin 12 aydan az olduğunu, %41.7'si eşine, %66.7'si over kanseri tanısı alan bir yakınına bakım verdiğini ifade etmiştir.

4.4. Jinekolojik Kanser Tanısı Alan Yakınına Bakım Veren Aile Üyelerinin Deneyimlerine İlişkin Bulgular

Jinekolojik kanser tanısı alan yakınına bakım veren aile üyeleri ile yapılan görüşmeler sonucunda elde edilen veriler beş tema altında toplanmıştır. Temalar ve kategoriler aşağıdaki gibi gruplandırılmıştır.

4.4.1. Kansere ve Kanserın Nüks Etmesine İlk Tepkiler

4.4.2. Bakım Verme Sürecinde Yaşanan Zorluklar

- 4.4.2.1. Fizyolojik/fiziksel zorluklar
- 4.4.2.2. Psikolojik zorluklar
- 4.4.2.3. Sosyal hayata dair zorluklar
- 4.4.2.4. Ekonomik zorluklar
- 4.4.2.5. Cinsel hayattaki değişimler
- 4.4.2.6. Sağlık kurumundan kaynaklı zorluklar
- 4.4.2.7. İletişimde yaşanan zorluklar

4.4.3. Baş Etme

- 4.4.3.1. Genel baş etme davranışları
- 4.4.3.2. Sosyal destek
- 4.4.3.3. Din/kadercilik
- 4.4.3.4. Hastalığı yenecekleri inancı
- 4.4.3.5. Maskeleye/duyguları gizleme

4.4.4. Sağlık Kurumundan Beklentiler

4.4.5. Kazanımlar

4.4.1. Kansere ve Kanserin Nüks Etmesine İlk Tepkiler

Görüşme yapılan aile üyelerinin tamamı, yakınlarına kanser tanısı konduğunu ilk öğrendiklerinde ya da kanser nüks ettiğinde; şaşkınlık/şok, korku, endişe, çaresizlik, yıkılma, üzüntü, yakınına kaybetme korkusu gibi duygular yaşadıklarını, bir süre kendilerine gelediklerini ifade etmişlerdir.

“İlk duyduğumda kalbim bir cızz etti... İnsanda bir ürperti oluyor yani... İlk hastalığı öğrendiğim süreçte şok etkisi yarattı duyduğlarım.” (Hastanın oğlu, 31)

“Kanserin tekerrür edeceğini değil de yani başka normal bir hastalık olarak düşündük. Ama sonucun bununla ilgili olduğunu öğrendiğimiz zaman bayağı endişelendik. Yeniden korkular... Çünkü beş sene kolay değil. Kemoterapi, iyileşecek mi iyileşmeyecek mi endişesi...” (Hastanın eşi, 65)

“İlk duyduğum an ruhum bedenimden çıkacaktı sanki... Babamdan sonra annemi de mi kaybedeceğim diye düşündüm... Annemin hastalığını ilk duyduğum zaman kaybetme korkusu yaşadım en çok...” (Hastanın oğlu, 21)

4.4.2. Bakım Verme Sürecinde Yaşanan Zorluklar

Jinekolojik kanser tanısı alan yakınına bakım veren aile üyelerinin yaşadıkları zorluklar yedi kategori altında toplanmıştır. Bunlar: Fizyolojik/fiziksel zorluklar, psikolojik zorluklar, sosyal hayata dair zorluklar, ekonomik zorluklar, cinsel hayattaki değişimler, sağlık kurumundan kaynaklı zorluklar, iletişimde yaşanan zorluklar

4.4.2.1. Fizyolojik/Fiziksel Zorluklar

Bakım veren aile üyeleri sürecin uzamasına bağlı yıpranma, baş ağrısı, mide ağrısı, saçlarda dökülme/beyazlama, uykusuzluk gibi fiziki zorluklar yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

“15-16 yıldır biz bu illetle uğraşıyoruz. İnsanın hem vücudu hem de zihni yoruluyor... Hanıma deva aramaktan, yüreğim ağzımda yaşamaktan, stresten saçlarım döküldü...” (Hastanın eşi, 70)

“... zaten baş ağrısı, o hiç geçmiyor.” (Hastanın oğlu, 48)

“Kaliteli bir uyku uyumuyorum.” (Hastanın kızı, 53)

“Önceden saçım pek ağargın değildi. Saçım şey oldu, kısa zamanda ağarmaya döndü.” (Hastanın kardeşi, 56)

4.4.2.2. Psikolojik Zorluklar

Görüşme yapılan hasta yakınlarının tamamı mutsuzluk, üzüntü, stres, yıpranma, durgunluk, duygusallık, kendini güçsüz hissetme, sinirlilik, tedirginlik, hastasının üzülmesine üzülmeye, yakınına kaybetme korkusu, belirsizlik, aciz hissetme, çaresizlik, kanserin nüks etmesi, zor kararlar vermek zorunda kalma, ameliyattan korkma gibi psikolojik zorluklar yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

“Manevi anlamda çok etkilendim. Yer yer aciz hissettim.” (Hastanın oğlu, 21)

“Daha asabi oluyorsun. Uzun bir süreç olduğu için yan etkilerle uğraştığın için artık ne bileyim yani insanoğlu bu, huzuru istiyor... Nasıl olacak onu ben de bilmiyorum yani bir bilinmezlik duygusu var.” (Hastanın oğlu, 48)

“Ağrısı oldu mu ondan fazla biz üzülüyoruz.” (Hastanın kızı, 32)

“Sürekli stres altındayım diyebilirim.” (Hastanın kızı, 32)

“Kemoterapinin etkisi ile saçlarının kaşlarının dökülmesi. Bu beni çok olumsuz etkiledi... Kemoterapi ilaçlarının onu zamanla yıpratması insana çok acı veriyor (ağlıyor)... Zamanla onun gözünüzün önünde yıprandığını görmek, insanı gerçekten içten içe kemiren bir duygu... Onun acı çektiğini görüyorsunuz ve sırf morali bozulmasın diye hiç bir şey olmamış gibi davranmak insanı üzüyor aslında.” (Hastanın kızı, 24)

“Her sabah uyandığında yatağındaki insan sağ mı acaba diye düşünür mü insan? Yıllarca bununla yaşadım. Yıllarca acı çektim. En büyük sıkıntı her an ölecek korkusuydu... Ateş üzerinde yaşıyoruz. 15-16 yıldır diken üstündeyiz.” (Hastanın eşi, 70)

“Ailede sadece anneniz olunca kalan, onu kaybetme korkusu... Çok zor oluyor bu duyguyu taşımak, bununla yaşamak... Annemi kaybetsem yersiz yurtsuz kalacağım resmen... O eve girilmez tekrar... (gözleri doldu).” (Hastanın oğlu, 21)

“Ameliyata girdi, biz orada bekliyoruz. Acaba içeriden çıkabilecek mi yoksa masada mı kalacak? Böyle bizim yüreğimiz hopluyor.” (Hastanın eşi, 70)

“Bu süreç gerçekten çok zor bir süreç. Hem maddi anlamda hem de psikolojik anlamda ikisini birden çökerten bir hastalık olabileceğini ilk defa gördüm. Başka hiçbir hastalık insanı manevi ve maddi olarak bu kadar çok çökertemez... Psikolojik olarak resmen bir savaş içerisindeyiz. Yani bilemiyorum bunun bir formülü var mı? O psikolojiyi sağlam tutmanın bir yolu var mı?” (Hastanın oğlu, 48)

“Eşimin bu hastalığından sonra daha da duygusallaştım.” (Hastanın eşi, 65)

“Bu hastalık başından beri beni yıprattı zaten. Kardeşime ben baktığım için, diğer işlere falan da hep ben koştüğüm için, zaten başımızda erkek de yok. Tüm yük benim omuzlarımda.” (Hastanın kardeşi, 56)

“Tekrarlaması... Yani iki defa tekrarlaması sonra üçüncü defa tekrarlaması artık endişeleri artırıyor. Tam atlattı derken yeniden ikincisi, inşallah bir daha olmaz derken üçüncüsü...” (Hastanın eşi, 65)

Görüşme yapılan bazı aile üyeleri kanser kelimesini bile moral bozucu olarak algıladıklarını, kansere yönelik ön yargılar taşıdıklarını, kanserle ilgili olumsuz duyuların kendilerini olumsuz etkilediklerini ifade etmişlerdir.

“Bu hastalığın adı kanser. Adı bile moral bozmaya yetiyor.” (Hastanın eşi, 56)

“Kanser yani ismini söylemesi bile tedirgin ediyor insanı... Annemin hastalığının ismini ağzıma alasım gelmiyor.” (Hastanın oğlu, 31)

“Kolay değil yani, bu hastalığın adı bile insanı ürkütmeye yetiyor.” (Hastanın oğlu, 21)

Hasta yakınlarından biri kendi sağlık ihtiyaçlarını tamamen göz ardı etmek ve tüm önceliğini hastasına vermek zorunda kaldığını ifade etmiştir.

“İki senedir her şeyimi dondurdum, en doğal ihtiyaçlarımı dondurdum... Ben sıfırladım her şeyi sıfırladım... Her konuda sıfırladım. Daha nasıl şey yapabilirim yok yani kendime öncelik yok.” (Hastanın kızı, 53)

4.4.2.3. Sosyal Hayata Dair Zorluklar

Görüşme yapılan bakım veren aile üyeleri eşlerine kanser tanısı konduktan sonra eşlerinin eve ait rollerini üstlenmek zorunda kaldıklarını, rol değişimi yaşadıklarını ve bu duruma alışmakta zorlandıklarını belirtmişlerdir.

“O hasta olduktan sonra önceden onun yaptığı işleri de ben yapmaya başladım... Gücü yetmediği için mecburen evdeki işleri ben üstlendim. Evdeki her şeyi ben yapmaya başladım.” (Hastanın eşi, 56)

“Bazen yemek olmaz, bazen çamaşır işleri olur. Elimden geldiği kadar çocuklarla beraber ben yerine getirmeye çalışıyorum... Benim yaşımdaki bir erkeğin bu saatten sonra ev işleri ile ilgilenmesi, karısına bakması biraz tuhaf bir durum... Alışık olmadığı şeylerle karşılaştığın zaman bazen afalliyorsun. İster istemez zorluyor beni ev işleri yapmak.” (Hastanın eşi, 55)

“Ev işlerini onu bunu yapmak ilk başta zor geliyor. Çünkü alışmamışsın... Bizim kültürümüzde kadının da erkeğin de belli görevleri vardır. Şimdi ben evdeki kadının yaptığı işleri yapıyorum (şaşkın bir ifadeyle). Buna alışmak zaman alıyor.” (Hastanın eşi, 56)

“Annem hasta haliyle yemek yapmaya çalışıyor. Biz yemek yapmayı bilmiyoruz. Odanın temizlenmesi gerekiyor. Vitamin desteği olsun diye meyvedir odur budur bunların hazırlanması gerekiyor. Bu komple bir bakım, bir süreç. Ama bu süreci biz kendimiz yaratmak zorunda kalıyoruz erkek kardeşimle.” (Hastanın oğlu, 48)

Görüşme yapılan aile üyelerinin tamamı, kanser hastası yakınlarına bakım verdikleri süreçte sosyal hayatta kısıtlanma yaşadıklarını, bireysel işlerini yerine getiremediklerini; bazı hasta yakınları ise suçluluk duygusu nedeniyle sosyal yaşantılarından ya da hoşlandıkları aktiviteleri yapmaktan tamamen vazgeçtiklerini

ifade etmiştir.

“Mesela bugün burada randevumuz var ya, diğer bütün işler iptal. Bir arkadaşının düğünü var, biriyle görüşeceksin ya da her neyse. Hepsinden geri kalıyorsun... Diğer işlerin hepsini bırakmak zorundasın” (Hastanın eşi, 70)

“İşe gidemiyorum, kahveye gidemiyorum ya da önceden gittiğim derneklere gidemiyorum. Bir tiyatroya, sinemaya gidemiyorsun... Böyle olunca kısıtlanmış oluyorsun işte sosyal olarak.” (Hastanın eşi, 56)

“Şu an sosyal yaşantı diye bir şey kalmadı diyebilirim. Çünkü sadece çocuklarım eşim, annemin hastalığı bu şekilde devam edip gidiyor döngü... Bir tatil yapmak olsun, düğün dernek, bayram... Bunların hepsi yalan oldu.” (Hastanın kızı, 32)

“Dışarı çıkmak gereği hissediyorsunuz. Ama her istediğinizde çıkamıyorsunuz... O ortamdaki uzaklaşıp bir an evvel başka bir yere gitmeyi istiyorsunuz. Sakin bir yer. Kafayı toparlamayı istiyorsunuz. Ama bunu yaparsanız dahi bir anda hastalarınız tekrar aklınıza geliyor. Acaba herhangi birisinde herhangi bir yan etki oldu mu? Bana ihtiyaçları var mı, deyip o bölgeden çıkamıyorsunuz. Zamanımın çoğu evde geçiyor yani. Normal insanların arasına karışamıyorum. Eskisi gibi değilim... Önceden eğlence hayatını severdim şimdi sevmez oldum mesela. Eğlence kavramı bitti bende. Çünkü mutlu olamıyorsunuz ki. Çünkü kafada bir sürü sorun varken nasıl eğlenebileyim düşüncesi var. Bir nevi bir suçluluk hissi bu.” (Hastanın oğlu, 48)

“Arkadaşlarımla çikayım eğleneyim düşüncesi yok mesela bende. Annem o durumdayken eğlenmek doğru mu diye vicdan azabı çekiyorum.” (Hastanın oğlu, 21)

Bazı hasta yakınları bakım verme sürecinde eşine, çocuklarına vakit ayıramadıklarını ifade etmiştir.

“Çocuklarımla sosyal aktivite yapamıyoruz. Önceden böyle değildi. Çocuklarımla daha çok ilgilenbiliyordum.” (Hastanın kızı, 32)

“Ailemle Çanakkale’de oturuyorum ben normalde. Kendim buraya geldim. Anne, babamın yanında durayım dedim... Çocuklarla görüşemiyorsun mesafe çok uzak. Telefonda konuşuyoruz maddi durumlarını soruyorum falan ama yanlarında olamıyorum... Lisede okuyan bir oğlum var ve şu an tam ergenlik döneminde. Böyle bir

dönemde onun başında olamamanın verdiği bir rahatsızlık var.” (Hastanın oğlu, 48)

Görüşme yapılan aile üyelerinin tamamına yakını hastasına bakım vermek için işinden ayrılmak/rapor almak zorunda kaldıklarını, okula devam edemediklerini ifade etmiştir.

“İşe gidemiyorum, işimi bırakmak zorunda kaldım... Bir senedir çalışmıyorum, onun daha çabuk iyileşmesi için...” (Hastanın eşi, 56)

“Ben öğretim görevlisiydim. İşimi bırakmak zorunda kaldım.” (Hastanın kızı, 53)

“Her hafta annemi buraya (hastaneye) getirdiğim için okula devam edemiyorum.” (Hastanın oğlu, 21)

4.4.2.4. Ekonomik Zorluklar

Görüşme yapılan hasta yakınları ulaşım ve tedavi giderlerinden kaynaklanan maddi sorunlar yaşadıklarını, sağlık kurumuna gelirken ulaşımında zorlandıklarını ifade etmişlerdir. Bakım verenlerden biri bakım parası talep ettiğini belirtmiştir.

“Ekonomik olarak hiç etkilenmedik demek imkansız... Bu süreçte eksiklerimiz gediğimiz sorunlarımız eksik olmuyor... Yerine göre oraya (kemoterapi almaya) haftada bir gidip gelme durumumuz oluyor. Arabamla gidip geliyorum. 100 liraya patlıyor mesela. Bu sadece yakıt parası. Onun haricinde diğer masrafları da işin içine katarsak 150-200 lira yapıyor.” (Hastanın eşi, 65)

“Maddi yönden bayağı bir çöküntüye uğrattı... Akaryakıt başlı başına problem... Birisinden borç buldum, benzinli olan aracıma tüp taktırdım. Çünkü yetişemiyorum.” (Hastanın oğlu, 48)

“Ekonomik olarak tamamen bitirdi... Durumum kötüye düştü. Devlete müracaat ettim bakım parası için...” (Hastanın eşi, 56)

4.4.2.5. Cinsel Hayattaki Değişimler

Görüşme yapılan bazı hasta yakınları cinsel yaşamlarının olumsuz etkilendiğini, bazıları ise belli dönemlerde temkinli davranıp cinsel ilişkiye ara verdiklerini ifade

etmiştir.

“Bir yıldır hiç cinsel ilişkide bulunmadık... İster istemez cinsel hayatın etkileniyor tabi... Zaten hem kadın hastalıklarından hem kolondan ameliyat oldu. Şimdi bu durumdaki bir hastayla nasıl ilişkiye girebilirsin yani? O yüzden bunu ikinci plana attık.” (Hastanın eşi, 56)

“Ameliyat olduktan sonra dikkat ettik... Uzak durmamız gereken zamanlar uzak durduk.” (Hastanın eşi, 55)

“Eşim bu hastalığa yakalandığında cinsel yaşantımız devam ediyordu... İlk ameliyat olduğu sıra yerine göre üç ay dört ay ara verdik ama bu aramızda o kadar sorun olmadı. Ben onu problem yapmadım.” (Hastanın eşi, 65)

4.4.2.6. Sağlık Kurumundan Kaynaklı Zorluklar

Görüşme yapılan aile üyeleri sağlık personelinin olumsuz ve ilgisiz tavırlarından, bazı sağlık kurumlarının fiziki olarak yetersiz olmasından, kemoterapi almak için çok sıra beklemekten, hastane prosedürleri nedeniyle tedavinin gecikmesi gibi zorluklar yaşadıklarını ifade etmiştir.

“Kemoterapi salonuna girmeye korkuyorum hemşire beni tersler, eşim de buna şahit olup morali bozulur diye... Bir soru sorduğum zaman mesela durumu nasıldır diye, bana içeri girme diyorlar. Diyorlar ki galoş giymiyorsunuz, kirlisiniz, rastgele içeri giriyorsunuz falan filan... Hastaneler bizi dışlıyor.” (Hastanın eşi, 56)

“Mesela yarım saat sonra gel diyorlar. Zaten yarım saati doldurup da gidiyorsun ikinci kez. Sonra sana kalkıp ‘yarım saat oldu mu?’ diyorlar... Burada çay kahve içiliyor, ben orada hastamı sedyede bırakmış gitmişim saniyelerin hesabını yapıyorum yerine göre... Onun orada bir sürü kişi toplanıp da laubali bir şekilde konuşması... Onların o laubali hareketlerine o dar zamanlarımda çok kızmışımdır o kan bölümüne... Ameliyat eden doktorumuz, onun babası da lenf kanseri. Gittiğim zaman dertleşiyoruz senin baban nasıl senin annen nasıl gibilerinden. ‘Ne yapayım’ dedi, ‘dinletemiyorum ki gezmeye çıkıyor zaten kaç günlük ömürleri var ki? İki günlük ömürleri var...’ Bunu diyen profesör hoca... Bu kelime benim günlerce kafamdan çıkmadı... Günlerce psikolojimi bozdu.” (Hastanın kızı, 53)

“Hastanız ile birlikte düz yol ya da merdiven demeden karşı binaya geçiyorsunuz. Tekerlekli sandalyenin geçemeyeceği yerler var, adamlar bunu bile düşünmemiş. Karşı binaya geçtikten sonra o kalabalık içerisinde yedinci kata çıkmaya çalışıyorsunuz. Eğer doktor yerinde değilse doktor beklemeye başlıyorsunuz işkence usulü. Hadi bunları hallettikten sonra içeriye bir giriyorsunuz, 4-5 kişilik bir oda yapmışlar. Bu 4-5 kişilik mekanda yerinizi ayarlayabildiyseniz çok şanslısınız. Bekliyorsunuz sanki size tombaladan ikramiye çıkacak gibi. Neyi bekliyoruz? İlaç gelmesini. Ne zaman? Sabah saat yedide gelmişim, öğleden sonra saat iki, üç, dört, beş... Ondan sonra siz de geriliyorsunuz. Hastane personeli diyor ki ‘çıkarmısınız, şöyle yapar, mısınız böyle yapar mısınız...’ Tek kelimeyle işkence... Yani nasıl öldürebilirim hastayı acabanın kısa bir özeti...” (Hastanın oğlu, 48)

“Buraya da yatış yapmak o kadar zor ki... Doktor yatış verse dahi yatak bulup yatmak çok zor burada... İlk defa kan problemi yaşadığım zaman, tam yemek saati gelmek üzere, annem sedyenin üzerinde, yukarı çıkarıyorum barkod istiyor, barkodu alıp alttaki doktora gidiyorum, giriş yapılmamış diyor, giriş yaptıracak oluyorum oradaki sekreter yemeğe gitmiş oluyor. Onu bekliyorum. Ama benim orada hastam da bekliyor...” (Hastanın kızı, 53)

4.4.2.7. İletişimde Yaşanan Zorluklar

Görüşme yapılan bakım veren aile üyeleri, aile içi iletişimde bozulma yaşadıklarını ve bunu engellemek için kanser hastası yakınlarını alttan aldıklarını, daha düşünceli ve toleranslı davrandıklarını ifade etmiştir.

“Bazen bu hastalığın verdiği psikolojiden dolayı kendi aramızda bile tartışmalarımız oluyor... Daha dün bir tartışma yaşadık kardeşimle. Ufak çaplı bir itiş kakış oldu.” (Hastanın oğlu, 48)

“Hastalıktan sonra aşırı derecede sinirli olmaya başladı zaten. Gözü bir şey görmüyor.” (Hastanın kardeşi, 56)

“Herhangi bir mevzudan ötürü bağırırmaya çağırırmaya kalktığı zaman çocuklarım falan da durumu bildiği için sessiz kalırlar. Ellerinden geldiği kadar onun dediğini yapmaya çalışırlar.” (Hastanın eşi, 55)

“Annem hastalığını öğrendikten sonra ve kemoterapi almaya başladıktan sonra

olmayacak bir şeye bile hemen parlar oldu. Yani bir şey söyleyeceğinde bile bağırarak söyleyebiliyor bazen. Biz de ona göre davranmaya başladık artık alıştığımız için. Alttan alıyoruz elimizden geldiğince.” (Hastanın oğlu, 21)

“Şu an daha hassas, alingan, kırılğan olduğu için o çocuk, siz anne olabiliyorsunuz... Ben de ona göre davranıyorum... Önceden olsa belki büyük kavgalar edeceğimiz mevzularda bile ben alttan alıyorum. Tam da bir şey söyleyeceğim, cevap vereceğim aklıma hastalığı, duygusallığı falan geliyor susuyorum... Aklımdan geçenleri ona yansıtmıyorum.” (Hastanın kızı, 24)

4.4.3. Baş Etme

Hasta yakınlarının baş etme davranışları beş kategori altında toplanmıştır. Bunlar: Genel baş etme davranışları, sosyal destek, din/kadercilik, hastalığı yenecekleri inancı, maskeleyme/duyguları gizleme

4.4.3.1. Genel Baş Etme Davranışları

Görüşme yapılan bakım veren aile üyeleri; hastalığın yıkıcı etkilerinden ve olumsuz düşüncelerden uzaklaşmak için dikkati başka yöne verme, arkadaşlarla/komşularla sohbet etme, işi ile vakit geçirme, yürüyüş yapma, öykü, roman, şiir yazma, beste yapma, televizyon izleme, şarkı söyleme, kitap okuma, örgü örme gibi baş etme davranışları sergilediklerini ifade etmişlerdir.

