

**T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI**

**MEME KANSERİ TEDAVİSİ GÖREN KADINLARIN
EŞLERİNİN DENEYİMLERİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

CİHAN ASLAN

KOCAELİ, 2017

**T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI**

**MEME KANSERİ TEDAVİSİ GÖREN KADINLARIN
EŞLERİNİN DENEYİMLERİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

CİHAN ASLAN

**TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. HAKAN ACAR**

KOCAELİ, 2017

**T.C. KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI**

**MEME KANSERİ TEDAVİSİ GÖREN KADINLARIN EŞLERİNİN
DENEYİMLERİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tezi Hazırlayan: Cihan ASLAN

Tezin Kabul Edildiği Enstitü Yönetim Kurulu Karar ve No: 17.01.2017/3

**Jüri Başkanı:
Yrd. Doç. Gonca POLAT**

İmza



**Jüri Üyesi:
Prof. Dr. Yüksel BAYKARA ACAR**

İmza

**Jüri Üyesi:
Prof. Dr. Hakan ACAR**

İmza



TEŞEKKÜR

Bu çalışmaya sadece bir yıllık bir çalışmanın ürünü olarak bakmamak gerektiğini düşünmekteyim. Bu nedenle hem tüm hayatım boyunca yanımda olduklarını hissettiğim hem de son bir yılda böyle bir araştırmayı ortaya koyabilmem için ihtiyaç duyduğum desteği benden esirgemeyen aileme bir kez de buradan teşekkür etmek isterim.

Mutlaka azim ve istek olmadan bu araştırmayı tamamlamam mümkün olmazdı. Ancak sadece azim ve istek de bazen yeterli olmamaktadır. Bilim insanı kimliği ile bana bilimsel bir çalışmanın nasıl yürütüleceği konusunda bana kılavuzluk eden değerli hocam Doç. Dr. Burcu YAKUT ÇAKAR'a en içten duygularıyla teşekkür ederim.

Değerli tez danışmanım, Prof. Dr. Hakan ACAR'a teşekkür ederken bir anda lisans 1. sınıf öğrencisi olduğum kendisinin dersini aldığım yıl geldi gözlerimin önüne... Bilgilerinden bire bir istifade etme fırsatı bulduğum, bana ve araştırmama sağladığı katkılardan dolayı çok teşekkür ederim.

Yine sosyal hizmet bölümü lisans yıllarından tanıma fırsatı bulduğum Prof. Dr. Yüksel BAYKARA ACAR'a her ihtiyacım olduğunda yardımlarını esirgemediği için teşekkür ederim.

Araştırmaya sunduğu değerli önerileriyle katkılarını sunan Yrd. Doç. Dr. Gonca POLAT'a teşekkür ederim.

Araştırmanın konusu itibari ile içinden çıkamadığım bazı tıbbi konularda yaptığı açıklamalarla yolumu aydınlatan Öğr. Gör. Dr. Neriman ELİBOL'a çok teşekkür ederim.

Öğr. Gör. Dr. Neriman ELİBOL'un aracılığıyla tanışma fırsatı bulduğum ve araştırmaya katkı sunan sayın Op. Dr. Bekir ERALDEMİR'e teşekkür ederim.

Araştırma boyunca karşılaştığım çeşitli sorunların üstesinden gelmeme yardımcı olan, benimle paylaşmış olduğu mesleki deneyim ve önerilerinden istifade

etmiş olduğum, her zorda kalışımda beni dinleyen ve destek olan değerli sosyal hizmet uzmanı Rasim GENCOĞLU'na çok teşekkür ederim.

Tekrar beni lisans yıllarıma götüren değerli arkadaşlarım sosyal hizmet uzmanı Umut ASLAN ve sosyal hizmet uzmanı Funda KESKİN ASLAN hem araştırmaya sağladıkları katkılardan dolayı hem de beni yalnız bırakmayıp hep destek oldukları için çok teşekkür ederim.

Değerli arkadaşlarım sosyal hizmet uzmanı Pınar GÜNGÖR ve Çağatay TATARLI sizler olmasaydınız yeni geldiğim bu şehire alışmak daha zor olacaktı, birçok sorunun üstesinden beraber geldik umarım bu birlikteliğimiz devam eder. Araştırmaya sağladığınız katkılardan dolayı çok teşekkür ederim.

Sevgili meslektaşlarım;

Arş. Gör. Ezgi YAMAN'a bu süreçte göstermiş olduğu destek için,

Arş. Gör. Nurgül CERTEL'e araştırmaya dair paylaştığı deneyim ve önerileri ile sağladığı katkılardan dolayı,

Arş. Gör. Elif Sinem ARIKAN'a ise araştırmaya farklı bir pencereden bakmamı sağladığı ve bu zorlu, inişli-çıkışlı süreçte bana hep destek olduğu için, çok teşekkür ederim.

Benimle birlikte bu süreci yaşayan, yorulduğumda yorulan, düştüğümde elimden tutup kaldıran, umutsuzluğa kapıldığımda gözlerindeki umut ile yolumu aydınlatan sevgili Deniz COŞĞUN'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Son olarak, bu araştırmanın öznelere olan meme kanseri tedavisi gören kadınların eşlerine; içtenlikle tedavi sürecine yönelik duygu, düşünce ve deneyimlerini paylaştıkları ve zaman ayırdıkları için çok teşekkür ederim. Bununla birlikte katılımcıların meme kanseri tedavisi görmüş değerli eşlerine de gösterdikleri anlayış için ayrıca teşekkür etmek isterim.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	iii
ÖZET.....	vi
ABSTRACT	viii
TABLolar LİSTESİ.....	x
EKLER LİSTESİ	xi
BÖLÜM I.....	1
GİRİŞ	1
1.1. ARAŞTIRMANIN SORUNSALI.....	3
1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	5
1.3. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ.....	6
1.4. ARAŞTIRMANIN TANIMLARI	7
BÖLÜM II	8
KURAMSAL ÇERÇEVE.....	8
2.1. MEME KANSERİ.....	8
2.2. MEME KANSERİ VE TEDAVİSİNİN KADINLAR ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ	18
2.2.1. Psikolojik Sorunlar.....	20
2.2.2. Fiziksel Uyum ile İlgili Sorunları	22
2.2.3. Beden İmajı, Benlik Algısı ile İlgili Sorunlar	24
2.2.4. Cinsellik ile İlgili Sorunlar.....	26
2.2.5. Aile ile İlgili Sorunlar	28
2.2.6. Mesleki ve Ekonomik Sorunlar.....	30
2.3. MEME KANSERİ VE TEDAVİSİNİN EŞLER ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ	32
2.4. EŞLERİN TEDAVİ SÜRECİNDEKİ ROLÜ	37
2.5. MEME KANSERİ VE BEDEN İMAJI.....	39
2.6. MEME KANSERİ VE CİNSELLİK	41
2.7. MEME KANSERİ VE TOPLUMSAL CİNSİYET.....	44
BÖLÜM III.....	48
YÖNTEM.....	48
3.1. ARAŞTIRMANIN TASARIMI	48
3.2. ÖRNEKLEM ALANI VE SEÇİMİ	50
3.3. VERİ TOPLAMA ARACI	52
3.4. VERİ TOPLAMA SÜRECİ	53

3.4.1. Katılımcılara İlişkin Tanıtıcı Bilgiler.....	56
3.5. VERİLERİN ÇÖZÜMLENMESİ	56
3.6. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	59
3.7. ETİK KONULAR	62
BÖLÜM IV	64
BULGULAR ve YORUM.....	64
4.1. TANITICI BULGULAR.....	64
4.2. TEŞHİS SÜRECİ	65
4.2.1. Hastaneye Başvuru.....	65
4.2.2. Teşhis Sürecinin Etkileri	68
4.2.3. Teşhis Sürecinde Eş İlişkileri.....	80
4.2.4. Psiko-Sosyal Destek İhtiyacı	84
4.2.5. Bilgisel Destek İhtiyacı	87
4.3. TEDAVİ VE SONRASI SÜREÇ	90
4.3.1. Tedaviye Karar Verme Süreci.....	91
4.3.2. Taburculuk Sonrası Hayata Dair Bilgilendirme.....	96
4.3.3. Tedavinin Etkileri.....	98
4.3.4. Ek Tedavi Yöntemleri ve Etkileri	104
4.3.5. Tedavi ve Sonrasında Eş İlişkileri.....	107
4.3.6. Psiko-Sosyal Destek İhtiyacı	112
4.3.7. Bilgisel Destek İhtiyacı	114
BÖLÜM V.....	118
SONUÇ, TARTIŞMA ve ÖNERİLER.....	118
5.1. SONUÇLAR	118
5.1.1. Teşhis Sürecine Yönelik Sonuçlar	118
5.1.2. Tedavi ve Sonrasına Yönelik Sonuçlar	122
5.2. TARTIŞMA	126
5.3. ÖNERİLER.....	129
5.3.1. Sosyal Hizmet Müdahalesi Önerisi	130
5.3.2. Genel Öneriler	140
5.3.2.1. Teşhis Sürecine Yönelik Öneriler.....	140
5.3.2.2. Tedavi ve Sonrasına Yönelik Öneriler.....	143
KAYNAKÇA	149
Ek 1.....	155
Ek 2.....	156
Ek 3.....	159

Ek 4.....	160
Ek 5.....	175
ÖZGEÇMİŞ.....	177



ÖZET

Araştırmanın amacı, meme kanseri tedavisi gören kadınların eşlerinin hastalık ve tedavi sürecine ilişkin deneyimlerinin ortaya çıkartılması ve bu deneyimler ışığında meme kanseri tedavisi gören kadınların eşlerine yönelik sosyal hizmet müdahalesi önerisi geliştirilmesidir.

Bu araştırma nitel araştırma yöntemi ile tasarlanmıştır. Araştırma, hazırlanan yapılandırılmış görüşme formu aracılığıyla; 01.01.2015 ile 03.03.2016 tarihleri arasında Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi genel cerrahi kliniğinde 12'si mastektomi ve 12'si meme koruyucu ameliyat ile meme kanseri tedavisi gören 20-45 yaş arası, Kocaeli'nde yaşayan toplam 24 evli kadının eşleriyle yüz yüze görüşmeler şeklinde gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın temel bulguları şu şekildedir;

Katılımcıların ifadelerine göre; meme kanseri tedavisi gören kadınların çoğunluğu meme kanseri şüphesi olmadan ağrı, şişlik, düzenli kontroller veya başka bir hastalığın tedavisi sırasında meme kanseri olduklarını öğrenmişlerdir. Ailesinde meme kanseri öyküsü olan kadınların meme kanseri olabilecekleri yönünde şüpheleri olduğu anlaşılmıştır.

Teşhisin ve hastalığın, katılımcılar ve eşleri üzerinde; üzüntü, korku, kaygı, mutsuzluk, belirsizlik, ölüm korkusu, beden imajı, cinsellik vb. konulardaki etkileri düşünüldüğünde meme kanseri tedavisinin çok disiplinli bir tedavi ekibi tarafından yürütülmesi gerektiği anlaşılmaktadır.

Katılımcıların tamamına yakını tedavi sürecinde eşlerinin yanlarında olup onlara destek olmaya gayret ettiklerini ifade etmişlerdir. Çalışmak zorunda olmak katılımcıların tedavi sürecine aktif katılımını engellemiştir.

Katılımcıların en büyük ihtiyaçlarının tedavi süreci ile ilgili bilgi edinmek konusunda olduğu görülmüştür. Bununla birlikte katılımcılar; psiko-sosyal desteğe ihtiyaç duyduklarını ifade etmişlerdir.

Katılımcıların özellikle bilgi ihtiyaçlarını karşılayamadıkları bunun da kendileri ve eşleri üzerinde endişe, korku, üzüntü gibi hislere neden olduğu görülmüştür. Katılımcılar psiko-sosyal destek ihtiyaçlarını çoğunlukla akraba ve yakın arkadaşlarından karşıladıklarını ifade etmişlerdir.

Katılımcılar, ameliyat ve ek tedavilerin eşleri üzerinde meydana getirdiği meme kaybı ve saç dökülmesi gibi fiziksel değişikliklerin onları üzdüğünü, mutsuz ettiğini ve yıprattığını ifade etmektedirler. Ancak katılımcılar, bu değişimlerin ve meme kanserinin kendileri ve eşleriyle olan ilişkilerine olumsuz etkisi olmadığını tersine daha da yakınlaştıklarını ve bağlandıklarını dile getirmektedirler.

Tedavinin, annelik, kadınlık, cinsellik, beden imajı gibi konularda eşleri hakkında düşüncelerine etkisi sorulduğunda; katılımcılar çok konuşmamayı, kısa cevaplarla etkisi olmadığını ifade etmeyi tercih etmişlerdir. Katılımcılar, meme kanserinin bahsedilen bu alanlarda kendilerini etkilememesini; kendilerine göre ileri yaşları, zaten çocuk sahibi olmaları ve eşlerine olan sevgileriyle açıklamaktadırlar. Ancak katılımcıların yaş ortalamalarının 42,63 olduğu göz önünde bulundurulduğunda yaşlarının cinsel yaşamlarını olumsuz etkileyecek kadar ileri olmadığı görülmektedir.

Son olarak var olan tedavi sürecinin katılımcılar ve eşlerinin ihtiyaç ve özelliklerine duyarlı olmadığı düşünülmektedir. Bu nedenle araştırma kapsamında katılımcıların gözlem ve deneyimlerinden yola çıkarak tedavi süreci irdelenmeye, yeniden tasarlanmaya ve sosyal hizmet uzmanlarının tedavi sürecinde kullanmalarına yönelik sosyal hizmet müdahalesi önerisi geliştirilmeye çalışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Meme kanseri, tedavi süreci, beden imajı, eş ilişkisi, eş desteği

ABSTRACT

The aim of the research is to reveal the experiences of the husbands of women who have breast cancer treatment in relation to the disease and treatment process and to develop a social work intervention proposal for the spouses of women who have breast cancer treatment in the light of these experiences.

The research is designed with qualitative research method. The research has been conducted face to face through the semi-structured interview form with the husbands of women; between 01.01.2015 and 03.03.2016, a total of 24 married women aged 20-45 years, who had breast cancer treatment with 12 mastectomy and 12 breast conserving surgery in Kocaeli University Research and Practice Hospital general surgery clinic.

The main findings of the research are as follows;

According to the statements of the participants; the majority of women who have no doubts related to the breast cancer have learned that they have breast cancer during pain, swelling, regular checks, or treatment of another disease. It is understood that women with breast cancer history in their family are suspected of having breast cancer.

It is understood that breast cancer treatment should be carried out by a multidisciplinary treatment team when considering the effects on the subjects when we think about the effects of the diagnosis and illness such as; sadness, fear, anxiety, unhappiness, uncertainty, fear of death, body image, sexuality, etc. among the participants and their wives.

Almost of the participants said that they wanted to be with their partner and trying to support them during the treatment. Having to work has prevented active participation of participants in the treatment process.

It was seen that the greatest needs of the participants were to get information about the treatment process. In addition to that participants expressed that they need psychosocial support.

Participants were found to be unable to fulfill their information needs, which also caused feelings such as anxiety, fear, sadness on themselves and their partners. Participants expressed that they often fulfill their psycho-social support needs through relatives and close friends.

Participants state that the physical changes such as breast and hair loss and that surgery and additional treatments have brought on their wives cause them to feel sad. However, the participants expressed that these changes and breast cancer have no negative effects on their marriage, in fact those have made the bonding between husband and wife stronger.

When treatment is asked about the feelings of wives about matters such as motherhood, femininity, sexuality, body image, the participants preferred not to talk about these matters and they gave short answers to change the subject. Participants explained the fact that breast cancer is not affecting them in these areas by their elder age (according to themselves), having already children and expressing their love for their wives. However, given that the average age of participants is 42,63 it appears that their age is not advanced enough to negatively affect their sexual lives.

Finally, it is thought that the existing treatment process is not sensitive to the needs and characteristics of the participants and their partners. For this reason, the treatment process was examined by taking the participants' observations and experiences within the scope of the research; the treatment process has been redesigned and a proposal for social work intervention has been developed for the use of social workers in the treatment process.

Keywords: Breast cancer, treatment process, body image, spouse relationship, spouse support

TABLULAR LİSTESİ

Tablo 1: Verilerin Çözümlemesi Sürecinde Oluşturulan Tematik Çerçeve

Tablo 2: Verilerin Kodlanmasına İlişkin Örnek Veri Kodlama Tablosu



EKLER LİSTESİ

Ek 1 Katılımcılara İlişkin Tanıtıcı Bilgiler

Ek 2 Katılımcı Bilgilendirme Formu

Ek 3 Onam Formu

Ek 4 Yapılandırılmış Görüşme Formu

Ek 5 Kocaeli Üniversitesi Klinik Araştırma Etik Kurul Değerlendirme Formu



BÖLÜM I

GİRİŞ

Sağlık; insanların yaşam standartlarını etkileyen önemli bir kavramdır. Sağlığı tanımlayanların çoğu zaman içine düştükleri yanılgı; sağlığı hastalık kavramının zıttı olarak görmeleridir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre 'Sağlık sadece hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir (World Health Organization, 1948).

Böyle bir tanımlama yapmak teorik açıdan mümkün olmakla birlikte günlük hayatta kendisini sağlıklı gören birçok kişinin bu tanımın dışında kalmasına neden olmaktadır. Çünkü birçok insan çeşitli sebeplerden dolayı kimi zaman fiziksel sağlığını yitirirken kimi zaman da sosyal olarak zor durumda kalmakta ve bu zor durum kişiyi rahatsız etmektedir. Ancak hâkim olan düşünce insanların sadece fiziksel olarak iyi olmama durumunu sağlık problemi olarak algılamalarına neden olmaktadır.

Hamzaoğlu (2010: s. 408-410) DSÖ'nün sağlık tanımını; toplumsal yaşantıdan bağımsız, soyut olmakla eleştirmektedir. Bu tanımın yer ve zaman kavramları dikkate alındığında farklı tarihlerde ve/veya farklı toplumlarda aynı olmayacağına değinmektedir. Hatta bu tanımın, aynı toplumun farklı kesimlerinde de ortak bir sağlık ölçütü oluşturmadığını ifade etmektedir. Sağlığın tanımını yaparken merkezde insanın olması gerektiğini savunan Hamzaoğlu; doğumla birlikte insan olmaya başlayan bir bebeğin gelişimi ve toplumsal hayatta var olabilmesi için; yeterli ve dengeli beslenme, temiz hava, temiz içme ve kullanma suyu, güvenli barınma gibi koşulların sağlanması gerektiğini dile getirmektedir. Zamanla temiz çevre, insani

ulaşım koşulları, eğitim, sosyal ve kültürel gereksinimlerinin karşılanması da sağlıklı olmanın gereği olarak zorunlu bir hal alır.

İnsanları sağlıklı olarak nitelendirebilmek için somut ölçütlere ihtiyaç vardır. Bu açıdan DSÖ sağlığı tanımlarken öznel değerlendirmelere yol açabilecek bir dil kullanmıştır. Sağlık tanımında yoruma açık olan bu durum; hastalık kavramının da son derece soyut bir düzlem üzerinde tanımlanması sorununa yol açabilir.

Hastalık kavramını tıbbi ve kültürel olarak tanımlamak mümkündür. Tıbbi açıdan hastalık, belirli işaret ve semptomlarla kendisini gösteren patolojik bir anormallik iken kültürel bağlamda hastalık; bireyin sağlıksızlığın veya patolojik sürecin sonuçlarını algılaması ve bu sonuçların meydana getirdiği ağrı, acı vb. duyguları hissetmesini ifade etmektedir (Tekin, 2007: s. 30).

Bu alışma kapsamında sağlık ve hastalık kavramları meme kanseri tedavisi gören hastalar özeline ele alınmıştır. Sağlıklı veya hasta olma durumları bireylerin hayattan zevk almalarını ve mutlu olmalarını dolayısıyla yukarıda bahsedilen bireyin tam iyilik halini etkileyecektir. Genel olarak hastalıkların tedavi süreci ile hasta bireyin hastalık ve tedavisi hakkındaki tutum ve düşünceleri karşılıklı olarak birbirini etkilemektedir. Bireyin hastalık ve tedavisi karşısındaki düşünce ve tutumlarını etkileyen önemli bir faktör de hastalığın kendisidir. Bazı hastalıklar en az hastalığın biyolojik etkileri kadar kişinin iyi olma halini olumsuz etkileyebilmektedir.

Bu durum sosyal hizmetin ‘evresi içinde birey’ yaklaşımına uygun, insanın çevresinden bağımsız olmadığını savunan sistem kuramının (Baykara Acar ve Acar, 2002: s. 31) karşılıklılık ilkesi ile açıklanabilir. Payne (1997: s. 138)’e göre karşılıklılık; sistemin herhangi bir kısmında meydana gelen değişiklik sistemin diğer parçalarını da etkilemesidir.

Sistem kuramından hareketle insanı bir sistem olarak ele almak mümkündür. Hastalık ve tedavisi bu sistemin varlığını tehdit etmektedir. İnsan kendisine müdahale eden durumlar karşısında çeşitli yönlerden etkilenmektedir. Kişi bu etkiler karşısında varlığını koruyabilmek adına savunma stratejileri geliştirmektedir. Meme kanseri tedavisini de bu doğrultuda ele almak; tedavi sürecine gerçekçi bir yaklaşım sergileyerek tedavinin sadece cerrahi müdahaleden ibaret olmadığı, hastanın ihtiyaç

duyduğu diğer alanlarla (fiziksel, psikolojik, ruhsal, sosyal vb.) ilgili olarak da müdahalede bulunmanın gerekli olabileceği gerçeğini gözler önüne serecektir. Bu nedenle meme kanseri tedavisinde çok disiplinli ekip çalışması ve eş desteği ile yürütülen tedavi süreçleri yukarıda sağlığın tanımında da bahsedildiği gibi; bedence, ruhça ve sosyal yönden tam bir iyilik halinin kazanılmasında etkili olacaktır.