“Evde bir şeylerle meşgul oluyorsun, sorunlardan uzaklaşıyorsun biraz. Kafayı başka yerlere yöneltmek lazım... Mesela kahveye gitsen, arkadaşlarla görüşsen, topluma girsen, iki muhabbet etsen insan dertleri biraz daha unuttur hale gelir.” (Hastanın eşi, 70)

“Öykü, masal, şiir, roman gibi çalışmalarım var. Ayrıca beste yapıyorum. Hatta eşime de bir beste yaptım... Onlar beni çok çok rahatlatıyor. Adeta bir terapi gibi. Ben onlara sığınırım... Kötü duyguları aklına getirmemek, gelince de aklımdan def etmek için mutlaka başka bir şeylerle uğraşmak gerek. Sürekli kendimi başka yönere vererek bu hastalığın bana hissettirdiklerinden uzaklaşmaya çalıştım.” (Hastanın eşi, 65)

“Vakit geçirmek için, kafa dağıtmak için genelde televizyon izlerim... Ara sırada

da olsa konu komşuya gider az oturur gelirim... Örgü örmek de iyi oluyor bak zaman çabuk geçiyor.” (Hastanın kardeşi, 56)

“Yürüyüş yaparım, kitap okurum, arkadaşlarımla vakit geçiririm. Bir de düşünmemeye çalışırım. Moralim bozulduğunda kendi kendime şarkı söylerim. Ne bileyim bayağı iyi oluyor. İyi hissettiriyor bana.” (Hastanın kızı, 24)

“Bana yakın olduğumu hissettiğim çevremdeki insanların yanına gidiyorum. Onlarla bir şeyler paylaşıyorum, dertleşiyorum. Eğer böyle yapmazsam temelli tıkanacağım zaten. Kafayı yiyeceğim...” (Hastanın oğlu, 48)

Bazı hasta yakınları ise güçlü olmaya çalışmak, hayatı normal akışında devam ettirmek, pozitif düşünmek ve ağlamak gibi baş etme yolları ile kendilerini daha iyi hissettiklerini ifade etmişlerdir.

“Ah vah tüh deyip otursan kimseye faydası yok ki. Güçlü olmaya çalıştım... Güçlü olman lazım ki üstesinden gelesin... Gözünde çok büyütürsen kurtulacağına olan inancını yitirme ihtimalin var.” (Hastanın eşi, 82)

“Sürekli hastalıktan konuşarak da onu boğmadık. Hayatı olağan normal akışına da bıraktık yani. Hepimiz böyle derde kedere bürünüp de bir kasvetli hava yaratmadık evin içinde.” (Hastanın oğlu, 31)

“Hanım hasta oldu diye ağladığım günleri uç uca eklesen buradan fizana yol olur... Kapalı yerlere gidip gidip çok defa ağladığımı bilirim... Ağlıyorsun. İçinden bir boşalma geliyor. Ferahlatıyor adamı...” (Hastanın eşi, 70)

4.4.3.2. Sosyal Destek

Bakım veren aile üyeleri kanser hastası yakınları ile birbirlerini desteklediklerini, ayrıca eşlerinin, çocuklarının, akrabalarının, yakın çevrelerinin ve sağlık personelinin desteğini gördüklerini ifade etmiştir.

“Manevi olarak en çok karı koca birbirimizi destekledik... Çoluk çocuğumuz da destekledi tabi... Komşular, akrabalar da yoklarlar sağ olsunlar.” (Hastanın eşi, 70)

“Arkadaşlarımla sürekli beni telefonla arayıp sorması, izinden yana bana

herhangi bir sıkıntı yaratmamalarının bu süreci benim bir nebze de olsun hafif atlatabilmemde falan bir hayli etkisi oldu...” (Hastanın oğlu, 31)

“Komşulardan bile hem maddi hem manevi destek gördük bu süreçte... Arkadaşlara, akrabalara, komşulara sarılıyoruz resmen. Öyle olunca daha az etkileniyoruz.” (Hastanın eşi, 56)

“Yemek işlerinde sıkıntı yaşandığı için kendi evimizde kalmasına razı olmadı kimse. Abim bize gidelim dedi. Abimde kalıyoruz yani şu anki süreçte... Yengem yemektir, ev işleridir o üstlendi hepimizinkini.” (Hastanın oğlu, 31)

“Eşim bu süreçte sanki kendi öz annesiymiş gibi benim annemle ilgilendi. Ben çalışırken bile annemin hastane işleri olsun diğer işler olsun hepsine eşim koştı. Onun da çok desteği oldu bu konuda... Annemin durumu ile ilgili üzüldüğüm zaman en büyük destekçim eşimdir zaten. O beni rahatlatır. Moral verir.” (Hastanın kızı, 24)

“Gittiğimiz hastanelerde yardımcı oldular. Yol gösterdiler hep. Hemşireler olsun canla başla çalışıyorlar bir şey sorduk mu cevap veriyorlar. Yani Allah razı olsun. Uzaktan geliyoruz deyince ona göre randevu veriyorlar... Halden anlıyorlar.” (Hastanın eşi, 70)

“Çok sosyaller ya hemşireler olsun, diğer doktorlar olsun... Sürekli bir hasta ile ilgilenme havası ve güler yüz gördüm hep onlardan... Annem ile ilgilenen hemşireler bana olsun, bu kemoterapi ünitesinde olsun sürekli güler yüzlü davranan insanlar, sağ olsunlar...” (Hastanın oğlu, 31)

“İyi ilgileniyorlar. İlacın falan zamanını ayarlıyorlar. Zamanı gelince giriyoruz. Muayene edilecekse muayene ediyorlar, ilaç alacaksa ilaç veriyorlar, yönlendirilmesi gerekiyorsa yönlendiriyorlar. Hastalıkla ilgili bir şey merak ettiğimiz zaman doktora soruyoruz. Yeri geliyor hemşireye soruyoruz. Bizi bilgilendiriyorlar.” (Hastanın eşi, 55)

Görüşme yapılan bazı hasta yakınları akrabalarından ve yakın çevrelerinden yeterli destek göremediklerini ve olumsuz etkilendiklerini ifade etmiştir.

“Annemin kendi kardeşlerinden pay biçelim, destekleri yeterli değil...” (Hastanın kızı, 32)

“Destek beklediğim kişilerden yeterli desteği açıkçası göremedim...

Yaşadıklarımın sonra artık akraba kelimesi bana boş geliyor. Bir insan senin akrabansa bir hastalık geldiği zaman senin yanında durmalı. Yani 'illa ki bize gel de ne olursun iki gün kal yemek yapiver' demek... İllaki bunu demek mi gerekiyor?" (Hastanın oğlu, 48)

"Böyle bir süreçte asıl destek beklediğin insanlar destek vermeyince bir şeyler yarım kalıyor." (Hastanın oğlu, 21)

"Akrabalardan da öyle çok ilgilenen yok. Anca telefonla falan. Komşular desen onlar da çok farklı değil." (Hastanın kardeşi, 56)

"Eve gelenler desteği bırak daha da annemin moralini bozup da gidiyor... Bana daha da köstek oldular diyebilirim... Geçmiş olsuna gelen ona 'zavallı, ölümcül, akşama sabaha çıkmaz...' İyisin diyeceğine helalleşip da gidiyorlar..." (Hastanın kızı, 53)

"Toplum içine girdiğin zaman ya da millet eve ziyarete geldiği zaman bilir bilmez konuşmalar insanı olumsuz etkiliyor. 'Fılan da söyle hasta olmuş... Köyde aynı hastalığa yakalanan biri varmış.' Karşımdaki insan bir kanser hastası lafıma biraz dikkat edeyim demiyorlar." (Hastanın eşi, 55)

4.4.3.3. Din/Kadercilik

Bakım veren aile üyeleri dine yönelmenin baş etmede etkili olduğunu, hastalığın ve şifanın Allahtan geldiğine inandıklarını, bu hastalığın bir sınav olduğunu düşündüklerini ifade etmiştir.

"Bizim yaşadığımız Allah'ın vergisi bir şey bu... Bu derdi veren Allah. İmtihan bu, başka açıklaması olamaz zaten... Dine yönelmek de iyi gelir adama... Sabah namaza kalkıyorsun mesela derdi tasayı bir kenara bırakabiliyorsun o an, Allah'ın huzurunda ne kendini ne başka şeyi düşünmüyorsun." (Hastanın eşi, 70)

"Sonuçta derdi veren Allah bu bir sınavdır, öyle düşünüyorum." (Hastanın eşi, 56)

"Bu canı veren Allahsa, bu canı bir şeylerin vesilesiyle tekrardan alacak olan da Allah. Sonuçta her şey O'nun bileceği iş... Bunu Cenab-ı Allah vermiştir. Allah'ın verdiği

hastalık...” (Hastanın eşi, 55)

Görüşme yapılan hasta yakınları ibadet etme, Kur'an-ı Kerim okuma, dua etme, abdest almanın kendini ve bakım verdiği hastasını rahatlattığını ifade etmiştir.

“Biz geçen hafta Cem yaptık. Aleviyiz biz. Ben dedim ki eşime ‘dayanamıyorsan gelme’. Çünkü bizim Cemler 2-3 saatten az sürmez. Geldi orada 3 saat oturduk izledik. Bu, ona da bana da bir rahatlama getiriyor.” (Hastanın eşi, 56)

“Kuran-ı Kerim okumaya gittim. Hafta içi beş gün ikişer saat. Biraz onda kafamı dağıtabildim.” (Hastanın kızı, 32)

“Allah’a dua ederim. Çok çok canım sıkılırsa, Cenab-ı Allah Kuran-ı Kerim göndermiş orada şifa var demiş, okuyun aydınlanırsınız diyor. Okudukça açılıyor. Mesela otururken kalkıp gidip abdest almak bile anında insanın ruh halini değiştiriyor. Çünkü huzur ve mutluluğun kaynağı maneviyattan geçiyor.” (Hastanın eşi, 55)

Bazı bakım verenler kanser hastalığının kader olduğunu düşündüklerini ifade etmiştir.

“Başa gelen çekilir... Bu takdir-i ilahidir, alın yazısıdır.” (Hastanın eşi, 65)

“Mukadderat sonuçta. Kabulleneceksin... Kabullenmek zorundasın.” (Hastanın eşi, 55)

4.4.3.4. Hastalığı Yenecekleri İnancı

Bakım veren bazı aile üyeleri hastalıkla mücadele etmenin önemine vurgu yapmışlardır.

“Bu hastalığın ismi bile kötü bir hastalık ama yenilmez bir hastalık değil... Hem hasta hem etrafındakiler bu hastalığı yeneceklerine inanmalılar.” (Hastanın oğlu, 31)

“İlk günden beri aklımda bu hastalığı def etmek var. Hala savaşıyoruz.” (Hastanın eşi, 82)

“Hastalığı kabullendik ve bunu bilerek, bu hastalığı yeneceğiz diye hareket

ediyoruz.” (Hastanın eşi, 56)

4.4.3.5. Maskeleye/Duyguları Gizleme

Bazı bakım veren aile üyeleri hastalarını üzmemek için duygularını gizlediklerini, ve olumlu bir ortam yaratmaya çalıştıklarını, bir hasta yakını ise kanser tanısını hastasından sakladığını ifade etmiştir.

“İlk süreç çok kötüydü bizim için... Kendimizi baskıladık. Çünkü biz üzülürsek onun bizden daha çok üzüleceğini, daha çok yıkılacağını düşünüyorduk zaten... Ne kadar içimiz kan ağlasa da ona belli etmemeye çalışıyoruz.” (Hastanın kızı, 32)

“Belki biz kendimiz üzülyorduk içten içe ama bunu hiç bir zaman ona yansıtmadık, yansıtılmaya çalıştık.” (Hastanın oğlu, 31)

“Sürekli kendimi baskılıyorum. Olduğum gibi davranamıyorum. Acaba onu kırar mıyım? İnsanız. Herkesin bir dolum noktası var... Bir anda istemediğiniz bir kelime ağzınızdan çıktığında acaba üzülmüş müdür ki diye onun pişmanlığını yaşamak çok kötü.” (Hastanın kızı, 24)

“... Çünkü onu olumsuz etkilememeliyiz. Biz ne kadar iyi yaklaşırsak onun daha iyi olacağını biliyoruz. Çabamız sürekli pozitif bir ortam yaratmak.” (Hastanın kızı, 32)

“Annem hastalığını kist olarak biliyor... Kelimeden kelimeye çok fark ediyor. Kanser dersen farklı oluyor. Kist dersen daha farklı, böyle tedavi edilebilir bir şey gibi geliyor kulağa... Şok yaşatmamak için ‘sadece kistmiş, o kisti alacaklarmış’ şeklinde söyledik...” (Hastanın oğlu, 48)

Hasta yakınlarından biri aile üyelerini olumsuz etkilememek için üzüntüsünü yansıtılmaya çalıştığını ancak bu durumun üzerinde gerginlik yarattığını ifade etmiştir.

“Eşime, çocuklarıma da hissettirmemeye çalışıyorum üzüntümü. Nasıl ki annem üzüldüğünde ben, kardeşim, babam ondan daha çok üzülyorsak, ben üzüldüğümde de eşim ve çocuklarım benden daha çok üzülecekler aynı şekilde. O yüzden duygularını yansıtmak istemiyorsun. Ağlamalarım falan kaçamak kaçamak (bu sırada ağlıyor)... Ortada seni üzen bir şeyler var. Ağlayayım rahatlayayım falan diyorsun

bazen. Ama bu sefer de etrafımdaki insanları üzerim, olumsuz etkilerim korkusuyla bunu da yapamıyorsun. Bu durum gerginliğine gerginlik katıyor.” (Hastanın kızı, 32)

4.4.4. Sağlık Kurumundan Beklentiler

Görüşme yapılan hasta yakınları sağlık personellerinin hem hastaya hem de hasta yakınına karşı güler yüzlü olmasını, pozitif yaklaşmasını, yeterli bilgilendirme ve psikolojik destek sağlamasını, hastayı önemseydiğini hissettirmesini, moral vermesini, daha duyarlı olmasını, hastaların iyileşeceklerine olan inançlarını güçlendirecek şekilde ve empatik yaklaşmasını beklediklerini ifade etmiştir.

“Bizim sağlık personelinden beklediğimiz tek şey güler yüz, tatlı dil, güzel alaka... Hastalar tatlı dille, güler yüzle, iyi niyetle yönlendirilirse bunlar bir nevi tedavi yerine geçer öyle düşünüyorum... Hastalar olsun biz yakınları olsun güler yüzü, tatlı dili önemsiyoruz gerçekten... Çünkü dışarıdan birinin verdiği moral gerçekten çok daha başka oluyor.” (Hastanın eşi, 65)

“... o vatandaşı yerine göre çağırıp bir 5 dakika olsun ‘sen de nasılsın, eşinle aran nasıl, çoluk çocuğunla, çevrenle aran nasıl? Sana bakıyorlar mı, bakmıyorlar mı? Ben mi burada sana iyi bakıyorum yoksa onlar mı?’ diye böyle moral vermesi lazım, güler yüz göstermesi lazım... Keşke her bölümde hem hastaya hem hasta yakınına daha duyarlı davranılsa. Özellikle de kanser gibi morale dayalı hastalıklarda bu çok daha önemli.” (Hastanın eşi, 56)

“Sağlık çalışanlarının, hastaları güler yüzle karşılaması, iyileşeceklerine vurgu yapması, hastalığı yeneceklerini sık sık söyleyip hastalara moral vermesi gerekiyor. Sağlıkçılar; hastalara evde, dışarıda, toplum içerisinde tekrar eskisi gibi olacaklarını ya da buna benzer şeyler söylerlerse hastalar da bundan moral alırlar.” (Hastanın eşi, 55)

Bazı hasta yakınları sağlık personelinin yeterli bilgi alma, onkoloji bölümünde psikolojik destek sağlayan bir birimin olması, tedavi işlemlerinin çok fazla zaman ve efor sarf etmeden gerçekleşmesi, özel muayene ücretlerini devletin karşılaması gibi beklentileri olduğunu ifade etmiştir.

“Konuşmak falan ne bileyim bu da bir psikolojik destektir. İnsana önemli

olduğunu hissettirir. Bunun için ayrı bir bölüm olmalı kemoterapi bölümünün yanında.” (Hastanın eşi, 82)

“Benim iki hastamla da bu kemoterapi ile ilgili işlemleri minimum hareketle halletmem gerekiyor. Çünkü zaten yaşlılar, yorgunlar, adım atacak halleri yok... Bu konulara çözüm bulursa çok güzel olur gerçekten.” (Hastanın oğlu, 48)

“Hoca geçiyor yüzüne bakmıyor. Ama 110 lirayı verdiği zaman oooo hoş geldin beyefendi oluyor. Neden 110 lira ile ben beyefendi oluyorum? Belki o parayı karşılayamayacağım. Ve karşılayamadığım zamanlar da oldu. Ya da neden ben sıradan bir vatandaş olarak hastam ile ilgili bir soru sorduğumda bana doğru düzgün cevap vermiyorsun? ... Tamam, hoca ne kadar para alacaksa yine alsın. Ama bunu devlet ödesin. Devlet hocanın değerini bilsin hoca da ayırım yapmadan, zengin fakir demeden hastanın değerini bilsin, hastalara öyle baksın.” (Hastanın eşi, 56)

4.4.5. Kazanımlar

Görüşme yapılan bazı aile üyeleri, hastalık sürecinin eşi ile bağlılıklarını arttırdığını, kenetlenmelerini sağladığını ve hayatın değerinin farkına vardıklarını ifade etmiştir.

“Bu hastalık aynı zamanda bizi daha da kenetledi diyeyim.” (Hastanın eşi, 65)

“İnsanları mutlu etmenin daha güzel olduğunu farkına vardım... Hayatın çok kısa olduğunu, ölümün, kazanın, belanın, hastalığın ne zaman geleceğinin belli olmadığını, onun için her saniyenin ayrı bir önemini olduğunu, değerlendirilmesi gerektiğini düşündüm... Ölmeden önce topluma bir şeyler verebilmek kaygısı daha da fazlalaştı.” (Hastanın eşi, 65)

5. TARTIŞMA

5.1. Jinekolojik Kanser Tanısı Alan Kadınların Deneyimleri

Görüşme yapılan hastalardan elde edilen veriler doğrultusunda jinekolojik kanser tanısı almaya yönelik yaşam deneyimleri şu başlıklar altında tartışılmıştır:

- 5.1.1. Kansere ve kanserin nüks etmesine ilk tepkiler
- 5.1.2. Kanserin yaşattığı zorluklar
- 5.1.3. Kansere baş etme
- 5.1.4. Sağlık kurumundan beklentiler

5.1.1. Kansere ve Kanserin Nüks Etmesine İlk Tepkiler

Çalışmada jinekolojik kanserli kadınların kanser tanısı aldıklarını ilk öğrendiklerinde yıkıldıkları, ağladıkları, hastalığı kendine yakıştıramadıkları, tanıya inanmadıkları, neden başlarına bu hastalığın geldiğini sorguladıkları, şok, şaşkınlık, üzüntü, gelecek kaygısı, içine kapanma, stres ve ölüm korkusu gibi duygular yaşadıkları saptanmıştır. Gemalmaz ve Avşar'ın (2015) yaptığı nitel çalışmada, hastaların kanser tanısı aldıklarını ilk öğrendiklerinde üzüntü, şok, endişe, öfke, korku ve tanıya inanmak istememe gibi duygular yaşadıkları bulunmuştur. Benzer olarak Sægrov ve Halding (2004), kanser tanısı aldığını öğrenen hastaların üzüntü ve stres yaşadığını saptamıştır. Ashing-Giwa vd (2004) yaptıkları nitel çalışmada, katılımcıların kanser tanısına ilk tepkilerinin şok, endişe ve ölüm korkusu olduğunu ortaya koymuştur. Akyüz vd (2008) yaptıkları çalışmada, jinekolojik kanser tanısı alan hastaların tanıyı ilk öğrendiklerinde şok, tanıya inanmama, belirsizlik, umutsuzluk, derin üzüntü ve ölüm korkusu yaşadıkları, 'neden ben' sorusunu kendilerine sorduklarını bulmuştur. Benzer şekilde yapılan bir çalışmada, kanser hastalarının tanıyı öğrendiklerinde korku, kaygı, hayal kırıklığı, öfke yaşadıkları; hastalığı 'neden ben' şeklinde sorguladıkları bulunmuştur (Tuncay 2009). Çalışmamızdaki kanser hastalarının tanıya ilk tepkileri diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Çalışmada bazı hastalar için kanserin nüks etmesinin ilk tanı alınan döneme göre daha korkutucu ve üzücü olduğunu saptanmıştır. Uchida vd (2011) yaptıkları çalışmada, hastaların kanserin metastaz yapmasından korktuklarını bulmuştur. Benzer olarak Bag'ın (2013) derleme çalışmasında, kanser hastalarının yoğun olarak yaşadığı psikolojik zorluklardan birinin de kanserin nüks etme ihtimalinin yarattığı kaygı olduğu ve bu kaygının ömür boyu sürdüğü belirtilmiştir. Yapılan kalitatif bir çalışmada kanser tedavisini tamamlamış kadınların vücutlarındaki en ufak bir değişimi bile kanserin nüks etmesiyle ilişkilendirdikleri, bu yüzden sürekli korku içinde oldukları bulunmuştur (Salci ve Marcon 2010). Howell vd (2003) yaptıkları çalışmada, kadınların hastalığın nüks etme ihtimalini bilmelerine rağmen kanserin nüks etmesi sonucunda tekrar şok, yıkılma, korku, endişe yaşadıklarını göstermiştir. Farklı bir çalışmada, jinekolojik kanserli kadınların %24'ünün hastalığın nüks etmesi korkusu ile başa çıkmakta zorlandıkları ortaya konulmuştur (Hodgkinson vd 2007). Tüm bu çalışmalar kanser hastalarının tanı aldıklarında ve nüks ile karşılaştıklarında sağlık personeli tarafından desteklenmelerinin önemini ortaya koymaktadır. Sağlık personelinin hastaya vereceği bilgi ve emosyonel destek bu dönemin zorlukları ile baş etmede yardımcı olabilir.

5.1.2. Kanser Yaşattığı Zorluklar

Çalışmada jinekolojik kanserli hastaların kanser tanısı alma ve beraberinde uygulanan tedavilerden kaynaklı fiziksel, psikolojik, sosyal ve cinsel sorunlar yaşadıkları saptanmıştır. Ayrıca hastaların ekonomik olarak zorlandıkları ve sağlık kurumundan kaynaklı bazı problemler yaşadıkları bulunmuştur.

Çalışmada jinekolojik kanserli kadınların kanser hastalığı ve uygulanan tedavilerden ötürü ağrı, saç/kaş dökülmesi, yorgunluk, halsizlik, bitkinlik, uykusuzluk, beden imajında değişiklik, fiziksel güçsüzlük, susuzluk, deride kuruluk, ciltte alerji, iştahsızlık, tat almada değişiklik, bulantı, kusma, hipertansiyon, diyabet, tırnaklarda güçsüzlük, hareket kısıtlılığı, kilo kaybı, konstipasyon, ödem ve cerrahi menopozun etkilerinden kaynaklı fiziksel sorunlar yaşadıkları saptanmıştır. Bu sonuçlar literatürdeki pek çok çalışma ile benzerlik göstermektedir (Dansuk vd 2002, Aslan vd 2006, Henry vd 2008, Sigurdardottir ve Haugen 2008, Tsai vd 2010, Nazik vd 2012). Hintistan vd (2012) kemoterapi tedavisi gören 82 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada, hastaların tamamına yakınının yorgunluk, önemli bir kısmının ağız içinde yara, bulantı-kusma, kilo kaybı, alopesi ve az bir kısmının da yüksek ateş, ağrı, konstipasyon deneyimlediklerini ortaya koymuşlardır. Seven vd (2013) yaptığı çalışmada, hastaların en fazla uykusuzluk, yorgunluk, ağrı ve nefes darlığı; daha az oranda da ellerde uyuşma, ağızda yara (stomatit), ciltte ve tırnaklarda değişiklik gibi semptomları yaşadıklarını

bulmuşlardır. Kuhnt vd (2009) çalışmasında, kanser hastalarının %36'sının hafif, %12'sinin şiddetli yorgunluk yaşadığını bulmuştur. Kanser ve tedavisine bağlı oluşan fiziksel rahatsızlıklarla baş etmede bilgilenme önem taşımaktadır (Liu vd 2005). Bu anlamda hastalara ve bakım veren aile üyelerine fiziksel rahatsızlıkların azaltılmasına için neler yapılması gerektiğinin anlatılmasında hemşirelere önemli görevler düşmektedir.

Çalışmada jinekolojik kanserli kadınların ölüm korkusu, öfke, çabuk sinirlenme, mutsuzluk, üzüntü, moral bozukluğu, aşırı hassaslık, duygusallık, alınganlık, suçluluk, belirsizlik, korku, acizlik, bakım verenlere yük olma, içine kapanma, yalnız kalmak isteme, yakınlarının üzülmesine üzülmeye gibi duygular yaşadıkları; bazılarının intihar etmek istedikleri, kabuslar gördükleri, depresyon geçirdikleri, psikiyatrik tedavi aldıkları saptanmıştır. Seven vd (2013) yaptığı çalışmada, kanser hastalarının anksiyete ve depresyon belirtilerine sahip olduklarını; üzüntü, endişe, uykusuzluk gibi semptomlar yaşadıklarını bulmuşlardır. Howell vd (2003) yaptıkları kalitatif çalışmada, kanserin bilinmeyenle yaşamak, kontrol kaybı, damgalanmak, ölümlle yüzleşmek, eskiye göre daha öfkeli olmak gibi etkilerinin olduğunu ortaya koymuştur. Aynı çalışmada cerrahi, radyoterapi, kemoterapi gibi zorlu tedavilerden kaynaklı komplikasyonların sonuçlarını kabullenmenin ağır olduğu, kadınların kontrolü kaybetme duygusunun bir parçası olarak giderek başkalarına bağımlı olma konusunda endişe yaşadıkları bulunmuştur. Uchida vd (2011), hastaların geleceğe yönelik belirsizlik yaşadıklarını, yakınlarının üzülmesine endişelendiklerini, tedavi sonuçlarını kontrol altında tutamadıklarını ve ölüm korkusu yaşadıklarını bulmuşlardır. Yapılan nitel bir çalışmada, hastaların kendileri için üzülen ve çaba harcayan aileleri karşısında kendilerini güçsüz hissettikleri, bazı zamanlar ailelerine yük olduklarını düşündükleri bulunmuştur (Tuncay 2009). Eil vd (2005) çalışmasında, kanserli kadınların %24'ünün orta ya da şiddetli derecede depresyon yaşadığını, bu hastalardan %12'sinin psikiyatrik ilaç kullandığını ve %5'inin psikiyatrik yardım aldığını bildirmiştir. Massie' nin (2004) derleme çalışmasında, jinekolojik kanserli hastaların %12 ile %23 arasında depresyon yaşadıkları ifade edilmiştir. Tuncay'ın (2009) çalışmasında, kanser hastalığı hakkında toplumun yarattığı damgalanmanın kanser hastalarının içine kapanma, sosyal izolasyon yaşamalarının temelini oluşturduğu ortaya konmuştur. 2924 kanser hastası üzerinde yapılan bir çalışmada, hastaların %7.8'inin son iki haftada kendilerine zarar verme ya da intihar düşüncesi taşıdıkları bulunmuştur (Walker vd 2008). Benzer şekilde Akechi vd (2002) yaptıkları çalışmada, kanserli hastaların %15'inde tanıdan 6 ay sonra intihar düşüncesi oluştuğunu ortaya koymuştur. Çalışma sonuçları ve literatürdeki diğer çalışmalara bakıldığında, kanser tanısı alma ve beraberinde uygulanan tedavilerin, bireysel farklılıklar göstermekle birlikte sayısız psikolojik soruna yol açtığı görülmektedir.

Çalışmada bazı hastalar öleceğini düşündüğü ve ardında bırakacağı ailesi için endişelendiğini ifade etmiştir. Howell vd (2003) yaptıkları çalışmada, over kanserli kadınların “bu hastalık ölümle sonuçlanırsa çocuklarıma ne olacak?” kaygısı yaşadıklarını bulmuştur. Benzer şekilde yapılan nitel bir çalışma, küçük çocukları olan jinekolojik kanserli hastaların ölmeleri durumunda çocuklarına kimin bakacağı endişesini yaşadıklarını göstermiştir (Akyüz vd 2008).

Çalışmada görüşme yapılan jinekolojik kanserli kadınların kanser tanısı aldıktan sonra enfeksiyon kapma, başkalarına hastalık bulaştıracakları düşüncesiyle olumsuz tepkilere maruz kalma, kendisine soru sorulmasını istememe gibi nedenlerden ötürü evden dışarı pek çıkmadıkları ve bu yüzden sosyal yönden kısıtlandıkları saptanmıştır. Benzer olarak Gemalmaz ve Avşar'ın yaptığı çalışmada, hastaların enfeksiyon kapmamak için dışarı çıkmadıkları; ağrı, yorgunluk, halsizlik gibi fiziksel semptomlar; saç dökülmesi gibi beden imajı sorunları nedeniyle sosyal faaliyetlere katılmadıkları, sosyal kısıtlılık yaşadıkları ortaya konmuştur. Akyüz vd (2008), jinekolojik kanserli kadınların sosyal ilişkileri ve sosyal yaşantılarında zamanla düşüş yaşadıklarını ortaya koymuştur. Yapılan başka bir çalışmada, bazı hastaların kanser tedavisi bitmiş olsa bile kendilerine kanserle ilgili sorular sorulmasını istemedikleri ve çevrelerindeki bunu yapan kişilerden uzaklaştıkları bulunmuştur (Salci ve Marcon 2010).

Jinekolojik kanser tanısı alma partner ile ilişkileri olumsuz etkileyebilmektedir (Cleary vd 2013). Çalışmada over kanserli genç hastalardan birinin hastalığı nedeniyle terk edildiği, hem bu yüzden hem de çocuk sahibi olamayacağı için evlilikten uzak durduğu bulunmuştur. Yapılan kalitatif bir çalışmada, eşleri tarafından terk edilen kanser hastası kadınların yine terk edilecekleri ya da ihanete uğrayacakları endişesiyle başka ilişkiler kurmadıkları ortaya konmuştur (Ashing-Giwa vd 2004).

Çalışmada hastaların çoğunun kanserin ve tedavilerin yan etkilerinden kaynaklı olarak eve ait rollerini yerine getiremedikleri, bu rolleri diğer aile üyelerine, özellikle eşlerine devretmek zorunda kaldıkları saptanmıştır. Dedeli vd (2008) 105 kanser hastası üzerinde yaptıkları çalışmada, hastaların rol değişiklikleri yaşadığını; görevlerini anne, baba, kardeş gibi diğer aile bireyelerine devretmek zorunda kaldıklarını bulmuştur. Yapılan nitel bir çalışmada, jinekolojik kanserli kadınların fiziksel problemlerden dolayı günlük sorumluluklarını ve aile içi rollerini yerine getiremedikleri, bu rolleri eş, anne ve büyük kızlarına devrettikleri bulunmuştur (Akyüz vd 2008). Çalışmamızda hastaların eve ait rollerini genellikle eşlerine devretmek zorunda kalmaları, hastaların ileri yaşta olup genellikle eşleri ile birlikte yaşıyor olmalarından kaynaklanmaktadır. Aynı zamanda çalışmada, bazı eşlerin daha önce yapmadıkları temizlik gibi eve ait rolleri devralmanın kendilerini zorladığı bulunmuştur. Türk kültüründe eve ait işler kadının rolü olarak

görülmektedir (Akin 2007). Bu nedenle bu rol değişiminin hem hasta hem de bakım veren eşleri olumsuz etkilediği düşünülmektedir.

Çalışmada hastaların tamamına yakınının, yakın çevreleri ve aile içerisinde iletişim problemleri yaşadıkları saptanmıştır. Over kanserli kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada, hastaların yakın çevreleri, arkadaşları ile iletişim sorunları yaşadıkları ve arkadaş çevrelerini değiştirme gereksinimi hissettikleri bulunmuştur (Howell vd 2003). Benzer şekilde Voogt vd (2005), kanser hastalarının kişilerarası ilişkilerde sorunlar yaşadıklarını bulmuşlardır. Hastaların, hastalığa ve beraberinde uygulanan tedavilere bağlı olarak yaşadıkları fiziksel, psikolojik, sosyal zorluklar ile baş etmede yetersiz kalmaları iletişim problemlerini beraberinde getirmiş olabilir.

Kanser, ekonomik anlamda hem hastayı hem de bakım veren aile üyelerini zorlamaktadır (Yun vd 2005, Karabuğa-Yakar ve Pınar 2013). Bu çalışmada da hastaların tamamına yakınının ekonomik zorluklar çektiği saptanmıştır. Görüşme yapılan jinekolojik kanserli kadınlar tedavi giderlerini ve sağlık kurumuna ulaşım masraflarını karşılarken zorlanmıştır. Bunun bir sonucu olarak bazı hastalar kredi çekmek, yakınlarından maddi destek almak, birikimlerini harcamak, sosyal yaşamlarında kısıtlamalara gitmek zorunda kaldıklarını ifade etmişlerdir. Çalışma bulgularına paralel şekilde Şahin vd (2009), kanser tedavi sürecinde bireyleri zorlayan en büyük sorunların ulaşım ve maddi alanda olduğunu bulmuşlardır. Yapılan başka bir çalışmada, katılımcıların tedavi masrafları için birikimlerini kullandıkları, sahip oldukları mülkleri sattıkları, ailelerinden ya da bankadan borç para aldıkları bulunmuştur (Kyngaës vd 2000). Van Houtven vd (2010), kanser için yapılan harcamaların en fazla ilaç ve tıbbi malzeme temini, hastane-ev arası ulaşım ve doktor randevuları için yapıldığını göstermiştir. Longo vd (2006), kanser hastalarının tedavi sürecinde %20' den fazlasının başa çıkamayacakları kadar maddi yük altında olduklarını bulmuşlardır. Literatürdeki pek çok çalışmada kanser tanısı alma ve beraberinde uygulanan tedavilerin kadının cinsel sağlığı ve cinsel fonksiyonu üzerinde olumsuz etkilere sahip olduğu bilinmektedir (Lindau vd 2007, Tangjitgamol vd 2007, Ratner vd 2010, Bal vd 2013, Cleary vd 2013). Demirtaş ve Pınar'ın (2014) 168 jinekolojik kanserli hasta üzerinde yaptıkları çalışmada, kadınların kanser tedavisi süresince dispareni, vajinal kuruluk, cinsel istekte azalma ve cinsel uyarılmada güçlük yaşadıkları bulunmuştur. Benzer şekilde serviks ve endometrium kanserli 20 kadınla yapılan kalitatif bir çalışmada, jinekolojik kanser tedavilerinin erken menopoz, vajinal kuruluk, sıcak basmaları, uyku problemleri ve duygusal sorunlara neden olarak cinsel aktivite ve cinsel işlevleri olumsuz etkilediği ifade edilmiştir (Juraskova vd 2003). Bu çalışmada literatürden farklı olarak az sayıda hasta tanı ve tedavi sürecinde cinselliğinin olumsuz etkilendiğini ifade etmiştir. Bu farkın nedeni; hastaların kadın, görüşmeleri yapan

araştırmacının erkek olması ve kültürel olarak toplumumuzdaki bireylerin cinsel konular hakkında konuşmaktan kaçınması olabilir. Reis vd (2010), müslüman toplumlarda cinselliğin hala bir tabu olarak görüldüğü ve kanserli hastalarda da kolaylıkla ele alınamadığını belirtmiştir.

Çalışmada bazı hastaların tedavi olmak ya da kan vermek için çok sıra bekledikleri, ayrıca sağlık personelinin olumsuz tavırlarına maruz kaldıkları saptanmıştır. Yapılan nitel bir çalışmada hastaların kanser tedavisinin planlanması, bekleme süreleri, ilaç temini, ulaşım, park etme, finans, sigorta gibi sağlık kurumundan kaynaklı sorunlar yaşadıkları bulunmuştur (Long Roche vd 2016). Ashing-Giwa vd (2004) yaptıkları nitel çalışmada, bazı hastalar sağlık personellerinin özellikle de hekimlerin kendilerine umursamazca ve saygısızca davrandıklarını, yeterli bilgilendirme sağlamadıklarını ifade etmiştir. Yapılan başka bir çalışmada hemşire ve doktorların çok meşgul olmalarından dolayı hastaların soru sormaktan kaçındıkları, sağlık personelinin kendilerine yönelttiği tıbbi terimleri anlamadıkları ve çoğu zaman anlıyormuş gibi yaptıkları bulunmuştur (Martinez-Donate vd 2013). Bu çalışmalar bize sağlık kurumları ve sağlık personelinin hastaların gereksinimlerini tam olarak karşılamadığını göstermektedir. Oysa kanser baş etmesi güç bir hastalıktır. Sağlık personelinin tanı ve tedavi sürecinde hastalara karşı hatalı davranışlardan kaçınması, destek olması gerekmektedir.

5.1.3. Kanserle Baş Etme

Jinekolojik kanserli hastaların kanser hastalığının yıkıcı etkilerini hafifletmek ve sürekli hastalıklarını düşünmemek adına televizyon izleme, toprakla uğraşma, doğayla iç içe olma, piknik yapma, açık havada dolaşma, dinlenme, ılık çalma, şarkı dinleme/söyleme, arkadaşlarla vakit geçirme, dans etme, aile ile vakit geçirme, spor yapma, beslenmeye dikkat etme, yürüyüş yapma, dikkati başka yönere odaklamaya çalışma, hastalığı kabullenme, ağlama, sosyal hayatı sürdürmeye çalışma gibi baş etme davranışları sergiledikleri saptanmıştır. Martin vd (2011) yaptıkları çalışmada, kanser hastalarının mizah terapisi, müzik terapisi, meditasyon ve gevşeme tekniklerinin stresle baş etmede etkili olduğunu bulmuştur. Yapılan bir çalışmada, hastaların evcil hayvanlarıyla ilgilenmek, egzersiz ve diyet yapmak, günlük işleri ile meşgul olmak, kendini hastalıkla savaşmaya ve iyileşmeye odaklamak, hastalığı kabullenmek gibi baş etme yolları geliştirdikleri bulunmuştur (Ashing-Giwa vd 2004). Kyngaës vd (2000) yaptıkları çalışmada, hastalığı kabullenip yaşamın bir parçası olarak görmenin kanser hastalarının hastalıkla etkin baş etmesinde önemli olduğunu ortaya koymuştur. De Vries vd (2014) yaptıkları çalışmada, hastaların alışveriş yapmak, bisiklete binmek,

yürüyüş yapmak, açık hava faaliyetlerine katılmak gibi davranışlarla hastalığı düşünmemeye çalıştıklarını bulmuştur. Aynı çalışmada, bazı hastaların aile/arkadaşları ile endişelerini paylaşmalarının kendilerini iyi hissettirdiği bulunmuştur. Çalışmamızda ve yapılan diğer çalışmalarda kanser hastası bireylerin rahatlamak ve daha iyi hissetmek adına pek çok olumlu baş etme yöntemlerini kullandıkları görülmektedir.

Çalışmada görüşme yapılan hastaların bazılarının hastalığa dair pozitif bakış açısı geliştirerek baş etmeye çalıştıkları saptanmıştır. Tuncay'ın (2009) yaptığı çalışmada, bazı hastaların umut, iyileşme inancı gibi pozitif tutumların hastalıkla baş etmeyi kolaylaştırdığı bulunmuştur. Benzer şekilde yapılan kalitatif bir çalışmada, bazı hastaların hastalığa karşı olumlu bir bakış açısı geliştirdiği, kendine inanmanın ve kansere karşı savaşıma isteğinin hastalıkla baş etmede önemli olduğu bulunmuştur (Kyngaès vd 2000).

Kanser hastası bir bireyin en önemli ve en etkili destek kaynağı yakınlarıdır (Terakye 2011). Bu çalışmada hastaların büyük bir kısmının kanserle baş etmede en büyük destek kaynaklarının aileleri ve eşleri olduğu, ayrıca arkadaşları ve yakın çevreleri tarafından da desteklendikleri saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada, aile üyelerinin sağladığı sosyal desteğin jinekolojik kanserli kadınların stresle baş etmede temel dayanak noktası olduğu bulunmuştur (Yılmaz vd 2015). Jinekolojik kanserli hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada, sosyal desteğin depresif semptomlar ve yalnızlık, sosyal izolasyon, değersiz hissetme gibi duyguların azalmasında rol oynadığı bulunmuştur. Aynı çalışmada, aile üyelerinin en kolay ulaşılabilen destek kaynağı olduğu ifade edilmiştir (Carpenter vd 2010). Liu vd (2005) yaptıkları kalitatif çalışmada, kanser hastalarının ailelerinden duygusal destek aldıklarını ve en çok destek sağlayanların eşleri olduğunu ifade etmişlerdir. Pınar vd (2012b) yaptıkları çalışmada, jinekolojik kanserli hastaların aile ve arkadaş çevrelerinden destek gördüklerini bulmuştur. Smith vd (2015) çalışmasında, hastaların hastalık hakkında aile ve arkadaşlarıyla konuşmalarının kanserle baş etmede etkili olduğunu bulmuşlardır. Ashing-Giwa vd (2004) yaptıkları çalışmada, hastaların en az aileleri kadar destek gruplarının da kendilerine sosyal destek sağladığını ve etkili baş etmede destek gruplarından yarar gördüklerini ifade etmişlerdir.

Çalışmada jinekolojik kanserli kadınların çoğunun sağlık personellerinin kendilerini olumlu yönde desteklediği saptanmıştır. Smith vd (2015) çalışmasında, hastaların doktor veya hemşirelerden %42.9 oranında destek gördüklerini ortaya koymuştur. Liu vd (2005) yaptıkları çalışmada, hastaların özellikle hemşireler ve diğer hastaları iki önemli destek kaynağı olarak gördükleri, hemşireleri hekimlerden daha ulaşılabilir ve destekleyici buldukları, onlardan daha kolay bilgi aldıkları belirtilmiştir. Tuncay'ın (2009) yaptığı kalitatif çalışmada, hastalar sağlık personeliyle aileleriyle

kurdukları gibi yakın ilişkiler kurduklarını, sağlık personelinin kendilerine hastalığın prognozu, tedavi, beslenme, diyet gibi konularda bilgi verdiğini ve tüm bunların daha güçlü hissetmelerini sağladığını ifade etmişlerdir.

Çalışmada bazı hastaların ise çevrelerinden ve sağlık personelinin aldıkları desteği yetersiz gördükleri saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada, kanser hastalarının anksiyete, depresyon yaşaması ve yaşam kalitelerinin olumsuz etkilenmesinin yetersiz sosyal destek ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Pınar vd 2012b). Benzer şekilde Carpenter vd (2010) jinekolojik kanserli hastalarda yaptıkları çalışmada, sosyal desteği az olan hastaların daha ağır fiziksel semptomlar yaşadıklarını saptamıştır. Tuncay'ın (2009) yaptığı çalışmada, bazı hastalar sosyal destek eksikliğinin iyileşme sürecinin uzamasına neden olduğunu ifade etmişlerdir. Ashing-Giwa vd (2004) yaptıkları çalışmada, bazı hastaların sosyal desteklerini yetersiz bulduklarını, bu eksikliği destek gruplarına katılarak giderdiklerini ortaya koymuştur. Over kanserli hastalarda yapılan bir çalışmada, sosyal destek düzeyi az olan kadınların kaygı düzeyinin yüksek olduğu ifade edilmiştir (Hipkins vd 2004). Im Song vd (2011) yaptıkları çalışmada, ailesel desteği yeterli olmayan hastalarda intihar düşüncesinin daha yaygın olduğunu ortaya koymuştur. Yapılan bir çalışmada, kanser hastalarının sadece %17.4'ünün hemşirelerden destek gördüğü, yarısından fazlasının tedavileri hakkında bilgilerinin olmadığı, önemli bir kısmının sağlık personelinin aldığı desteği "ara sıra" olarak nitelediği ortaya konmuştur (Özyurt 2007). Bu çalışmada bazı hastalar sağlık personelinin desteğini yetersiz bulurken hastaların çoğunun sağlık personeli tarafından yeterli destek gördükleri saptanmıştır. Literatüre bakıldığında ise yapılan pek çok çalışmada kanser hastası bireylerin sağlık personeli tarafından başta bilgilendirilme ihtiyaçları olmak üzere pek çok ihtiyacının karşılanmadığı görülmektedir (Schmid-Büchi vd 2008, Cleary vd 2013). Bu noktada çalışma sonuçları literatür genelinden farklılık göstermektedir.

Çalışmada hastaların yakınlarını üzmemek ya da çevredeki insanların sürekli soru sormalarını istemedikleri için hastalıklarını ya da olumsuz duygularını gizlemeye çalıştıkları saptanmıştır. Benzer olarak yapılan nitel bir çalışmada da hastaların eşlerinin ve çocuklarının olumsuz etkilenmesine üzüldükleri için hastalıkları ile ilgili konuşmaktan kaçındıkları bulunmuştur (Ashing-Giwa vd 2004). Ancak hastaların duygularını paylaşamaması, onların duygusal yükünü arttıran bir etmen olabilir.

Çalışmada görüşme yapılan hastaların çoğunun manevi yöne odaklanarak kendilerini daha iyi hissettikleri saptanmıştır. Hastalar namaz kılmanın, Kur'an-ı Kerim okumanın, dua etmenin kanserle baş etmede, olumsuz duygulardan uzaklaşmada ve rahatlama önemli olduğunu ifade etmiştir. Serçekuş ve Başkale (2015), kanser hastaları için dini inancın ve ibadet etmenin hastalıkla baş etmede olumlu etkileri

olduğunu bulmuştur. Padmos vd (2016) yaptıkları çalışmada, hastaların hastalık stresiyile başa çıkmada maneviyat ve ibadet etmeyi baş etme yöntemi olarak kullandıkları ortaya konmuştur. Benzer şekilde Ashing-Giwa vd (2004) yaptığı çalışmada, kanser hastalarında maneviyatın ve dua etmenin rahatlamayı ve güveni artırıp, korkuları azaltarak baş etmeyi kolaylaştırdığını ortaya koymuşlardır. Puchalski (2012) derleme çalışmasında, spiritüalitenin kanser hastalarının hastalıklarını yeniden biçimlendirmelerini, hayatı daha fazla anlamlandırmalarını ve kendilerini değerli hissetmelerini sağlayan olumlu bir güç olabileceği sonucunu bulmuştur. Kanser tedavisini tamamlamış hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada, hastalar tedavi sürecinde iyileşmek için Allah'a dua ettiklerini, kendilerini Allah'ın iyileştirdiğini ve bu yüzden şükrettiklerini ifade etmişlerdir (Salci ve Marcon 2010).