1.1. ARAŞTIRMANIN SORUNSALI

Kanser vücuttaki hücrelerin değişim ve gelişiminin kontrolden çıkmasına neden olan bir hastalıklar grubudur. Kanserli hücreler sonucunda oluşan birçok çeşit şişlik ve kitle tümör olarak adlandırılır ve vücudun hangi bölümünde meydana gelmişlerse onunla isimlendirilirler (American Cancer Society, (tarih yok): s. 1; Kutluk ve Kars, 2001: s. 14).

İnsanların kanser türleri hakkındaki düşünceleri büyük oranda benzerdir. Genel olarak kanser konusundaki toplumsal algı bu hastalığın ölümcül bir hastalık olarak görülmesine sebep olmaktadır. Dolayısıyla iyileşmeye yönelik umutlara ve tedaviye yönelik çabalara ket vurmaktadır. Bu durumun birçok sebebi olmakla birlikte bir nedeninin de kanser hakkında yetersiz ya da yanlış bilgilenmeden kaynaklandığı düşünülmektedir. Kanser hastalığının yaygınlığı ve sonuçlarının ağırlığı insanların kanser konusunda olumsuz algılar geliştirmesine yol açabilmektedir.

Türkiye’de 2013 yılı kanser istatistikleri incelendiğinde; kadınlarda en sık rastlanan kanser türleri; meme (% 24,6), tiroid (% 11,6), kolorektal (% 8,3), trakea, bronş ve akciğer (% 5,3), uterus korpusu (% 5), mide (% 3,9), over (% 3,7), non-hodking lenfoma (% 2,8), uterus serviksi (% 2,5), beyin, sinir sistemi (% 2,4) kanserleri olduğu görülmektedir. 2013 yılı içerisinde 17.531 kadın meme kanseri teşhisi almıştır. Oransal olarak incelendiğinde kanser olan her dört kadından biri meme kanseridir (Türkiye Kanser İstatistikleri, 2016: s. 25).

Ülkemizde yaşayan kadınlar arasında meme kanserinin görülme sıklığının son derece fazla olduğu görülmektedir. Meme kanserinin görülme sıklığındaki bu yüksek oran aşağıda da görüleceği üzere; kadınlar arasında meme kanserine bağlı meydana gelen ölümlerin oranına da yansımaktadır.

Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı'nın tahmini olarak sunduğu verilere göre 2012 yılında Türkiye'de kadınlar arasında meydana gelen kansere bağlı ölümlerin % 15,7'sini meme kanserin oluşturmaktadır (World Health Organization, 2012). Türkiye İstatistik Kurumu'nun verileri incelendiğinde; 2015 yılında kadınlarda meme kanserine bağlı ölümler, kansere bağlı ölümlerin % 13,9'unu oluşturmaktadır (TÜİK, 2016).

Kanser hastalığının görülme oranlarının artmasına rağmen tedavi yöntemleri de gelişmektedir. Kanser tedavisinde uygulanan yöntemler başlıca 4 ana başlık altında toplanabilir (Deniz, 2011: s. 5).

1. Cerrahi Girişim
2. İlaçla Tedavi (Kemoterapi)
3. Işınla Tedavi (Radyoterapi)
4. Hormonal Tedavi

Mastektomi en ilkel cerrahi müdahalelerden birisidir. Kanserli kitlenin alınmasının riskli olmadığı durumlarda bu kitlenin alınması işlemine mastektomi denir. Kanserli kitlenin göğüsteki yayılımına bağlı olarak sadece kitle de alınabilir meme lenf nodları ile birlikte tümden de alınabilir. Her iki durumda da mastektomi hasta üzerinde; beden imajı, fiziksel uyum, cinsellik, aile ve sosyal yaşam, psiko-sosyal ve mesleki açıdan çeşitli sorunlara neden olmaktadır.

Meme koruyucu cerrahi müdahale ise; mümkün olan durumlarda uygulanan hastanın benliğine mümkün olduğunca az etki eden, mastektomiye oranla hastanın günlük hayatına daha kısa sürede ve kolay dönmesine olanak sağlayan bir tedavi yöntemidir.

Kanser, gerek tıp çevrelerinde gerekse toplumun çeşitli kesimlerinde fiziksel bir hastalık olduğu kadar ruhsal ve psiko-sosyal boyutları olan ciddi bir hastalık olarak algılanmaya başlanmıştır (Işıkhan, 2007: s. 15).

Kansere yönelik gerçekçi algıların oluşturulması kanserle mücadele konusunda etkili adımlar atılmasını sağlayacaktır. Kanserinin sadece fiziksel bir hastalık olduğunu

düşüncesinden hareket edilirse; bu hastalığın hasta ve yakınları üzerinde meydana getirdiği psiko-sosyal değişiklikleri görmek pek mümkün görünmemektedir.

Meme kanseri kadınlarda görülme sıklığı nedeniyle ciddi bir kadın sağlığı problemidir. Ayrıca hastalığın meydana geldiği organ nedeniyle hastalığın ve tedavisinin fiziksel ve toplumsal olarak farklı boyutları vardır. Meme toplumsal olarak kadına atfedilmiş ve annelik, cinsellik, kadınlık, güzellik gibi alanlarda kadınlarla özdeşleşmiş bir organdır. Bu nedenle böyle bir organa yönelik müdahale, kadın açısından bahsedilen yönlerden kadının etkilenmesine neden olacaktır. Dolayısıyla çok farklı alanlarla ilişkilendirilen bu organa yapılacak müdahalenin, çok disiplinli bir ekip tarafından yapılması ve hastanın eşinin de sürece katkı sunduğu bir tedavi sürecinin oluşturulması gereklidir.

Sonuç olarak; araştırmacıyı, bu araştırmayı yapmaya yönlendiren etken; meme kanseri tedavisinin medikal bakış açısıyla sadece doktorlar tarafından yürütülmesi, meme kanseri hastalığı ve tedavi sürecinin etkileri, memenin biyolojik yapısı ve memeye yüklenen anlamlarla bağlantılı olarak tedavinin annelik, cinsellik, beden imajı ve cinsiyet rolleri konusunda neden olduğu değişimler, bu etki ve değişimlerin çoğu zaman dikkate alınmaması, meme kanseri tedavisinde çok disiplinli tedavi ekibinin gereği, tedavinin eş ilişkisi üzerindeki etkileri, meme kanseri tedavisinde eş desteğinin önemini dikkate alan bir tedavi sürecinin olmamasıdır. Bu nedenle, araştırma kapsamında tasarlanan bu tedavi sürecinde hasta ve eşinin ihtiyaç ve özelliklerine duyarlı sosyal hizmet müdahalesinin faydalı olacağı düşünülmektedir.

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Araştırmanın amacı, meme kanseri tedavisi gören kadınların eşlerinin hastalık ve tedavi sürecine ilişkin deneyimlerinin ortaya çıkartılması ve bu deneyimler ışığında meme kanseri tedavisi gören kadınların eşlerine yönelik sosyal hizmet müdahalesi önerisi geliştirilmesidir.

Bu amaç doğrultusunda aşağıdaki sorulara cevap aranmıştır;

Meme kanseri tedavisi gören kadınların eşlerinin;

1. Teşhis sürecine ilişkin deneyimleri nelerdir?

2. Tedavi sürecine ilişkin deneyimleri nelerdir?
3. Teşhis ve tedavi süreçlerinin eş ilişkilerine etkilerine ilişkin değerlendirmeleri nasıldır?

1.3. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Bu çalışma meme kanseri ve tedavisinin psiko-sosyal boyutuna değinmesi açısından sağlık alanında bu konu ile ilgili yapılan diğer birçok çalışmadan ayrılmaktadır. Başka bir açıdan belirtmek gerekirse her hastalık gibi meme kanseri ve tedavisinin tedavi gören kadın ve eşi üzerinde biyo-psiko-sosyal açıdan etkileri olabileceği vurgulanmaktadır.

Araştırma meme kanseri tedavisi gören kadınların eşleri ile gerçekleştirilmesi bakımından diğer araştırmalardan ayrılmaktadır. Araştırmanın eşlerle yapılması eşlerin meme kanseri tedavisine katılım tutumları hakkında bilgi sağlar. Ayrıca araştırma tüm tedavi sürecini ele alması yönüyle kapsamlı bir çalışma olduğu söylenebilir.

Sosyal hizmet mesleğinin sağlık alanında var olabilmesi için teorik alt yapısı sağlam pratiklerle alandaki ihtiyaçları karşılayan, müracaatçı/hastaların tam iyilik haline katkı sunan hizmet modellerine ihtiyaç vardır. Bu çalışmanın söz konusu ihtiyacın karşılanmasına bir katkısı olacağı düşünülmektedir.

Araştırmanın katkı sağlayacağı başka konu ise sosyal hizmet literatürüdür. Ülkemizde sosyal bilimlerde meme kanseri ile ilgili Türkçe kaynak eksikliği büyük bir kesim tarafından dile getirilen bir husustur. Bu nedenle söz konusu araştırmanın; kuramsal yazımında yetersizliği araştırmacı tarafından da hissedilen tıbbi sosyal hizmet literatürüne katkı sunması beklenmektedir.

Son olarak; bu çalışmanın diğer çalışmalardan ayrılan yanı meme kanseri hastalığı ve tedavi sürecine yönelik yaklaşımından ileri gelmektedir. Çünkü sosyal hizmet odaklı bir bakış açısı ile yapılan bu araştırma boyunca sistem kuramı merkez alınmış, buradan hareketle hastalığın ve tedavi sürecinin salt cerrahi-medikal işlemlerden ibaret olmadığı savunulmuş, hasta ve eşi tedavi sürecinin baş aktörleri olarak görülmüş, tedaviye yönelik çok disiplinli bir yaklaşım benimsenmiş, tedavi

gören kadınların eşlerinin hastalık ve tedavi sürecine yönelik gözlem, öneri, değerlendirmeleri alınmaya çalışılmış, meme kanseri hastalığının ve tedavi sürecinin katılımcının kendisi, eşi ve eşiyle olan ilişkileri üzerindeki etkileri öğrenilerek sosyal hizmet müdahalesi önerisi geliştirilmeye çalışılmıştır.

1.4. ARAŞTIRMANIN TANIMLARI

Meme kanseri: Kişilerin hastaneye başvurarak, doktorunun istediği tetkikleri yaptırması sonucunda kişinin meme organında kötü (malign) huylu tümör oluşumu olması durumudur.

Tedavi süreci: Kişinin hastaneye başvurması ile başlayan ve sırasıyla teşhis, tedavi ve tedavi sonrası iyileşmeye kadar olan süreci kapsar.

Cerrahi müdahale: Meme kanseri olduğu gerekçesi ile mastektomi ya da meme koruyucu ameliyatı ifade eder.

Memenin kısmen alınması: Yapılan tetkikler sonucunda sadece kanserli olduğu tespit edilen kısmın cerrahi müdahale alınmasıdır.

Katılımcı: Kocaeli Üniversitesi genel cerrahi kliniğinde meme kanseri tedavisi gören kadınların eşlerini ifade etmektedir.

Eş: Kocaeli Üniversitesi genel cerrahi kliniğinde meme kanseri tedavisi gören kadınları ifade etmektedir.

BÖLÜM II

KURAMSAL ÇERÇEVE

2.1. MEME KANSERİ

İlk kez 3500 yıl önce Mısır'da memede 'şişkin tümör' olarak ifade edilen meme kanserini ilk tanımlayan kişi M.Ö. 4. yüzyılda Hipokrat olmuştur. Hipokrat'a göre meme kanseri 'siyah öd kesesinden ortaya çıkan bir hastalık'tır (Olson, 2002; Akt: Aytunç, 2014: s. 25-26).

Kanser; Latince anlamı 'yengeç (cancer)' olan, kontrolsüz bir şekilde hücre çoğalması sonucu meydana gelen 100'den fazla çeşidi olan kötü huylu bir hücre hastalığıdır (Gündüz Sütçü, 2010: s. 1).

Uluslararası Kanser Savaş Örgütü (1990)'ne göre kanser;

'Bir organın fizyolojik gereksinimlerine bağlı olmaksızın hücrelerin aşırı çoğalması sonucu ortaya çıkan bir büyüme bozukluğudur. Çok farklı dokulardan çok farklı tümörler çıkabilir. Bu nedenle tüm tümörleri kapsayacak basit bir tanım bulmak zordur. Tümörler iyi huylu (benign) ve kötü huylu (malign) olmak üzere ikiye ayrılır. İyi huylu tümörlerin gelişimi sınırlıdır, yerel kalırlar ve çoğunlukla ciddi sonuçlara ulaşmazlar. Kötü huylu tümörler ise hızla çoğalır, vücut içerisinde dolaşır ve tedavi edilmezse ölüme sonuçlanırlar.'

Meme kanseri; meme dokusundaki hücrelerde oluşan, kadınlar arasında en sık görülen kötü huylu tümördür. Dünya çapında kadınlarda görülen kanserlerin yaklaşık % 30'u meme kanseridir (Eti Aslan ve Gürkan, 2007: s. 63; National Cancer Institute).

Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre 2012 yılında teşhis edilen 1,67 milyon yeni meme kanseri hastası ile meme kanseri dünyada sık görülen kanser türleri arasında ikinci sırada, kadınlarda görülen kanser türlerinin % 25'ini oluşturarak kadınlar arasında en sık görülen kanser türü olmuştur (World Health Organization, 2012).

Dünya Sağlık Örgütü'nün tahmini verilerine göre; Türkiye'de 2015 yılı içerisinde 17.034 kadına yeni meme kanseri teşhisi konulmuştur. 2015 yılı içerisinde kadınlar arasında meme kanserine bağlı 6.023 ölüm gerçekleştiği belirtilmektedir. 2020 yılında kadınlar arasında 19.025 yeni meme kanseri teşhisi konulacağı ve 6.915 kadının meme kanseri nedeni ile hayatını kaybedeceği öngörülmektedir (World Health Organization, 2012).

Gelişen tıp ve sağlık koşullarına rağmen meme kanserinin görülme sıklığının ve meme kanseri nedeniyle ölüm oranının artacağı ön görülmektedir. Meme kanseri görülme sıklığı ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Hatta bazen ülke içerisinde de görülme sıklığında farklılıklar olabilmektedir.

Meme kanseri görülme oranını arttıran bazı risk faktörleri vardır. Meme kanserinde risk faktörleri değiştirilebilir, değiştirilmeyen ve kesin olmayan risk faktörleri olmak üzere üç grupta ele alınabilir. Değiştirilebilir risk faktörleri arasında; çocuk sahibi olma, emzirme, alkol, beslenme aktivite sayılabilir. Değiştirilmeyen risk faktörleri; cinsiyet, yaş aile öyküsü, ırk, yoğun meme dokusu, hormonlar, daha önce meme bölgesine radyasyon alınması ve genetik mutasyondur. Kesin olmayan risk faktörleri olarak; çevre kirliliği, tütün ürünleri kullanımını göstermek mümkündür (Eti Aslan ve Gürkan, 2007: s. 63; Erol ve Bilik, 2014: s. 15; Olgun, 2015: s. 10-13).

Risk faktörlerinin bilinmesi bir anlamda meme kanserine karşı önlemlerin geliştirilmesi için kilit rol oynamaktadır. Özellikle refah seviyesi yüksek toplumlarda insana verilen değer yüksek olması nedeniyle kanser riskini arttıran durumların önüne geçilmeye çalışılmaktadır. Ancak tüm bu önlemlere rağmen meme kanseri tamamen önlenememiş değildir. Bu yüzden de erken tanı en az hastalığın önlenmesi kadar önemlidir. Erken tanının tedavide sağ kalım şansını önemli derece arttırdığı bilinmektedir. Meme kanseri tedavisinin diğer kanser türlerine nazaran sağ kalım oranı yüksektir.

Kanser hastalığında tedavi süreci; diğer bütün hastalıklarda olduğu gibi hastalığın teşhis edilmesiyle başlar, tedavi uygulamaları ile devam eder ve iyileşme ya da ölümlle sonuçlanır. Hastalıkların, hastaların biyo-psiko-sosyal sağlıkları üzerindeki olumsuz etkileri vardır.

Bazı bilim insanları kanser teşhisinin hasta üzerinde olumsuz etki bırakmaması için teşhisin hastadan gizlenmesini en sağlıklı seçenek olarak görmektedirler (Jenkins, 2005; Akt: Irmak, Bilgin ve Sızlan, 2008: s. 167). Başka bir seçenek; teşhisi direkt hastaya değil de; hastayı iyi tanıyan, teşhisin hasta üzerindeki etkilerini ön görebilecek birine açıklayarak hastayı teşhis hakkında bilgilendirme sorumluluğunu bu kişiye bırakmaktır (Brewin, 1991; Akt: Irmak, Bilgin ve Sızlan, 2008: s. 167). Bu iki durumun tedavi sürecini olumsuz etkileyebilecek dezavantajlar yaratmaktadır; hastaya hastalığı açıklanmadan tedavi sürecinin yürütülmesi mümkün görülmemekte ve sürekli hasta etrafında gizli konuşmaların yapılması, kendisinin bilgilendirilmemesi hastanın endişe ve korku düzeyini yükseltecektir (Irmak, Bilgin ve Sızlan, 2008: s. 167).

Tuncay (2009a: s.71)'a göre kanser hastalığının tedavi sürecinin en önemli bileşeni hastalığı yaşayan hastadır. Tedavi için bulunan meslek elemanları hastanın iyileşme hedefine ulaşmasında ona destek olan, hastanın kararlarına saygılı, karar alma süreçlerine katılmasına olanak yaratan hastanın iyileşmesi için ne gerekiyorsa yapan sağlık çalışanlarıdır.

Hastanın gerçeği bilme hakkının yanı sıra hastalığının ne olduğunu bilmesi, gerekli savunma mekanizmalarını oluşturması ve onunla baş edebilmesi bakımından tedavi sürecinin gidişatını da etkileyecektir. Ayrıca bir rahatsızlık sebebiyle hastaneye başvuran kişi sorunun neyden kaynaklandığını bilmek isteyecektir. Hastalığının ne olduğuna göre tedavi yollarını deneyecek olan hastadan rahatsızlığının gizlenmesi yanlış tedavi uygulamalarına başvurmaya sebep olacaktır. Çünkü birey hastaneye; herhangi bir rahatsızlık sebebiyle, rutin kontrolleri için ya da başka bir rahatsızlığının tedavisi için başvurmuş ve meme kanseri teşhisi konulmuş olabilir. Bunun yanı sıra bir hastalığın teşhisini koymak için bazı tetkikler yapmak gerekir, hastaya bu tetkiklerin neden yapıldığı açıklanmazsa hasta merak ve

endişe içerisinde girecektir. Hastalığın hastadan gizlenmesi, tedavi sürecine sağlayacağı olası katkıyı sunmasına engel olacaktır.

Meme kanseri gibi hastayı ve ailesini birçok yönden etkileyecek bir hastalığın hastaya açıklandığı an, hastanın desteğe en çok ihtiyaç duyduğu anlar arasında yer alır. Teşhisin hastaya açıklanması konusunda farklı görüşler mevcuttur. Bazı uzmanlar teşhisin hastaya açıklanmasının bazıları da açıklanmamasının faydalı olacağını düşünmektedirler.

Tünel (2011: s. 49)'e göre; hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin en yüksek olduğu an teşhisin açıklandığı andır. Ancak hastaların zamanla anksiyete ve depresyon düzeyleri azalsa da tedavi süreci boyunca tümünden kaybolmaz. Bu nedenle hastaların bir yandan cerrahi tedavisi devam ederken bir yandan da psikososyal açıdan gözetilmeleri gereklidir. Dolayısıyla tedavi ekibinde bulunan sağlık personelinin anksiyete, depresyon, endişe gibi durumlar hakkında bilinçli olmaları gerekir. Hastaların tedaviyle eş zamanlı olarak psiko-onkoloji hizmetlerinden yararlandırılmaları tedavinin olumsuz etkilerini en aza indirecektir.

Meme kanseri gibi uzun süreli tedavi gerektiren hastalıkların tedavisinde teşhisi hastaya açıklamadan, bir tedavi programını uygulamak pek mümkün görülmemektedir. Ayrıca hastanın hastalığı hakkında bilgi sahibi olması ve tedavi sürecini destekleyecek olumlu tutum sergilemesi önemlidir. Böyle bir durumda sosyal hizmet uzmanının da içinde bulunacağı ekibe önemli görevler düşmektedir. Hastaya, belki de yaşamla tüm bağlarını koparmasına neden olabilecek hastalığını açıklarken, hastanın kendini güçlü hissetmesini sağlayacak, ona destek olabilecek yakınlarının (eşi, çocukları, anne-babası, kardeşleri vb.); hastalığın biyo-psiko-sosyal etkileri ve tedavi süreci hakkında bilgi verebilecek profesyonellerin hazır bulunması tedavi sürecini de olumlu etkileyecektir. Ancak teşhis karşısında güçlü duramayan aile üyeleri hastaya olumsuz etkide bulunabilir. Bu nedenle hastaya teşhisi açıklamadan önce uygun bir şekilde aile üyeleri ile durumu paylaşmak ve dolayısıyla bu süreç içerisinde hastaya destek olması beklenen aile üyelerini bu duruma hazırlamak fayda sağlayabilir. Hastaya destek olabileceği düşünülen kişileri (eşi ve diğer yakınları gibi) teşhisi hastaya açıklamadan önce bilgilendirmek ve koordine etmek tedavi sürecinde yarar sağlayacaktır. Eşinin meme kanseri olduğunu eşiyile

aynı anda öğrenen bir kocanın duygularını kontrol edememesi durumunda hastanın morali ve iyileşmeye olan inancı daha da düşecektir. Hastanın ve eşinin meme kanseri teşhisi karşısında güçlü durabilmelerini etkileyecek diğer hususlar; evlilik süreleri ve teşhisi öğrenme şekilleridir.