Bu çalışmada hastaların bazılarının kanser hastalığının kader olduğuna ve Allah'tan geldiğine inandıkları, hastalığı bir sınav olarak gördükleri saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada da kanser hastalarının kendilerinin Allah tarafından cezalandırıldığını, hastalığın ve sonuçlarının Allah'ın kontrolünde olduğunu düşündükleri bulunmuştur (Ashing-Giwa vd 2004). Alcorn vd (2010) yaptıkları çalışmada, bazı hastaların kanser tanısı almalarının Allah'ın isteği ya da Allah'ın takdiri olduğunu düşündükleri ortaya konmuştur. Yapılan başka bir çalışmada hastaların kanseri kaderleri olarak algıladıkları bulunmuştur (Akyüz vd 2008). Türk toplumu dini inançlarından ötürü kaderci bir anlayışa sahiptir (Tan 2007). Bu yüzden çalışmadaki hastaların çoğunun, kanseri kader ya da Allah'ın kendilerini tabii tuttuğu bir sınav olarak algılamasının, toplumun genel inancının bir sonucu olduğu düşünülebilir.

5.1.4. Sağlık Kurumundan Beklentiler

Görüşme yapılan hastaların sağlık personelinden daha duyarlı ve güler yüzlü bir yaklaşım, onkoloji merkezi bünyesinde psikiyatrik destek sağlayan bir birim, kan verirken çok sıra beklememek için ayrı bir kan alma birimi beklentileri olduğu saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada kanser hastalarının daha uygun fiyatlı ve erişilebilir bakım gereksinimini olduğu ortaya konmuştur (Ashing-Giwa vd 2004). Sutherland vd (2009) yaptıkları çalışmada, kanser hastası bireylerin sağlık personelinden tetkik, tedavi ve yan etkiler hakkında bilgi almayı istediklerini ortaya koymuştur. Yapılan nitel bir çalışmada, hastaların sağlık personelinden daha ilgili ve duyarlı olmasını, yeterli bilgi vermesini, destekleyici bir tutum sergilemesini ve klinik semptomların giderilmesine yardım etmelerini bekledikleri bulunmuştur. Aynı çalışmada hastaların tedavi ve tetkikler için uzun süre beklemek istemedikleri ortaya konmuştur (Billet ve Crossing 2003). Benzer şekilde başka bir çalışmada, hastaların sağlık personelinin

kendileriyle empatik bir iletişim kurma beklentisinde oldukları bulunmuştur. Aynı çalışmada kanser hastalarının korku ve endişeler, yan etkiler, hastalıkla ilgili gelişmeler, sağlıklı beslenme, stres yönetimi, eski yaşamını sürdürme gibi konularda sağlık personelinin destek bekledikleri ortaya konmuştur (Janda vd 2008). Urbaniec vd (2011) yaptıkları çalışmada, jinekolojik kanserli hastaların %26.7'sinin hastalıkla ilgili doktoruyla konuşabilmeyi istediğini bulmuştur. Peteet'in (2013) yaptığı çalışmada, kanser hastası bireylerin manevi yanlarının eksik kaldığı ve hastaların sağlık personelinin manevi destek görmek istedikleri bulunmuştur. Tüm bu çalışmalar sağlık kurumlarının ve sağlık personelinin daha iyi bir hizmet vermek için gelişmesi gereken eksik yönleri ortaya koymaktadır. Kanserli bireye hizmet veren sağlık kurumlarının, verilen hizmetin zahmetsizce, kolay ulaşılabilir olmasına çaba göstermesi ve bu birimlerde çalışan sağlık personeline kanser hastalarıyla iletişim konularında hizmet içi eğitim vermesi gerekmektedir.

5.2. Jinekolojik Kanser Tanısı Alan Yakınına Bakım Veren Aile Üyelerinin Deneyimleri

Görüşme yapılan aile üyelerinden elde edilen veriler doğrultusunda jinekolojik kanserli yakınına bakım vermeye yönelik yaşam deneyimleri şu başlıklar altında tartışılmıştır:

- 5.2.1. Kansere ve kanserin nüks etmesine ilk tepkiler
- 5.2.2. Bakım verme sürecinde yaşanan zorluklar
- 5.2.3. Baş etme
- 5.2.4. Sağlık kurumundan beklentiler
- 5.2.5. Kazanımlar

5.2.1. Kansere ve Kanser Nüks Etmesine İlk Tepkiler

Çalışmada bakım veren aile üyelerinin hepsinin, yakınlarının kanser tanısı alması karşısında şaşkınlık, şok, korku, endişe, çaresizlik, yıkılma, üzüntü gibi duygular ve yakınıni kaybetme korkusu yaşadıkları saptanmıştır. Akyüz vd (2008) yaptığı kalitatif çalışmada, eşlerinin jinekolojik kanser tanısı aldığını öğrenen bireylerin ilk tepkisinin şok, kaybetme korkusu ve gelecek kaygısı olduğunu bulmuştur. Benzer şekilde Lopez vd (2012) yaptıkları çalışmada, bakım veren eşlerin ilk tepkilerinin eşini kaybetme korkusu ve belirsizlik gibi duygular olduğunu ortaya koymuştur. Mancini vd (2011),

bakım verenlerin kanser tanısı konan yakınları hakkında korku, endişe, stres, şüphe, güçsüzlük gibi duygular deneyimlediklerini bulmuştur.

5.2.2. Bakım Verme Sürecinde Yaşanan Zorluklar

Aile üyelerinin bakım verme sürecinde fizyolojik/fiziksel, psikolojik, cinsel, ekonomik ve sağlık kurumundan kaynaklı sorunlar yaşadıkları, sosyal hayata ve aile içi iletişime dair zorluklarla karşı karşıya kaldıkları saptanmıştır.

Çalışmada bakım veren aile üyelerinin baş ağrısı, mide ağrısı, saç dökülmesi/beyazlaması, uykusuzluk, fiziki yıpranma yaşadıkları saptanmıştır. Rivera (2009) yaptığı derleme çalışmasında, kanser hastalarına bakım verenlerin kalitesiz uyku, kilo kaybı, soğuk algınlığı, yorgunluk ve enerji kaybı gibi zorluklar yaşadığını ifade etmiştir. Meme ve jinekolojik kanserli hastaların bakım veren eşleri ile yapılan kalitatif bir çalışmada, tanıdan sonraki ilk 3 ay eşlerin yorgunluk, kas ağrıları, uyku düzensizlikleri yaşadığı bulunmuştur (Lopez vd 2012). Benzer şekilde Mancini vd (2011) yaptıkları çalışmada, bakım verenlerin uykusuzluk, şiddetli yorgunluk, iştah kaybı, kilo verme, idrar yolu enfeksiyonu, egzama ve sedef hastalığı gibi fiziksel sorunlar yaşadıklarını bulmuştur. Serçekuş vd (2014) çalışmasında, bakım veren bireylerin baş ağrısı, uykusuzluk gibi problemler yaşadıklarını, mevcut sağlık sorunlarının arttığını ya da hipertansiyon gibi yeni hastalıkların ortaya çıktığını ifade etmiştir. Çalışma sonuçları literatür ile benzer olup, bakım verenlerin pek çok fizyolojik sorunlar yaşadığını göstermektedir.

Görüşme yapılan aile üyelerinin bakım verme sürecinde mutsuzluk, üzüntü, endişe, stres, durgunluk, duygusallık, kendini güçsüz hissetme, sinirlilik, hastasının üzülmesine üzülmeye, hastasını kaybetme korkusu, geleceğe dair belirsizlik, aciz hissetme, çaresizlik duyguları yaşadıkları saptanmıştır. Karaaslan'ın (2013) kanser hastasına bakım veren 150 primer bakım verici üzerinde yaptığı çalışmada, katılımcıların %50.7'sinin sıkıntı hissi yaşadığı, %50'sinin ağlama isteği olduğu, %32.7'sinin korktuğu ve % 35.3'ünün iletişim kurmak istememe gibi psikolojik sorunlar yaşadığı ortaya konmuştur. Tsigaropoulos vd (2009) çalışmasında, bakım verenlerin hastalarının geleceğine ilişkin endişelendiğini, mutsuzluk, üzüntü ya da depresyon yaşadığını bulmuştur. Çivi vd (2011) çalışmasında, hasta yakınlarının % 60.9'unun eskiye göre daha duygusal olduğunu, %10'unun orta ve şiddetli derecede depresyon yaşadığını bulmuştur. Terakye (2011) derleme çalışmasında, kanser hastasına bakım veren aile üyelerinin sık sık ağladığını; suçluluk, korku, çaresizlik, güçsüzlük, umut kaybı, depresif duygulanım yaşadığını; hastasına aşırı ilgi ya da ilgisizlik tavrı içinde olduğunu ortaya koymuştur. Görgülü ve Akdemir'in (2010), bakım verenlerin stres,

tedavilerin seyirindeki belirsizlikten kaynaklı endişe, kızgınlık, kontrol kaybı yaşadığı bulunmuştur. Çalışma sonuçları ve literatürdeki diğer çalışmalar, kanserin yalnızca tanı alan bireyi değil tüm aileyi etkileyerek sayısız psikolojik soruna yol açtığını göstermektedir.

Çalışmada bazı bakım verenlerin kanser kelimesinin bile kendilerini tedirgin ettiği saptanmıştır. Yapılan kalitatif bir çalışmada, katılımcıların 'kanseri' kelimesini telaffuz etmekten kaçınarak 'kötü sonuç' sözcüğünü kullandıkları ortaya konmuştur (Akyüz vd 2008). Benzer şekilde yapılan başka bir çalışmada, türü ne olursa olsun kanserin adı geçtiğinde bakım verenlere olumsuz duygular çağrıştırdığı bulunmuştur (Toptaş 2013). Salci ve Marcon'un (2010) kalitatif çalışmasında, yakınları kanser tedavisini tamamlayan bakım verenlerin bile kanseri ölümle eş tuttukları ortaya konmuştur. Bu sonuçlar kanser sözcüğünün bile korku, üzüntü, acı çekme, belirsizlik duyguları yaşattığı ve ölümü çağrıştırdığını, bu yüzden tanı alan birey ve aile üyelerini psikolojik anlamda olumsuz etkilediğini düşündürmektedir.

Görüşme yapılan bakım veren aile üyelerinden birinin kendi ihtiyaçlarını göz ardı ettiği ve tüm önceliğinin bakım verdiği hastası olduğu bulunmuştur. Toptaş'ın (2013) çalışmasında da bakım verenlerin bu süreçte neredeyse tüm gün hastalarıyla ilgilenmek zorunda kaldıkları ve kendilerine zaman ayıramadıkları ortaya konmuştur. Yapılan başka bir çalışmada, bakım verenlerin tedavi-bakım süreci boyunca devamlı hastalarına eşlik etmelerinden ötürü kaygı ve öfke düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir (Bilge ve Ünal 2005). Lopez vd (2012), bakım veren eşlerin kanser hastası yakınlarının tüm ihtiyaçlarını kendi ihtiyaçlarının üzerinde tuttuğunu bulmuştur. Türk kültürüne has özelliklerden dolayı hasta bireye bakım verme işini genelde aile bireyleri üstlenmektedir. Aile üyeleri bakım vermeyi bir borç olarak gördüklerinden kendilerini bu rolü yerine getirmek zorunda hissetmektedirler (Pelit 2015). Bu yüzden bakım veren aile üyelerinin kendi ihtiyaçlarını ikinci plana attıkları düşünülmektedir.

Çalışmada bakım veren aile üyelerinin aile içerisinde rol değişimi yaşadıkları, eve ait bazı rolleri üstlenmek zorunda kaldıkları ve özellikle erkek bakım verenlerin bu değişime ayak uydurmakta zorlandıkları saptanmıştır. Lopez vd (2012) çalışmasında, erkek bakım veren eşlerin ev işleri, yemek yapma gibi alışık olmadıkları rolleri devralmak zorunda kaldıklarını bulmuştur. Benzer şekilde Görgülü ve Akdemir'in (2010) çalışmasında da bakım verenlerin ev işlerini yerine getirmede zorlandıkları bulunmuştur. Öner (2012) çalışmasında, bakım verenlerin %62.5'inin aile içindeki rol ve sorumluluklarında değişme yaşadığını ortaya koymuştur. Mancini vd (2011) yaptıkları kalitatif çalışmada, bazı bakım verenlerin değişen aile içi roller karşısında aile rutinlerini olabildiğince normal seviyede tutmaya çalıştıkları bulunmuştur. Çalışma sonuçları literatür ile benzerlik göstermektedir. Türk toplumu gibi ataerkil yapının ağır bastığı

kültürlerde ev işleri ve çocuk bakma gibi görevler kadına atfedilmiştir. Normal şartlarda erkek bireyler, hasta bakımı ve ev işleri yapma gibi konulara yabancı kalmaktadır (Karabuğa-Yakar ve Pınar 2013). Bu kültürel yapı nedeniyle erkek bakım verenlerin daha önce alışkın olmadıkları yeni rollere uyum sağlamakta kadın bakım verenlere göre daha fazla güçlük yaşadığı düşünülmektedir.

Çalışmada bazı erkek bakım verenlerin eşinin tedavi sürecinde cinsel yaşantılarının olumsuz etkilendiği ve bazı dönemler cinsel ilişkiye ara verdikleri saptanmıştır. Aktif cinsel yaşantıları olup cinsel ilişkiye ara verdiklerini söyleyen eşlerin tamamı bu durumu sorun etmediklerini ifade etmiştir. Yapılan bir çalışmada, eşleri meme ve jinekolojik kanser tedavisi gören katılımcıların tedavi döneminde cinsel yaşantılarında değişimler yaşadıkları ancak onlar için asıl önemli olan şeyin eşlerine daha iyi bakım vererek baş etmelerini kolaylaştırmak olduğu bulunmuştur (Lopez vd 2012). Benzer şekilde yapılan bir çalışmada, jinekolojik kanser tanısı alan kadınların bakım veren eşleri, tedavilerin etkileri, eşlerin isteksizliği ve eşlerine zarar verme korkusundan dolayı cinsel ilişki sıklığının azaldığını, zaman zaman ara verdiklerini ifade etmişlerdir (Akyüz vd 2008).

Çalışmada aile üyelerinin bakım verme sürecinde sosyal yaşamlarının kısıtlandığı ve bireysel işlerini bakım verdikleri yakının durumuna göre ayarlamak zorunda kaldıkları saptanmıştır. Bazı aile üyeleri ise yakınları acı çekerken eğlenmeye haklarının olmadığını, suçluluk duygusu yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Benzer olarak Babaoğlu ve Öz (2003), bakım veren eşlerin sosyal etkileşimlerinde ve eğlence faaliyetlerinde kısıtlanmalar; günlük işleri sürdürmede yetersizlik, rol performansında değişim ve sosyal izolasyon yaşadıklarını bulmuştur. Ferrario vd (2003) yaptıkları çalışmada, bakım verenlerin bir kısmının artık keyifli vakit geçiremedikleri, sosyal etkinliklere katılamadıkları, arkadaşlarıyla görüşemedikleri ve hobilerini terk ettikleri bulunmuştur. Yapılan kalitatif bir çalışmada, bazı bakım verenlerin seyahat ya da eğlence faaliyetlerini sınırladığı ortaya konmuştur (Mancini vd 2011). Lopez vd (2012) yaptıkları çalışmada, bakım veren eşlerin tatile gidememe, arkadaşlarla görüşememe, rutin sosyal aktiviteleri azaltma gibi mecburi yaşam biçimi değişiklikleri yapmak zorunda kaldıklarını bulmuştur. Aynı çalışmada bazı eşlerin suçluluk duygusu nedeniyle diyetlerini eşlerinin diyetlerine göre ayarladığı ve eğlence faaliyetlerini neredeyse sıfıra indirdikleri ortaya konmuştur.

Çalışmada bazı aile üyelerinin bakım verme sürecinde eşlerine ve çocuklarına vakit ayıramadığı saptanmıştır. Karaaslan'ın (2013) yaptığı çalışmada, bakım vericilerin %63,4'ünün ailesine zaman ayıramadığı ortaya konmuştur. Aynı çalışmada evli ve çocuk sahibi olan bireylerin daha fazla zorlanma yaşadığı ve çocuklarıyla yeterince ilgilenemediği bulunmuştur. Toptaş (2013) yaptığı çalışmada, bakım verenlerin bir

kısının aile düzenlerinin bozulduğunu ve diğer aile üyelerine vakit ayıramadıklarını bulmuştur. Karabuğa-Yakar ve Pınar'ın (2013) çalışmasında, bakım veren bireylerin %15'inin aile ilişkilerinde, %45'inin de evlilik ilişkilerinde zorluk yaşadıkları bulunmuştur. Serçekuş vd (2014) yaptıkları kalitatif çalışmada, bakım veren aile üyelerinin çocuklarıyla yeterince ilgilenemediklerini bulmuşlardır.

Çalışmada bakım veren aile üyelerinin özellikle hastaların çabuk öfkelenmesi nedeniyle aile içi iletişim sorunları yaşadıkları ve bu sorunları önlemek için kanser hastası yakınlarını alttan almaya çalıştıkları, tartışmalarda çoğunlukla sessiz kaldıkları saptanmıştır. Chen vd (2007) 150 kanser hastasının eşleri ile yaptıkları çalışmada bakım veren eşlerin aile ilişkilerinde sorunlar yaşadığını bulmuştur. Karaaslan'ın (2013) yaptığı çalışmada, bakım vericilerin %56.7'sinin komşuluk ilişkilerinde, %44'ünün de diğer insanlarla ilişkilerinde azalma yaşadığı ve %20,7'sinin sık sık tartışma yaşadığı bulunmuştur. Yapılan kalitatif bir çalışmada, kanser hastası yakınına bakım veren aile üyelerinin aile içinde ve çevreleriyle iletişim sorunları yaşadıkları ancak hastalarının ruh hali gereğince daha toleranslı davranmak zorunda hissettikleri bulunmuştur. Aynı çalışmada, bakım verenlerin hasta bakımı sürecinde çocuklarıyla iletişim kurma problemleri yaşadığı ortaya konmuştur (Mancini vd 2011). Çalışma sonuçları literatür ile benzerlik göstermektedir. Kanser başlı başına bir kriz durumu olmasının yanına sıra tanı alan bireyin aile üyelerine, 'bakım verme yükünü' de beraberinde getirir (Karaaslan 2013). Bu süreçte değişen roller ve yeni sorumlulukları üstlenmek zorunda olmak, yaşanan fizyolojik, psikolojik, sosyal güçlükler iletişim problemlerini de beraberinde getiriyor olabilir. Sağlık personelinin bakım veren aile üyelerini, hastaların öfke gibi tepkileri ile baş etme, sağlıklı iletişim kurma konularında desteklemesi iletişim sorunlarının çözümünde yararlı olabilir.

Çalışmada görüşme yapılan bazı bakım veren aile üyeleri işlerinden ayrılmak, rapor almak ya da okulu bırakmak zorunda kaldıklarını ifade etmişlerdir. Ferrel vd (2002) çalışmasında, bazı hasta yakınlarının hasta bakımını daha rahat yerine getirebilmek için işlerinden ayrılmak zorunda kaldığını bulmuştur. Serçekuş vd (2014), bakım verenlerin bazılarının işlerini bırakmak zorunda kaldıklarını bulmuştur. Benzer şekilde Toptaş (2013) yaptığı çalışmada, bakım verenlerin bazılarının işlerinden ayrılmak, iş yerlerini kapatmak ya da emekli olmak zorunda kaldıklarını bulmuştur.

Çalışmada bakım veren aile üyeleri için tedavi ve ulaşım masraflarının ekonomik zorlanmaya sebep olduğu saptanmıştır. Kanser hastalığının ekonomik anlamda da büyük sorunlara neden olarak hasta ve bakım veren aile üyelerini zorladığı bilinmektedir (Yun vd 2005, Karabuğa-Yakar ve Pınar 2013). Mosher vd (2013) yaptığı çalışmada, bakım verenlerin gelirlerinin önemli bir kısmını kaybettiğini, birikimlerini harcadığını, çalışma saatinin azaldığını, işinden ayrıldığını, eğitim planlarında değişiklik

yapmak zorunda kaldığını bulmuştur. Tsigaropoulos vd (2009) yaptığı çalışmada, hasta yakınlarının %51.3'ünün ekonomik yüklerinin arttığını, %32.9'unun ev-hastane arası hasta transferinde zorlandıklarını bulmuştur. Emanuel vd (2000) bakım verme sürecinde hane halkının gelirinin en az %10'unu sağlık bakımı için harcadığını, kredi çektiğini, bazı bakım verenlerin iki işyerinde çalıştığını ve tasarruf etmek zorunda hissettiklerini ortaya koymuştur. Rhee vd (2008) yaptıkları çalışmada, ailelerin büyük çoğunluğunun ağır mali yüklerle karşılaştığını bulmuşlardır. Aynı çalışmada bakım verme sürecinde ailelerin; daha ucuz bir eve taşınması, bazı aile üyeleri için eğitim planlarının değiştirilmesi, birikimlerin harcanması, diğer aile üyelerinin aciliyet arz etmeyen tıbbi bakımının ertelenmesi gibi mali kısıtlanmalar yaşadıkları ortaya konmuştur. Çalışma sonuçları literatür ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmada çeşitli sağlık kurumlarından hizmet alan bazı hasta yakınları, sağlık kurumlarını fiziki olarak yetersiz bulduklarını, tedavi sırasında hastane prosedürleri nedeniyle zaman kaybı yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Lund vd (2015) yaptıkları çalışmada, bakım verenlerin çoğunun kanser tedavisi sürecinde sağlık kurumu ile ilgili; kurumun sağlık sisteminin nasıl çalıştığını bilmeme, evrak işlerinin uzun sürmesi, poliklinikte bekleme sürelerinin normalden fazla olması gibi sorunlarla karşılaştıkları bulunmuştur. Rogers vd (2000) yaptıkları çalışmada, bakım verenlerin hastane ve toplum hizmetleri arasındaki zayıf iletişimden ve tıbbi randevulara erişmede zorluk yaşanmasından kaynaklanan sorunlarla karşılaştıkları ortaya konmuştur. Bu çalışmalar sağlık kurumlarının kanser hastalarına hizmet sundukları birimlerin fiziki şartlarını iyileştirmesi, sunulan hizmetin hem hasta hem de hasta yakını için daha zahmetsiz ve kolay ulaşılabilir olması için düzenlemeler yapması gerektiğini göstermektedir.

5.2.3. Baş Etme

Görüşme yapılan aile üyelerinin bakım verme sürecinin beraberinde getirdiği zorluklarla baş etmek için dikkati başka yöne verme, ağlama, arkadaşlarla/komşularla sohbet etme, işi ile vakit geçirme, yürüyüş yapma, öykü, roman, şiir yazma, beste yapma, televizyon izleme, şarkı söyleme, kitap okuma, örgü örme gibi baş etme davranışları sergiledikleri saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada, bakım verenlerin baş etme yöntemi olarak; kabullenme, reddetme, probleme odaklanma, karar verme, aile bireylerinin ve arkadaşlarının duygusal desteğini alma, çeşitli gevşeme tekniklerini kullanma gibi yollara başvurduğu ortaya konmuştur (Han vd 2014). Serçekuş vd (2014) çalışmasında, bakım verenlerin günlük işlerini sürdürme, gezme, arkadaşlar ile vakit geçirme, el işleri yapma, televizyon izleme, sigara içme gibi baş etme davranışları sergilediklerini bulmuştur. Benzer şekilde yapılan kalitatif bir çalışmada, hasta

yakınlarının rutin faaliyetlerine devam etme, sosyal destek görmek isteme, fiziksel ya da psikolojik belirtiler için ilaç kullanma, nefes egzersizleri-yoga yapma, pozitif bakış açısı sağlama, hastası hakkında olumsuz düşünmekten kaçınma gibi baş etme yöntemleri kullandığı görülmüştür (Mosher vd 2015). Her bireyin yaşamı boyunca karşılaştığı kriz durumları ile baş edebilmek için gösterdiği reaksiyonlar farklı olabilir. Çalışmada ve literatürde, bakım verenlerin çok çeşitli baş etme yolları izleyerek kendilerini daha iyi hissetmeye, kanser krizinin beraberinde getirdiği pek çok zorlukla bu şekilde baş etmeye çalıştıkları görülmüştür.

Bu çalışmada aile üyelerinin büyük bir kısmının bakım verme sürecinde diğer aile üyeleri, akrabalar, komşular ve arkadaşlar tarafından desteklendikleri saptanmıştır. Buna karşılık bazı aile üyelerinin ise ailelerinden ve yakın çevrelerinden yeterli destek görmedikleri ve bu durumdan olumsuz etkilendikleri bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada, bakım veren aile üyelerinin gördükleri sosyal destek arttıkça bakım verme yüklerinin azaldığı; bu durumun da bakım vereni daha güçlü kıldığı, bakım verme sürecinde daha aktif rol alabileceği bulunmuştur (Öner 2012). Chiou vd (2009) çalışmasında, sosyal destek arttıkça aile bireylerinin bakım yükünün azaldığını ve baş etme gücünün arttığını ortaya koymuştur. Gaugler vd (2005) 225 bakım veren üzerinde yaptıkları çalışmada, yeterli ve etkili sosyal desteğe sahip bakım verenlerin stres gibi olumsuz psikolojik etkilerle daha kolay baş edebildiğini bulmuştur. Dökmen'in (2012) yaptığı çalışmada, bakım verenlerin gördükleri sosyal desteği yeterli bulmadıkları ve desteklenme ihtiyaçlarının fazla olduğu bulunmuştur. Karabulutlu vd (2013) yaptıkları çalışmada, bakım verme sürecinde destek alamayan bakım vericilerde depresyon puan ortalamalarının daha fazla olduğunu bulmuştur. Kim vd (2005) yaptığı çalışmada, sosyal destek eksikliğinde bakım veren bireylerin bakım verme yükünün arttığını bulmuştur. Bu çalışmalar bakım veren aile üyeleri için sosyal desteğin yeni durumlarıyla baş etmelerindeki önemini ortaya koymaktadır. Bu anlamda kanser tanısı alan bireyler kadar aile üyelerinin de sağlık personeli tarafından desteklenmesi gerektiği açıktır.

Çalışmada bakım veren aile üyelerinin büyük bir kısmının sağlık personelinin desteğinden memnun olduğu, bazı bakım verenlerin ise sağlık personelinin olumsuz tavırlarından ve ilgisiz tutumlarından rahatsız oldukları saptanmıştır. Beaver ve Witham (2007) yaptıkları çalışmada, bakım veren bireylerin sağlık personeli tarafından kansere dair bilgilendirilme durumlarının iyi düzeyde olduğunu bulmuştur. Benzer şekilde Kadmon vd (2008) yaptıkları çalışmada, kanser hastası eşlerine bakım veren bireylerin %76'sının sağlık personelinin aldığı bilgiden memnun olduğunu ortaya koymuştur. Buna karşılık Lund vd (2015) yaptıkları çalışmada, bakım veren bireylerin yaklaşık yarısı sağlık personelinin kendilerinin ne hissettiği ya da bakım verme sürecini

nasıl idare ettiği konularında ilgisiz davrandıklarını ortaya koymuştur. Carter'ın (2001) yaptığı kalitatif çalışmada, bakım verenlerin bir kısmının hekimleri iletişim kurarken duyarsız ve şefkatsiz buldukları; hekimlerle olan diyaloglarının stresli olduğu ve hayal kırıklığı yarattığı ortaya konmuştur. Bakım veren bireylerin bakım verme sürecinde diğer aile üyeleri ve yakın çevrelerinden gördüğü sosyal desteğin duygusal eksiklikleri; sağlık personelinin gördüğü desteğin ise hem duygusal desteği hem de tedavi-bakım sürecindeki bilgi eksikliğini tamamlayıcı rol oynayarak baş etmeyi kolaylaştıracağı düşünülmektedir. Bu yüzden sağlık personelinin vereceği desteğin, bakım verme sürecine birçok açıdan katkı sağlayarak kritik rol oynayacağı açıktır.

Görüşme yapılan aile üyelerinin önemli bir kısmının bakım verme sürecinde dua etme, Kur'an-ı Kerim okuma, namaz kılma, abdest alma ve dine yönelmenin kendilerini daha iyi hissettirdiği saptanmıştır. Serçekuş vd (2014) çalışmasında, bakım verenlerin Allah'a yönelme, Allah'a şükretme, ibadet etme gibi manevi baş etme davranışları sergilediklerini bulmuştur. Han vd (2014) yaptıkları çalışmada, bakım verenlerin dini uygulamalar yaparak rahatladıklarını bulmuştur. Benzer şekilde yapılan başka bir çalışmada, bakım verenlerin dine yoğunlaşarak sıkıntılarında hafifleme hissettikleri ortaya konmuştur (Leyva vd 2014). Akyüz vd (2008) yaptıkları çalışmada, bakım veren eşlerin, jinekolojik kanserli eşlerinin iyileşmesi için Allah'a dua ettiklerini, dua ederek kendilerini daha iyi hissettiklerini ortaya koymuştur. Delgado-Guay vd (2012) yaptıkları çalışmada, maneviyatın ve dindarlığın, kanserin sebep olduğu fiziksel ve duygusal zorlanmaların üstesinden gelmelerinde bakım verenlere yardımcı olduğunu bulmuştur. Sterba vd (2014) yaptıkları çalışmada, bakım verenlerin en yaygın başa çıkma yönteminin Allaha dua etme ve dine yönelme olduğunu saptamıştır. Çalışma sonuçları birçok farklı kültürde olduğu gibi Türk kültüründe de maneviyatın ve Allah inancının, sıkıntılarının hafiflemesi için sıkça kullanıldığını göstermektedir.

Çalışmada bazı bakım verenler kanser hastalığını kader olarak gördüklerini ve Allah'ın kendilerini sınadığını düşündüklerini ifade etmişlerdir. Yapılan kalitatif bir çalışmada, bakım verenlerin kanser hastalığını kader olarak kabul ettikleri ve kaderi değiştiremeyecekleri için hastalıkla mücadele etmeleri gerektiğini düşündükleri bulunmuştur (Akyüz vd 2008). Yapılan bir çalışmada, bakım verenlerin kanser sürecini "Allah'a teslimiyet" olarak tanımladıkları bulunmuştur. Aynı çalışmada bakım verenlerin kontrolün Allah'ın elinde olduğunu, hastalığın da şifanın da O'ndan geldiğini düşündükleri saptanmıştır (Sterba vd 2014). Bu çalışmaların aksine Katolik mezhebine mensup bireyler üzerinde yapılan bir çalışmada, katılımcıların kanserle baş etmede dini inancı, maneviyatı, ibadet etmeyi önemsedikleri ancak kanseri Allah'ın verdiği bir ceza/sınav ya da ölüme eş değer olarak görmedikleri bulunmuştur (Leyva vd 2014). Çalışmanın sonuçları Türk kültürünün genel özelliklerinden biri olan "kadercilik" yönünü

desteklemektedir. Toplumumuzda olumsuz durumların Allah'tan gelen bir sınav olduğu inancı oldukça yaygındır (Akyüz vd 2008).

Çalışmada aile üyelerinin hastalığı yeneceklerine yönelik inancın, baş etmede önemli olduğunu, hem hastanın hem de bakım verenlerin bu düşüncede olmasının iyileşme sürecine katkı sağladığını düşündükleri saptanmıştır. Salci ve Marcon'un (2010) yaptığı çalışmada, hastanın ve ailesinin kanseri yenmeye olan inançlarının iyileşme sürecini etkilediği bulunmuştur. Benzer şekilde yapılan başka bir çalışmada, bakım verenlerin önce kendilerinin ardından da bakım verdikleri hastalarının iyileşme inancı taşıması gerektiği, eğer bakım verenler hastalığı yeneceklerine inanmazsa kanser hastalarının da bu durumdan olumsuz etkileneceğini düşündükleri ortaya konmuştur (Lopez vd 2012). Sağlık personelinin hasta yakınlarına hasta ile ilgili bilgi verirken hastadaki pozitif ilerlemelerin paylaşılması bakım vericinin baş etmesini olumlu yönde etkileyebilir.

Çalışmada bakım veren aile üyelerinin hastalarını üzmemek için olumsuz duygularını ve kendi üzüntülerini gizledikleri, pozitif bir ortam oluşturmaya çalıştıkları bulunmuştur. Mancini vd (2011) yaptıkları çalışmada, bakım verenlerin endişelerini hastalarından gizlediklerini belirtmişlerdir. Serçekuş vd (2014) yaptıkları çalışmada, hasta yakınlarının çoğunun hastalarını üzebilir kaygısıyla olumsuz duygularını göstermemeye gayret ettiklerini ancak bu durumun kendilerini olumsuz etkilediğini ortaya koymuştur. Bu anlamda bakım veren aile üyelerinin sağlık personeli tarafından desteklenmesi önemlidir. Bakım verenler için sosyal destek grubu gibi duygularını paylaşabilecekleri bir ortam yaratılması yararlı olabilir.

Çalışmada bakım verenlerden biri hastasını üzmemek için kanser tanısını gizlediklerini ifade etmiştir. Yapılan bir derleme çalışmasında, kanser tanısının hasta yakınlarına açıklanması ve ardından hasta yakınlarının gerçeği hastasından saklama ihtiyacı hissetmesinin, hasta yakınlarının duygusal yük altına girmesine neden olduğu ortaya konmuştur (Terakye 2011).

5.2.4. Sağlık Kurumundan Beklentiler

Çalışmada aile üyelerinin sağlık personellerinin hem hastaya hem de hasta yakınına karşı güler yüzlü olmasını, yeterli bilgilendirme ve psikolojik destek sağlamasını, hastayı önemseyişini hissettirmesini, moral vermesini, daha duyarlı olmasını, hastaların iyileşeceklerine olan inançlarını güçlendirecek şekilde ve empatik yaklaşmasını bekledikleri saptanmıştır. Serçekuş vd (2014) yaptığı çalışmada, bakım verenlerin sağlık personelinin daha fazla bilgi alma beklentisi içinde olduklarını bulmuştur. Ayrıca aynı çalışmada, bakım veren aile üyelerinin hem hastalarına hem de

kendilerine psikolojik destek verilmesi ve alanında uzman doktorların hastaları ile ilgilenmesini istedikleri ortaya konmuştur. Lopez vd (2012) yaptıkları kalitatif çalışmada, bakım veren eşlerin sağlık personelinin semptomlar, yan etkiler, teşhis-tedavi-hastalık yönetimi hakkında basit ve anlaşılır bilgi alma talebi olduğunu ortaya koymuştur. Aynı çalışmada, erkek bakım vericilerin bakım verme işine kadınlara nazaran daha yabancı oldukları için zorlandıkları ve bu nedenle daha fazla desteklenme ihtiyacı hissettikleri bulunmuştur. Tamayo vd (2010) yaptığı kalitatif çalışmada, bakım verenlerin sağlık personelinin; hasta-hemşire-bakım veren arasında iletişim sağlama, bakım verenlere destek olma, zamanı koordine edebilme, hastalıkla ilgili eğitim verilmesi ve olumlu tutum/davranışlar bekledikleri ifade edilmiştir. Kirk ve vd (2004) yaptıkları çalışmada, bakım verenlerin sağlık personelinin beklentilerinin; dürüstçe ve basit bir dille bilgi almak, güven duymak, merhametli ve empatik yaklaşım görmek olduğu bulunmuştur. Lund vd (2015) yaptıkları çalışmada, bakım verenlerin semptomlar ve yan etkiler, psikolojik reaksiyonlar ve hastalarını nasıl destekleyecekleri konularında sağlık personelinin ilgi görmeyi beklediği ortaya konmuştur. Applebaum ve Breitbart'ın (2012) derleme çalışmasında, kanser hastasına bakım verenlerin tedavi, teşhis, prognoza ilişkin bilgiler, başa çıkma/sosyal desteğe dair bilgi, öz bakım/evde bakım hakkında bilgi, kanserin aile üzerindeki etkileri/eş ilişkileri hakkında bilgi, pratik bakım, hastane bakımı ve takip/rehabilitasyona dair bilgi alma beklentileri olduğu ortaya konmuştur. Benzer şekilde Cora vd (2012) yaptıkları çalışmada, bakım verenlerin hastaları hakkında daha fazla bilgilendirme ihtiyacı olduğunu bulmuştur. Bu çalışma sonuçları ve literatürdeki pek çok çalışma kanser hastası yakınına bakım veren aile üyelerinin sağlık kurumundan çeşitli beklentilerinin olduğunu göstermektedir. Başta bilgi alma ihtiyacı olmak üzere bakım verenlerin beklentilerinin karşılanmasının, bakım verme sürecinin beraberinde getirdiği birçok olumsuzlukla baş etmeyi kolaylaştıracağı düşünülmektedir. Sağlık personellerine, özellikle de hemşirelere bu konuda önemli görevler düştüğü ortadadır.

5.2.5. Kazanımlar

Çalışmada bazı bakım verenlerin bakım verme sürecinde eşleri ile ilişkilerinin güçlendiği ve yaşamın değerinin farkına vardıkları saptanmıştır. Toptaş'ın (2013) yaptığı çalışmada, bakım verenlerin bir kısmı kanser hastalığının aile üyelerini bir araya getirdiğini ve daha fazla kenetlenmelerini sağladığını ifade etmiştir. Howell vd (2003) yaptıkları kalitatif çalışmada, aile üyelerinin birbirine duygusal anlamda daha fazla yakınlaştıklarını bulmuştur. Benzer şekilde Mancini vd (2011) yaptıkları çalışmada, hasta, aile üyeleri ve çevresinin birbirine yakınlaştığını bulmuştur. Yapılan başka bir

Çalışmada, bakım verenler eşlerinin kanser tanısı almasının maneviyatı arttırma, ölümü hatırlama, Allah inancını yeniden değerlendirme, hayatta olmanın ve geleceğin kendileri için ne anlama geldiğini düşünme gibi olumlu kazanımlar sağladığını ifade etmiştir (Akyüz vd 2008).



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Jinekolojik Kanser Tanısı Alan Kadınların Hastalık Deneyimlerine İlişkin Sonuçlar

Jinekolojik kanser tanısı alan kadınlar ve bakım veren aile üyelerinin deneyimlerini incelemek amacıyla yapılan bu çalışmanın bulgularına göre aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

Araştırmada jinekolojik kanserli kadınların kanser tanısı almaya ilk tepkileri; üzüntü, şaşkınlık, şok, yıkılma, ağlama, tanıya inanmak istememe, hastalığı kendine yakıştıramama, neden kansere yakalandığını sorgulama, yalnız kalmak isteme, öleceğini düşünüp ardında bırakacaklarına üzülmeye şeklinde olmuştur.

Jinekolojik kanser tanısı alma ve beraberinde uygulanan tedavilerin hastalar üzerinde ağrı, yorgunluk, halsizlik, bitkinlik, uykusuzluk, beden imajında değişiklik, güçsüzlük, deride kuruluk, ciltte alerji, saç/kaş dökülmesi, iştahsızlık, tat almada değişiklik, bulantı, kusma, hipertansiyon, diyabet, tırnaklarda güçsüzlük/değişiklikler, hareket kısıtlılığı, kilo kaybı, konstipasyon, ödem gibi fiziksel yan etkileri olduğu saptanmıştır.

Araştırmada jinekolojik kanser tanısı alan kadınların fizyolojik etkilerin yanı sıra; mutsuzluk, üzüntü, moral bozukluğu, yakınlarının üzülmesine üzülmeye, belirsizlik, ölüm korkusu, öfke, çabuk sinirlenme, suçluluk, pişmanlık, kendisine acınmasından rahatsızlık duyma, duygusallık, ağlama, içine kapanma, yalnız kalmaktan korkma, acizlik, başkasına bağımlı olma, psikiyatrik yardım alma/ilaç kullanma, kabuslar görme, intihar etmeyi düşünme gibi pek çok psikolojik zorluk yaşadığı saptanmıştır.

Jinekolojik kanser tanısı alan kadınların enfeksiyon kapma korkusu, çevreden duyulan olumsuz sözler ve tedavilerin fiziki yan etkilerinden ötürü sosyal yaşamlarının kısıtlandığı bulunmuştur. Ayrıca hastaların çoğunun aile içinde ve çevreleriyle iletişim sorunları yaşadığı saptanmıştır. Ancak hastalardan biri, kanser tanısı aldıktan sonra eşiyile iletişiminin daha olumlu bir hal aldığını ifade etmiştir.

Çalışmada hastaların bir kısmının kanser hastalığı ve uygulanan tedavilerden dolayı eve dair rollerini yerine getirmedikleri için ev işlerini aile üyelerine devretmek zorunda kaldıkları saptanmıştır.

Hem hastalar hem de bakım veren aile üyeleri için kanser tedavisi sürecinde ulaşım masraflarının ve tedavi giderlerinin ekonomik anlamda zorlanmaya sebep olduğu saptanmıştır. Katılımcılar masrafları karşılayabilmek için birikimlerini harcamak, kredi çekmek, çevrelerinden maddi destek almak, devletten bakım parası talep etmek, sosyal yaşantıda ekonomik kısıtlamalar yapmak zorunda kalmışlardır.

Araştırmaya katılan jinekolojik kanser hastalarının çoğu cinsel yaşantıları ile ilgili konuşmamışlardır. Az sayıda hasta ise hastalık sürecinde cinsel ilişkiye ara verdiklerini ifade etmiştir. Bu sonucun elde edilmesinde hastaların kadın, görüşmecinin erkek olmasının rol oynadığı ve kültürel olarak toplumumuzdaki bireylerin cinsel konular hakkında konuşmaktan kaçınması, katılımcıların kanser ve beraberinde uygulanan tedavilerin cinsel yaşantılarında meydana getirdiği sorunlardan bahsetmedikleri düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan hastaların ve bakım veren aile üyelerinin; tetkik ve tedaviler için sıra bekleme, sağlık kurumunun fiziki yetersizliği, hastane prosedürleri nedeniyle zaman kaybı yaşanması, sağlık personelinin kendilerine yönelik olumsuz ve ilgisiz tavırları gibi sağlık kurumundan kaynaklı zorluklar yaşadıkları saptanmıştır.

Hastaların hastalıkla baş etmek için; televizyon izleme, ılık çalma, şarkı dinleme/söyleme, dans etme, arkadaşlarla/aile ile vakit geçirme, dinlenme, spor yapma, yürüyüş yapma, beslenmeye dikkat etme, toprakla uğraşma, dikkati başka yönlere odaklamaya çalışma, ağlama, hastalığı kabullenme, hastalıkla ilgili pozitif düşünme, sosyal hayatı sürdürmeye çalışma gibi baş etme yöntemleri geliştirdikleri saptanmıştır. Çalışmaya katılan hastalardan bazılarının yakınlarını üzmemek veya kendisine soru sorulmasını engellemek için olumsuz duygularını gizlemeye çalıştıkları bulunmuştur. Ayrıca hastaların dua etme, namaz kılma, tespih çekme, Kur'an-ı Kerim okuma gibi manevi baş etme yöntemleri kullandıkları da görülmüştür. Bazı hastalar ise kanser hastalığını Allah'tan gelen bir sınav olarak nitelemiştir.

Araştırma kapsamında hastaların büyük bir kısmının en önemli destek kaynaklarının aileleri, ardından yakın çevreleri ve arkadaşları olduğu saptanmıştır. Ayrıca hastaların çoğu sağlık personelinin kendilerini olumlu desteklediğini ifade etmiştir. Bazı hastalar ise ailelerinden ve yakın çevrelerinden yeterli destek görmediğini ifade etmiştir.

Çalışmada jinekolojik kanser hastası kadınların; sağlık personelinden daha duyarlı yaklaşım, onkoloji merkezi içerisinde psikiyatrik destek alabilecekleri bir birim ve

kemoterapi alan kanser hastaları için ayrı kan alma biriminin olması yönünde beklentileri olduğu saptanmıştır.

6.2. Jinekolojik Kanser Tanısı Alan Yakınına Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Verme Deneyimlerine İlişkin Sonuçlar

Araştırmada bakım veren aile üyelerinin, yakınlarının kanser tanısı almalarına ilk tepkileri; üzüntü, yıkılma, şok, şaşkınlık, yakınıni kaybetmekten korkma, çaresizlik, endişe şeklinde olmuştur.

Bakım veren aile üyelerinin hastalarına bakım verme sürecinde; baş ağrısı, mide ağrısı, fiziki yıpranma, saçlarda dökülme/beyazlama, uykusuzluk gibi fiziksel sorunlar yaşadıkları saptanmıştır.

Çalışmada bakım veren bireylerin fiziksel sorunlara ek olarak; mutsuzluk, üzüntü, stres, duygusallık, durgunluk, kendini güçsüz hissetme, sinirlilik, hastasının üzülmesine üzülme, sürekli tedirginlik ve yakınıni kaybetme korkusu, belirsizlik, çaresizlik, aciz hissetme gibi psikolojik zorluklar da yaşadıkları saptanmıştır. Bakım veren aile üyelerinden biri, bakım verme sürecini kendini feda etme şeklinde tanımlamış, bir diğeri ise yaşamındaki tüm önceliğini hastasına verdiğini ifade etmiştir.

Araştırmada bakım veren aile üyelerinin çoğunun, yakınları kanser tanısı aldıktan sonra eve ait rolleri üstlenmek zorunda kaldığı ve bu durum karşısında zorlanma yaşadığı saptanmıştır. Ayrıca bakım verenlerin tamamının bireysel işlerini yerine getiremediği ve suçluluk duyguları nedeniyle sosyal kısıtlanma yaşadığı bulunmuştur. Bazı aile üyelerinin ise bakım verme sürecinde eşlerine ve çocuklarına vakit ayıramadığı saptanmıştır.

Çalışmada bakım veren aile bireylerinin bazılarının işini ya da okulunu bırakmak zorunda kaldığı saptanmıştır.

Araştırmada aktif cinsel yaşantısı devam eden bazı bakım verenlerin kanser tedavisi sürecinde eşleri ile cinsel yaşamlarına ilişkin sorunlar yaşadıkları, belli dönemler dikkatli davrandıkları ya da cinsel ilişkiye ara verdikleri saptanmıştır.