Teşhis sırasında hastanın yanında kimlerin olduğu kadar teşhisi hastaya kimin açıkladığı da önemlidir. Kanser kelimesi insanların algılarında kayıp kelimesini çağrıştırmaktadır. Meme kanseri ise kadınlara atfedilen ve kadınlıkla ilişkilendirilen bir organın kaybını çağrıştırdığından, meme kanseri teşhisi hastayı psikososyal yönden de olumsuz etkileyecektir. Dolayısıyla hastaya uygun bir dille teşhisi açıklayabilen, hastanın yaşadığı psikolojik yıkımları, stresi yönetebilecek, hasta ve eşinin kaygılarını en aza indirebilecek, hastalık karşısında güçlü durmalarını sağlayabilecek, hastalık ve tedavisi ile ilgili her türlü tıbbi bilgiyi hastaya ve eşine onların ihtiyaç duydukları kadar verebilecek meslek elamanlarından oluşan çok disiplinli bir tedavi ekibinin açıklaması sağlıklı olacaktır.

Teşhisin kesinleşmesi ve durumun hastaya açıklanmasının ardından sıra tedavi sürecini planlamaya gelmektedir. Bazı durumlarda, kanser tedavisine hemen teşhisin ardından başlanmakla birlikte hastanın ilk şoku üzerinden atması ve tedavi sürecine kendini hazırlaması için tedaviden önce hastaya 1-2 gün bekleme süresi de tanımlanabilir (Blumberg, Flaherty ve Lewis, 1980; Akt: Irmak, Bilgin ve Sızlan, 2008: s. 168). Bu süre zarfında, hasta ve ailesinin durumu sindirmeleri ve önlerinde yaşayacakları sürece kendilerini hazırlamaları beklenmektedir. Burada dikkat edilmesi gereken teşhis anında hasta ve eşine yeteri kadar bilgi verip, sorularını yanıtlamaktır. Hastalık ve tedavi süreci hakkında detaylı bilgi hasta ve eşinin teşhisi sindirip tedaviye karar verdikleri an açıklanmalıdır. Çünkü teşhisin açıklandığı an hasta ve eşinin stres ve kaygı düzeyleri yüksek olacağından yapılacak bu detaylı bilgilendirme onların gözünü korkutabilir veya teşhisin şokunu atlatamadıkları için söylenenleri anlayamayabilirler (Irmak, Bilgin ve Sızlan, 2008: s. 168).

Teşhisin hasta ve eşine açıklanmasının ardından tedaviye başlamak üzere verilen 1-2 günlük sürenin hasta ve eşinde; hastanın tedavi olmaktan vazgeçmesi, eşinin hastayı desteklemekten geri durması gibi olumsuz etkileri olacağı düşünülmüyorsa ve başka bir engel yoksa tedaviye bir an önce başlamak sağlıklı

olabilir. Böyle bir durum söz konusu değil ise hasta ve eşine; hastalık ve tedavi süreci hakkında ihtiyaç duyduklarında tedavi ekibine ulaşabilecekleri bir iletişim ağı kurularak tedaviye başlamak üzere bir gün belirlenir, hasta ve eşi tedavi sürecine hazırlanabilecekleri bir süre tanınır. Tedaviye karar verdiklerinde hasta ve eşiyle tedavi programı planlanır, ameliyat tarihi belirlenir, hasta bu süre zarfında herhangi bir meslek elamanından destek almaya ihtiyaç duyarsa hasta ilgili meslek elamanlarına yönlendirilir ya da bu meslek elamanları da tedavi ekibine dâhil edilir. İhtiyaç duyduğu başka şeyler varsa karşılanır.

Meme kanserinde hastayı iyileştirebilecek tek tedavi yönteminden bahsetmek doğru değildir. Hastalığın tekrar görülme olasılığını ve ölüm riskini en aza indiren tedavi yöntemi uygulanır. Ancak çoğu zaman tek bir tedavi yöntemi ile hastanın iyilik halini ve iyileşmesini sağlamak mümkün değildir. Örneğin; cerrahi müdahalenin başarıya ulaşmasını sağlamak için kemoterapi veya radyoterapi uygulanır (Ünal, 2003: s. 170). Tüm tedavi süreci boyunca hastanın tedavi sürecine aktif katılımını sağlamak, moral motivasyonunu yüksek tutmak ve hastalığın hasta üzerinde yarattığı psikolojik, ruhsal ve duygusal olumsuz etkilerini ortadan kaldırmaya yönelik psikolojik destek verilebilir.

Kanserin yayılma riskinin olduğu durumlarda kanserli doku cerrahi müdahale yapılarak alınmaz. Böyle durumlarda hastaya kemoterapi (ilaç tedavisi) veya radyoterapi (radyoaktif ışın tedavisi) uygulanır. Eğer bu tür engeller yoksa hastanın memesi alınma yoluna gidilir. Yapılan cerrahi müdahaleye "mastektomi" denir. Mastektomi sonrasında da hastaya önleyici tedavi olarak kemoterapi ya da radyoterapi uygulanabilir (Arıkan, 2000: s. 40).

Meme kanserinde; cerrahi tedavi halen en geçerli ve en sık başvurulmuş tedavi yöntemidir. Cerrahi müdahaleler içerisinde mastektomi; hasta üzerinde en çok olumsuz etki bırakmasına rağmen nüks etme riski düşük olduğu ve hastanın yaşam süresini uzattığı için doktorlar ve hastalar tarafından sıklıkla tercih edilmektedir (Yavuz Kahramanoğlu ve Gök Özer, 2008: s. 3). Mastektomi yöntemi ile meme kısmen ya da tümünden alınabilir. Ancak bu durum hastanın vücut bütünlüğünü bozar ve beden imajına zarar verir. Hastanın daha önce ameliyat geçmişinin olup

olmaması, memenin kısmen ya da tümünden alınacak olması, tercih edilen ameliyat yöntemi hastanın tedaviden etkilenme durumunu belirlemektedir.

Kanser tanısı almadan önceki yaşantısında kanser hastalığı hakkında olumsuz düşüncelere sahip bireylerin kanser olduklarını öğrenmeleriyle birlikte adeta dünyaları başlarına yıkılmaktadır. Yakınları meme kanseri tedavisi olmuş hastaların meme kanseri hakkındaki düşünceleri yakınlarının deneyimlerine göre değişmektedir. Memenin kısmen ya da tümünden alınacak olması da meme kanseri tedavisi alacak olan kadının tedavi tercihlerini etkileyen başka bir faktördür. Dolayısıyla doğumundan itibaren sahip olduğu bir organını kaybetme ihtimali hastanın kendisi hakkındaki beden imajını tehdit etmektedir.

Rowland ve arkadaşlarının (2000: s. 1426), ortalama 1-5 yıl arasında meme kanseri tanısı almış 1957 kadın üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmada, kadınların %57'sine lumpektomi %27'sine mastektomi, %17'sine mastektomi+meme rekonstruksiyonu uygulandığı, beden imajı ve cinsel çekicilik duygusu açısından lumpektomili kadınların diğerlerine göre kendilerini daha iyi hissettikleri ve uygulanan cerrahi müdahaleden daha az olumsuz etkilendikleri belirlenmiştir.

Uygulanan tedaviye göre hastaların tedavi sonrası ihtiyaçları çeşitlenmektedir. Bunun temel sebebi hastalığın hastalar üzerinde bıraktığı etkilerle doğru orantılıdır. İhtiyaç olsun ya da olmasın süreç içerisinde psikolog, doktor, sosyal hizmet uzmanı, hemşire gibi meslek elamanlarının hastaların istedikleri zaman ulaşabilecekleri konumda olmaları gereklidir.

Shi ve diğerleri (2011: s. 5) meme koruyucu cerrahi müdahale, modifiye radikal mastektomi+rekonstriksiyon ve modifiye radikal mastektomi yöntemleri kullanılarak tedavi edilen meme kanseri hastalarının cerrahi girişim sonrası iki yıllık yaşam kalitesini bu üç cerrahi girişim bazında inceledikleri çalışmalarında; cerrahi girişim sonrasında yaşam kalitesinin yüksekte düşüğe sıralamasının meme koruyucu cerrahi müdahale, modifiye radikal mastektomi+rekonstriksiyon ve modifiye radikal mastektomi şeklinde olduğunu ifade etmişlerdir.

Cerrahi tedavinin sonucunu uygulanan cerrahi yöntem kadar etkileyebilecek diğer faktörler; sağlık personeliyle, hastayla, sağlık sistemi ve altyapıyla ilgili

etkenlerdir. Sağlık personeliyle ilgili etkenler arasında uygulanacak cerrahi müdahaledeki beceriler, üzerinde bulunan ameliyat yükü, o alanda sahip olduğu uzmanlık seviyesi, yeterli yardımcı personel, vs. bulunmaktadır. Hastayla ilgili etkenleri ise: hastanın psiko-sosyal durumu; karmaşık tedavi planlarını uygulamadaki istekliliği ve becerisi; ameliyat sonrası dönemle ilgili izleme ve komplikasyon, nüks ve metastaz semptomlarının erken teşhisi çalışmalarında gösterdiği başarı; sahip olunan beslenme ve fiziksel aktivite programı; cerrahi müdahale sonrası dönemdeki ruhsal durum ve diğer hastalıklar sıralanabilir. Altyapıya ilişkin; tedavi kaynaklarının yeterliliği ve gelişmişlik düzeyi ile her bir hastaya erişim cerrahi müdahalenin sonuçlarını etkileyen etmenler arasında bulunmaktadır (DSÖ, 2008: s. 69).

Meme kanserinde uygulanan cerrahi yöntem tedavi sonucunu doğrudan etkilemektedir. Ancak tedavinin başarıya ulaşması yukarıda sıralanan sağlık personeliyle, hastayla, sağlık sistemi ve alt yapıyla ilgili faktörlerden bağımsız olarak düşünülemez. Tedavi sürecini yöneten bir meslek elamanının olması, hastalık tedavisi ve tedavi sonrası süreç hakkında hastanın bilgi ihtiyaçlarının karşılanması, hastalığın ve tedavi sürecinin hasta ve eşi üzerindeki olumsuz etkilerini en aza indirmeye yönelik danışmanlık hizmeti verecek bir meslek elamanının olması vb. tedavinin başarıya ulaşmasında önemli etkenlerdir. Cerrahi müdahale çoğu zaman tek başına yeterli değildir bu nedenle destekleyici tedavi yöntemleri de kullanılabilir. Bu tedavi yöntemleri; kemoterapi, radyoterapi olabilir. Hasta ameliyat olduktan sonra kendine gelene kadar birkaç gün hastanede kalır. Bu süre içerisinde; tedavinin çeşitli olumsuz etkilerini yoğun olarak yaşar dolayısıyla iyi koordine edilmiş destek sistemi hastanın içinde bulunduğu zor durumdan kısa sürede çıkmasını sağlayacaktır.

Hasta ve eşine taburcu olurken taburculuk sonrası hayata dair bilgiler verilmeli, bir sorunla karşılaştıklarında ilgililere ulaşabilecekleri iletişim kanalları belirlenmelidir. Taburculuk sonrası hayatta; doktor eğer gerekli gördüyse kemoterapi ya da radyoterapi görür bunun için ameliyatın etkilerinin geçmesi beklenir. Çünkü özellikle kemoterapi hastayı bitkin düşüreceğinden hastanın bünyesinin kaldıracabileceği düşünüldüğünde başlanmalıdır. Genellikle ameliyat olup, destekleyici tedavi uygulamaları bitene kadar hasta fiziksel gücüne tam anlamıyla ulaşamaz. Bu

nedenle hasta öz bakımını ve tedavi öncesi sorumluluklarını yerine getiremez. Bu süreçte hastanın eşi ve akrabaları hastaya destek olmalıdır.

Meme kanserinde tedavinin sonucunu ve hasta üzerindeki etkileri konusunda bir başka önemli unsur erken tanıdır. Erken tanı tüm hastalıklarda olduğu gibi tedavinin başarıya ulaşmasında ve hastanın hastalıktan en az seviyede olumsuz etkilenmesinde önemli bir rol oynamaktadır.

Erken tanı ve daha etkin tedavi ile sağ kalım süresinin artması ile birlikte hastanın yaşam kalitesini arttırmaya ve tedavinin yan etkilerini azaltmaya yönelik hizmetler önem kazanmıştır. Dolayısıyla meme kanserinde amaç sadece hastalığı tedavi etmek değil hastaya tedavi sonrasında iyi bir hayat sağlamaktır (Karayurt, 2012: s. 29).

Erken tanıyla birlikte hızla hastanın hastalık ve tedavi ile ilgili bilgi ihtiyacı karşılanmalı ve aktif olarak karar alma aşamalarına katılabildikleri bir tedavi süreci başlatılmalıdır. Aksi takdirde hasta hastalık ve tedavisi hakkında bilgi ihtiyacını başka kaynaklardan giderecektir. Bu süreçte edineceği sağlıksız bilgiler tedavi sürecini olumsuz etkileyebilir veya geciktirebilir. Hastaların kolayca bilgi edinebileceği kanallar; internet-sosyal medya, daha önce bu hastalığı deneyimlemiş yakınları olarak düşünülmektedir. Bu kanallar bazen faydalı olabildiği gibi bazen de zararlı olabilir. Dolayısıyla tedavi süreci boyunca hastaların ve eşlerinin doğru bilgiye ulaşabilecekleri kanal açık tutulmalıdır.

Cerrahi müdahale, kanserin birincil tedavisinde ve hastaların rehabilitasyonunda da kullanılabilen bir müdahale şeklidir. Tedavinin uygulandığı organların estetik açıdan doğal görünümünü kazanmasında, işlevini yerine getirebilmesinde plastik cerrahiden yararlanır. Plastik cerrahi hastanın yaşam kalitesinin artırılmasında tedavi sonrası hayata uyum sağlamaları konusunda etkin bir rol oynamaktadır. Bunun yanı sıra hastanın yaşam kalitesini artırıp tedavi sonrası hayata uyumunu arttırmaya yönelik bakım ve psikolojik destek de sağlanabilir (DSÖ, 2008: s. 69).

Bu noktada bakım kavramı önem kazanmaktadır. Tüm müdahalelere rağmen terminal döneme girmiş bir meme kanseri hastasının tedavi sürecinde palyatif bakım

bir yaklaşım biçimi olmaktadır. Hastalığın tedavi edilmesinden ziyade, bulguların kontrolü ve bunların yok edilmesi sürecini ifade eden palyatif bakım; hasta, hastanın bakımı ile ilgilenenler, hemşire, sosyal hizmet uzmanı ve diğer sağlık çalışanlarını içine alan kapsamlı sürekli ve çok disiplinli bir hasta bakımındır (Bilgel, 2006; Akt: Deniz, 2011: s. 24).

Meme kanserinin tedavisi devam ederken ya da bittikten sonra ister başarıya ulaşılsın ister ulaşılamasın önemli olan hastanın yaşam kalitesini arttırmak, tedavi sürecinin ve hastalığın hasta üzerindeki olumsuz etkilerini en aza indirmektir. Bu nedenle tedavi süresince hasta ve ailesi, doktorlar, sosyal hizmet uzmanları, hemşireler ve diğer meslek elamanlarının birlikte ve uyumlu bir şekilde çalışması tedavi sürecine olumlu etkide bulunabilir.

Tedavi sürecinde veya sonrasında hasta, tedavi ekibi dışından da desteğe ihtiyaç duyar. İhtiyaç duyduğu bu desteği yakın arkadaşlarından, akrabalarından, bu hastalığa sahip/hastalığı yenmiş kişilerin ya da hastalığın tedavisinde rol alan meslek elamanlarının oluşturduğu sivil toplum örgütlerinden karşılar. Bazen hasta ve eşi hastalığı kimseye açıklamak istemeyebilir bu nedenle bu destekten de mahrum kalabilirler.

Kapsamlı bir kanser tedavisi denilince destekleyici ve palyatif hizmetlerin kesinlikle tedavi süreci içerisinde yer alması gerekmektedir. Aksi halde kanser tedavisi; hastayı tedavi etmek değil, hastalığın klinik seyrini değiştirmekle kısıtlanır (DSÖ, 2008: s. 77).

Meme kanserinin kadınlarda görülme oranlarının çok yüksek olması nedeniyle birçok kadın ameliyatların sonuçlarıyla uzun yıllar yaşamaktadırlar. Bu yüzden sağlık çalışanlarının meme kanseri hastalarını önemsemesi, hastalık ve tedavi sonrası yaşamın hasta üzerindeki etkileri konusunda farkındalık geliştirmeleri gereklidir (Sertöz, 2002: s. 11).

Destekleyici bakım, tedavi süresine sağlayacağı katkılardan dolayı tedavi planının dışında düşünülemez. Çünkü daha önce de bahsedildiği üzere kanser hastasının ilk teşhisin açıklanmasından itibaren psikolojik, bakım ve bilgi odaklı vb. desteğe ihtiyacı olduğu açıktır. Hastanın ihtiyaç duyduğu bu desteğin sağlanmaması

halinde hasta zorlu kanser tedavisi karşısında yalnız bırakılmış olacaktır. Belki de hasta tedaviye olan inancını yitirecek ve iyileşme yönündeki istek ve azmini kaybedecektir. Tedavinin başarıya ulaşmasında hastanın istekliliği artık tartışılmaz bir etkidir.

Palyatif bakım ise tedavi sonrası hastalığın nüks etmesi ihtimaline karşı ve hastanın yaşam kalitesini arttırmak yönünde gerekli bir bakım türüdür. Kapsamlı bir tedavi süreci cerrahi müdahale ile sınırlandırılmamalı, kanserin hastanın yaşamında etki ettiği her alana gerekli müdahaleyi içermelidir.

2.2. MEME KANSERİ VE TEDAVİSİNİN KADINLAR ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ

Mastektomi yapılan hastaların bir çoğu ameliyat sonrası kemoterapi, radyoterapi ya da hormon tedavisi almak zorunda kalmaktadır. Mastektominin olumsuz etkilerinin yanı sıra uygulanan bu tedavilerin de yan etkilerinin olması, hastalığın klinik seyrinin belirsizliği ve tedavinin tam olarak garanti edilememesi hastada endişe uyandırmaktadır (Yavuz Kahramanoğlu ve Gök Özer, 2008: s. 3). Ünal (2008: s. 119) ise meme kanseri tanısının hastada belirsiz gelecek korkusunun yanı sıra; vücut bütünlüğünün bozulacağı ve kadın olarak güzelliğini, cinselliğini ve annelik yeteneğini kaybedebileceği, yalnız kalacağı, başkalarına muhtaç olacağı ve açığı çekeceği korkularına neden olacağını belirtmektedir. Bununla beraber Özbaş (2006: s. 115) ise meme kanseri tanısı konulan hastalarda beden imajında, kendilik kavramında, duygusal, davranışsal durumunda, aile dinamiğinde, hasta ve ailesinin rollerinde değişimlerin olabileceği vurgulanmaktadır.

Çam, Saka ve Babacan Gümüş (2009: s. 76) meme kanseri tanısı konan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 91 hasta üzerinde gerçekleştirdikleri araştırma kapsamında; hastalara hastalığın yaşamlarını etkileme durumu sorulduğunda, %82,4'ü "evet" yanıtını vermiştir. Evet, yanıtını veren hastaların %73,3'ü etkilenen yönünü "ruhsal", %18,7'si "fiziksel", %8'si "sosyal" olarak belirtmiştir. Bu bulgu kanser tanısının hastaları birçok yönden etkilediğini göstermekte olup, kanser hastalarına sunulacak olan hizmetlerin bütüncül bir yaklaşım içinde sunulması gerektiğini açıkça ortaya koymaktadır.

Kabataş Saral (2008: s. 10) meme kanserine sağlığın kaybı olarak yaklaşmakta ve pek çok kadın için meme kanserinin yaşamlarındaki en ciddi hastalık olduğunu eklemektedir. Kadınlar ciddi bir sağlık sorununun ya da hastalığın olmadığı bir yaşamı kaybederler. Bu kayıp hastaların kariyer, ekonomik güvence ve aile alanlarını da olumsuz etkilenmekte ve korku, üzüntü ve kedere neden olmaktadır.

Kanser, çaresizlik ve belirsizlik içeren, ağrı ve acı içinde ölümü çağrıştıran, suçluluk ve kaygı uyandıran, panik ve karışıklık yaratan ciddi ve kronik bir hastalık olarak algılanmaktadır. Bu kadar farklı yönlerden hastayı ve yakınlarını etkilemesine rağmen; genellikle klinik uygulamalarda çoğu kez hastaların öncelikle fiziksel değerlendirmelerinin yapılması ve tedavilerinin planlanması; sosyal, psikolojik, ekonomik, kültürel faktörlerin geri planda bırakılması hastaların yaşadığı sorunların çözümünü daha da zorlaştırmaktadır (Turan Kavradım ve Canlı Özer, 2014: s. 156).

Hastayı ve ailesini içinde buldukları sosyo-ekonomik koşullardan bağımsız düşünerek etkili bir tedavi uygulamak mümkün görülmemektedir. Hastanın sosyal yönü görmezden gelinerek hastalığın tıbbi belirtileri ortadan kaldırılabılır ancak sağlığın tanımından hareketle hastanın sağlığına kavuştuğunu söylemek güçtür. Çünkü tedavinin amacı yalnızca hastalığı kontrol altına almak ya da ortadan kaldırmak değil, aynı zamanda hastalığın etkisi ile yitirdiği; alışık olduğu ve biyo-psiko-sosyal yönden kendini sağlıklı ve mutlu hissettiği yaşantısına dönmesine yardımcı olmaktır.

Arıkan (2003: s. 119) ise kanser hastasının temel kaygılarını; ölüm korkusu, başkalarına bağımlı kalmak, yetersizlik ve sosyal ilişkilerin kesintiye uğraması olarak özetlemiştir.

Memenin kısmen veya bütün olarak alınmasına karşı verilecek tepkinin şiddeti bireyin memeye atfettiği değer ve anlamın derinliğine göre değişebilmektedir. Hastanın memeyi en çok hangi yönü ile ilişkilendirdiği de önemlidir. Bunun nedeni; cerrahi tedavi sonrası hastaya uygulanması gereken psikoeğitim ve psikolojik destek uygulamalarının yönünü belirleyecektir. Eğer memesi alınan bir kadın annelik üzerinden memesine anlam ve değer atfetmiş ise yapılacak psikolojik destek de bu alanda olmalıdır.