Çalışmada bazı bakım veren aile üyelerinin aile içi iletişim sorunları yaşadıkları ve bunun önüne geçmek için kanser hastası yakınlarını alttan aldıkları, daha toleranslı davrandıkları saptanmıştır.

Araştırmada bakım verenlerin hastalıkla baş etmek ve kendilerini daha iyi hissetmek için; arkadaşlarla/komşularla sohbet etme, işi ile vakit geçirme, ağlama, yürüyüş yapma, öykü, roman, şiir yazma, beste yapma, televizyon izleme, şarkı söyleme, kitap okuma, örgü örme, dikkati başka yöne odaklama, güçlü olmaya çalışma,

hastasının iyileşeceğine inanma, hastalıkla savaşıma, pozitif düşünme gibi baş etme davranışları sergiledikleri saptanmıştır. Aile üyelerinin hastalarını üzmemek için duygularını ya da kanser tanısını gizledikleri, olumlu bir ortam yaratmaya çalıştıkları bulunmuştur. Ayrıca bakım veren aile üyelerinin çoğunun ibadet etme, dua etme, Kur'an-ı Kerim okuma, Allah'a yönelme gibi manevi baş etme yöntemleriyle rahatladıkları saptanmıştır. Hasta bireylerde olduğu gibi bazı bakım veren aile üyelerinin de hastalığı kader olarak gördükleri, Allah'ın kendilerini sınadığını düşündükleri, hastalığın ve şifanın Allah'tan geldiğine inandıkları bulunmuştur.

Araştırmaya katılan bakım veren bireylerin; başta diğer aile üyeleri olmak üzere, komşular, akrabalar, arkadaşlar ve sağlık personeli tarafından desteklendikleri saptanmıştır. Bazı aile üyelerinin ise yakın çevrelerinden yeterli destek görmedikleri, hatta bakım verme sürecinde çevrelerinden olumsuz etkilendikleri bulunmuştur.

Çalışmada bakım veren aile üyelerinin sağlık personelinden hastalara ve kendilerine güler yüzlü olmasını, pozitif yaklaşmasını, duyarlı ve empatik davranmasını, psikolojik destek sağlamasını ve yeterli bilgi verilmesini bekledikleri saptanmıştır. Ayrıca bakım verenlerin özel muayene ücretlerini devletin karşılamasını, tetkik-tedaviye dair işlemlerin çok fazla efor ve zaman harcamadan yapılabilmesini istedikleri bulunmuştur.

Araştırmada bakım veren aile üyelerinden bazıları kanser sürecinin aile içi bağları güçlendirdiğini ifade etmiştir. Ayrıca bazı bakım verenlerin yaşamın değerinin farkına varma ve topluma faydalı olma düşüncesi gibi kazanımlar elde ettikleri saptanmıştır.

6.3. Öneriler

- ✓ Sağlık personelinin hastalara ve hasta yakınlarına gerekli olan bilgi ve danışmanlığı verebilmesi için hizmet içi eğitimlerle donanımlı hale getirilmesi,
- ✓ Sağlık personelinin özellikle de hasta ve yakınlarıyla en fazla muhatap olan meslek grubuna mensup hemşirelerin; kanser türleri, tanı, tedavi ve ilaçların yan etkileri, beslenme şekli gibi hastalığa dair konularda hem hastaya hem de bakım veren aile üyelerine tatmin edici düzeyde bilgi vermesi,
- ✓ Sağlık personelinin bakım ve bilgilendirme sağlarken yalnızca hastanın değil hasta yakınlarının da bu süreçten olumsuz etkilendiğinin farkında olarak bütüncül bir yaklaşımla hem hastaya hem de bakım verenlere destek ve danışmanlık sağlaması,
- ✓ Onkoloji merkezlerinin bünyesinde, tanı alan birey ve aile üyelerinin yaşamlarında meydana gelen rol değişikliklerine uyum sağlamayı kolaylaştırmada psikolog, hemşire, sosyal hizmet uzmanı gibi farklı alanların birleşiminden oluşan multidisipliner ekiplerin oluşturulması ve zorluk yaşayan hastalar ve ailelerinin maddi-manevi destek alabilecekleri kurumlara ulaşabilmeleri için gerekli yönlendirmelerin bu ekipler tarafından yapılması,
- ✓ Kanser tanı ve tedavi sürecinin her birey için farklı sorunlara neden olduğu dikkate alınarak bakımın bireye özgü planlanması,
- ✓ Sağlık personelinin kanser hastası birey ve yakınlarının tedavi ve bakım sürecindeki baş etme yollarını saptaması, hasta ve bakım verenin güçlü yönlerinin ortaya çıkmasını sağlayarak bu zorlu süreçte baş etmesini kolaylaştırması,
- ✓ Jinekolojik kanser hastası kadınlara ve bakım veren eşlere; jinekolojik kanserin ve uygulanan tedavilerin üreme yeteneği, cinsel sağlık ve cinsel işlevleri etkileyebileceği hakkında bilgi ve danışmanlık verilmesi,
- ✓ Ülkemizde tabu haline gelmiş olan ancak sorun yaşayan bireylerin şiddetle bu konuda desteğe ihtiyaç duyduğu cinsel işlev, cinsel sağlık ya da bunun benzeri konularda jinekolojik kanserli hastalar ve bakım veren eşlerin konuşmaya

cesaretlendirilmesi ve cinselliğe ilişkin sorunların bireylere özgü olarak uygun koşullarda yeniden değerlendirilmesi,

- ✓ Jinekolojik kanser hastası bireylerin bu gruptaki diğer bireylerle konuşup duygularını paylaşabileceği, başka jinekolojik kanser hastalarının deneyimlerini dinleyebileceği destek gruplarının oluşturulması ve bu hastaların görüşebileceği uygun ortamların sağlanması,
- ✓ Sağlık personelinin bakım veren aile üyelerinin bakım verme sürecinde göğüslemek zorunda kaldıkları bakım yüküne dair kendilerini ifade etmeleri için uygun ortamın ve desteğin sağlanması,
- ✓ Sağlık personelinin hasta ve hasta yakınlarıyla iletişim kurarken güler yüzlü, pozitif, duyarlı ve empatik yaklaşım sergilemesi,
- ✓ Onkoloji kliniklerinde hem hastalar hem de bakım veren aile üyeleri için alanında uzman sağlık personeli tarafından psikiyatrik destek veren bir birimin olması,
- ✓ Kemoterapi alan kanser hastası bireyler için ayrı kan alma biriminin olması gibi bu hastaların tedaviye daha kolay, zahmetsizce ulaşmasına yönelik ilgili birimlerde düzenlemelerin yapılması
- ✓ Sağlık kurumuna uzak bir yerde ikamet eden hasta ve bakım verenlerin gerektiğinde kısa süreli de olsa sağlık kurumunda konaklayabileceği fiziki imkanların sağlanması,
- ✓ Sağlık kurumlarında tedavi sağlama, hastane prosedürleri, evrak işleri gibi işlemlerin hasta ve bakım veren bireylere zaman kaybı yaşatmadan ve mümkün olduğunca kolaylaştırılarak gerçekleştirilmesi önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

Abraham J, Allegra CJ, Gulley J. Klinik Onkoloji El Kitabı, Çev. Ed. Mayadağlı A, Parlak C, **Nobel Tıp Kitabevleri**, İstanbul, 2009, s.667.

Akechi T, Okamura H, Nishiwaki Y, Uchitomi Y. Predictive factors for suicidal ideation in patients with unresectable lung carcinoma. **Cancer** 2002; 95(5): 1085-1093.

Akın A. Toplumsal cinsiyet (gender) ayrımcılığı ve sağlık. **Toplum Hekimliği Bülteni** 2007; 26(2): 1-9.

Akkuzu G, Talas MS, Ortac F. Functional status in Turkish women with gynecological cancer. **Asian Pac J Cancer Prev** 2014;15(5): 2045-2049.

Akyüz A, Güvenç G, Üstünsöz A, Kaya T. Living with gynecologic cancer: Experience of women and their partners. **Journal of Nursing Scholarship** 2008; 40(3): 241-247.

Alcorn SR, Balboni MJ, Prigerson HG, Reynolds A, Phelps AC, Wright AA, Block SD, Peteet JR, Kachnic LA, Balboni TA. "If God wanted me yesterday, I wouldn't be here today": Religious and spiritual themes in patients' experiences of advanced cancer. **Journal of Palliative Medicine** 2010; 13(5): 581-588.

Al-Jauissy M. Health care needs of Jordanian caregivers of patients with cancer receiving chemotherapy on an outpatient basis. **East Mediterranean Health Journal** 2010; 16(10): 1091-1097.

American Cancer Society 2017 Estimates. <https://cancerstatisticscenter.cancer.org/>, (alındığı tarih: 10.09.2017).

American Cancer Society Cancer Facts & Figures. <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/annual-cancer-facts-and-figures/2017/cancer-facts-and-figures-2017.pdf>, (alındığı tarih: 10.09.2017).

American Cancer Society Cervical Cancer. <https://www.cancer.org/cancer/cervical-cancer/>, (alındığı tarih: 10.09.2017).

American Cancer Society Endometrial Cancer Stages. <https://www.cancer.org/cancer/endometrial-cancer/detection-diagnosis-staging/staging.html>, (alındığı tarih: 06.09.2017).

American Cancer Society How Is Vaginal Cancer Staged? <https://www.cancer.org/cancer/vaginal-cancer/detection-diagnosis-staging/staging.html>, (alındığı tarih: 03.09.2017).

American Cancer Society Key Statistics for Endometrial Cancer. <https://www.cancer.org/cancer/endometrial-cancer/about/key-statistics.html>, (alındığı tarih: 10.09.2017).

American Cancer Society Signs and Symptoms of Ovarian Cancer. <https://www.cancer.org/cancer/ovarian-cancer/detection-diagnosis-staging/signs-and-symptoms.html>, (alındığı tarih: 10.09.2017).

American Cancer Society What Are the Key Statistics About Cervical Cancer? <https://www.cancer.org/cancer/cervical-cancer/about/key-statistics.html>, (alındığı tarih: 10.09.2017).

American Cancer Society What Are the Key Statistics About Ovarian Cancer? <https://www.cancer.org/cancer/ovarian-cancer/about/key-statistics.html>, (alındığı tarih: 10.09.2017).

American Cancer Society What Are the Key Statistics About Vaginal Cancer? <https://www.cancer.org/cancer/vaginal-cancer/about/key-statistics.html>, (alındığı tarih: 10.09.2017).

American Cancer Society What Are the Key Statistics About Vulvar Cancer? <https://www.cancer.org/cancer/vulvar-cancer/about/key-statistics.html>, (alındığı tarih: 10.09.2017).

Applebaum AJ, Breitbart W. Care for the cancer caregiver: A systematic review. *Palliative & Supportive Care* 2013; 11(3): 231-252.

Ashing-Giwa KT, Padilla G, Tejero J, Kraemer J, Wright K, Coscarelli A, Clayton S, Williams I, Hills D. Understanding the breast cancer experience of women: A qualitative study of African American, Asian American, Latina and Caucasian cancer survivors. *Psychooncology* 2004; 13(6): 408-428.

Aslan Ö, Sanisoglu Y, Akyol M, Yetkin S. Quality of sleep in Turkish family caregivers of cancer patients. *Cancer Nursing* 2009; 32(5): 370-377.

Aslan Ö, Vural H, Kömürcü Ş, Özet A. Kemoterapi alan kanser hastalarına verilen eğitimin kemoterapi semptomlarına etkisi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2006; 10: 15-28.

Atagün Mİ, Balaban ÖD, Atagün Z, Elagöz M, Özpolat AY. Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2011; 3(3): 513-552.

Ateşçi FÇ, Oğuzhanoğlu NK, Baltalarlı B, Karadağ F, Özdel O, Karagöz N. Kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklar ve ilişkili etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2003; 14(2): 145-152.

Ayaz S, Efe ŞY, Korukluoğlu S. Jinekolojik kanserli hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*. 2008; 28(6): 880-885.

Aydın O, Deveci A, Esen-Danacı A. Kanser tanısı intihara yol açar mı? Risk algılama ve azaltımı nasıl yapılabilir? *Psikoonkoloji* 2012; 11(4): 311-315.

Aydiner A, Aslay I, Berkman S. Jinekolojik Tümörler El Kitabı: Tanı-Tedavi-Takip, *Nobel Tıp Kitabevleri*, İstanbul, 2016, s.184.

Aydoğan Ü, Doğaner YÇ, Borazan E, Kömürcü Ő, Koçak N,  zt rk B,  zet A, Sağlam K. Kanser hastalarında depresyon ve anksiyete düzeyleri ve hastalıkla başa çıkma tutumlarının iliŐkisi. **Türkiye Aile Hekimliği Dergisi** 2012; 16(2): 55-60.

Ayhan A, Başaran A. "Endometrial Karsinom", Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 2. Baskı, Ed. Ayhan A, Durukan T, Günalp S, G rgan T, Önderoğlu LS, Yaralı H, Yüce K, **Güneş Tıp Kitabevi**, Ankara, 2008a, s.1241-1268.

Ayhan A, Başaran A. "İnvaziv Vulva Kanseri", Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 2. Baskı, Ed. Ayhan A, Durukan T, Günalp S, G rgan T, Önderoğlu LS, Yaralı H, Yüce K, **Güneş Tıp Kitabevi**, Ankara, 2008b, s.1145-1162.

Ayhan A. "Malign Over Tümörleri", Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 2. Baskı, Ed. Ayhan A, Durukan T, Günalp S, G rgan T, Önderoğlu LS, Yaralı H, Yüce K, **Güneş Tıp Kitabevi**, Ankara, 2008, s.1277-1290.

Babaoğlu E,  z F. Terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin duygusal ve sosyal sorunları arasındaki ilişki. **Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi** 2003; 2: 24-33.

Bag B. Kanser hastalarında uzun dönemde görülen psikososyal sorunlar. **Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar** 2013; 5(1): 109-126.

Baider L, Peretz T, Hadani PE, Koch U. Psychological intervention in cancer patients: A randomized study. **General Hospital Psychiatry** 2001; 23(5): 272-277.

Bal MD, Yılmaz SD, Beji NK. Sexual health in patients with gynecological cancer: A qualitative study. **Sex Disabil** 2013; 31(1): 83-92.

Beaver K, Witham G. Information needs of the informal carers of women treated for breast cancer. **European Journal of Oncology Nursing** 2007; 11(1): 16-25.

Bekar M. "Kadın Genital Sisteminin İyi ve K t  Huylu T m rleri", Kadın Sağlığı, Ed. Őirin A, Kavlak O, **Nobel Tıp Kitabevleri**, İstanbul, 2015, s.261-273.

Bektaş HA, Akdemir N. Kanserli bireylerde fonksiyonel durumun  nemi. **Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi** 2009; 12(3): 54-60.

Bektaş HA, Akdemir N. Kanserli bireylerin fonksiyonel durumlarının değerlendirilmesi. **Turkiye Klinikleri J Med Sci** 2006; 26(5): 488-499.

Berek JS. "Gynecologic Oncology", Hacker & Moore's Essentials of Obstetrics and Gynecology, 6th Edition, Ed. Hacker NF, Gambone JC, Hobel CJ, **Elsevier**, Philadelphia, 2015, s.440-448.

Bilge A,  nal G. Kanserli hastanın yakınlarının  fke ve kaygı düzeylerinin belirlenmesi. **Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi** 2005; 21(2): 37-46.

Billett J, Crossing S. A consumer-initiated survey of women's experiences of breast cancer services in NSW. **NSW Public Health Bulletin** 2003; 14(6): 117-119.

Blum K, Sherman DW. Understanding the experience of caregivers: A focus on transitions. **Seminars in Oncology Nursing** 2010; 26(4): 243-258.

Boscaglia N, Clarke DM, Jobling TW, Quinn MA. The contribution of spirituality and spiritual coping to anxiety and depression in women with a recent diagnosis of gynecological cancer. *Int J Gynecol Cancer* 2005; 15(5): 755-761.

Boyle P, Levin B. Dünya kanser raporu 2008. *DSÖ Uluslararası Kanser Araştırma Kurumu* 2008.

Carmack Taylor CL, Basen-Engquist K, Shinn EH, Bodurka DC. Predictors of sexual functioning in ovarian cancer patients. *J Clin Oncol* 2004; 22(5): 881-889.

Carpenter KM, Fowler JM, Maxwell GL, Andersen BL. Direct and buffering effects of social support among gynecologic cancer survivors. *Ann Behav Med* 2010; 39: 79-90.

Carter PA, Chang BL. Sleep and depression in cancer caregivers. *Cancer Nursing* 2000; 23(6): 410-415.

Carter PA. A not-so-silent cry for help: Older female cancer caregivers' need for information. *Journal of Holistic Nursing* 2001; 19(3): 271-284.

Chang EWC, Tsai YY, Chang TW, Tsao CJ. Quality of sleep and quality of life in caregivers of breast cancer patient. *Psycho-Oncology* 2007; 16(10): 950-955.

Chen H-C, Chen M-L, Shyu Y-iL, Tang W-R. Development and testing of a scale to measure caregiving load in caregivers of cancer patients in Taiwan, the care task scale-cancer. *Cancer Nursing* 2007; 30(3): 223-231.

Chen M-L, Tseng H-C. Symptom clusters in cancer patients. *Supportive Care in Cancer* 2006; 14(8): 825-830.

Chiou CJ, Chang H-Y, Chen IP, Wang HH. Social support and caregiving circumstances as predictors of caregiver burden in Taiwan. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2009; 48(3): 419-424.

Cleary V, Hegarty J, McCarthy G. How a diagnosis of gynaecological cancer affects women's sexuality. *Cancer Nursing Practice* 2013; 12(1): 32-37.

Clifford Chao KS, Perez CA, Brady LW. Radyasyon Onkolojisi Tedavi Kararları, Çev. Ed. Gemici C, Mayadağlı A, Parlak C, *Nobel Tıp Kitabevleri*, İstanbul, 2004, s.706.

Cohen MZ, Bankston S. "Cancer-Related Distress", *Cancer Nursing Principles and Practice*, 7th Edition, Eds. Yarbro CH, Wujcik D, Gobel BH, *Jones and Bartlett Publishers*, Massachusetts, 2011, s.668-680.

Cora A, Partinico M, Munafo M, Palomba D. Health risk factors in caregivers of terminal cancer patients: A pilot study. *Cancer Nursing* 2012; 35(1): 38-47.

Çivi S, Kutlu R, Çelik HH. Kanserli hasta yakınlarında depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Gülhane Tıp Derg* 2011; 53(4): 248-253.

Dansuk R, Ağargün M, Kars B, Ağargün HP, Turan C, Ünal O. Evaluation of the pshychosocial characteristics of gynecologic cancer patients. *T Klin J Gynecol Obst* 2002; 12(2): 142-147.

De Hullu J, Van der Avoort I, Oonk M, Van der Zee A. Management of vulvar cancers. *European Journal of Surgical Oncology (EJSO)* 2006; 32(8): 825-831.

De Vries J, Den Oudsten BL, Jacobs PMP, Roukema JA. How breast cancer survivors cope with fear of recurrence: A focus group study. **Support Care Cancer** 2014; 22: 705-712.

Decherney AH, Nathan L, Goodwin TM, Laufer N. Güncel Obstetrik ve Jinekoloji Tanı ve Tedavi, 10. Baskı, Çev. Ed. Tıraş B, **Güneş Tıp Kitabevi**, Ankara, 2010, s.1118.

Dedeli Ö, Fadıloğlu Ç, Rüçhan U. Kanserli bireylerin fonksiyonel durumları ve algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi. **Türk Onkoloji Dergisi** 2008; 23(3): 132-139.

Dedeli Ö, Karadeniz G. Kanser ağrısının kontrolü ile psikososyal-spiritüel modelin birleştirilmesi. **Ağrı** 2009; 21(2): 45-53.

Delgado-Guay MO, Parsons HA, Hui D, Cruz MGDI, Thorney S, Bruera E. Spirituality, religiosity, and spiritual pain among caregivers of patients with advanced cancer. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine** 2012; 30(5): 455-461.

Demirtas B, Pinar G. Determination of sexual problems of Turkish patients receiving gynecologic cancer treatment: A cross-sectional study. **Asian Pac J Cancer Prev** 2014; 15(16): 6657-6663.

Dogar IA, Azeem MW, Kiran M, Hussain I, Mehmood K, Hina I. Depression and anxiety in cancer patients in outpatient department of a tertiary care hospital in Pakistan. **Pak J Med Sci** 2009; 25(5): 734-737.

Donovan KA, Taliaferro LA, Alvarez EM, Jacobsen PB, Roetzheim RG, Wenham RM. Sexual health in women treated for cervical cancer: Characteristics and correlates. **Gynecologic Oncology** 2007; 104(2): 428-434.

Douglas SL, Daly BJ. The impact of patient quality of life and spirituality upon caregiver depression for those with advanced cancer. **Palliat Support Care** 2013; 11(5): 389-396.

Dökmen ZY. Yakınlarına bakım verenlerin ruh sağlıkları ile sosyal destek algıları arasındaki ilişkiler. **Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi** 2012; 3(1): 3-38.

Dunleavey R. Cervical Cancer: A Guide for Nurses. **Wiley-Blackwell Publishing**, UK, 2009, s.248.

Ell K, Sanchez K, Vourlekis B, Lee P-J, Dwight-Johnson M, Lagomasino I, Muderpasch L, Russell C. Depression, correlates of depression, and receipt of depression care among low-income women with breast or gynecologic cancer. **Journal of Clinical Oncology** 2005; 23(13): 3052-3060.

Emanuel EJ, Fairclough DL, Slutsman J, Emanuel LL. Understanding economic and other burdens of terminal illness: The experience of patients and their caregivers. **Ann Intern Med** 2000; 132(6): 451-459.

Erdoğan S, Nahcihan N, Esin MN. Hemşirelikte Araştırma: Süreç, Uygulama ve Kritik, **Nobel Tıp Kitabevleri**, İstanbul, 2014, s.403.

Erdoğan Z, Yavuz DE. Kanserli hastaların bakım vericilerinde yaşam kalitesi. **Arşiv Kaynak Tarama Dergisi** 2014; 23(4): 726-736.

Eriksson E, Lauri S. Informational and emotional support for cancer patients' relatives. **European Journal of Cancer Care** 2000; 9: 8-15.

Ferrell B, Ervin K, Smith S, Marek T, Melancon C. Family perspectives of ovarian cancer. **Cancer Practice** 2002; 10(6): 269-276.

Ferrell BR, Grant M, Borneman T, Juarez G, Veer AT. Family caregiving in cancer pain management. **Journal of Palliative Medicine** 1999; 2(2): 185-195.

Fleming DA, Sheppard VB, Mangan PA, Taylor KL, Tallarico M, Adams I, Ingham J. Caregiving at the end of life: Perceptions of health care quality and quality of life among patients and caregivers. **Journal of Pain and Symptom Management** 2006; 31(5): 407-420.

Friðriksdóttir N, Sævarsdóttir Þ, Halfdánardóttir SÍ, Jónsdóttir A, Magnúsdóttir H, Ólafsdóttir KL, Guðmundsdóttir G, Gunnarsdóttir S. Family members of cancer patients: Needs, quality of life and symptoms of anxiety and depression. **Acta Oncologica** 2011; 50: 252-258.

Gaugler JE, Hanna N, Linder J, Given CW, Tolbert V, Kataria R, Regine WF. Cancer caregiving and subjective stress: A multi-site, multi-dimensional analysis. **Psycho-Oncology** 2005; 14: 771-785.

Gemalmaz A, Avşar G. Kanser tanısı ve sonrası yaşananlar: Kalitatif bir çalışma. **Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi** 2015; 12(2): 93-98.

Given BA, Given CW, Kozachik S. Family support in advanced cancer. **CA Cancer J Clin** 2001; 51(4): 213-231.

Globocan 2012 Estimated Cancer Incidence Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx, (alındığı tarih: 07.02.2017).

Gorji MAH, Bouzar Z, Haghshenas M, Kasaeeyan AA, Sadeghi MR, Ardebil MD. Quality of life and depression in caregivers of patients with breast cancer. **BMC Research Notes** 2012; 5(1): 310-312.

Görgülü Ü, Akdemir N. İleri evre kanser hastalarına bakım verenlerin yorgunluk ve uyku kalitesinin değerlendirilmesi. **Genel Tıp Derg** 2010; 20(4): 125-132.

Grunfeld E, Coyle D, Whelan T, Clinch J, Reyno L, Earle CC, Willan A, Viola R, Coristine M, Terasa J, Glossop R. Family caregiver burden: results of a longitudinal study of breast cancer patients and their principal caregivers. **Canadian Medical Association Journal** 2004; 170(12): 1795-1801.

Günel S, Tuncer S. Kadın Hastalıkları ve Doğum, 1.Baskı, **Feryal Matbaacılık**, Ankara, 2004, s.436.

Güner H, Özpolat E, Nas T. Vajinal Kanserler. **T Klin J Gynecol Obst** 2000; 10(1): 1-6.

Güren E, Tekgül S, Bilaçeroğlu S, Arslan S, Çimen P, Taşdoğan N, Özden ET. Akciğer kanserli hastalarda anksiyete ve depresyon düzeylerindeki değişimler. **İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi**. 2005; 19(3): 83-91.

Haas ML. "Radition Therapy: Toxicities and Menagement", Cancer Nursing Principles and Practice, 7th Edition, Eds. Yarbro CH, Wujcik D, Gobel BH, **Jones and Bartlett Publishers**, Massachusetts, 2011, s.312-351.

Hacker NF, Eifel PJ, van der Velden J. Cancer of the vulva. **International Journal of Gynecology & Obstetrics** 2012; 119: S90-S96.

Hacker NF. "Cervical Dysplasia and Cancer", Hacker & Moore's Essentials of Obstetrics and Gynecology, 6th Edition, Ed. Hacker NF, Gambone JC, Hobel CJ, **Elsevier**, Philadelphia, 2015b, s.429-439.

Hacker NF. "Ovarian, Fallopian Tube and Peritoneal Cancer", Hacker & Moore's Essentials of Obstetrics and Gynecology, 6th Edition, Ed. Hacker NF, Gambone JC, Hobel CJ, **Elsevier**, Philadelphia, 2015c, s.440-448.

Hacker NF. "Uterin Corpus Cancer", Hacker & Moore's Essentials of Obstetrics and Gynecology, 6th Edition, Ed. Hacker NF, Gambone JC, Hobel CJ, **Elsevier**, Philadelphia, 2015a, s.457-464.

Hacker NF. "Vulvar and Vaginal Cancer", Hacker & Moore's Essentials of Obstetrics and Gynecology, 6th Edition, Ed. Hacker NF, Gambone JC, Hobel CJ, **Elsevier**, Philadelphia, 2015d, s.449-456.

Han Y, Hu D, Liu Y, Lu C, Luo Z, Zhao J, Lopez V, Mao J. Coping styles and social support among depressed Chinese family caregivers of patients with esophageal cancer. **European Journal of Oncology Nursing** 2014; 18(6): 571-577.

Hassett MJ. The full burden of cancer. **The Oncologist** 2010; 15(8): 793-795.

Hawighorst-Knapstein S, Fusshoeller C, Franz C, Trautmann K, Schmidt M, Pilch H, Schoenefuss G, Kelleher DK, Vaupel P, Knapstein PG, Koelbl H. The impact of treatment for genital cancer on quality of life and body image—results of a prospective longitudinal 10-year study. **Gynecologic Oncology** 2004; 94(2): 398-403.

Hawkins Y, Ussher J, Gilbert E, Perz J, Sandoval M, Sundquist K. Changes in sexuality and intimacy after the diagnosis and treatment of cancer: The experience of partners in a sexual relationship with a person with cancer. **Cancer Nursing** 2009; 32(4): 271-280.

Henry DH, Viswanathan HN, Elkin EP, Traina S, Wade S, Cella D. Symptoms and treatment burden associated with cancer treatment: results from a cross-sectional national survey in the US. **Support Care Cancer** 2008; 16(7): 791-801.

Herschbach P, Berg P, Dankert A, Duran G, Engst-Hastreiter U, Waadt S, Keller M, Ukat R, Henrich G. Fear of progression in chronic diseases: Psychometric properties of the fear of progression questionnaire. **Journal of Psychosomatic Research** 2005; 58(6): 505-511.

Hintistan S, Çilingir D, Nural N, Gürsoy AA. Hematolojik kanserli hastaların kemoterapiye bağlı yaşadıkları semptomlara yönelik uygulamaları. **Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi** 2012; 1(3): 153-164.

Hipkins J, Whitworth M, Tarrier N, Jayson G. Social support, anxiety and depression after chemotherapy for ovarian cancer: A prospective study. **British Journal of Health Psychology** 2004; 9(4): 569-581.

Hodgkinson K, Butow P, Hunt G, Pendlebury S, Hobbs KM, Lo SK, Wain G. The development and evaluation of a measure to assess cancer survivors' unmet supportive care needs: The CaSUN (Cancer Survivors' Unmet Needs measure). **Psycho-Oncology** 2007; 16(9): 796-804.

Howell D, Fitch MI, Deane KA. Impact of ovarian cancer perceived by women. **Cancer Nursing** 2003; 26(1): 1-9.

Im Song J, Shin DW, Choi JY, Kang J, Baik YJ, Mo H, Park MH, Choi SE, Kwak JH, Kim EJ. Quality of life and mental health in family caregivers of patients with terminal cancer. **Support Care Cancer** 2011; 19(10): 1519-1526.

Iżycki D, Woźniak K, Iżycka N. Consequences of gynecological cancer in patients and their partners from the sexual and psychological perspective. **Menopause Revi** 2016; 15(2): 112-116.

Jackson JM, Rolnick SJ, Coughlin SS, Neslund-Dudas C, Hornbrook MC, Darbinian J, Bachman DJ, Herrinton LJ. Social support among women who died of ovarian cancer. **Support Care Cancer** 2007; 15(5): 547-556.

Jadoon NA, Munir W, Shahzad MA, Choudhry ZS. Assessment of depression and anxiety in adult cancer outpatients: a cross-sectional study. **BMC Cancer** 2010; 10(1): 594-600.

Janda M, Steginga S, Dunn J, Langbecker D, Walker D, Eakin E. Unmet supportive care needs and interest in services among patients with a brain tumour and their carers. **Patient Education and Counseling** 2008; 71(2): 251-258.

Johnson JD. On contexts of information seeking. **Information Processing & Management** 2003; 39(5): 735-760.

Juraskova I, Butow P, Robertson R, Sharpe L, McLeod C, Hacker N. Post-treatment sexual adjustment following cervical and endometrial cancer: A qualitative insight. **Psycho-Oncology** 2003; 12(3): 267-279.

Kadmon I, Ganz FD, Rom M, Woloski-Wruble AC. Social, marital, and sexual adjustment of Israeli men whose wives were diagnosed with breast cancer. **Oncology Nursing Forum** 2008; 35(1): 131-135.

Karaaslan A. Kanserli hastalara bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ve algıladıkları sosyal destek düzeyi. Yüksek Lisans Tezi, **Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Ankara, 2013, s.96.

Karabuğa-Yakar H, Pınar R. Kanserli hastalara bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. **Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi** 2013; 15(2): 1-16.

Karabulutlu EY, Akyıl R, Karaman S, Karaca M. Kanser hastalarına bakım verenlerin uyku kalitesi ve psikolojik sorunlarının incelenmesi. **Türk Onkoloji Dergisi** 2013; 28(1): 1-9.

Karabulutlu EY, Bilici M, Çayır K, Tekin SB, Kantarcı R. Coping, anxiety and depression in Turkish patients with cancer. **Eur J Gen Med** 2010; 7(3): 296-302.

Karadeniz S, Selçukbiricik S. Kadın Hastalıkları ve Doğum, 2.Baskı, **Kelebek Matbaacılık**, İstanbul, 2006, s.419.

Kearney N, Richardson A. "Cancer Care and Cancer Nursing", Nursing Patients with Cancer, **Elsevier-Churchill Livingstone**, 2006, s.741-770.

Kızılcı S. Kemoterapi alan kanserli hastalar ve yakınlarının yaşam kalitesini etkileyen faktörler. **C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi** 1999; 3(2): 18-26.

Kim Y, Baker F, Spillers RL. Cancer caregivers' quality of life: Effects of gender, relationship, and appraisal. **Journal of Pain and Symptom Management** 2007; 34(3): 294-304.

Kim Y, Duberstein PR, Sörensen S, Larson MR. Levels of depressive symptoms in spouses of people with lung cancer: Effects of personality, social support, and caregiving burden. **Psychosomatics** 2005; 46(2): 123-130.

Kim Y, Given BA. Quality of life of family caregivers of cancer survivors. **Cancer Supplement** 2008; 112(11): 2556-2568.

Kirk P, Kirk I, Kristjanson LJ. What do patients receiving palliative care for cancer and their families want to be told? A Canadian and Australian qualitative study. **BMJ** 2004; 328: 1343-1349.

Kotronoulas G, Papadopoulou C, Patiraki E. Nurses' knowledge, attitudes, and practices regarding provision of sexual health care in patients with cancer: critical review of the evidence. **Support Care Cancer** 2009; 17(5): 479-501.

Köse G, Aka N, Civak LÜ, Karayel S, Türkay Ü. Over kanseri olgularımızın retrospektif analizi; 81 olgu deneyimi. **Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi** 2006; 9(4): 101-105.

Kösebay D, Demirkıran F. "İnvazif Serviks Kanseri", Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 2. Baskı, Ed. Ayhan A, Durukan T, Günalp S, Gürkan T, Önderoğlu LS, Yaralı H, Yüce K, **Güneş Tıp Kitabevi**, Ankara, 2008, s.1193-1219.

Kuhnt S, Ernst J, Singer S, Rueffer JU, Kortmann R-D, Stolzenburg J-U, Schwarz R. Fatigue in cancer survivors—prevalence and correlates. **Oncology Research and Treatment** 2009; 32(6): 312-317.

Kutlu R, Çivi S, Börüban MC, Demir A. Kanserli hastalarda depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. **Selçuk Üniv Tıp Derg** 2011; 27(3): 149-153.

Kübler-Ross E. Ölüm ve Ölmek Üzerinde, Çev. Ed. Uşşaklı E, **April Yayıncılık**, Ankara, 2010, s.294.

Kyngäs H, Mikkonen R, Nousiainen EM, Ryttilahti M, Seppänen P, Vaattovaara R, Jämsä T. Coping with the onset of cancer: coping strategies and resources of young people with cancer. **European Journal of Cancer Care** 2001; 10(1): 6-11.

Langhorne ME, Fulton JS, Otto SE. Oncology Nursing, 5th Edition, **Mosby Elsevier**, 2007, s.816.

Lee J, Bell K. The impact of cancer on family relationships among Chinese patients. **Journal of Transcultural Nursing** 2011; 22(3): 225-234.

Leyva B, Allen JD, Tom LS, Ospino H, Torres MI, Abraido-Lanza AF. Religion, fatalism, and cancer control: A qualitative study among Hispanic Catholics. *Am J Health Behav* 2014; 38(6): 839-849.

Lindau ST, Gavrilova N, Anderson D. Sexual morbidity in very long term survivors of vaginal and cervical cancer: A comparison to national norms. *Gynecologic Oncology* 2007; 106(2): 413-418.

Liu JE, Mok E, Wong T. Perceptions of supportive communication in Chinese patients with cancer: experiences and expectations. *Journal of Advanced Nursing* 2005; 52(3): 262-270.

Long Roche K, Angarita AM, Cristello A, Lippitt M, Haider AH, Bowie JV, Fader AN, Tergas AI. "Little Big Things": A qualitative study of ovarian cancer survivors and their experiences with the health care system. *Journal of Oncology Practice* 2016; 12(12): e974-e980.

Longo CJ, Fitch M, Deber RB, Williams AP. Financial and family burden associated with cancer treatment in Ontario, Canada. *Support Care Cancer* 2006; 14(11): 1077-1085.

Lopez V, Copp G, Molassiotis A. Male caregivers of patients with breast and gynecologic cancer: Experiences from caring for their spouses and partners. *Cancer Nursing* 2012; 35(6): 402-410.

Lund L, Ross L, Petersen MA, Groenvold M. The interaction between informal cancer caregivers and health care professionals: a survey of caregivers' experiences of problems and unmet needs. *Support Care Cancer* 2015; 23(6): 1719-1733.

Mancini J, Baumstarck-Barrau K, Simeoni MC, Grob JJ, Michel G, Tarpin C, Loundou AD, Lambert A, Clement A, Auquier P. Quality of life in a heterogeneous sample of caregivers of cancer patients: an in-depth interview study. *European Journal of Cancer Care* 2011; 20(4): 483-492.

Martin MY, Pollack LA, Evans MB, Smith JL, Kratt P, Prayor-Patterson H, Watson CD, Dignan M, Cheney LC, Pisu M, Liwo A, Hullett S. Tailoring cancer education and support programs for low-income, primarily African American cancer survivors. *Oncology Nursing Forum* 2011; 38(1): E55-E59.

Martinez-Donate AP, Halverson J, Simon N-J, Strickland JS, Trentham-Dietz A, Smith PD, Linskens R, Wang X. Identifying health literacy and health system navigation needs among rural cancer patients: Findings from the Rural Oncology Literacy Enhancement Study (ROLES). *J Cancer Educ* 2013; 28(3): 573-581.

Massie MJ. Prevalence of depression in patients with cancer. *JNCI Monographs* 2004; 2004(32): 57-71.

McCallum M, Lefebvre M, Jolicoeur L, Maheu C, Lebel S. Sexual health and gynecological cancer: conceptualizing patient needs and overcoming barriers to seeking and accessing services. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 2012; 33(3): 135-142.

Medscape Fallopian Tube Cancer Staging. <https://emedicine.medscape.com/article/2056987-overview>, (alındığı tarih: 06.09.2017).

Merriam SB. Nitel Araştırma: Desen ve Uygulama İçin Bir Rehber, Çev. Ed. Turan S, **Nobel Akademik Yayıncılık**, Ankara, 2013, s.292.

Molassiotis A, Chan CWH, Yam BMC, Chan ESJ, Lam CSW. Life after cancer: adaptation issues faced by Chinese gynaecological cancer survivors in Hong Kong. **Psycho-Oncology** 2002; 11(2): 114-123.

Mosher CE, Champion VL, Azzoli CG, Hanna N, Jalal SI, Fakiris AJ, Birdas TJ, Okereke IC, Kesler KA, Einhorn LH, Monahan PO, Ostroff JS. Economic and social changes among distressed family caregivers of lung cancer patients. **Support Care Cancer** 2013; 21(3): 819-826.

Mosher CE, Ott MA, Hanna N, Jalal SI, Champion VL. Coping with physical and psychological symptoms: a qualitative study of advanced lung cancer patients and their family caregivers. **Support Care Cancer** 2015; 23(7): 2053-2060.

Nalça Andrieu M. Jinekolojik kanserlerde intrakaviter radyoterapi. **Ankara Üniversitesi Dikim Evi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Yıllığı** 2001; 2 (1): 85-89.

Nausheen B, Kamal A. Familial social support and depression in breast cancer: An exploratory study on a Pakistani sample. **Psycho-Oncology** 2007; 16(9): 859-862.

Nazik E, Arslan S, Nazik H, Narin MA, Karlangic H, Koc Z. Anxiety and symptom assessment in Turkish gynecologic cancer patients receiving chemotherapy. **Asian Pacific J Cancer Prev** 2012; 13(7): 3129-3133.

Northfield S, Nebauer M. The caregiving journey for family members of relatives with cancer: How do they cope? **Clinical Journal of Oncology Nursing** 2010; 14(5): 567-577.

Oh YS. Communications with health professionals and psychological distress in family caregivers to cancer patients: A model based on stress-coping theory. **Applied Nursing Research** 2017; 33: 5-9.

Oskay ÜY, Beji NK, Bal MD, Yılmaz SD. Evaluation of sexual function in patients with gynecologic cancer and evidence-based nursing interventions. **Sex Disabil** 2011; 29(1): 33-41.

Öksüz E, Barış N, Arslan F, Ateş MA. Kemoterapi alan hastalara bakım verenlerin psikiyatrik semptom düzeyleri ve bakım verme yükleri. **Anatol J Clin Investig** 2013; 7(1): 24-30.

Öner ÖI. Onkoloji hastalarına bakım verenlerin bakım verme yükü ve algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, **Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Elazığ, 2012, s.86.

Öz F. Hastalık yaşantısında belirsizlik. **Türk Psikiyatri Dergisi** 2001; 12(1): 61-68.

Özyurt BE. Kanser hastalarının algıladıkları sosyal destek düzeyine ilişkin betimsel bir çalışma. **Kriz Dergisi** 2007; 15(1): 1-15.

Padmos L, Bennett R, Kosiorek H, Dueck AC, Northfelt D, Mikhael J, Tibes R Khera N, Mesa RA. Living with cancer: An educational intervention in cancer patients can improve patient-reported knowledge deficit. **J Canc Educ** 2016: 1-7.

Palos GR, Mendoza TR, Liao KP, Anderson KO, Garcia-Gonzalez A, Hahn K, Nazario A, Ramondetta LM, Valero V, Lynch GR, Libaja-Weiss ML, Cleeland CS. Caregiver symptom burden: The risk of caring for an underserved patient with advanced cancer. **Cancer** 2011; 117(5): 1070-1079.

Pasquini M, Biondi M. Depression in cancer patients: a critical review. **Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health** 2007; 3(2): 1-9.

Pehlivan S, Ovayolu O, Ovayolu N, Sevinc A, Camci C. Relationship between hopelessness, loneliness, and perceived social support from family in Turkish patients with cancer. **Support Care Cancer** 2012; 20(4): 733-739.

Pekçetin S, Bumin G, Güngör T, Tunç S. Kemoterapi alan jinekolojik kanserli hastalarda algılanan aktivite performansının toplumsal katılım ve yaşam kalitesi üzerine olan etkisi. **Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi** 2013; 1 (2): 31-40.

Pelit S. Jinekolojik kanserli hastanın hastanede bakımına destek veren aile üyelerinin bakım yükü ve algıladıkları sosyal destek düzeyinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, **Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Ankara, 2015, s.95.

Peteet JR, Balboni MJ. Spirituality and religion in oncology. **CA Cancer J Clin** 2013; 63(4): 280-289.

Pinar G, Algier L, Çolak M, Ayhan A. Jinekolojik kanserli hastalarda yaşam kalitesi. **Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi** 2008; 3(18): 141-149.

Pieterse QD, Maas CP, Ter Kuile MM, Lowik M, Van Eijkeren MA, Trimbos JBMZ, Kenter GG. An observational longitudinal study to evaluate miction, defecation, and sexual function after radical hysterectomy with pelvic lymphadenectomy for early-stage cervical cancer. **Int J Gynecol Cancer** 2006; 16(3): 1119-1129.

Pinar G, Okdem S, Buyukgonenc L, Ayhan A. The relationship between social support and the level of anxiety, depression, and quality of life of Turkish women with gynecologic cancer. **Cancer Nursing** 2012b; 35(3): 229-235.

Pinar G, Pinar T, Akalin A, Saydam T, Ayhan A. Problematic areas related to sexual life of individuals with gynecological cancer: A qualitative study in Turkey. **International Journal of Hematology and Oncology** 2015; 25(3): 195-204.

Pinar G, Pinar T, Ayhan A. The strain and hopelessness in family caregivers of patients with gynecologic cancer receiving chemotherapy. **International Journal of Hematology and Oncology** 2012a; 22(3): 170-180.

Polat Ü. İleri evre kanser hastalarında semptom yönetiminde bakım veren rolleri ve destek gereksinimleri. **Türk Onkoloji Dergisi** 2011; 26(4): 193-198.

Prat J. FIGO's staging classification for cancer of the ovary, fallopian tube, and peritoneum: abridged republication. **J Gynecol Oncol** 2015; 26(2): 87-89.

Puchalski CM. Spirituality in the cancer trajectory. **Annals of Oncology** 2012; 23(3): 49-55.

Randall ME, Michael H, Long H, Tedjaratl SC. "Uterine cervix", Principles and Practice of Gynecologic Oncology, Ed. Barakat RR, Markman M, Randall M, **Lippincott Williams and Wilkins**, China ,2009, s.Chapter 22.

Ratner ES, Foran KA, Schwartz PE, Minkin MJ. Sexuality and intimacy after gynecological cancer. *Maturitas* 2010; 66(1): 23-26.

Reis N, Beji NK, Coskun A. Quality of life and sexual functioning in gynecological cancer patients: Results from quantitative and qualitative data. *European Journal of Oncology Nursing* 2010; 14(2): 137-146.

Reis N, Coşkun A, Beji NK. Jinekolojik kanserlerde yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2006; 9(2): 26-35.

Reis N. Jinekolojik kanser ve tedavilerinin kadın cinsel sağlığına etkileri. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2003; 7(2): 35-40.

Rhee YS, Yun YH, Park S, Shin DO, Lee KM, Yoo HJ, Kim JH, Kim SO, Lee R, Lee YO, Kim NS. Depression in family caregivers of cancer patients: The feeling of burden as a predictor of depression. *Journal of Clinical Oncology* 2008; 26(36): 5890-5895.

Rivera Jr HR. Depression symptoms in cancer caregivers. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 2009; 13(2): 195-202.

Rogers A, Karlsen S, Addington-Hall J. 'All the services were excellent. It is when the human element comes in that things go wrong': dissatisfaction with hospital care in the last year of life. *Journal of Advanced Nursing* 2000; 31(4): 768-774.

Sacerdoti RC, Laganà L, Koopman C. Altered sexuality and body image after gynecological cancer treatment: How can psychologists help? *Prof Psychol Res Pr* 2010; 41(6): 533-540.

Sadırlı SK. Kanserli hastalarda semptom kontrolünün değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, *Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Edirne, 2008, s.105.

Saegrov S, Halding AG. What is it like living with the diagnosis of cancer? *European Journal of Cancer Care* 2004; 13(2): 145-153.

Salci MA, Marcon SS. A convivência com o fantasma do câncer. *Rev Gaúcha Enferm* 2010; 31(1): 18-25.

Sarıtaş SÇ, Büyükbayram Z. Kemoterapi alan hastaların ve bakım veren yakınlarının anksiyete düzeyleri ve etkileyen faktörler. *TAF Prev Med Bull* 2016; 15(2): 141-150.

Schmid-Büchi S, Halfens RJG, Dassen T, Van Den Borne B. A review of psychosocial needs of breast-cancer patients and their relatives. *Journal of Clinical Nursing* 2008; 17(21): 2895-2909.