Kanser hastalığının, hasta açısından ne anlama geldiğini ve hastanın ne tür tepki vereceğini etkileyen başka bir unsur ise; hastalığın ve tedavi yöntemlerinin özellikleri, hastanın psikolojik yapısı, çevrenin hastayı ve hastalığı algılaması, tüm bunların karşılıklı etkileşimidir (Garip, 2008: s. 30). Örneğin; bazı hastaların hayatlarını kaybetme endişesi ile hastalık kaynağı memeden kurtulmak için memenin bütününe alınmasını, hatta her iki memesinin alınmasını istediği gözlemlenmiştir. Bunun nedenin ise yaşama isteğinin; estetik, güzellik ve kadınlık gibi alanlarda yaşanacak kayıplardan ağır gelmesi olarak ifade edilebilir (Ünal, 2008: s. 121).

Öz (2001: s. 63)'e göre meme kanseri tedavisinin başarılı geçmesine rağmen kadınların yaşam kaliteleri ciddi anlamda etkilemektedir. Çünkü hastalar meme kanseri tanısı konulmasından hastalıkla yaşamayı öğrenmeye kadar sürekli bir belirsizlik içerisindeyler. Bu belirsizlik hastayla birlikte eşini de olumsuz etkilemektedir.

Cerrahi müdahale sonrasında memesinin bir kısmı veya tümünü kaybeden meme kanseri hastalarının yaşadıkları sorun alanlarını kategorize edecek olursak bunlar kısaca: cinsellik ile ilgili sorunlar, beden imajı, benlik algısı ile ilgili sorunlar, fiziksel uyum ile ilgili sorunlar, aile ve sosyal yaşamla ilgili sorunlar, psikososyal sorunlar, mesleki ve ekonomik sorunlar olarak sınıflandırmak mümkündür.

2.2.1. Psikolojik Sorunlar

Günlük yaşantının içerisinde “kanser” kelimesi bile başlı başına olumsuzlukları çağırır. Kanser tanısı olasılığı olan ya da tanısı alan hastalarda ise olumsuz duygu ve düşüncelerin gelişmesi neredeyse kaçınılmazdır.

Kanser kelimesi kendi başına olumsuz duygu ve düşünceleri çağırılmaktadır (Ülger, Alacacioğlu, Gülseren, vd., 2014: s. 87). Meme kanseri tedavisi kadar, meme kanseri tanısı da hastanın yaşam kalitesini ve psikososyal durumunu olumsuz yönde etkilemektedir (Ceylan, 2009). Doktorların medikal bakış açısının da etkisiyle ciddi bir bedensel hastalığı olan kişilerdeki ruhsal sorunları 'normal' kabul edip ruhsal bir bozukluk ya da uyum güçlükleri açısından dikkate almama eğilimleri olduğu söylenebilir (Elbi Mete, 2008, s. 3).

Serper Yıldız (2016: s. 7) kanser hastalığının neden olduğu sıkıntı ve stresin hastalar üzerinde kaygı, endişe, anksiyete, üzüntü gibi psikolojik sorunların yaşanmasına yol açabileceğini ifade etmektedir.

Meme kanseri ve tedavisinin kadınlar üzerinde yarattığı fiziksel etkiler kadar psikolojik etkileri de mevcuttur. Sağlığını ve yaşamını kaybetme riski ile karşı karşıya olan kadın ciddi bir şekilde stres, kaygı, korku vb. duygular hissedebilir. Ayrıca tedavinin vücudunda neden olduğu değişiklikler bir takım psikolojik sorunların kaynağı olabilir. Meme kanseri sadece kadını etkilememekte eşini de etkilemektedir. Eşini kaybetme korkusu yaşayan bir kişi de yoğun olarak korku, endişe ve stres yaşayabilir. Bunun yanı sıra hem kadınlar hem de eşleri çocukların bakımı konusunda kaygı hissetmektedirler

Meme kanserine bağlı olarak kadınların yaşadığı başlıca psikolojik ve ruhsal sorunlar; bezginlik, şok, inkar, çaresizlik, umutsuzluk, anksiyete, depresyon, öfke, umutsuzluk, öz kıyım düşünceleri, beden imajı ve benlik saygısı sorunları, cinsel işlev bozukluğudur (Özkan ve Alçalar, 2009: s. 60; Babaoğlu Akdeniz, 2012: s. 53).

Hastalığın kendisinin ve tedavisinin doğurduğu yukarıda açıklanan sorunlar herkes tarafından bilinip kabul edilirken, hastalığın cerrahi tedavisinin bu tür sorunların iyileştirilmesinden önemli görülmesi hastanın tam anlamıyla iyileşmesinin önünde bir engeldir. Daha önceki bölümlerde de bahsedildiği üzere insanı bir sistem olarak ele aldığımızda bu sistem içerisinde meydana gelen değişikliklerin birbirini ve bütünü yani insanı etkilemesi kaçınılmazdır.

Meme kanseri kadınların yaşadıkları psikolojik sorunları doğuran sebepler; gelecek korkusu, yetersizlik, kontrol edilemeyen ağrı, yalnızlık, bilgi eksikliği, ilaçlar vb. olarak ifade edilebilir (Aydoğan, Doğaner, Borazan, 2012; Akt: Serper Yıldız, 2016: s. 7).

Meme kanseri tedavisi gören kadının yaşadığı psikolojik problemleri tek başına aşması kendisi için güç olabilir. Bu nedenle en yakınındakilerin desteğine ihtiyaç duyar. Ceylan (2009, s. 49)'a göre yeterli aile desteği ve eş uyumunun olması ile psiko-sosyal sorunları azaltılabilir.

Eş ve aile desteği kadının yaşadığı psikolojik sorunların üstesinden gelme konusunda kilit rol oynayabilir. Kadın yaşadığı psikolojik sorunların üstesinden gelemedikçe hastalıkla mücadelesi zorlaşacaktır. Yeterli bir eş desteği kadını hastalık karşısında güçlendirerek yaşadığı sorunları çözmesinde etkili olabilir.

Yapılan müdahalelere ve hastanın çabalarına rağmen hastalığın olumsuz etkileri azaltılamıyorsa hasta ağır bir yıkıma uğrayabilir. Nüks etme düşüncesi hastayı normal hayatından koparır adeta hastalıktan başka şey düşünemez hale getirir. Bu durum hastanın hayattan zevk alamamasına sebep olur. Tedaviden olumlu sonuçlar almayla birlikte hasta yeni umutlar geliştirir ve bu zor süreçle baş edebilecek gücü tekrar kazanır ve zamanla hastalık önceki hayatını geri kazanır (Elbi, 2001: s. 5). Kadının yaşadığı psikolojik sorunlar çözülemediği takdirde tedavinin gidişatı, kadının ve eşinin yaşam kalitesi negatif olarak etkilenecektir (Ülger, Alacacioğlu, Gülseren, vd., 2014: s. 89).

Kanser hastalığının tedavi sürecinin bir bütün olduğu ve bütün süreçlerin birbiriyle etkileşim içerisinde olduğu yukarıda ifade edilmiştir. Bunun yanı sıra kanser hastalığının ve tedavi sürecinin hastalarda ve yakınlarında meydana getireceği sorunlar da birbirini etkileyen tetikleyen durumdadır. Meme kanseri ve tedavi sürecinin hasta üzerindeki bütün etkileri hastayı psikolojik açıdan da etkilemektedir. Bu nedenle kadın üzerindeki psikolojik sorunlar kadar eşi ve yakınları üzerindeki psikolojik etkileri de dikkate alınarak, tedavi sürecinde kadına destek olmaları sağlanmalıdır. Aksi takdirde tedavi süreci uzayacak ve daha zor geçecektir.

2.2.2. Fiziksel Uyum ile İlgili Sorunları

Tedavi sonucu fiziksel uzuv kaybı ve tedavinin hasta üzerindeki olumsuz etkileri, fiziksel işlevsellik ve günlük işlerin yürütülmesinde performansın düşmesine neden olabilir (DSÖ, 2008: s. 83). Tünel (2011: s. 10) meme kanseri ve tedavisinin fiziksel fonksiyon kaybı yanı sıra kadının bağımsızlığını kaybetmesine de neden olabileceğini aktarmaktadır.

Tedavi sırasında ve sonrasında hastalığın ve tedavinin neden olduğu bir takım değişiklikler ve uzuv kaybı hastanın günlük hayata uyumunu etkileyen önemli bir dezavantajdır. Kadın hastalık öncesi fiziksel yeteneklerinde meydana gelen

azalmanın vermiş olduğu üzüntü ve psikolojik baskının yanı sıra günlük ihtiyaçlarını karşılayabilmek için bir başkasının yardımına ihtiyaç duyabilir. Kadın eğer bu süreçte sağlıklı bir şekilde desteklenerek güçlendirilmezse başkalarına ihtiyaç duymanın veya işe yaramadığı hissine kapılmanın vermiş olduğu moral bozukluğu ile iyileşme umudunu kaybedebilir. Kadının bir takım ihtiyaçlarının karşılanması tedavi sürecine olumlu yansıyabilir. Ancak asıl önemli olan hastalığın ve tedavinin kadın üzerinde bıraktığı olumsuz etkiyi ortadan kaldırarak kadının yeniden kendi kendine yetebilir bir duruma gelmesi konusunda desteklenmesidir.

Meme kanseri hastalığının ve tedavisinin kadın üzerinde meydana gelen; bulantı, kusma, ağrı gibi fiziksel uyumunu etkileyen başka etkileri de mevcuttur.

Babacan Gümüş (2006: s. 109)'a göre meme kanserinin kadınlar üzerinde neden olduğu fiziksel uyum problemleri; enerji kaybı, yorgunluk, ağrı, bulantı, kusma, hormonal değişimler ve uyku problemleridir.

Meme kanserinin kadın üzerinde neden olduğu uyku düzeninin bozulması, uyku kalitesinde düşüş, uyuma süresinin kısalması kadının kanserle mücadelesini ve günlük hayata katılımını düşürmektedir (Erdoğan ve Emre Yavuz, 2014: s. 730).

Meme kanseri tedavisi fiziksel olarak yıpratıcı bir süreçtir. Bu süreç kadının tüm enerjisini alabilir. Dolayısıyla kadının bu süreci sonuna kadar devam ettirebilmesi için harcadığı enerjiyi tekrar kazanması, hastalık ve etkileriyle baş edebileceği morali depolaması gereklidir. Uyku kadının bedenini dinlendirmesi ve toparlanması için bir olanak sunmaktadır. Ancak tedavi dolayısıyla kadın büyük oranda uyku düzeninde kayıplar yaşar ve tedaviye ve günlük hayata uyumu olumsuz etkilenir.

Kemoterapiden kaynaklı olarak meydana gelen bulantı ve kusma durumları da sıkça karşılaşılan bir durumdur. Kemoterapinin bu tür olumsuz etkileri; ağızdan veya fitil olarak alınacak ilaçlarla ve diyet desteğiyle bir nebze hafifletilebilir (İrmak, Bilgin ve Sızlan, 2008: s. 170).

Kanser hastalığı ve tedavi süreci bireyi ve ailesini fiziksel, psikolojik ve maddi açıdan oldukça zorlayan bir süreçtir. Kanserli dokunun hastanın vücudunda meydana

getirdiği ağrı ve değişimler, kanserli dokunun cerrahi yöntemlerle vücuttan alınması ile birlikte bir süre daha devam eder. Tedavi sürecinde hastaya uygulanan kemoterapi ve radyoterapi yöntemleri de hastanın hem fiziksel hem de psikolojik açıdan güçsüz düşmesine neden olabilir.

Kişiden kişiye değişse de tedavi kadınlar üzerinde uykusuzluk, enerji kaybına bağlı olarak yorgunluk yaşamalarına neden olur (Güleç ve Büyükkınacı, 2011: s. 356). Meydana gelen bu yorgunluk kadının günlük hayata katılımını etkilemekle birlikte, tedavi olma motivasyonunu da düşürmektedir.

Meme kanseri ve tedavisinden kaynaklı olumsuzlukları belli bir düzeye kadar önlemek mümkün olmakla beraber yan etkileri tamamıyla ortadan kaldırmak henüz olanaklı görünmemektedir. Cerrahi müdahaleler sırasında hasta tedavi sırasında çoğu zaman yalnız kalmakta veya kendini öyle hissetmektedir. Bu nedenle tedavi sürecinin güçsüz kıldığı kadına bu süreçte danışmanlık vermek olası yan etkiler karşısında sağlam durmasını sağlar. Hastanın eşini de sürece dahil etmek önemli katkılar sunacaktır.

Fiziksel sorunlar uzun süre devam edebilir. Bu durum hastalarda psiko-sosyal sorunların yaşanmasına da sebep olabilir. Dolayısıyla fiziksel sorunların hastaya başka alanlarda da sorun yaratacağı bu nedenle önemsenmesi ve en kısa sürede uygun müdahalelerle ortadan kaldırması gerektiği kabul edilmektedir (Babacan Gümüş, 2006: 110).

2.2.3. Beden İmajı, Benlik Algısı ile İlgili Sorunlar

Tedavi sürecinde dökülen saçlar hastayı zorlayan başka bir durumdur. Yoğun miktarda saç dökülmesi hastada travmaya neden olabilir. Eğer böyle bir durum ön görülüyorsa hastaya peruk kullanması önerilebilir (Deniz, 2011, s. 4).

Saç dökülmesi en az meme kaybı kadar kadının günlük hayata katılımını ve fiziksel uyumunu etkileyen başka bir unsurdur. Saç dökülmesi ve meme kaybı kadının daha önce kendisine dair sahip olduğu beden imajında değişikliğe neden olan iki önemli durumdur.

Meme kanserinin tedavisi, memenin kısmen veya tamamen alınması gibi kadının bedeni üzerinde dıştan görülebilen olumsuz değişikliklere neden olabilir. Bu durum hastalar için zorlayıcı olabilmektedir. Çünkü birçok toplumda kadının memesi estetik görünümün, cinselliğin, anneliğin, bebeğin beslenmesinin simgesi olarak görülmektedir (Ataseven ve Kutaniş, 1990; Bredin, 1999; Akt: Babacan Gümüş, 2006: s. 110). Meme kaybı aslında ilişkilendirildiği diğer alanlarda da kayıp anlamına gelmektedir. Beden imajı bu alanlardan birisidir.

Mastektomi hasta üzerinde fiziksel görünümünü değiştiren dolayısıyla beden imajı zedeleyici ve özgüvenini düşürücü etkilere sahiptir (Kabataş Saral, 2008: s. 11). Bu nedenle mastektomi cerrahi tedavide daha yıkıcı sonuçlara neden olabilen bir yöntem olduğu için en son tercih edilen bir yöntem olmalıdır.

Meme kanseri tedavisi sonucunda meme kaybının yanı sıra kilo vermek ya da kilo almak ve saç kaybı hastaların kendilerini çekici hissetmemelerine neden olmaktadır (Ashing-Giva, Ganz, Petersen, 1999; Ganz, Rowland, Desmond, Meyerowitz, 1998: Akt: Hocaoğlu, Kandemir ve Civil, 2007: s. 164). Bunun yanı sıra memenin kaybı hastaların kendilerine uygun giysi bulmada zorlanmalarına da sebep olmaktadır (Elias, 2005; Reich, Lesur, Perdrizet, Chevallier, 2007; Kurul, Maktav, Topuz, 2007: Akt: Akyolcu, 2008: s. 78). Bu durum da hastaların benlik saygılarını olumsuz yönde etkilemektedir.

Meyer ve Aspergen (1988) yaptıkları bir çalışmada; radikal mastektomi yapılmış bir grup hasta ile göğsü korunarak ameliyat edilmiş aynı zamanda radyoterapi alan bir grup hastayı 5 yıl boyunca incelemişlerdir. Araştırmanın sonuçlarından birisi; göğsün korunması, kadının dişilik kimliğini ve vücut görüntüsünü kabullenmeyi kolaylaştırdığıdır. (Akt: Arıkan, 2000: s. 43).

Yapılan bu araştırmalar memenin korunduğu tedavilerde hastaların beden imajlarına ve benlik algılarına daha az zarar verdiğini göstermektedir. Bu nedenle memenin korunarak tedavi yapılmasının hastalar açısından hayati bir önemi vardır.

Ceylan (2009: s. 47) yaşları 30-66 arasında değişen 41 meme kanseri hastası ile gerçekleştirdiği araştırmanın neticesinde; mastektominn meme algısı ve benlik saygısını olumsuz etkilediği ayrıca meme rekonstrüksiyonu işlemi sonrası

oluşturulan protezlerin de dışarıdan bakıldığında görsel olarak memenin yerini aldığını ancak, kadına bütünlük duygusunu hissettirmediği, bu nedenle beden algısının bozulmasının ve deforme olma duygusunun önüne geçemediği görüşüne varmıştır.

Tedavinin olumsuz etkilerini ortadan kaldırmaya yönelik geliştirilen araçların organın yerini tutmayacağı öngörülmekle birlikte hastaları psikolojik ve bilişsel olarak bu araçların kullanımına hazırlamak hastaların yaşam doyumunu arttıracaktır.

Sertöz, Elbi Mete, Noyan vd. (2004) meme kanserinde ameliyat tipinin beden algısı, cinsel işlevler, benlik saygısı ve eş uyumuna etkilerini araştırmak, meme kanseri tanılı hastalarda en sık gözlenen cinsel işlev bozukluğunu saptamak adına 75 meme kanseri tanısı almış hasta (50 total mastektomi, 25 meme rekonstrüksiyonu) ile bu gruba yaşça eşleştirilmiş 50 sağlıklı gönüllü kadından oluşan örneklem ile birlikte gerçekleştirdikleri araştırmalarının sonuçlarına göre; birçok meme kanseri tanısı almış ve total mastektomi uygulanmış hastanın uzun bir süre memelerine bakamayıp dokunmadıklarını, aynaya bakamadıklarını, banyo yaparken memelerine bakmadıklarını ve karanlıkta giyinip soyunmayı tercih ettiklerini belirtmişlerdir.

Hastalar tedaviden o kadar derin etkilenmektedirler ki; eşleri yanlarında yokken dahi ameliyat bölgesine bakamaz ve dokunamaz duruma gelmektedirler. Onları bu sorunlar karşısında desteksiz bırakmak, zor olan hayatlarını daha da zorlaştırmak anlamına gelmektedir. Bu nedenle eşlerinin son derece anlayışlı olması ve sorunların üstesinden gelmesine destek olması hatta sorunların üstesinden beraber gelmeleri gerekir.

2.2.4. Cinsellik ile İlgili Sorunlar

Cinsellik tüm sağlık meslek örgütleri tarafından sağlığın parçası olarak kabul edilmektedir. Fakat sağlık çalışanlarının zaman darlığı, bilgi-eğitim eksiklikleri, cinsellikle ilgili konularda kişisel problemlerinin olması gibi nedenlerden ötürü hastaların cinsellikle ilgili problemlerini konuşmakta zorluk yaşadıkları ve cinselliğin ikinci planda kaldığı bilinmektedir (Henson, 2002: Akt; Aygün ve Eti Aslan, 2008: s. 106).

Gerekli eğitimi almış doktor, psikolog, sosyal hizmet uzmanı; hasta ve yakınları ile uygun iletişim kanalı bulunduğunda cinsellikle ilgili problemlerin çözülmesi ve bu yeni durumla nasıl yaşanılacağı hakkında bilgilendirilmeleri mümkündür. Bu müdahaleyi yaparken hastayı çok iyi analiz etmek gereklidir. Böyle bir müdahale için hastanın meme uzvunu cinsellik, annelik, estetik gibi alanlardan hangileri ile ilişkilendirildiği saptanmalıdır.

Kadınların memelerine atfettikleri değer, onların cerrahi müdahale sonrası memenin kısmen veya tamamının ameliyatla alınması durumunda vereceği tepkinin belirleyicisidir. Hemen hemen bütün toplumlarda memeye cinsel bir anlam yüklendiği bilinmektedir. Bu nedenle cerrahi müdahale ile memesi alınan meme kanseri kadının cinsellik ile ilgili endişeye kapılması ve cinsel yaşamında problemler yaşaması olasıdır.

Kanser hastalığı öncesindeki cinsel hayatın sürdürülmesi sağlıklı kişilerde olduğu gibi meme kanserli hastalarda da önemli bir konudur. Gelişen müdahale teknikleri sayesinde hayatta kalma oranı artmasına rağmen mastektomi, uygulandığında diğer tedavi tekniklerinden daha fazla cinsel işlev bozukluğuna neden olabilmektedir. Meme kanseri tanısı konan bir kadının cinsellikle ilgili yönü diğer yönlerinde olduğu gibi sağlıklı bireylerden farklı değildir. Meme kanseri tedavisi gören kadınlar da tüm insanlar gibi sevgi, yakınlık, dokunma, sıcaklık, güven, ait olma, şefkat ve bağlanma hislerini yaşamak isterler (Çavdar, 2006: s. 64).

Meme kanseri tedavisi sonucunda meme kaybına uğrayan kadının veya eşinin memeye atfettiği cinsellikle ilgili anlamlarla ilişkili olarak kadın veya eşi bu alanlarda kayıp yaşadıklarını düşünebilirler. Meme kaybının çiftlerin hayatlarında bir takım değişikliklere neden olduğu doğrudur bu değişiklikler çoğu zaman sorun olarak algılanabilir ve bireylerin hayatını zorlaştırabilir. Bu nedenle çiftlerin karşılıklı olarak samimi bir şekilde bu yeni durum hakkında düşüncelerini paylaşarak yeni durumla baş etmeleri sağlanmalıdır. Aksi takdirde bu sorunlar görmezden gelinir ve ifade edilmez ise daha da içinden çıkılmaz bir hal alabilir.

Meyer ve Aspergen (1988) yaptıkları bir araştırmada meme ameliyatı geçirmiş kadınların %24'ü sekse karşı ilgilerinin azaldığını, %17'si memenin ellenmesinden

kaçınmak ve karanlıkta birleşme gibi memeleriyle ilgili cinsel alışkanlık değişimi yaşadıklarını bildirmişlerdir (Akt: Arıkan, 2000: s. 44).

Cinsellik sadece bir eylem olmanın çok daha fazlasıdır. Meme kaybına uğrayan kadınların kendilerine dair 'çekicilik, görsel ve fiziksel olarak memnuniyet, bilişsel ve fiziksel bütünlük, haz ve cinsel alışkanlıklar' gibi konularda 'kayıp'tan ziyade değişikliğe uğradıkları düşüncesi geliştirmeleri ve asla bir kayıp yaşadıkları düşüncesine kapılmamaları ve aynı şekilde eşlerinin de bu bakış açısını kazanmaları sağlanmalıdır. Çünkü bazı durumlarda çiftlerin karşılıklı olarak verecekleri tepkileri ve düşüncelerini kestirememelerinden kaynaklı olarak mesafeli davrandıkları veya yakınlaşmaktan kaçındıkları söylenebilir.

2.2.5. Aile ile İlgili Sorunlar

Toplumun fonksiyonel en küçük birimi olan ailenin üyeleri ortak bir geçmişi ve geleceği paylaşır. Aile ve üyelerinin birbirini etkiledikleri düşünüldüğünde; aileyi sistem teorisine göre ele almanın uygun olduğu görülecektir. Sistem teorisine göre; meme kanseri olan hastada meydana gelen fiziksel, psikolojik, sosyal sorunlar; diğer aile bireylerinin fiziksel, psikolojik, sosyal, maddi ve manevi durumunu etkileyebilmekte ve aile yükünü artırabilmektedir (Tolley, 1994; McClement ve Woodgate, 1998; Akt: Malak ve Dicle, 2008: s. 119).

Aile temel olarak üyelerinin ihtiyaçlarının karşılandığı ve sorunlarının giderilmeye çalışıldığı daimi bir sistemdir. Bu nedenle üyelerden biri, yaşadığı bir sorunu tek başına halledemezse ailesi bu sorunu çözmeye ya da en azından olumsuz etkilerini en aza indirmeye çalışır. Meme kanserine veya tedavisine bağlı olarak, ekonomik gücünü kaybeden hastaya ailesi destek çıkar.

Gelişen tedavi yöntemleri kanserli hastaların taburculuk sonrası evlerinde ailesi yanında bakımını sağlamıştır. Tedavi olanaklarında meydana gelen bu gelişmeler beraberinde hastanın ailesine maddi külfet yüklemiştir. Bunun yanı sıra meme kanserinin hasta üzerindeki olumsuz etkileri diğer aile üyelerinin günlük yaşam düzenini bozmakta ve de ailenin stresini arttırmaktadır (Elbi, 2008; Akt: Deniz, 2011: s. 26).

Sistem teorisinden hareketle sistem içerisinde çözölemeyen herhangi bir problem sistemin varoluşuna tehdit oluşturmaktadır. Aynı şekilde aile içerisinde meme kanserinden kaynaklanan olumsuz etkiler de ailenin sağlığı için tehdit oluşturmaktadır.

Aileye gerekli müdahale yapılmadığında, meme kanseri hastasına olumsuz etkide bulunabilir. Bu nedenle ailenin; meme kanseri hakkındaki algısı, kadın/kadın bedeni, toplumsal cinsiyet gibi konulara yaklaşımlarının profili çıkarılmalıdır. Elde edilen verilere göre aileye yapılacak müdahale planı oluşturulmalı ve uygulanmalıdır.

Aile üyelerinin meme kanseri ile ilgili bilgi eksiklikleri bir takım dışlayıcı tutumlara sebep olabilmektedir. Bazı durumlarda aile üyeleri kanserin bulaşıcı olduğunu düşünerek, hasta bireyle aynı masada yemek yemekten dahi kaçınabilmektedir. Çoğu hastanın başlıca kaygısı, kanser olmanın yakınları üzerinde yaratacağı etkidir. Hastalar ailelerinin bu hastalık karşısında tepkilerini ve yaklaşımlarını kestiremediklerinden hastalıklarını onlara açıklamazlar. Aile üyelerinin onları yalnız bırakacakları ya da terk edecekleri düşüncesine kapılırlar (Tuncay, 2009b: s. 29).

Kansere yönelik damgalayıcı tutum ve ifadeler, hastalarda tutarsız davranışlar ve yıkıcı etkiler oluşturabilir (Tünel, 2011: s. 11). Kadın, kendisinden veya çevresinden kaynaklı olarak çevreden soyutlanabilir. Bu çok farklı sebeplerden kaynaklanabilir; kadın isteyerek yaşadığı çevreyi terk edebilir, arkadaşları kendisiyle görüşmek istemeyebilir ya da kadın başkaları acı çekmesin diye kendisini soyutlayabilir (Ulutin, 2006: s. 39)

Önceki deneyimler ve hastalık psikolojisi, meme kanseri kadında, aile üyelerinin ve sevdiklerinin kanser tanısını öğrendiklerinde hastalığın bulaşacağını düşünerek kendisinden uzaklaşacakları ve yalnız kalacağı endişesini oluşturur. Bu endişe kadın ya da yakınlarının hastalık hakkında bilgi eksikliğinden kaynaklanıyor olabilir. Hasta ve yakınları hastalık ve tedavi süreci hakkında gerekli olduğu kadar bilgilendirilmeli ve mümkünse hastalığı gizleme yerine gerek duydukları kişilere anlatmaları yönünde desteklenmelidir. Çünkü hastanın sosyal çevresini oluşturan bu kişilerin tedavi sürecine olumlu katkıları sağlanabilir.

Ceylan (2009: s. 49) meme kanseri tanısı almış 41 hasta ile gerçekleştirdiği araştırma kapsamında hastalara tanı aldıktan sonra ailelerinin kendilerine karşı ilgilerinde ne gibi değişiklikler olduğu sorulmuş ve % 61'i kendilerine olan ilginin arttığını, % 29,2' ise herhangi bir değişiklik olmadığını, % 9,8 ise kendilerine olan ilginin azaldığını ifade etmiştir. Ayrıca Ceylan literatürde belirtildiği gibi eş uyumu iyi olan hastalar bu zorlu dönemi daha iyi tolere edebildiğini belirtmektedir.

Aile üyelerinin yaşadığı endişenin bir sebebi ise; hastalığın kalıtsal özellik taşıyıp taşımadığı kadınlarda da ortaya çıkma olasılığıdır (Kilpatrick ve diğ., 1998; Rustoen ve Begnum, 2000; Weiss, 2004: Akt: Babacan Gümüş, 2006: s. 111).

Aile üyelerinin kanser hastalığının kalıtsal olup olmadığı gibi endişeler de meme kanseri kadının tedavisinde pürüzler çıkarabilir. Bu durumun üstesinden gelmek diğer sorunlara görece daha kolaydır. Aile üyelerinin sağlık kontrollerinin yapılması ve meme kanseri hakkında bilgilendirilmeleriyle bu sorun ortadan kaldırılabılır. Bu nedenle aile ile kapsamlı bir çalışma yapmak, aile üyeleri arasında varsa gerilimleri ve sorunları tespit etmek ve açık bir şekilde ortaya koymak önemlidir. Bunu başarabilmek için ise aile üyelerini iyi bir şekilde tanımak gereklidir.

2.2.6. Mesleki ve Ekonomik Sorunlar

Meme kanseri tedavisi yoğun zaman ve emek isteyen bir süreçtir. Bu süreç içerisinde hem kanser hastasına hem de ailesine görev ve sorumluluk yüklenmektedir. Meme kanseri tedavisi gören birey için tedavi süreci ve iyileşme bireyin hayatında birincil konuma gelmektedir. Hasta devam eden hayatında alışıla gelmiş hayat akışında değişiklikler yapmak zorunda kalabilir.

Hastalar tedavi sürecinde sıklıkla izin almak zorunda kalabilir, işini aksatabilir ya da iş yerinde damgalanarak işini kaybedebilir. Bu durumlar hastada; yalnızlık, terk edilmişlik ya da desteksiz bırakılma hislerine neden olabilir. Bunun yanı sıra hasta ekonomik olarak sorun yaşayabilir. Tedavi bittikten sonra ise hastalar işe dönme konusunda sorunlarla karşılaşabilirler (DSÖ, 2008: s. 83).

Kanser hastaları iş yaşamlarında; tedavi döneminde izin alma, ücret yetersizliği, istenmeyen nakillerin olması, işteki yararlarının inkar edilmesi gibi iş veren veya iş ortamından kaynaklı problemlerle karşılaşabilirler. Bununla birlikte tedavileri devam ettiği için; bulantı, kusma, ağrı gibi hastalık belirtileri nedeniyle çalışma yeteneklerinin azalması ve performans düşüklüğü gibi iş yaşamında hastayı zora sokabilecek durumlar yaşayabilirler. İşten çıkarıldığı için sağlık güvencesi olmayan ya da hasta olduğu için düşük ücret verilen hastalar tedavi giderlerini karşılamak konusunda zorlanır ve stres yaşarlar (Fredette, 1995: Akt: Babacan Gümüş, 2006: s. 111; Ulutin, 2006: s. 39).

Meme kanseri kadının sağlık güvencesinin olmaması, hastalığı nedeniyle işten çıkarılması veya işten çıkmak zorunda kalması onu ekonomik olarak zor duruma sokacaktır. Kanser, tedavisi masraflı ve uzun süreli olan bir hastalıktır (Altınova ve Duyan, 2013: s. 4). Kanser hastalığının kadın üzerindeki etkilerine yukarıdaki başlıklarda değinilmiştir. Özellikle meme kanserinin kadın üzerinde yarattığı fiziksel ve psikolojik etkiler kadını iş yaşamından alı koymakta veya bu alandan dışlanmalarına neden olmaktadır. Bu durum ekonomik kaybın yanı sıra sigortasının da sonlanması anlamına gelmektedir. Bunun yanı sıra kadının eşi de bu süreçte eşine destek olmak, tedavi sürecini birlikte yürütmek isteyecektir. İş yerinde sürekli izin kullanması veya eşinin hastalığı nedeniyle veriminin düşmesi eşin de işini tehlikeye sokacaktır. Bu durum kadını iki kez mağdur etmektedir.

Ülkemizde devlet hastanelerinde kanser tedavi masraflarının büyük kısmı devlet tarafından karşılanırsa da hasta ve hasta yakınları bir takım tedavi hizmetlerini ücretli olarak yaptırmaktadır. Bunun nedeni devlet hastanelerinde meydana gelen yığılma sonucunda çok ileri tarihli randevular verilmesidir. Meme kanseri karşısında yoğun kaygı, endişe, korku yaşayan kadınlar bir an önce tedavi olmak adına ekonomik olarak karşılayabildikleri kadar ücretli sağlık hizmeti almaktadırlar. Bu durumda varsa hastaların sigortaları da masrafları karşılamamaktadır.

Bununla birlikte kadının hastalığa ve tedavisine bağlı olarak iş ve sosyal statüsünde değişiklikler meydana gelmiş olabilir. Kadının tedavi süresinde sürekli kayıplar yaşaması kendisini güçsüz hissetmesine yol açabilir. Dahası hastalık öncesinde kendine yetebilen, ihtiyaçlarını karşılayabilen birisi için tedavi sırasında

ve sonrasında ekonomik olarak birine muhtaç olmak kadının hayal kırıklığı yaşamasına ve başkalarına yük olduğu hissine kapılmasına neden olabilir.

Altınova ve Duyan (2013: s. 4) kadının yaşadığı ekonomik kayıpların kendisinde; sıkıntı, üzüntü, huzursuzluk, pişmanlık ve çaresizlik hislerinin meydana gelmesine neden olduğunu ifade etmektedirler. Ayrıca meme kanseri kadının bakımını üstlenen aile üyelerinin de bu yükün altından kalkamadıkları durumlarda bu durumu pazarlık konusu yapmaları, kadını terk emekle tehdit etmeleri veya terk etmeleri kadının tümünden savunmasız kalmasına neden olmaktadır.

Meme kanseri tedavisinin hastaya ve ailesine yüklediği yüksek giderler hastanın ve ailesinin maddi anlamda güçlük çekmelerine neden olmaktadır. Bunun yanı sıra meme kanserinin olumsuz etkilerinin hastanın iş yaşamına olumsuz yansması ve iş hayatını tehlikeye sokabilir ve hastanın hem ekonomik bağımsızlığını hem de iş yaşamı gibi sosyalleşebildiği bir alanı kaybetmesine neden olabilir. Bu süreç içerisinde kadının yaşadığı kayıpları en aza indirmeye yönelik çalışmalar yerinde müdahaleler olarak değerlendirilmektedir. Ayrıca kadının ailesine yönelik destekleyici müdahaleler geliştirmek onların da bu süreçte yardıma ihtiyaç duyan konuma gelmelerini engellemekte ve kadının ihtiyaç duyduğu desteğin devam etmesini sağlamaktadır.

2.3. MEME KANSERİ VE TEDAVİSİNİN EŞLER ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ

Gelişen tedavi yöntemleri hastalıkların tedavi edilme oranlarını artırmanın yanı sıra iyileştirilemeyen hastalıkların kontrol altına alarak insan ömrünün uzatılmasını sağlamıştır. Ayrıca gelişen tedavi yöntemleri sayesinde hastanın hastanede kalma süresi kısalmış, hastaya tedavisine evinde devam etme şansı tanınmıştır. Meme kanseri gibi uzun süreli tedavi gerektiren ve olumsuz etkileri de uzun yıllar görülebilen hastalıkların evde tedavisine devam edilebilmesi hastanın yanı sıra bakım veren eşi de olumsuz etkiler.

Meme kanserinin eş üzerinde neden olduğu olumsuz etkileri; yaşanan yük, depresyon, anksiyete, tükenmişlik, fiziksel sağlıkta azalma, sosyal izolasyon ve ekonomik güçlükler olarak sıralamak mümkündür. Meme kanserinin bakım veren eş üzerindeki etkisinin derecesini; eşin yaşı, etnik kökeni, bakım vermeye gönüllü olup

olmaması, eğitim durumu, ekonomik durumu, hastalığının olup olmaması, baş etme becerileri, inançları, sosyal desteği, yaşadığı toplumun kültürel özellikleri belirlemektedir (Atagün, Balaban, Atagün vd., 2011: s. 513-517).

Hastalığın teşhis edilmesinden itibaren meme kanserli kadınların eşleri de sürekli olarak anksiyete, belirsizlik, çaresizlik gibi psikolojik sorunlar yaşayabilirler. Eşler bu süreçte; evle ilgili rol ve sorumlulukların değişmesi, yeni rol ve sorumlulukların tüm enerji ve zamanını alarak depresyon ve ümitsizlik, hasta eşin duygusal sorunları karşısında yetersizlik ve çaresizlik gibi durumlardan kaynaklı olarak sorunlar yaşayabilirler (Babaoğlu ve Öz, 2003: s. 30; Tünel, 2011: s. 10; Tünel, Vural, Evlice vd., 2012: s. 199)

Eşler, ailede meydana gelen rol değişiklikleri, hastanın sorumluluklarını üstlenme, azalan gelir kaynakları ve hastalıkla artan giderleri karşılama çabaları içinde yorgun ve depresif olabilirler. Bu yorgunluk ve tükenmişliğin yanı sıra sevdiği insanın çektiği acılar karşısında elinden bir şeyin gelmemesi yoğun bir çaresizlik duygusuyla yaşamasına sebep olur. Eşin bakım verme görevini sürdürebilmesi için desteklenmesi, ihtiyaçlarını karşılayarak her an hasta eşinin yanında olabilmesi için desteklenmesi en az hastanın desteklenmesi kadar önemlidir. Bu bağlamda kendisine zaman ayırabilmesi ve hastalıktan uzaklaşması gereklidir. Fakat çoğu zaman eşler kendilerine zaman ayırdıkları için suçluluk duygusuna kapıldıklarından hastalıktan uzaklaşmaları mümkün olmamaktadır. Bir müddet sonra eş de yardıma ihtiyaç duyar hale gelir (Elbi, 2001: s. 8-9).

Eşler hastalık öncesi hayatlarında ev ile ilgili rol ve sorumluluklarını paylaşmış olabilirler. Meme kanseri hastalığı ve tedavisinin etkisiyle hasta bu sorumluluklarını yerine getiremeyecek duruma geldiğinde onun sorumlulukları da eşe yüklenmeye başlamaktadır. Burada asıl sorun eşin bu sorumlulukları yerine getirme becerisine sahip olup olmamasından ya da bunlar için gerekli zamanı yaratmak zorunda kalmasından kaynaklanmaktadır.

Eşi tedavi sürecini kadın birlikte götürecek kişi olarak görüldüğünden tedavi ile ilgili olarak bilgilendirilmesi; dolayısıyla meydana gelebilecek; tedavi masrafları, ameliyatın sonuçları, yaşam değişiklikleri gibi durumlara hazırlıklı olması sağlanmalıdır (Özbaş, 2006: s. 115). Ayrıca hastanın alacağı tedavinin sonuçlarından

mümkün olduğunca az etkilenmesi; hasta ve eş arasındaki uyuma bağlıdır (Ünal, 2008: s. 123). Bazı durumlarda eşler hastayı sorunları ile baş başa bırakıp ayrılmayı ya da hastalığı ile ilgilenmemeyi tercih etmektedirler. Böyle durumlar hastayı süreçte yalnız bırakmanın yanında yaşama ve iyileşmeye dair umutlarını yok etmekte ve tedaviyi reddetme gibi olumsuz durumlara sebep olmaktadır.

Eşin, hastaya yakınlığı, hastalığın eş üzerindeki olumsuz etkilerini arttırmasının yanı sıra hasta ile arasında olan ilişkinin yönünü ve gücünü de belirlediği düşünülmektedir. Kadın ile eş arasındaki ilişki eğer zayıf ise; eş bu süreçte hastayı yalnız bırakabilir ya da kendisi de hastalığın olumsuz etkilerinden son derece olumsuz etkilenebilir. Ayrıca hasta ve eş arasında bakım ilişkisinin yoğunluğu daha önceden var olan rol ve ilişkilerinin niteliğinin değişmesine neden olabilir.

Bakım verme ilişkisi sadece hasta ve eş arasında gelişen ilişkiden ibaret değildir. Daha önce de bahsedildiği üzere hastalığın eş üzerinde de olumsuz etkileri vardır. Meme kanseri tedavisi gören kadının eşi meme organını çeşitli alanlarla ilişkilendirdiği için bu alanlarda hasta kadar olmasa da, kendisi de kayıp yaşayacaktır. Dolayısıyla bakım verme sürecinde, eş de bazı ihtiyaçlarını karşılayamaz duruma gelmiş olabilir ya da bu süreçte desteğe ihtiyaç duyabilir. Bu noktada diğer aile bireylerinin veya arkadaşlarının da hasta ve eşini desteklemesi gerekmektedir. Hasta ve eş böyle bir sosyal destek ağına sahip değilse; tedavi sürecinde meslek elamanları onların sosyal destek ağı oluşturmalarına yardımcı olmalıdır. Sosyal destek ağının oluşmasının mümkün olmadığı durumlarda, onun işlevlerini gerçekleştirebilecek başka destek sistemlerinin oluşturulmasını sağlayabilir.

Meme kanserini genç yaştaki kanser hastalarının eşleri tarafından sarsıcı bir olay olarak algılanmakta ve evlilik içi ilişkileri olumsuz etkileyerek, eşlerin yeni gelişen durumlara uyumlarını güçleştirmektedir. Meme kanseri, hastanın psikososyal durumunu zedeleyebileceği gibi eşinin de psikososyal yapısını olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle meme kanseri hastalarının tedavilerinde bütüncül bir müdahale planı geliştirmek gereklidir. Bütüncül bir müdahale planı sayesinde aile içi çatışmaların çözümü sağlanabilir, ailenin sosyal destek olarak kullanımı arttırılabilir,

aile içi duygu paylaşımı yapılarak yaşamın yeniden yapılandırılması sağlanabilir (Hocaoğlu, Kandemir ve Civil, 2007: s. 164).

Hastalığın tedavisi sırasında bazen eş desteğinin ya da eş ilişkisinin dahi yetersiz kaldığı durumlar gelişebilir. Bu tür durumlarda hasta ve eşinin en kolay ulaşılabilir sosyal destek sistemini kullanmaları gerekebilir. Bu sosyal destek sistemi çoğunlukla yakın akraba ve arkadaşlardır. Hastalığı yakınlarına açıklama tercihi hasta ve eşine bırakılmakla birlikte; yakın akraba ve arkadaşların desteğinin burada önemli olduğu açıklanmalı ve bu desteği kullanmaları yönünde cesaretlendirilmelidirler. Bunun için öncelikle hasta ve eşi hastalık ve tedavi süreçleri hakkında tam anlamıyla bilgilendirilmelidirler. Bu nedenle hasta ve eşi tüm süreçte olduğu gibi karşılıklı bir anlayış içerisinde sürece yönelik kararlar almalıdırlar.

Akyolcu (1991)'da tedavi sürecinden sadece hastanın değil eşinin de olumsuz etkilendiğini, ifade etmektedir (Akt: Güner, 2008: s. 47). Eş, meme kanseri kadının hayatında önemli bir yere sahiptir. Eş, tedavi öncesi ve sonrasında kanser hastası kadının ihtiyaçlarının giderilmesi için çaba sarf eder. Ancak meme kanseri kadına destek olmayan eşler de olacaktır. Bu nedenle kapsamlı bir kanser tedavisi, hastanın eşini de içine almalıdır. Eş ile yapılacak mesleki çalışma ile meme kanseri kadının ihtiyaç duyduğu desteğin devamının sağlanmasında ve hastalığı yenmesinde etkili olacaktır.

Eşler arası uyum arttıkça sorunlarla baş etme becerileri yükselmektedir (Sertöz, 2002; Babaoğlu Akdeniz, 2012: s. 57). Güner (2008: s. 46)'e göre meme kanseri tedavisi gören kadınlar eşlerinin destekleyici rollerinin farkındadır. Eşlerin tedavi sonrasında hayatları boyunca sürecek sorumluluk paylaşımı, anlayış geliştirme ve destekleyici tutumlarının hastanın ihtiyaç duyduğu desteği sağlaması adına önemlidir. Bu nedenle eşler arası uyum hastalığın sonuçlarıyla baş etme konusunda önemlidir.

Eşini kaybetme korkusu bazen eşler arası uyumun oluşmasında veya artmasında etkili olmaktadır. Hastalık öncesinde pek de önem verilmeyen durumlar hastalığın teşhisinden sonra daha da anlam kazanmaktadır. Her ne kadar tedavi gören kadın tedavi sürecinin etkilerinden dolayı agresif bir durum sergilese de eşi alttan alarak tartışma çıkmasının önüne geçebilir.

Meme kanseri teşhisi almadan önceki ilişkinin niteliği tedavi sonrası ilişkinin durumunu belirlemektedir. Hastalık öncesinde eşiyile olumlu ilişkilere sahip kadınlar tedavi sürecinde ve sonrasında da ilişkilerini güçlendirdiklerini ifade etmişlerdir. Ancak hastalık öncesinde gerilimli ilişkileri olan çiftlerin hastalık sonrasında ilişkileri ayrılığa doğru gitmektedir (Ganz, 1995: Akt; Aygün ve Eti Aslan: 2008, s. 112). Dolayısıyla bu durum eşin tedavi sürecinde sağlayacağı desteğin belirleyicisi olmaktadır. Tedavi süreci boyunca eşlerin ilişkilerinden beklentileri, duygu düşüncelerini ifade etme tarzı, ilişkileri hakkındaki düşünceleri, birbirlerine karşı tutumları değişebilir. Bu da yine eş uyumu ile bağlantılıdır.

Eşler bazen tedavi sürecinde çok çeşitli sebeplerden dolayı ilişkilerini bitirme kararı alırlar. Hodern (2000) yaptığı araştırmada kadınların terk edilme ya da geri çevrilme korkusuyla kadınların eşlerinden ayrıldığını belirtmiştir (Akt: Güner, 2008: s. 47).

Kadının bakımından sorumlu eş, hem hastalığının eşi üzerindeki olumsuz etkilerini azaltmak ve eşinin ihtiyaçlarını karşılamak durumunda hem de kendi iyilik halini devam ettirmek zorundadır. Aksi takdirde bu zor süreç meme kanseri kadın ve eşinin ilişkilerinde gerilimlere neden olacaktır. İnsanlar ihtiyaç duysun ya da duymasınlar kendilerini güvende hissettikleri ve yanlarında mutlu oldukları en yakınındaki kişilerle olumlu ilişkiler geliştirmek isterler. Meme kanseri tanısı öncesinde böyle bir ilişkiye sahip olan kadınların eşlerinin tedavi sürecinde de eşini yalnız bırakmaması, desteklemesi ve ihtiyaçlarını karşılaması beklenmektedir. Bu destek son derece büyük öneme sahip ve sağlık çalışanları tarafından direkt olarak sağlanamayacak bir destek türüdür. Meslek elemanının yapması gereken kadın ve eşinin ilişkilerini gözlemlemek ve tedavi sürecine katkı sağlayabilecek müdahalelerde bulunmaktır. Çünkü her zaman eşler arasında sağlıklı bir ilişki olduğunu beklemek gerçekçi bir tutum değildir. Ancak sağlıklı bir eş desteğinin tedavi sürecindeki olumlu etkileri asla göz ardı edilmemelidir.

Eşler arasında hastalık öncesinde bir geçimsizlik olması durumunda meme kanseri hastalığı sorunların daha da çekilmez bir hal almasına ve eşler arasında kopmalara neden olur. Meme kanseri sorunları başlatan değil de tetikleyen bir durum olarak ortaya çıkmaktadır. Bu tarz durumların üstesinden gelebilmek adına eşlerin

meme kanseri hastalığının neden olduğu öfke ve üzüntünün üstesinden paylaşarak gelebildikleri, yanlış anlaşılmalara yer vermeyen bir ilişki kurmaları gereklidir (Akyolcu, 2008: s. 80).

Meme kanseri tedavisi görmüş bir kadın ve eşi her ne kadar tedavinin sonuçlarını görmezden gelmeye çalışsalar, etkilenmediklerini iddia etseler de bu hastalık hem kadının hem de eşinin hayatında bir kayba neden olmaktadır. Eşlerin genellikle duygularını içine attıkları ve ifade etmekten kaçındıkları görülmüştür. Önemli olan öncelikle bireylerin kendi içlerinde bu kaybı kabul etmeleri sonra ise; eş olmanın gereği olarak açık bir iletişim ile kaybın üstesinden gelmeye çalışmalılardır. Bu aynı zamanda eşlerin birbirlerini anlamalarını ve yakınlaşmalarını sağlayacaktır (Akyolcu, 2008: s. 80; Kabataş Saral, 2008: s. 10; Garip, 2008: s. 44)

Eşler arasındaki ilişki tedavi sürecini etkileyebileceği gibi, tedavi süreci de eşler arasındaki ilişkiyi etkileyebilir. Uçar (2008: s. 55) yaptığı bir araştırmada ameliyat sonucundan memnun olan hastaların eş uyumunun daha yüksek olduğu görüşmüştür.

Meme kanseri kadın ve eşinin ilişkilerinin niteliği tedavinin gidişatını etkilemektedir. Aynı zamanda kanser hastalığı da eşlerin ilişkilerini etkilemektedir. Bu nedenle bu süreci bilinçli bir şekilde yürütmek gerekmektedir. Önemli olan meme kanserinin olumsuz etkilerinin eş ilişkilerini bozmasına izin vermemektir. Çünkü eşler arasında var olan olumlu iletişim ve ilişki özellikle tedavi gören kadının kanserin olumsuz etkileri ile baş etmesini destekleyecek yönde bir işlev görecektir.

2.4. EŞLERİN TEDAVİ SÜRECİNDEKİ ROLÜ

Meme kanseri tedavisi gören kadınlar tedavinin bedensel bütünlüklerine verdiği zararın ve ilişkilerini nasıl etkilediğinin farkında oldukları için bu durumun ilişkilerinde olumsuz sonuçlar doğurmasını önlemeye çalışırlar. Fakat eşlerinin meme kanseri tedavisi ve sonuçları karşısında tutumları veya baş etme stratejileri farklı olabilir. Bundan dolayı eşler arasında çatışma yaşanabilir (Akyolcu, 2008: s. 80).

Eşler arasında ortaya çıkan anlaşmazlık, meme kanseri olan kadının tedavisinin gidişatına olumsuz etkide bulunabilir. Bu nedenle meme kanseri tedavisi sırasında eşin de desteğini sağlayabilmek adına bir taraftan da eşlerle mesleki çalışmalar yaparak tedavi sürecine olumlu yönde katkılarını sağlamak önemlidir. Çünkü kanser hastası birey bu süreçte kendisini sosyal çevreden soyutlama yolunu seçebilir. Bu durum karşılaştığı zor süreci en az kayıpla atlatmasını engelleyebilir.

Çam, Saka ve Babacan Gümüş (2009: s. 79) gerçekleştirdikleri araştırma sonucunda elde ettikleri veriler neticesinde; yalnız yaşayan hastaların çekirdek ve geniş ailede yaşayan hastalara göre, geniş aile ilişkilerine uyumu daha kötü düzeyde bulunmuştur. Yalnız yaşayan hastalar aile ve akraba desteği gibi sosyal destek kaynaklarına daha az sahip olabilirler.

Meme kanseri kadının evli olması durumunda eşin varlığı tedavi süreci açısından önemli bir avantajdır. Ancak eşin, tedavi sürecine aktif olarak katılması ve tedavi gören eşini desteklemesi gereklidir. Bunun yanı sıra eş, meme kanseri tedavisi gören kadını sosyal ilişkiler kurması yönünde cesaretlendirebilir veya sosyal destek sistemini onun yararına organize edebilir.

Eşin tedavi sürecine bizzat katılmaması durumunda tedavi gören kadın karar alma ve hastalıkla mücadelesinde yalnız kalacaktır. Ayrıca ilişkiden aldığı gücü de yitirmiş olacaktır (Ceylan, 2009: s. 56). Bu nedenle eşlerin sürekli olarak tedavi sürecine aktif olarak katılması önemlidir. Ancak bu durum eş üzerinde de ciddi bir baskı yaratacaktır. Çünkü bahsedildiği üzere; meme kanseri tedavisi gören kadının eşine bu dönemde çok farklı sorumluluklar yüklenmektedir. Zamanla tedavi gören kadının eşi de yardıma ihtiyaç duyar konuma gelebilir.

Eşlerin tedaviye aktif katılımını sağlamaya yönelik; dinlenip duygusal olarak rahatlayabilecekleri, danışmanlık hizmeti alabilecekleri ortamlar oluşturulmalıdır. Eşin tedavi sürecine faydalı olabilmesi adına danışmanlık hizmetinin verilmesi önemlidir. Çünkü tedavi sürecinde eşin, tedavi gören kadına bakım verme dışında başka sorumlulukları da olacaktır, bu sorumlulukları sosyal destek ağları veya bazı kaynaklar aracılığı ile yerine getirebileceği konusunda bilgilendirilmesi ve yönlendirilmesi danışmanlık hizmeti sayesinde mümkün olabilir. Böylece bakım

veren eş üzerindeki yük azalmış olur, hem onun rahatlaması hem de tedavi sürecine aktif ve verimli katılımı sağlanmış olur (Babaoğlu ve Öz, 2003: s. 32) .

2.5. MEME KANSERİ VE BEDEN İMAJI

Beden algısı; kişinin bedenini, bedeniyle ilgili işlevleri, ruhsal ve beden bütünlüğünü zihninde tanımlama şeklini ifade etmektedir. Beden algısı çocukluktan itibaren gelişmekte ve yaşamın her döneminde varlığını sürdürmektedir. Kişi eğer bedeni ile barışık ise beden işlevlerinden memnun ise olumlu beden algısı geliştirmiştir. Kişinin bedeninde veya dış görünüşünde herhangi bir kayıp ve şekil bozukluğu beden algısını olumsuz etkileyecektir (Sertöz, 2002: s. 2; Yıldız, 2009).

Meme kanseri tedavisinin kadının bedeninde sebep olduğu kayıplar ve değişiklikler, kadının kendisi hakkında olduğu kadar eşinin de meme kanseri tedavisi gören kadın hakkında sahip olduğu beden algısını etkileyecektir. Eşlerden en az birinin beden imajı veya beden algısı konusunda yaşayacakları problemlerin eş ilişkisine olumsuz olarak yansıtacağı düşünülmektedir. Bu nedenle özellikle meme kanseri tedavisinin sonuçlarından dolayı olarak etkilenen eşin beden imajı ve beden algısı konusunda yaşadığı problemler ve çıkmazlar tespit edilerek bunların üstesinden gelmesi sağlanarak meme kanseri tedavisi gören kadına destek olması beklenebilir. Çiftlerin kendileri hakkında sahip oldukları beden algısı kadar birbirlerinin hakkında sahip oldukları algılar da tedavinin kendileri ve eş ilişkileri üzerindeki etkilerini belirleyeceği düşünülebilir.

Günümüzde olduğu gibi geçmişte de estetik, güzellik, iyi görünme gibi kavramlar bireylerin sağlığı algısından yaşam kalitesine, maneviyattan sanat anlayışına, gereksinimlerin karşılanmasından ürün satışlarına kadar toplumsal yapının pek çok alanını etkilemeyi başarmıştır. İnsanlar yalnızca bedensel ve ruhsal açıdan değil, dış görünüşleriyle de kendilerini iyi hissetmek istemektedir. Günümüzde birçok kişi fiziksel açıdan nasıl görüldüğü ile yakından ilgilenmekte, beden algısı bireyin yaşamını doğrudan etkilemektedir. Bundan dolayı beden algısında ortaya çıkan herhangi bir değişiklik yaşamda çeşitli kayıplara yol açmaktadır (Bilik, 2012: s. 73).

Meme organı daha çok kadınlarla ilişkilendirip güzellik bağlamında, dış görünüşü tamamlayan bir organ olarak görülmektedir. Bu durum edebiyatımızda, sanat eserlerinde ve şarkılarda da benzer bir çerçevede işlenmektedir. Dolayısıyla kadınlar böyle bir algıya sahip olmasalar bile yapay bir şekilde bu algı onlarda da oluşmaktadır. Meme organına yönelik herhangi bir müdahale beden algılarını da etkilemektedir. Memenin kadınla ilişkilendirilmesinin yanı sıra hem kadın hem de eşi alışmış oldukları durumdan farklı bir durumla karşı karşıya kalmaktadırlar. Bu yeni durum karşısında nasıl davranacağını bilmeyen çiftler yardıma ihtiyaç duyabilirler. Özellikle tedavi gören kadınların eşlerinin bir an önce gerekli desteği alarak tüm süreç boyunca tedavi gören eşlerini desteklemeleri sağlanmalıdır.

Memeye yönelik yapılacak herhangi bir müdahale kadının yeni dış görünüşünü kabullenmesini zorlaştıracak; beden algısı cinsellik ve kadınlık gibi konularda problemler yaşamasına sebep olacaktır (Ceylan, 2009: s. 21; Tünel, 2011: s. 47). Işıkhani (2007: s. 27) ise bu problemlerin gerekli müdahalelerle çözülmemesi durumunda kronik sorunlara yol açabileceğini ifade etmektedir. Tedavi aşamasında meydana gelen; zayıflama, saç dökülmesi gibi değişikliklerin beden imajında değişikliklere neden olabileceği gibi tedavi sonrasında da hastaların sosyal rollerinde sorun teşkil edebileceğini belirtmektedir.

Cinsellik gibi beden imajı ile ilgili meseleler de konuşulmazsa; meme kanserinin hasta ve eşi üzerindeki etkileri daha karmaşık bir hal alarak hasta ve eşinin hayatını zorlaştıracaktır. İnsanların sağlıklı ilişkiler kurabilmesi için öncelikle kendileriyle barışık olmaları gereklidir. Kendisi ile barışıklık; kişisel özelliklerinin (fiziksel, duygusal, sosyal vb.) farkında olup kendini olduğu gibi kabul etmeyi gerektirir. Öz (2001: s. 66) ise meme kanseri gibi belirsizlik oluşturan hastalıkların ve stresli yaşam olaylarının kişilerin yeni kimlik ve beden imajı oluşturmalarını zorlaştırdığını ifade etmektedir.

Beden imajını etkileyen başka bir faktör ise ameliyat tipidir. Sertöz ve diğerleri de (2004: s. 264) 75 meme kanseri tanısı almış (50 total mastektomi, 25 meme rekonstrüksiyonu uygulanmış kadın hasta), 50 sağlıklı gönüllü kadın ile gerçekleştirdikleri çalışmada ameliyat tiplerinden total mastektominin, meme algısını ve benlik saygısını olumsuz etkilediğini bulmuşlardır.

Benzer bir şekilde 52 mastektomi geçirmiş, 52 sağlıklı kadının katılımı ile mastektominin beden algısı, benlik saygısı ve çift uyumuna etkisini değerlendirmek amacı ile yapılan bir çalışmada, mastektominin bu değişkenleri olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir. Bu çalışmada ayrıca, bireylerin beden algısı ve benlik saygısı arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışmaya katılan hem mastektomi geçirmiş bireylerin hem de sağlıklı bireylerin beden algısı ve benlik saygısı arasında anlamlı ve aynı yönde bir ilişki saptanmış, beden algısı yüksek olan bireylerin, benlik saygılarının da yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Uçar ve Uzun, 2008: s. 166; Uçar 2008: s. 60).

Buradan da anlaşılacağı üzere dış görünüş bireylerin benlik saygıları üzerinde önemli bir yere sahiptir. Dolayısıyla hastanın dış görünüşünde meydana gelecek deformasyon ya da organ kayıplarının hastayı olumsuz etkilemesi yadsınamaz bir gerçektir. Kaldı ki meme kanseri tedavisinde uygulanan cerrahi müdahalelerin hasta üzerindeki etkilerinin araştırıldığı çalışmalarda mastektomi ve kemoterapi gibi hastanın bedeninde ve dış görünüşünde önemli değişikliklere neden olduğu ortaya konulmuştur.

Bazı durumlarda beden imajı kaygısı geri planda kalmaktadır. Meme kanserinin hastanın yaşamını tehdit eden bir boyuta gelmesiyle birlikte öncelikli olarak hayatta kalmayı düşünmektedir. Bu hastalarda cerrahi müdahale sonrası depresyon gelişme riski daha yüksektir. Hastanın yaşayacağı depresyonun boyutu memesine atfettiği anlamlarla doğru orantılıdır (Tünel, 2011: s. 8; Tünel, Vural, Evlice vd., 2012: s. 197).

2.6. MEME KANSERİ VE CİNSELLİK

Meme kanseri kadınlarda görülme oranları ile ciddi bir kadın sağlığı sorunudur. Meme organı kadınlarda cinselliği, dişiliği sembolize eden bir organdır. Meme kanseri, kadının sağlığını tehdit etmesinin yanı sıra, meme organını cinsellikle ilişkilendirmesi sebebiyle cinselliğin kaybı olarak görülebilir. Meme kanseri ve tedavisi aynı zamanda cinsel yaşamında problem yaşamasına neden olmaktadır. Bu nedenle meme kanserinin cerrahi tedavisinde kadına daha az zarar veren yöntemlerin geliştirilmesi ve tercih edilmesi gereklidir (Sertöz, 2002: s. 1; Bilik, 2012: s. 74).

Kadınlık, cinsellik, beden imajı aslında birbiriyle bağlantılı kavramlardır. Memeye yüklenen anlam gereğince meme aynı zamanda kadının cinselliğini ve çekiciliğini sembolize eden bir organ olarak görülebilir. Bu nedenle memenin kadının beden algısında cinsellik ile ilgili kısmı ifade ettiği düşünülebilir. Bu durum kadının eşinin kadına yönelik algısında da benzer bir şekilde meydana gelmektedir. Meme kanseri tedavisi kadının beden imajını olumsuz etkilediği için cinsel yaşamında ya da kadınlıkla ilgili algılarında problemlere neden olmuş olabilir. Bu durumun tersi de mümkündür; kadınlıkla ilgili algılarında değişim beden imajını veya cinsel yaşamını olumsuz etkileyebilir. Her iki durumda da kadın ve eşi meme kanseri tedavisi sonucunda cinsel yaşamlarında bazı değişiklikler yaşarlar. Kadın ve eşinin bu yeni durumla baş edebilmeleri sağlıklı bir eş ilişkisi ve sağlıklı bir yaşam bakımından bir hayli öneme sahiptir.

Meme kaybını kadının yaşadığı bir organ kaybının yanı sıra çiftin cinsel yaşamlarında da çeşitli kayıplara neden olmaktadır. Bu nedenle meme kaybına uğrayan kadın beden imajı ve cinsel yaşamıyla ilgili sorunların üstesinden gelmeye çalışırken, eşinin de benzer bir şekilde kayıp yaşayacağı düşünülecek olursa çiftin tedavi öncesinde olası sonuçlar hakkında bilgilendirilerek bu duruma hazırlıklı olmaları sağlanabilir. Tedavi sonrasında ise meme kaybı yaşanmışsa çiftin bu kayıpların üstesinden gelmelerine yönelik ihtiyaç duydukları bilgisel, psiko-sosyal ve tıbbi destek sağlanmalıdır. Özellikle tedavi gören kadının hayatını paylaştığı eşinin desteğine ihtiyaç duyacağı düşünülmektedir. Bu nedenle eş ile gerekli mesleki çalışmalar yapılarak güçlendirildikten sonra meme kanseri tedavisi gören kadına destek olması sağlanmalıdır. Kanser türleri arasında kadınlarda en sık görülen meme kanseri, hastanın hayatını tehlikeye sokmasının yanında cinsellik ve kadınlıkla ilişkilendirdiği kadının kimliği için çok önemli bir organını kaybetme korku ve kaygısı yaşamaktadır. Meme kanseri tedavisi, tedavi olan kadında; yarım kalmış ve kadınlığını kaybetmiş olma hissini ortaya çıkarabilir. Hastanın meme organına verdiği önem ameliyata vereceği psikolojik tepkinin belirleyicisidir. Çünkü hasta sadece bir organını değil aynı zamanda o organa yüklediği anlamları da kaybedecektir (Arıkan, 2000: s. 39-40; Çam ve Babacan Gümüş, 2006: s. 54; Öner Dinçbaş, 2008: s. 255, Yavuz Kahramanoğlu ve Gök Özer, 2008: s. 3; Özkan ve Alçalar, 2009: s. 60).

Meme kanseri meydana geldiği organ bakımından da cinsellikle doğrudan bağlantılı sonuçlar doğurmaktadır. Meme biyolojik olarak cinsel haz alma işlevinin yanı sıra cinsellikle de ilişkilendirilmiştir. Dolayısıyla meme organının kaybı hem kadın hem de eşi için cinselliğin kaybı olarak algılanabilir. Hastalar ya da eşleri çekindikleri ve mahrem bir konu olarak algıladıkları için meme kaybının cinsel açıdan problem yaratmayacağını ifade edebilirler. Kadın sağlığı ile problemler yaşıyorken eşi cinsellikle ilgili endişelerini dile getirmek konusunda çekinebilir. Bu nedenle hastayla çalışan ekibin, çifti cinsellikle ilgili konuşmaya hazırlamaları ve cesaretlendirmeleri gereklidir. Cinsellikle ilgili hiçbir şekilde konuşmayan çiftler için meslek elamanları genel olarak sözlü bilgilendirmelerde bulunabilir veya önceden temel broşürler hazırlatıp hasta ve eşine verebilir.

Sertöz vd. (2004: s. 272) yaptıkları çalışmada, meme kanserinin cerrahi tedavi yöntemlerinden biri olan total mastektominin beden algısını bozduğu, cinsel doyumda azalmaya ve eş uyumunda bozulmaya neden olduğu; eşler arasında cinsel ilişkiden kaçınma ve iletişim bozukluğu olduğunu saptamışlardır. Akyolcu (2008: s. 79) da benzer bir şekilde, mastektominin diğer yöntemlere göre olumsuz etkilerinin daha fazla olduğunu ifade etmektedir.

Meme kanseri tedavisinin her aşamasına olduğu gibi hangi yöntemle tedavi olunacağına karar verilmesi süreçlerine de kadın ve eşinin yöntemler ve sonuçları hakkında bilgilendirilerek aktif katılımlarının sağlanmasının en sağlıklı yol olacağı düşünülmektedir. Böylece hasta ve eşi tedaviyi daha çok benimseyerek olası sonuçlara daha hazırlıklı olacaklardır. Bu durumun onların baş etme stratejileri geliştirmelerini sağlayacağı düşünülmektedir.

Meme kanseri tedavisi olan birçok hastada gözlenen başka bir endişe kaynağı da tedavinin üreme fonksiyonuna olan etkisidir. Meme kanseri tedavisi kadınlarda düzensiz adet kanamaları, kısırlık gibi sonuçlar doğurabilir. Bu durum çoğu zaman kalıcı değildir kemoterapiden sonra hastalık öncesi durum geri kazanılabilir. Ancak yine de kalıcı kısırlık riskine karşı kadın hastalara yumurtalarını bir sağlık kuruluşunda dondurmaları tavsiye edilebilir (Irmak, Bilgin ve Sızlan, 2008: s. 170).

Çocuk sahibi olma genellikle bütün insanların arzu ettiği bir durumdur. Memenin kadın ya da erkek için ifade ettiği anlamın yanı sıra meme kanseri tedavisi,

kadının üreme yeteneğini olumsuz etkileyebilir. Bu nedenle çocuk sahibi olamama riskine neden olan meme kanseri tedavisi çiftlerin ilişkilerine ya da bir partneri yoksa kadının hayatına olumsuz etkide bulunabilir.

Sonuç olarak; öncelikle sağlık çalışanları cinselliğin insanların yakın olmayı paylaştığı en temel yol olduğunu unutmamaları gerekir (Ceylan, 2009: s. 16). Toplumumuzda tabu olarak görülen cinsellik hakkında hastaların konuşmakta zorlanacakları düşünülmektedir. Bu nedenle sağlık çalışanlarının uygun iletişim kurabilme yeteneğine sahip, konuya vakıf olmaları gereklidir.

2.7. MEME KANSERİ VE TOPLUMSAL CİNSİYET

Toplum; ırk, sınıf, toplumsal cinsiyet, cinsel yönelim, engellilik ve yaş gibi büyük bölümlere ayrılmıştır. Eşitsizlik ve ayrımcılık sonucu meydana gelen; yoksulluk, coğrafi konum, zihinsel problem ve çalışma durumu gibi başka ayrımlar da vardır. Farklılıkların birbirleriyle nasıl bağlantılı oldukları ve insanların hayatlarına nasıl şekil verdikleri önemlidir (Burke ve Harrison, 1998: s. 235).

Meme kanseri tedavisi sonucundan kadının vücudunda meydana gelen değişiklikler; toplumsal cinsiyet, ırk, sınıf, yaş ve inanç gibi kavramların etkisiyle kadın ve eşi için durumu daha da zorlaştırmaktadır. Zaten hastalığı sebebiyle memesini kısmen veya tümünden kaybeden kadının yaşamı bahsedilen kavramların etkisiyle daha da içinden çıkılmaz bir hal alabilir.

Toplum düzenleyici ve şekillendirici kurallarıyla sadece bireylerin nasıl davranmaları gerektiğini belirlememekte aynı zamanda düşüncelerini de etkilemektedir. Bu etki kimi zaman bireylerin meydana gelen olaylar hakkındaki düşüncelerinde görülebilir, kimi zaman da kendilerine yönelik algılarını şekillendirebilir. Bireylerin içinde yaşadıkları toplumdan etkilenmemelerinin pek mümkün olmadığı düşünülmektedir. Toplumun bireyler üzerindeki etkisini meme kanseri olan hastalarda görmek olasıdır. Hastaların meme kanserine verdikleri tepkinin nedenleri düşünüldüğünde; yaşamına tehdit oluşturan bir durumun ortaya çıkmasının yanı sıra, benliğini oluşturan çeşitli anlamlar yüklediği bedenin bir parçası olan memesini kaybetme riskidir.

Burke ve Harison (1998: s. 229) sosyal hizmet uzmanlarına eşitsizlik ve dezavantaj yaratan; ataerkil yapı, cinsiyetçi uygulamalar, cinsiyet eşitsizliği, toplumsal cinsiyet gibi durumlarla mücadele etmek için ahlaki, etik ve yasal sorumluluklar yüklemiştir.

Dominelli ve McLeod (1989)'e göre kadınların hayatlarındaki değişiklikler, kadınların toplumsal cinsiyet eşitliği yönündeki talepleri çoğu zaman erkekler için karmaşık ve rahatsız edici olmaktadır. Karışıklık hissine anlam verebilmek için erkeklerin toplumdaki ataerkil yapılarla deneyimlerini ve sınıf, ırk ve toplumsal cinsiyet rejimleri ile ilişkilerini anlamak önemlidir. Erkeklerle çalışan kadın veya erkek sosyal hizmet uzmanları erkekliğin sosyal yapısını analiz etmeli, baskın erkekliği kadın ve erkeklerin ilişkilerinde nasıl inşa ettiğini anlamalıdır (Akt: Pease, 201: s. 680). Ayrıca gerek görülmesi halinde toplumsal cinsiyet, kadın düşmanlığı, cinsiyetçilik, ataerkil toplum gibi konularda erkeklerde bilinç geliştirilebilir veya farkındalıkları artırılabilir (Baydar, 2014: s. 38).

Erkeklerin olumsuz tutum ve yargılarının değiştirilmesi sadece kadının özgürleşmesini değil aynı zamanda erkeğin de özgürleşmesini sağlayacaktır. Çünkü toplumsal cinsiyet, ataerkillik vb. kavramlar kadınları olduğu gibi erkekleri de belli kalıplara sığdırmaktadır. Bu kalıpların erkekler için daha geniş, esnek vb. olması erkeklerin özgür oldukları anlamına gelmez.

Meme, neslin devamı için gerekli olan besini, “sütü” üretmekle işlevlendirilmiş bir organdır. Biyolojik olarak görevi süt üretmek olan bu organa farklı görev ve anlamlar da yüklenmiştir. Dünya üzerindeki hemen hemen bütün kültürlerde meme, kadın cinselliğinin ve güzelliğinin sembolü olarak görülmüştür. Memenin süt vermenin dışında cinsel uyarılma bölgesi olmasından kaynaklı olarak sağlıklı bir cinsel hayatın sürdürülmesinde de rolü vardır (Ünal, 2008: s. 119).

Kadınlarda meme organı süt üretmesi sebebiyle kadınlığın toplumsal olarak annelikle ilişkilendirilmesine sebep olmuştur. Bu nedenle toplumsal olarak atfedilen annelik rolünü benimseyen kadınların meme kaybı ile annelik konusunda da kayıp yaşayacağı düşünülebilir.

Geleneksel sosyal hizmet uygulaması daha çok tartışmasız varsayımlar ve kadınların eş ve anne gibi rolleriyle ilgili negatif stereotiplere dayanır. Kadınlar sadece kendi hayatlarından değil çocuklarından, eşlerinden ve onların bakıma muhtaç ebeveynlerinden de sorumlu tutulurlar (Cree ve Cavanagh, 1996: s. 3). Bu tip basmakalıp düşünceler kadınları baskılamakta ve özgürlüğünden alı koymaktadır. Çocukların bakımından sorumlu olduğu düşüncesini kanıksamış bir kadının meme kaybı bir organı kaybetmenin dışında bir anlam daha ifade etmektedir. Bu tür stereotipler kadını görünmez kılmakta ve ikincil konuma itmektir. Bazı kadınların adeta eş veya anne gibi rollerle var olabileceklerini düşünerek bu rollere tutundukları düşünülmektedir. Bu nedenle sosyal hizmet uzmanlarının uygulamalarında toplumsal cinsiyetçi tutumlara karşı duyarlı olmaları beklenmektedir.

Çam ve Babacan Gümüş (2006: s. 54)'e göre meme kanseri tedavisi hastalarda fiziksel değişikliklere neden olmaktadır. Mastektomi cerrahi yöntemler arasında hastanın vücudunda en çok deformeye neden olan cerrahi müdahale türüdür. Dolayısıyla bu yöntem tedavi olan kadın üzerinde; estetik görünümün, cinsellik, annelik, bebeğin beslenmesi, beden bütünlüğü gibi alanlarda kayıp yaşamasına sebep olabilir.

Güzellik kavramı toplumsal ve tarihsel olarak değişse de çağımızda meme organının kadının güzelliğini simgeleyen ve erkek cinsinden ayıran organlardan biri olarak varlığını devam ettirdiği söylenebilir. Meme organı güzelliğin yanı sıra kadınlığı tamamlayan bir organ olarak görülmektedir. Dolayısıyla kadınlarda ve erkeklerde meme organının genellikle cinsellik, kadınlık, annelik, güzellik gibi kavramlarla ilişkilendirildiği söylenebilir. Bu nedenle memeye yönelik yapılacak herhangi bir müdahale hasta ve eşi bu organı hangi kavramla ilişkilendiriyorsa ona yönelik bir müdahale anlamına gelmektedir.

Gyllenskold toplumsal cinsiyet perspektifinden meme ve kadınlar arasındaki ilişkiselliği şöyle açıklamıştır (Ure, 1983; Akt: Arıkan, 2000: s. 41):

- Memeler kadının kadınlığını ve cazibesini gösteren organlardır
- Memeler anneliğin, beslenme ve üremenin sembolüdür

- Memeler özellikle kadına özgü süt ve hayat verici organlardır
- Memeler cinsel ilişkide önemli ve cinsel duyarlılığı olan organlardır.

Beden imajını oluştururken insanların etkisinde kaldıkları yukarıda özetlenen toplumsal cinsiyetçi bakış açısı, bireylerin kendi vücutlarına, içinde yaşadığı sosyal çevrenin değerlerini atfetmesine neden olmaktadır. Bununla da kalmamakta; meme kanseri gibi hastalık veya kazalar sonucunda organ kaybına uğrayan insanların gösterdikleri tepkide de toplumsal cinsiyetçi bakış açısının etkileri görülebilmektedir. Örneğin genç bir kadının mastektomi sonucunda meme kaybına uğramasıyla birlikte kendisini eksik bir kadın olarak görüyorsa bunun bir sebebi de kendisine öğretilmiş kadın profiline uymamasıdır.

Sonuç olarak; kadınlar veya erkeklerin kabul etmeseler ya da öyle hissetmeseler de içinde buldukları sosyal çevrede var olabilmek adına o sosyal çevrenin toplumsal cinsiyet rollerini benimsemek zorunda kaldıkları söylenebilir. Yukarıda da belirtildiği gibi memeye atfedilen anlamlar doğrultusunda kadınlar ve sahip oldukları meme organı toplumsal olarak annelik, kadınlık, güzellik, cinsellik gibi kavramlarla ilişkilendirilmektedir. Bu nedenle meme kanseri tedavisi sonucunda yaşanan meme kaybı sadece bir organ kaybının yanı sıra kadın ve eşi için; güzelliğin, cinselliğin, anneliğin ve kadınlığın kaybı olarak düşünülebilir.

BÖLÜM III

YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN TASARIMI

Araştırma kapsamında; meme kanseri ve tedavisinin kadın ve eşi üzerindeki olumsuz etkilerini en aza indirmeye yönelik sosyal hizmet müdahalesi önerisi geliştirilmeye çalışılmıştır. Bu doğrultuda, meme kanseri tedavisi gören kadınların eşlerinin; tedavi süreçlerine yönelik gözlem, değerlendirme, öneri, yaklaşımları; tedavi sürecinin katılımcıların kendileri, eşleri ve eşleri ile olan ilişkileri üzerindeki etkileri hakkında görüş, duygu ve düşüncelerinden faydalanmanın sağlıklı olacağı düşünülmüştür. Araştırmacı geniş katılımcı kitlesine ulaşma, sayısal veriler elde etme ve tüm nüfusa genelleme gibi kaygı taşımamıştır. Bu nedenle, söz konusu araştırmanın gerçekleştirilmesinde en uygun yöntemin nitel araştırma yöntemi olduğu kanısına varılmıştır.

Araştırmacı, katılımcıların bir konu hakkındaki duygu ve düşüncelerini alırken onların bu konuyla ilişkilene biçimlerine ve yorumlarına odaklanır. Bu bağlamda nitel araştırmanın araştırma konusunu farklı bakış açılarıyla görme ve anlama çabası olduğu söylenebilir. Nitel araştırmada elde edilen veriler; sayılamayan, hesap edilmesi güç, daha ziyade tekil ve öznel deneyimlere dayanan öznelğin ağır bastığı verilerdir. Bu nedenle nitel araştırmada, araştırmacı sosyal hayatı istatistiksel rakamlara dönüştürmekten ziyade farklılık ve benzerliklerden yola çıkarak kategorilerle, temalarla katılımcıların ifade ettikleri düşüncelerin altında yatan bağlamların görünür olmasını sağlar. Katılımcının gözünden ve anlattıklarından yola çıkarak bütüne dair bir resim çizme ve derinlemesine betimleme yapılmaya çalışılmaktadır (Yıldırım ve Şimşek, 2004: s. 43: Kümbetoğlu, 2005: s. 44: Tuncay, 2009b: s. 45).

Bu özellikler araştırmacının çalışmasını yaparken nitel araştırma yöntemini tercih etmesinde etkili olmuştur. Nitel araştırma yönteminin, meme kanseri hastalığının tedavi sürecinin bir bütün olarak ele alınmasını ve tedavi gören kadınların eşlerinin hastalık ve tedavi sürecine yönelik algılarını ifade etmelerini sağlayan, araştırmacının aktif rol aldığı bir veri toplama sürecini mümkün kılması, yöntem olarak bu araştırmada nitel araştırma yönteminin benimsenmesinde etkili olmuştur.

Nitel araştırmaların bir özelliği de keşfedici olmalarıdır (Creswell, 2013: s. 45). Görüşmelerde elde edilen veriler; daha çok düşünce ve ifadeler şeklinde olduğundan analizleri nicel araştırmalarda olduğu gibi istatikselsel yöntemler kullanılmaz. Nicel yöntemle araştırma yürüten bir araştırmacı elde ettiği verilerle sınırlıyken, nitel araştırmalarda katılımcıların ifadeleri ve onların altında yatan anlamların araştırılan konu veya olgu ile bağlamaları hakkında keşfedilecek çok geniş bir dünyaya açılmaktadır.

Bu çalışmada, katılımcılar ile olgular arasındaki ilişki ve bağlamı açıklamaya yarayan nitel araştırma tasarımlarından fenomenolojik yaklaşım benimsenmiştir. Layder (2010: s. 104) fenomenolojik yaklaşımın temelinde olgularla ilgili derinlemesine araştırma içinde olduğunu ifade etmektedir. Aynı zamanda bu yaklaşım içinde yaşadığımız toplumsal hayatı gözlemlemek ve açıklamaktan ziyade onu anlayıp yorumlayarak sosyal durumların açıklanmasının mümkün olabileceğini savunmaktadır. Bu anlama ve yorumlama faaliyeti ancak tek tek bireylerin bilincine ve içinde yaşadıkları dünyayı duyularıyla nasıl algıladıklarına konsantre olarak gerçekleştirilebilir.

Araştırmacı bütüncül bir bakış açısıyla katılımcının ifadelerinden yola çıkararak onun var olan bir durum veya olayla, bütünle nasıl ilişkilenim kurduğunu anlamaya yönelik kapsamlı bir çaba içerisine girer. Bunu yaparken de çoğunlukla katılımcıların ifade ettiklerini derinlemesine inceler ve irdeler. Gerçek anlama ulaşmaya ancak bu yolla yakınlalaşabilir (Neuman, 2010: s. 76).

Araştırmacı fenomenolojik yaklaşım çerçevesinde kendi znel düşüncelerini yansıtmaz. Verilerin analizi sırasında büyük oranda katılımcıların ifadelerine olduğu gibi yer verir. Ancak araştırmacı katılımcıların ifadeleri ile yetinmez; katılımcının

sahip olduğu bu düşünce, tutum ve algının sebeplerini irdeler belki de katılımcının bile farkında olmadığı bağlamı keşfetmeye çalışır. Araştırmacı sadece araştırmanın amacı doğrultusunda verilerin içeriğini değiştirmeden altında yatan anlamlara ve ilişkiselliğe ulaşmaya çalışır.

3.2. ÖRNEKLEM ALANI VE SEÇİMİ

Araştırmanın katılımcılarına ulaşmada nitel araştırma yönteminin amaçlı örnekleme tekniğine başvurulmuştur. Çalışılan konunun özelliklerine bağlı olarak gerçekçi ve nitelikli veriler elde etmek adına araştırmacı tarafından belirli ölçütlere göre seçilmiştir.

Araştırmacı, bu araştırmada amaçlı örnekleme türlerinden ölçüt örnekleme kullanmıştır. Ölçüt örnekleme; araştırmanın amacı doğrultusunda incelenecek kişi, durum ve olayların belli nitelikler doğrultusunda seçildiği örnekleme tipidir. Bu niteliklere uyan ya da bu nitelikleri sağlayan birimler (kişi, nesne, durum vb.) örnekleme dâhil edilir (Yıldırım ve Şimşek, 2013: s. 140; Büyüköztürk, Kılıç Çakmak, Akgün, vd., 2014: s. 91).

Amaçlı örnekleme araştırmacıya elde edilen verilerin araştırma açısından anlamlılığını artırma fırsatı sunmaktadır. Çünkü araştırmanın amacı doğrultusunda belirlenen kriterlere uyan katılımcılarla araştırma gerçekleştirileceğinden katılımcılardan elde edilecek verilerin araştırmanın amacına uygun veriler olma olasılığı yüksek olacaktır. Bu nedenle aşığıda da belirtildiği üzere örnekleme seçiminde bazı kriterlere uyan katılımcılarla çalışma yürütülmüştür. Katılımcılarda aranan özelliklerden bazıları; eşinin 01.01.2015 ile 03.03.2016 tarihleri arasında Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde meme kanseri görmüş olmasıdır. Bu kriterleri sağlayan katılımcılarla gerçekleştirilecek veri toplama süreci araştırmaya daha sağlıklı ve faydalı veriler sunma fırsatı verecektir.

Bu araştırmanın katılımcılarının meme kanseri sürecini eşleri üzerinden deneyimlemiş olmaları temel ön koşul olarak belirlenmiştir. Çünkü katılımcıların meme kanseri hastalığı, süreci, etkileri vb. hakkında algıları, deneyimleri, düşünceleri üzerinden bu hastalık ve tedavisi ile nasıl ilişkilendikleri ve bağlam kurdukları araştırılmaktadır. Ayrıca araştırmanın böylesine derinlikli ve titiz bir

çalışma gerektirmesi ve belirtilen kriterlere uyan katılımcı sayısının sınırlı olması nedeniyle örneklem sayısı da nispeten azdır.

Araştırmanın katılımcıları; 01.01.2015 ile 03.03.2016 tarihleri arasında Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, genel cerrahi kliniğinde meme kanseri tedavisi (mastektomi) gören kısmen ya da tümünden organ kaybına uğrayan, Kocaeli’nde yaşayan, 20-45 yaş arası kadınların eşleri olarak belirlenmiştir.

Araştırmaya katılım konusunda katılımcıların istekli olmaları gözlemlenmiştir. İlk olarak belirtilen tarih aralığının seçilmesinin nedeni; tedavi sürecinin üzerinden çok fazla vakit geçmeden katılımcıların tedavi süreci ile ilgili anıları tazeyken veri kaybını en aza indirmektir. Kadınların tedaviden yeni çıktığı için sağlık durumlarının görüşmeye imkân vermeyeceği düşünüldüğünden katılımcı olarak tedavi gören kadınlar değil de eşleri seçilmiştir.

Ayrıca mastektomi ameliyatı, hastanın biyopsikososyal bütünlüğü üzerinde ciddi kalıcı hasar bıraktığı, hastayı, eşini ve aralarındaki ilişkinin niteliğini etkileyeceği düşünülerek örneklem mastektomi ameliyatı geçiren kadınların eşleri olarak belirlenmiştir.

Tedavi gören kadınlar için 20-45 yaş aralığında olma kriterinin sebebi ise; kadınların biyolojik olarak üretken oldukları, beden imajının ön planda olduğu ve yoğun eş ilişkilerinin yaşandığı varsayılan bir dönem olmasıdır. Ancak hastaneden alınan liste belirlenen kriterler doğrultusunda yeniden düzenlendiğinde sağlıklı bir sonuca ulaşabilmek için yeterli katılımcıya ulaşılamayacağı öngörüldüğünden araştırmanın örnekleme yukarıda belirtilen kriterler sabit tutularak mastektomi veya meme koruyucu ameliyat geçiren kadınların eşleri olarak genişletilmiştir. Araştırma kapsamında 12 mastektomi ameliyatı geçiren meme kanseri kadın eşi, 12 meme koruyucu ameliyat geçiren meme kanseri kadın eşi olmak üzere toplam 24 kişi ile derinlemesine görüşmeler gerçekleştirilmiştir.

3.3. VERİ TOPLAMA ARACI

Araştırmanın veri toplama sürecinde meme kanseri tedavisi gören kadınların eşleri ile derinlemesine görüşmeler yapılmıştır.

Görüşme; insanların gerçekliğe ilişkin algılarına, anlamlarına, tanımlamalarına ve gerçeği inşa edişlerine dair bilgi edinmeye yarayan, katılımcıların ifadelerinde yatan anlam derinliğini keşfetmeyi amaçlayan, nitel araştırmanın temel veri toplama araçlarından biridir. Sözlü iletişim görüşme sırasında kullanılan en yaygın yöntemdir. İlk bakışta veri toplamanın çok kolay bir yolu olarak görülebilir. Ancak iyi hazırlanmış bir görüşme için araştırmacının bu yöntemin özellikleri, hazırlanması, denemesi, görüşmenin ayarlanması ve gerçekleştirilmesi gibi birçok konuda eğitim alması gerekmektedir (Kümbetoğlu, 2005: s. 72; Punch, 2005: s. 165; Yıldırım ve Şimşek: 2013, s. 47).

Araştırmacı meme kanseri tedavisi gören kadınların eşlerinin; meme kanserine, tedavi sürecine, bunların hasta, kendisi ve ilişkileri üzerindeki etkilerini ifade etmelerine olanak tanıyan, meme kanseri ve sonuçları ile ilgili algılarını keşfetmeye yarayan ve tedavi süreçleriyle ilişkilenmelerini gözler önüne seren görüşme tekniğini tercih etmiştir. Bu amaçla katılımcıyı bahsedilen başlıklarda analiz etmeye yönelik sistematik bir şekilde hazırlanmış açık uçlu ve kapalı uçlu soruların yer aldığı yapılandırılmış görüşme formu hazırlanmıştır. Araştırma kapsamında, katılımcının algı, düşünce ve durum/olaylarla kurduğu ilişki ve bağlantıların detaylıca irdelendiği derinlemesine görüşmeler gerçekleştirilmiştir.

Görüşme formu araştırmanın problemi ile ilgili tüm boyutların ve sorunların kapsanmasını sağlamak için geliştirilmiş bir araçtır. Araştırmacı önceden hazırladığı konu ve alanlara sadık kalarak hem önceden hazırladığı soruları hem de bu sorularla ilgili daha ayrıntılı bilgi almak amacıyla ek sorular sorma ve soruların yapısını ve sırasını elde etmek istediği bilgiye ulaşmak için değiştirme esnekliğine sahiptir. Ayrıca görüşme formunun araştırmacı ve katılımcıya zaman esnekliği kazandırdığı bir gerçektir. Sabit bir form olduğundan uygulandığı diğer katılımcılardan da sistematik ve karşılaştırılabilir bilgi elde etmeyi sağlar. Sohbet tarzı görüşmeyle karşılaştırıldığında elde edilen verilerin düzenlenmesi ve analizi daha kolaydır (Türnüklü, 2000: s. 547; Yıldırım ve Şimşek, 2013: s. 150-151).

Derinlemesine görüşme esneklik, zengin veri elde etmek gibi avantajlarının yanı sıra uzun zaman ve yoğun bir çaba gerektiren bir veri toplama tekniğidir. Bu durum hem veri toplama süreci hem de verilerin çözümlenmesi süreci için geçerlidir. Araştırmacı gerçekleştirdiği bu araştırmayı tez danışmanın danışmanlığında; veri toplama aracının hazırlanması, uygulanması, verilerin derlenmesi, analizi gibi süreçleri tek başına büyük bir öz veri yerine getirmiştir. Dolayısıyla araştırmacıların bu konular için yeteri kadar zaman ayırmaları gerektiği düşünülmektedir.

Araştırmacı katılımcılar için derin etkileri olan bir konu hakkında görüşme gerçekleştirdiğinin farkında olarak katılımcılarla empati geliştirmiş, kendilerini açabilecekleri uygun bir görüşme ortamı yaratmış ve sadece onların araştırma konusu hakkındaki görüş, algı ve deneyimlerinin yanı sıra olumlu geri bildirimler vererek güçlendirmeye çalışmıştır. Araştırma hakkında kuramsal çerçeve hazırlanması sürecinde ise konu hakkında detaylı bilgiler edinmiştir. Görüşme formunun hazırlanması sırasında sorular üzerinde detaylı çalışmanın bir getirisi olarak görüşme formuna tam anlamıyla aşina olmuştur.

3.4. VERİ TOPLAMA SÜRECİ

Nitel araştırma yöntemi, araştırmanın tasarlanması sürecinde araştırmacıya büyük esneklikler sağlamaktadır. İnsanla çalışmanın gereği olarak meydana gelebilecek yeni durumlar araştırmanın kurgusunda bazı değişikliklere sebep olabilir. Nitel araştırma araştırmacıya bu değişiklikleri yapabilme imkânını sunmaktadır (Neuman, 2010: s. 228; Yıldırım ve Şimşek, 2013: s. 52).

Araştırma boyunca nitel araştırmanın bu avantajı kullanılmıştır. Bu avantaj araştırmanın sınırlılıkları başlıklı bölümde detaylıca verilen sorunların üstesinden gelme konusunda faydalı olmuştur. Bu sınırlılıkların üstesinden gelinip veri toplamaya hazır bir konuma gelindiğinde veri toplama aracını ve görüşmeci kendisini denemek adına 20.04.2016-08.05.2016 tarihleri arasında üç katılımcı ile pilot görüşmeler yapmıştır. Yapılan görüşmeler sonucunda araştırmacı ve tez danışmanı bazı soruların yerlerinin değiştirilmesine ve bir takım yeni soruların eklenmesi gerektiğine karar vermişlerdir.

Araştırmacı öncesinde katılımcılara telefonla ulaşarak ilk görüşmesini 12.05.2016 tarihinde son görüşmesini de 20.07.2016 tarihinde gerçekleştirmiştir. Görüşmelerden dördü araştırmacının çalıştığı Kocaeli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu'nda, ikisi mesai saati dışı ve hafta sonu olması sebebiyle ayrıca katılımcıların tercihiyle hastanenin kantininde, üçü katılımcıların iş yerlerinde, biri katılımcının evinde, on dördü de katılımcıya mesafe ve ulaşım açısından uygun kafelerde gerçekleşmiştir. Görüşmelerin uzunluğu 45 dakika ile 125 dakika arasında değişmektedir. Araştırmacı görüşmeler için İzmit, Gebze, Darıca, Gölcük, Başiskele ve Kartepe ilçelerine gitmiştir.

Derinlemesine görüşmenin önemli bir dezavantajı; katılımcıların araştırmaya ve araştırmacıya karşı güvenle ilgili çekince yaşamalarıdır. Bu nedenle araştırmacı katılımcıdan sağlıklı veriler alabilmek için öncelikle katılımcı ile güvene dayalı bir ilişki kurmalıdır (Kümbetoğlu, 2005: s. 73).

Araştırmacı görüşmeye başlamadan önce katılımcılara '*Benimle görüşmeyi kabul ettiğiniz için teşekkür ederim.*' diyerek katılımcı bilgi formunu ve bilgilendirilmiş onam formunu katılımcıya uzatmıştır. Katılımcı bu formları okurken araştırmacı; kendisi, araştırma ve görüşme hakkında bilgiler vermiştir.

Katılımcıların gizlilik ile ilgili kaygıları olduğu düşünüldüğünden; kendilerinden isim soy isim, T.C. kimlik numarası gibi kişisel bilgiler talep edilmeyeceği, özellikle elde edilen verilerin sadece bu araştırma kapsamında kullanılacağı başka hiçbir kişi veya kurumla paylaşılmayacağı belirtilmiştir.

Araştırmacı, katılımcı ile daha fazla aktif iletişim halinde kalabilmek, onu sağlıklı bir şekilde dinleyip notlar alabilmek, geri bildirimlerde bulunabilmek ve veri kaybını en aza indirebilmek adına katılımcılardan görüşmelerin ses kaydına alınabilmesi yönünde izin istemiştir. Birkaç katılımcının dışında hepsi tereddütsüz kabul etmiştir. Tereddüt yaşayanlar da detaylı açıklamalar yapılarak ikna edilmiştir. Hatta bir katılımcı, araştırmacıdan bilgilendirilmiş onam formunun altına '*Bu görüşmede elde edilen veriler sadece bu çalışma kapsamında kullanılacak olup başka hiçbir kişi veya kurumla paylaşılmayacaktır.*' şeklinde not yazıp imzalayarak kendisine vermesini istemiştir. Araştırmacı da görüşmeyi ses kaydı altına alabilmek adına katılımcının dediğini yapmakta bir mahsur görmemiştir.

Tedavisi devam eden katılımcıların çekindiği başka bir nokta ise; görüşme sırasında söylediklerinin tedavilerini yürüten doktor ile paylaşılıp paylaşılmayacağı konusu olmuştur. Bu nedenle araştırmacı görüşmelere başlamadan önce katılımcılara; *'Bu görüşmede söyleyecekleriniz doktorlarınızla paylaşılmayacak sadece araştırmacı tarafından bu araştırma kapsamında kullanılacaktır.'* şeklinde ayrı bir açıklama yapma gereği duymuştur.

Tuncay (2009b: s.52)'a göre nitel araştırmanın kendisi ve bu süreçte kullanılan veri toplama teknikleri hem görüşmeci hem de katılımcı arasında karşılıklı bir paylaşım, etkileşim ve öğrenme sürecidir.

Araştırmacı görüşmeler boyunca katılımcılarla kesinlikle hiyerarşik bir ilişki kurmamış, gayet açık, sıcak bir yaklaşımla soru-cevap tek düzeliğine izin vermeyen bir tarzda görüşmeleri sürdürmüştür. Ayrıca araştırmacı bir görüşmede öğrendiği ve başka katılımcılara da faydalı olabileceğini düşündüğü hususları (Büyükşehir belediyesinin ücretsiz ambulans hizmeti vb.) gizlilik hususuna dikkat ederek onlarla paylaşmıştır. Araştırmacı, katılımcılardan meme kanseri ve tedavisi hakkında yeni bilgiler öğrenmiştir.

Katılımcılar o anları hatırladıklarında; kalp atışlarının hızlandığını, terlemeye başladıklarını ya da vücutlarında istemsiz kas hareketlerinin olmaya başladığını söylemişlerdir. Araştırmacı bu tür durumlarla karşılaştığında katılımcılara görüşmeye ara verebileceklerini ya da görüşmeyi sonlandırabileceklerini hatırlatmıştır. Görüşmeye son veren katılımcı olmamıştır ancak ara veren katılımcılar olmuştur.

Araştırmacı görüşme formunu uyguladıktan sonra katılımcılara son kez eklemek veya sormak istedikleri bir şey olup olmadığını sorup cevabını aldıktan sonra katılımcılara teşekkür ederek görüşmeleri sonlandırmıştır. Araştırmacı katılımcıyla vedalaştıktan sonra katılımcı ve görüşme süreci hakkında önemli detayları not almıştır. Son olarak ses kayıt cihazını bilgisayara aktararak görüşmeleri katılımcı numarasına göre hem bilgisayarın hafızasına hem de iki ayrı sanal depolama bulutuna yükleyerek görüşmelerin muhafazası sağlamıştır.

3.4.1. Katılımcılara İlişkin Tanıtıcı Bilgiler

Araştırma kapsamında eşi meme kanseri geçiren 24 erkek katılımcı ile derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Katılımcılara ilişkin bilgiler Ek 1’de tablo halinde sunulmuştur. Araştırmacı katılımcıların ifadelerini değerlendirmek açısından önemli olduğu düşündüğü için katılımcılarla ilgili; eğitim, yaş, meslek, aylık gelir, doğum yeri ve evlilik süresi gibi bilgilere yer vermiştir. Katılımcıların gizliliğini sağlamak ve veriler arasında sistematigi kurmak adına katılımcılara K harfi ve numaralar verilmiştir.

Katılımcıların yaşları 33 ile 48 arasında değişmekte ve yaşlarının aritmetik ortalaması 42,63’tür. Katılımcıların evlilik süreleri sorulduğunda en düşüğünün 3 yıl en yüksekini 25 yıldır evli olduğu öğrenilmiştir. Ayrıca 24 katılımcının ortalama evlilik süresi 16,46 yıldır. Katılımcıların onüçü ilköğretim mezunu, yedisi ortaöğretim mezunu ve dördü yükseköğretim mezunu olduklarını belirtmişlerdir. Katılımcılara meslekleri sorulduğunda çeşitli sektörlerde işçi, memur, işveren oldukları öğrenilmiştir. Katılımcılara aylık gelirleri sorulduğunda; altısı 1000-1999 TL, altısı 2000-2999 TL, altısı 3000-3999 TL, üçü 4000-4999 TL ve geri kalan üçü ise 5000+ TL kazandıklarını ifade etmişlerdir. Katılımcılar hakkında daha detaylı bilgi edinmek için Ek 1 incelenebilir.

3.5. VERİLERİN ÇÖZÜMLENMESİ

Görüşmeler sırasında ses kaydına alınan veriler araştırmacı tarafından Microsoft Word programı aracılığı ile bilgisayar ortamında yazıya dökülmüştür. Ayrıca görüşmeler sırasında ve görüşme bitimde katılımcı ve görüşmeye dair kısa notlar tutulmuştur. Ses kayıtların deşifresi çok uzun zaman isteyen yorucu bir süreç olmuştur. Araştırmacı ses kayıtlarını deşifre ettikten sonra aldığı notları da görüşmenin deşifresinde ilgili yerlere ekleyerek veri kaybının önüne geçmiştir.

Görüşme formunun tedavi süreçleri göz önüne alınarak hazırlanması bu aşamada kategorilerin oluşturulmasına kolaylık sağlamış ve tedavi süreçleri doğrultusunda iki kategori oluşturulmuştur. Görüşme formunda sorulan sorular doğrultusunda temalar oluşturulmuş ve ilgili kategorilerin altına yerleştirilmiştir. Kategorilerin daha geniş ve kapsayıcı nitelikte olması nedeniyle oluşturulması

temalara oranla daha kolay olmuştur. Temaların oluşturulması aşamasında öncelikle ilgili ilgili kategorinin denk düştüğü tedavi süreci göz önünde bulundurulmuştur. Tedavi sürecinin birbirini takip eden aşamalar olması nedeniyle kategorilerin kendi arasında sıralanışına ve kategoriler altında temaların sıralanışa dikkat edilmiştir. Çünkü tedavi süreci nedensel bir bağlamda gelişmektedir. Dolayısıyla katılımcının ifade ettiği bir düşüncenin, gösterdiği tepkinin nedenini anlayabilmek ve altında yatan sebepleri ortaya çıkarabilmek açısından bu sıralama önemlidir.

Tablo 1: Verilerin Çözümlemesi Sürecinde Oluşturulan Tematik Çerçeve

Kategoriler	Temalar
1. Teşhis Süreci	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hastaneye başvuru 2. Teşhisin etkileri 3. Teşhisin etkinlerini belirleyici faktörler 4. Teşhis sürecin psiko-sosyal destek 5. Teşhis sürecinde bilgisel destek 6. Teşhis sürecinde eş ilişkisi
2. Tedavi ve Sonrası Süreç	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cerrahi müdahaleye karar verme süreci 2. Taburculuk sonrası hayat hakkında bilgilendirme 3. Ek tedaviler ve etkileri 4. Tedavi ve sonrasında psiko-sosyal destek 5. Tedavi ve sonrasında bilgisel destek 6. Tedavi ve sonrasında eş ilişkisi

Kategori ve temalar oluşturulduktan sonra görüşme transkriptleri baştan sona bir kez daha okunmuş ve katılımcı ifadelerinin anlatı özetleri oluşturulmuştur. Bu işlemde sonra bir kez de anlatı özetleri baştan sona okunarak alt temalar oluşturulmuş ve tüm katılımcıların ifadelerinden oluşturulan alt temalar ile temalar arasındaki uyum kontrol edilmiştir. Tablo 2’te anlatı özeti ve alt tema oluşturulmasına dair örnek verilmiştir.

Tablo 2: Verilerin Kodlanmasına İlişkin Örnek Veri Kodlama Tablosu
(‘Teşhis sürecinde bilgisel destek’ Temasının Kodlanması)

Katılımcı Anlatısı	Anlatı Özeti	Alt tema	Tema	Kategori
Tabi şöyle; Meme kanserinin ne olduğu ile ilgili kulaktan dolma bilgiler vardı ama onun dışında çok bir bilgi sahibi değildik. Valla açıkçası, kendimiz de çok araştırdık ve sonrasında olacaklarla ilgili doktorlar da bizi bilgilendirdi. Ama tabi biz işin derin kısmına inmeden yırtmış olduk biraz. (K-23, 33)	Meme kanseri hakkında kulaktan dolma bilgi sahibi, kendileri araştırmışlar, detaylı olarak doktordan bilgi edinmişler (K-23, 33)	Doktorlardan bilgi edinmeye çalışmak	Teşhis sürecinde bilgisel destek	Teşhis Süreci
Aslında var biz o dönemde kanser vakfı ile İzmit’te bir yer var, biz onlarla tanıştık eşimi bir kaç defa davet ettiler eşim iştirak etti bir kaç tanesine, yemek eğlence gibi durumlar oldu ama diğer zamanlarda çağrılara pek gitmek istemedi neden; orada yalnız kaldığını düşündü çünkü. Ya bu konuda İzmit Belediyesi de çok destek oluyor bildiğim kadarıyla otobüs ihtiyacı olursa otobüs ayarlıyor yemek yeri gerekirse yer tahsis ediyor, yani buna benzer bir sürü şeyler var ama ben buna eşimi ikna edemedim. (K-2, 48)	Kanser vakfına başvurmuşlar, eşi birkaç defa etkinliklere katılmış, kendisi eşinin vakfa gidip gelmesini istemiş ancak eşi kabul etmemiş, eşini buna ikna edememiş (K-2, 48)	Meme kanseri ile ilgili bir sivil toplum örgütlerine başvurma		
Bilgiye ihtiyacımız vardı. Neyle karşılaşacağımızı öğrenmek için. Biz burada hastanede yeteri kadar bilgi almıyoruz bundan dolayı. Doktorlar geliyor yazıp gönderiyorlar. Şimdi nedir ne değildir bunları bilmiyoruz bu yüzden internetten öğreniyoruz. (K-12, 37)	Bilgi ihtiyacı, neyle karşılaşacağını öğrenme isteği, doktor ve hastaneden yeteri kadar bilgi alamama bu nedenle internetten araştırma (K-12, 37)	İnternet ve sosyal medyanın bilgi edinme amacıyla kullanılması		
Yetkili bir kişiden doktordan bilgi almadık. Çevremizden duyduğumuza veya eşime söylemişlerse bana söylemiştir. (K-7, 41)	Yetkili birinden bilgi alınamaması, bilgi ihtiyacının çevreden karşılanması (K-7, 41)	Çevreden bilgi edinmeye çalışmak		

Kategori ve temalara ve ayrılan görüşmelerin analizi aşamasında araştırma sonuçlarını desteklemek amacıyla bazı katılımcıların ifadeleri değiştirilmeden kullanılmıştır. Ancak her katılımcının ifadesine yer verilmesinin mümkün olmaması ve pratik bir faydasının olmayacağı düşünüldüğünden, katılımcıların ifadeleri arasında o temayı en iyi ifade ettiği düşünülenine yer verilmiştir. Katılımcıların ifadelerine yer verilirken etik hassasiyetlerin olabileceği göz önünde bulundurularak her katılımcıya ‘K’ harfi ve birer numara verilmiş ve bu ifadelerden sonra parantez içerisinde katılımcı numarası ve yaşına yer verilmiştir. Böylece bir yandan katılımcıların gizliliği sağlanmış bir yandan da bahsi geçen ifadeyi söyleyen kişinin betimlemesi yapılmaya çalışılmıştır.

Nitel araştırmalarda güvenilirlik verilerin çözümlenmesi sürecinde kodlayıcılar arası görüş birliği olması nedeniyle kodlama süreci için bir dış kontrolün yapılması gereklidir (Creswell, 2013: s. 253). Araştırmanın güvenilirliğini sağlamak adına tema ve kategoriler oluşturulurken tez danışmanının tarafından düzenli olarak kontrol edilmiş ve tema ve kategoriler oluşturulduktan sonra tez danışmanı ve bir de araştırmacı tarafından baştan okunmuştur.

3.6. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırmaya ilişkin sınırlılıkları temel olarak üçe ayırmak mümkündür. İlk olarak literatür taraması sürecinde bu konuyla ilgili sosyal hizmet odaklı kaynakların yetersiz olduğu gözlenmiştir. Bu problem farklı disiplinlerden ve yurt dışı kaynaklar bulunarak giderilmeye çalışılmıştır.

İkinci olarak araştırmanın kurgusu ile ilgili ortaya çıkan sınırlılıklar çeşitli çözümlerle aşılmaya çalışılmıştır. Araştırma, Kocaeli’nde yaşayan ve Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi’nde 01.01.2015 ile 03.03.2016 tarihleri arasında, mastektomi yöntemi ile meme kanseri tedavisi alan 20-45 yaş aralığındaki kadınların eş ya da partnerleri ile görüşmelerin yapılması planlanmış ancak hasta verileri incelendikten sonra belirtilen kriterlere uyan bekar kadın sayısının anlamlı bir çeşitlilik sağlayamayacağı görülmüş ve görüşmeler sadece belirtilen kriterlere uyan evli meme kanseri tedavisi almış kadınların eşleri ile gerçekleştirilmiştir. Ayrıca ameliyat türü mastektomi seçilmesine rağmen; daha sonra belirtilen kriterlere uyan hastaların hasta dosyaları incelendiğinde meme kanseri

olmadığı halde mastektomi ameliyatı geçirdiği belirtilen kişilerin olduğu tespit edilmiş, bu kişiler evrenden çıkarılmıştır.

Bunun sonucunda hasta sayısının sağlıklı ve geçerli bir araştırma yapabilmek için yetersiz olduğuna karar verilmiş ve meme koruyucu cerrahi müdahale geçiren kadın hastaların eşleri de araştırmaya dahil edilmiştir. Örneklemdeki kişi sayısının az olması sebebi ile görüşme formunun ve araştırmacının denendiği pilot görüşmeler örneklemin özelliklerine uyan ve Kocaeli Devlet Hastanesi genel cerrahi kliniğinde meme kanseri tedavisi almış kadınların eşleri ile yapılmıştır. Bunun için Kocaeli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü öğretim elemanı Dr. Neriman ELİBOL aracılığıyla Kocaeli Devlet Hastanesi genel cerrahi doktorlarından