Schorge JO, Schaffer JI, Halvorson LM, Hoffman BL, Bradshaw KD, Cunningham FG. Williams Jinekoloji, Çev. Ed. Ceylan Y, Yıldırım G, Aslan H, Gül A, Gedikbaşı A, *Nobel Tıp Kitabevleri*, İstanbul, 2010, s.1185.

Sekse RJT, Gjengedal E, Råheim M. Living in a changed female body after gynecological cancer. *Health Care for Women International* 2013; 34(1): 14-33.

Sekse RJT, Raaheim M, Blaaka G, Gjengedal E. Life beyond cancer: women's experiences 5 years after treatment for gynaecological cancer. *Scand J Caring Sci* 2010; 24(4): 799-807.

Serçekus P, Besen DB, Gunusen NP, Edeer AD. Experiences of family caregivers of cancer patients receiving chemotherapy. *Asian Pac J Cancer Prev* 2014; 15(12): 5063-5069.

Serçekus P, Başkale H. Living and coping with cancer: Experiences of cancer blog users in Turkey. *Holist Nurs Pract* 2015; 29(3): 144-150.

Serçekuş P, Türkcü SG. Jinekolojik kanserli hastalarda cinsellik. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 2015; 8(1): 36-38.

Seven M, Akyüz A, Sever N, Dinçer Ş. Kanser tanısı alan hastaların yaşadığı fiziksel ve psikolojik semptomların belirlenmesi. *TAF Prev Med Bull* 2013; 12(3): 219-224.

Sevil Ü, Ertem G, Kavlak O, Çoban A. The loneliness level of patients with gynecological cancer. *Int J Gynecol Cancer* 2006; 16(S1): 472-477.

Siegel K, Raveis VH, Houts P, Mor V. Caregiver burden and unmet patient needs. *Cancer* 1991; 68(5): 1131-1140.

Sigurdardottir KR, Haugen DF. Prevalence of distressing symptoms in hospitalised patients on medical wards: A cross-sectional study. *BMC Palliative Care* 2008; 7(16): 1-7.

Silveira MJ, Given CW, Given B, Rosland AM, Piette JD. Patient-caregiver concordance in symptom assessment and improvement in outcomes for patients undergoing cancer chemotherapy. *Chronic Illness* 2010 6(1) 46-56.

Smith SN, Chizen D, Agrawal A. Coping with cancer: Examining the supports available to women with gynecologic cancer at saskatoon cancer center. *Int J Gynecol Cancer* 2015; 25(1): 174-179.

Speziale HS, Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative Research in Nursing: Advancing The Humanistic Imperative, *Lippincott Williams & Wilkins Press*, 2003, s.470.

Stead ML, Fallowfield L, Selby P, Brown JM. Psychosexual function and impact of gynaecological cancer. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 2007; 21(2): 309-320.

Sterba KR, Burris JL, Heiney SP, Ruppel MB, Ford ME, Zapka J. "We both just trusted and leaned on the Lord": A qualitative study of religiousness and spirituality among African American breast cancer survivors and their caregivers. *Qual Life Res* 2014; 23(7): 1909-1920.

Sutherland G, Hill D, Morand M, Pruden M, Mclachlan SA. Assessing the unmet supportive care needs of newly diagnosed patients with cancer. *European Journal of Cancer Care* 2009; 18(6): 577-584.

Şahin NH, Bal MD. "Üreme Organı Tümörleri", Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları, Ed. Beji NK, *Nobel Tıp Kitabevleri*, İstanbul, 2015, s.143-160.

Şahin ZA, Polat H, Ergüney S. Kemoterapi alan hastalara bakım verenlerin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2009; 12(2): 1-9.

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu Kanser İnsidansları. http://kanser.gov.tr/Dosya/2017Haberler/2017_4_subat.pdf, (alındığı tarih: 22.08.2017).

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu Türkiye Kanser İstatistikleri. http://kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/2014-RAPOR_uzun.pdf, (alındığı tarih: 22.08.2017).

Tamayo GJ, Broxson A, Munsell M, Cohen MZ, editors. Caring for the caregiver. ***Oncology Nursing Forum*** 2010; 37(1): E50-E57.

Tan M, Karabulutlu E. Social support and hopelessness in Turkish patients with cancer. ***Cancer Nursing*** 2005; 28(3): 236-240.

Tan M. Social support and coping in Turkish patients with cancer. ***Cancer Nursing*** 2007; 30(6): 498-504.

Tangjitgamol S, Manusirivithaya S, Hanprasertpong J, Kasemsam P, Soonthornthum T, Leelahakorn S, Thawaramara T, Lapcharoen O. Sexual dysfunction in Thai women with early-stage cervical cancer after radical hysterectomy. ***Int J Gynecol Cancer*** 2007; 17(5): 1104-1112.

Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 13. Baskı, ***Akademisyen Kitabevi***, İstanbul, 2016, s.758.

Terakye G. Kanserli hasta yakınlarıyla etkileşim. ***Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*** 2011; 4(2): 78-82.

Terzioğlu F, Alan H. Jinekolojik kanser tedavisi sırasında yaşanan psikolojik sorunların kadının cinsel yaşamına etkisi. ***Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*** 2015; 18(2): 140-147.

Tokgöz G, Yaluğ İ, Özdemir S, Yazıcı A, Uygun K, Aker T. Kanser hastalarında majör depresyon yaygınlığı ve ilişkili etkenler. ***Anadolu Psikiyatri Dergisi*** 2008; 9(2): 59-66.

Toptaş S. Kanser hastalığı olan bireye bakım veren yakınlarının yaşam kalitesi. Yüksek Lisans Tezi, ***Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü***, Ankara, 2013, s.92.

Tsai J-S, Wu C-H, Chiu T-Y, Chen C-Y. Significance of symptom clustering in palliative care of advanced cancer patients. ***Journal of Pain and Symptom Management*** 2010; 39(4): 655-662.

Tsigaropoulos T, Mazaris E, Chatzidarellis E, Skolarikos A, Varkarakis I, Deliveliotis C. Problems faced by relatives caring for cancer patients at home. ***International Journal of Nursing Practice*** 2009; 15(1): 1-6.

Topuz E, Aydın A, Taş F. Jinekolojik Tümörlerde Tedavi Rehberi. ***İstanbul Onkoloji Grubu Jinekolojik Tümörler Konsensus Paneli***, İstanbul, 2000, s.63.

Tuncay T. Genç kanser hastalarının hastalık anlatılarının güçlendirme yaklaşımı temelinde analizi. ***Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*** 2009; 20(2): 69-87.

Türkiye İstatistik Kurumu Ölüm Nedeni İstatistikleri. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21526>, (alındığı tarih: 22.08.2017)

Uchida M, Akechi T, Okuyama T, Sagawa R, Nakaguchi T, Endo C, Yamashita H, Toyama T, Furukawa TA. Patients' supportive care needs and psychological distress in advanced breast cancer patients in Japan. *Jpn J Clin Oncol* 2010; 41(4): 530-536.

Uğur Ö, Fadiloğlu ZÇ. Kanser hastasına bakım verenlere uygulanan planlı eğitimin bakım veren yükü üzerine etkisi. *Cumhuriyet Hem Der* 2012; 53-58.

Urbaniec OA, Collins K, Denson LA, Whitford HS. Gynecological cancer survivors: Assessment of psychological distress and unmet supportive care needs. *Journal of Psychosocial Oncology* 2011; 29(5): 534-551.

Ülger E, Alacacioğlu A, Gülseren AŞ, Zencir G, Demir L, Tarhan MO. Kanserde psikososyal sorunlar ve psikososyal onkolojinin önemi. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2014; 28(2): 85-92.

Van Houtven CH, Ramsey SD, Hornbrook MC, Atenza AA, Van Ryn M. Economic burden for informal caregivers of lung and colorectal cancer patients. *The Oncologist* 2010; 15(8): 883-893.

Velji K, Fitch M. The experience of women receiving brachytherapy for gynecologic cancer. *Oncology Nursing Forum* 2001; 28(4): 743-751.

Von Gruenigen VE, Huang HQ, Gil KM, Frasure HE, Armstrong DK, Wenzel LB. The association between quality of life domains and overall survival in ovarian cancer patients during adjuvant chemotherapy: A gynecologic oncology group study. *Gynecologic Oncology* 2012; 124(3): 379-382.

Voogt E, Van Der Heide A, Van Leeuwen AF, Visser AP, Cleiren MPHD, Passchier J, Van Der Maas PJ. Positive and negative affect after diagnosis of advanced cancer. *Psycho-Oncology* 2005; 14(4): 262-273.

Vrettos I, Kamposioras K, Kontodimopoulos N, Pappa E, Georgiadou E, Haritos D, Papadopoulos AA, Nlakas D. Comparing health-related quality of life of cancer patients under chemotherapy and of their caregivers. *The Scientific World Journal* 2012; 1-9.

Walker J, Waters RA, Murray G, Swanson H, Hibberd CJ, Rush RW, Storey DJ, Strong VA, Fallon MT, Wall LR, Sharpe M. Better off dead: Suicidal thoughts in cancer patients. *Journal of Clinical Oncology* 2008; 26(29): 4725-4730.

Weaver AJ, Flannelly KJ. The role of religion/spirituality for cancer patients and their caregivers. *Southern Medical Journal* 2004; 97(12): 1210-1214.

Weis J, Faller H. Psychosoziale Folgen bei langzeitüberlebenden einer Krebserkrankung. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 2012; 55(4): 501-508.

Wenzel L, Vergote I, Cella D. Quality of life in patients receiving treatment for gynecologic malignancies: Special considerations for patient care. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2003; 83: 211-229.

White ID, Allan H, Faithfull S. Assessment of treatment-induced female sexual morbidity in oncology: Is this a part of routine medical follow-up after radical pelvic radiotherapy? *British Journal of Cancer* 2011; 105(7): 903-910.

WHO Cancer Fact Sheet. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>, (alındığı tarih: 22.08.2017).

Wilson KG, Chochinov HM, Skirko MG, Allard P, Chary S, Gagnon PR, Macmillan K, De Luca M, O'shea F, Kuhl D, Fainsinger RL, Clinch JJ. Depression and anxiety disorders in palliative cancer care. **Journal of Pain and Symptom Management** 2007; 33(2): 118-129.

Yamaç D. "Kanser Hastası ve Yakını İle İletişim", Kanser Hastasına Yaklaşım: Tanı, Tedavi, Takipte Sorunlar, Ed. Mandel NM, Onat H, **Nobel Tıp Kitabevleri**, İstanbul, 2012, s.557-562.

Yang X, Wang L, He J, Ge C, Chang Y, Fu J, Wei J, Pattaramongkolar E, Zhou Y. Factors related to depressive symptoms among Chinese caregivers of cancer patients. **Psycho-Oncology** 2012; 21(10): 1063-1070.

Yeşilbalkan ÖU, Akyol AD, Çetinkaya Y, Altın T, Ünlü D. Kemoterapi tedavisi alan hastaların tedaviye bağlı yaşadıkları semptomlar ve yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesi. **Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi** 2005; 21(1): 13-31.

Yıldırım A, Şimşek H, Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri, **Seçkin Yayıncılık**, Ankara, 2013, s.446.

Yıldırım Y, Kocabiyik S. The relationship between social support and loneliness in Turkish patients with cancer. **Journal of Clinical Nursing** 2010; 19: 832-839.

Yılmaz SD, Bal MD, Beji NK, Arvas M. Ways of coping with stress and perceived social support in gynecologic cancer patients. **Cancer Nursing** 2015; 38(2): E57-E62.

Yun YH, Rhee YS, Kang IO, Lee JS, Bang SM, Lee WS, Kim JS, Kim SY, Shin SW, Hong YS. Economic burdens and quality of life of family caregivers of cancer patients. **Oncology** 2005; 68: 107-114.

Yüce K, "Fallopian Tüp Malignansileri", Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 2. Baskı, Ed. Ayhan A, Durukan T, Günalp S, Gürkan T, Önderoğlu LS, Yaralı H, Yüce K, **Güneş Tıp Kitabevi**, Ankara, 2008, s.1313-1319.

Yücel MK. Doğum ve Kadın Sağlığı, **Palme Yayınları**, Ankara, 2015, s.345.

8. ÖZGEÇMİŞ

1992 yılı Denizli doğumlu olan araştırmacı, ilk ve orta öğretimini Denizli'de tamamladı. 2014 yılında Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik bölümünden birincilikle mezun oldu. 2014 yılında Denizli Özel Tekden Hastanesi'nde yoğun bakım biriminde hemşire olarak göreve başladı. Burada bir yıl çalıştıktan sonra 2015 yılında Aydın/Nazilli Devlet Hastanesi'ne atandı ve pediatri servisinde hemşire olarak göreve başladı. 2015 yılında Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği bölümünde yüksek lisans eğitimine başladı. Halen Nazilli Devlet Hastanesi Pediatri Servisi'nde hemşire olarak görev yapmaktadır.

9. EKLER

EK-1. Kişisel Bilgi Formu 1

1. Yaşınız:

2. Eğitim durumunuz:

- a) İlköğretim b) Lise c) Üniversite

3. Medeni durumunuz:

- a) Evli b) Bekar

4. Çalışıyor musunuz?

- a) Evet b) Hayır

5. Size göre ekonomik durumunuz nedir?

- a) Gelir giderden az b) Gelir gidere denk c) Gelir giderden fazla

6. Mesleğiniz:

7. Hangi tip jinekolojik kanser tanısı aldınız?

- a) Serviks (rahim ağzı) kanseri
b) Endometrium (rahim içi) kanseri
c) Over (yumurtalık) kanseri
d) Vulva kanseri
e) Vajina kanseri
f) Tuba kanseri

8. Tanıyı ne kadar süre önce aldınız?

- a) 12 aydan az
b) 1-2 yıl
c) 3-5 yıl
d) 5 yıldan fazla

9. Şimdiye kadar aldığınız tedaviler nelerdir?

- a) Uygulanmadı
b) Sadece cerrahi tedavi
c) Sadece kemoterapi
d) Sadece radyoterapi
e) Cerrahi + Kemoterapi
f) Cerrahi + Radyoterapi
g) Cerrahi + Kemoterapi+ Radyoterapi
h) Kemoterapi+ Radyoterapi
i) Diğer (lütfen yazınız)

EK-2. Kişisel Bilgi Formu 2

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz: K E

3. Eğitim durumunuz:

b) İlköğretim b) Lise c) Üniversite

4. Medeni durumunuz:

b) Evli b) Bekar

5. Çalışıyor musunuz?

b) Evet b) Hayır

6. Size göre ekonomik durumunuz nedir?

b) Gelir giderden az b) Gelir gidere denk c) Gelir giderden fazla

7. Mesleğiniz:

8. Bakım verme süreniz nedir?

a) 12 aydan az
b) 1-2 yıl
c) 3-5 yıl
d) 5 yıldan fazla

9. Bakım verdiğiniz hastaya tanı konan kanser türü nedir?

a) Serviks (rahim ağzı) kanseri
b) Endometrium (rahim içi) kanseri
c) Over (yumurtalık) kanseri
d) Vulva kanseri
e) Vajina kanseri
f) Tuba kanseri

10. Bakım verdiğiniz hastaya yakınlık dereceniz nedir?

a) Eşi
b) Oğlu/kızı
c) Kardeşi
d) Diğer

EK-3. Kanser Tanısı Alan Kadınlar İçin Rehber Görüşme Formu

1. Kanser tanısı almak yaşamınızı nasıl etkiledi? (aile içi iletişim, çocuk bakımı, aile içi rollerdeki değişiklikler, ekonomik durumdaki değişiklikler, cinsel ilişki, sosyal yaşam, vb)
2. Hastalık sürecinden nasıl etkilendiniz?
3. Yaşadığınız zorluklar ile baş etmek için neler yapıyorsunuz?



EK-4. Bakım Veren Aile Üyeleri İçin Rehber Görüşme Formu

1. Bakım verdiğiniz yakınınızın kanser tanısı alması yaşamınızı nasıl etkiledi? (aile içi iletişim, çocuk bakımı, aile içi rollerdeki değişiklikler, ekonomik durumdaki değişiklikler, cinsel ilişki, sosyal yaşam, vb)
2. Bakım verme sürecinden nasıl etkilendiniz?
3. Yaşadığınız zorluklar ile baş etmek için neler yapıyorsunuz?



EK-5. Etik Kurul İzni



T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik
Kurulu

Sayı :60116787-020/44578
Konu :Başvurunuz hk.

21/07/2016

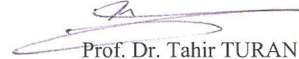
Sayın Doç. Dr. Pınar SERÇEKUŞ

İlgi :14.07.2016 tarihli dilekçeniz.

İlgi dilekçe ile başvurmuş olduğunuz "**Jinekolojik Kanser Tanısı Alan Kadınlar ve Bakım Veren Aile Üyelerinin Deneyimleri**" konulu çalışmanız **19.07.2016 tarih ve 14 sayılı** kurul toplantımızda görüşülmüş olup,

Yapılan görüşmelerden sonra, söz konusu çalışmanın yapılmasında **ETİK AÇIDAN SAKINCA OLMADIĞINA**, altı ayda bir çalışma hakkında Kurulumuza bilgi verilmesine oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.


Prof. Dr. Tahir TURAN
Başkan

EK-6. Kurum İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 12/08/2016-E.49200



T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü



Sayı :65124556-605.01/
Konu :Okan VARDAR'ın Araştırma İzni
hk.

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜNE

İlgi :10/08/2016 tarihli, 48607 sayılı yazı

İlgide kayıtlı yazınız ile: Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç.Dr. Pınar SERÇEKUŞ'un danışmanlığını yaptığı Yüksek Lisans Tez Öğrencisi Okan VARDAR'ın "Jinekolojik Kanseri Tanısı Alan Kadınlar ve Bakım Veren Aile Üyelerinin Deneyimleri" konulu araştırmayı yapma talebi hastanemiz Tıbbi Onkoloji bölümü tarafından değerlendirilmiş ve uygun görülmüştür.

Konu hususunda gereğini bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. İbrahim TÜRKÇÜER
Merkez Müdürü

Pamukkale Üniversitesi Hastaneleri
20070 Kınıklı, DENİZLİ
Tel: 0 (258) 296 60 00
E-Posta: infohastane@pau.edu.tr

Ayrıntılı bilgi için irtibat : Özlem DÜLGEROĞLU

Faks: 0 (258) 296 60 01
Elektronik Ağ:http://pau.edu.tr/hastane

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
Tıbbi Onkoloji Anabilim Dalı



Sayı :85535505-605.99/49016
Konu :Okan VARDAR'ın Araştırma İzni
hk.

11/08/2016

SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi :11/08/2016 tarihli, 48897 sayılı yazı

İlgi yazı ile: Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç.Dr. Pınar SERÇEKUŞ'un danışmanlığını yaptığı Yüksek Lisans Tez Öğrencisi Okan VARDAR'ın "Jinekolojik Kanseri Tanısı Alan Kadınlar ve Bakım Veren Aile Üyelerinin Deneyimleri" konulu araştırmayı bölümümüzde yapmak için uygunluk istenmiş olup; Söz konusu talebi bölümümüzce değerlendirilmiş ve uygun görülmüştür. Konu hususunda;

Bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Arzu YAREN
Bilim Dalı Başkanı

Ayrıntılı bilgi için irtibat : Nazlı Poslu

Tel: 0 (258) 0
E-Posta:

Faks: 0 (258) 0
Elektronik Ağ:<http://pau.edu.tr/tip>

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-7. Gönüllü Olur Formu

PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR BELGESİ

(Çalışma grubu için)

“Jinekolojik Kanser Tanısı Alan Kadınlar ve Bakım Veren Aile Üyelerinin Deneyimleri” isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır. Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırmanın ne amaçla yapılmak istendiğini ve nasıl yapıldığını, sizinle ilgili bilgilerin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neler içerdiğini bilmeniz önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okuyun ve sorularınıza açık yanıtlar isteyin. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir.

- **Çalışmanın amaçları ve dayanağı nelerdir, benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?**

Kanser; tüm dünyada ve ülkemizde en önemli sağlık sorunlarından birini oluşturmakta olup, hem hasta hem de ailesinin yaşamını önemli ölçüde etkilemektedir. Jinekolojik kanser tanısı aldıktan sonra kadın ve ailesinin yaşamındaki değişikliklerin anlaşılması, bu süreçte yaşanan güçlükler ve baş etme yollarının belirlenmesi, verilecek olan hemşirelik bakımını planlamada kritik bir öneme sahiptir. Bu çalışma ile jinekolojik kanser tanısı alan kadınların ve bakım veren aile üyelerinin deneyimlerinin ortaya konulması amaçlanmıştır. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler, hasta ve bakım veren aile üyelerine yönelik bilgilendirici ve destekleyici hemşirelik yaklaşımlarına yön verecektir. Çalışmaya katılacak kişi sayısının ortalama 18-24 kişi aralığında olacağı öngörülmektedir.

- **Bu çalışmaya katılmalı mıyım?**

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Eğer katılmaya karar verirsiniz bu yazılı bilgilendirilmiş olur formu imzalamanız için size verilecektir. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemezseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, doktorunuz tarafından size uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

- **Bu çalışmaya katılırsam beni neler bekliyor?**

Bu çalışmada sadece sizden görüşme sırasında size yöneltilen soruları yanıtlamanız beklenmektedir. Bunun dışında herhangi bir işlem yapılmayacaktır. Görüşmeler ses kaydına alınacaktır.

- **Çalışmada yer almamanın yararları nelerdir?**

Araştırmadan tıbbi olarak bir yarar sağlamanız söz konusu değildir. Ancak bu çalışmadan çıkarılan sonuçlar başka insanların yararına kullanılabilir, Çalışma yalnızca araştırma amaçlıdır.

- **Bu çalışmaya katılmamanın maliyeti nedir?**

Çalışmaya katılmakla herhangi bir parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

- **Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak?**

Araştırmacı kişisel bilgilerinizi; araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ve kimlik bilgileriniz çalışma boyunca araştırmacı tarafından gizli tutulacaktır. Çalışmanın sonunda, araştırma sonucu ile ilgili olarak bilgi istemeye hakkınız vardır. Yazılı izniniz olmadan, sizinle ilgili bilgiler başka kimse tarafından görülemez ve açıklanamaz. Çalışma sonuçları çalışma tamamlandığında bilimsel yayınlarda kullanılabilir, ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

- **Daha fazla bilgi, yardım ve iletişim için kime başvurabilirim?**

Çalışma ile ilgili bir sorunuz ya da çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI :
GÖREVI :
TELEFON :

(Gönüllünün/Hastanın Beyanı)

Pamukkale Üniversitesi Denizli Sağlık Yüksekokulu Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında, yüksek lisans öğrencisi olan OKAN VARDAR tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili **yukarıdaki bilgiler** bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

- Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi. Bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.
- Sorumlu araştırmacı/hekime haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim. Bu çalışmaya katılmayı reddetmem ya da sonradan çekilmem halinde hiçbir sorumluluk altına girmeyeceğimi ve bu durumun şimdi ya da gelecekte gereksinim duyduğum tıbbi bakımı hiçbir biçimde etkilemeyeceğini biliyorum. (Ancak araştırmacıları zor

durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağını bilincindeyim).

- c. Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı/hekim, çalışma programının gereklerini yerine getirme konusundaki ihmalim nedeniyle tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.
- d. Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.
- e. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili olarak herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.
- f. Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Görüşme tanığı

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Bilgilendiren Araştırmacı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih: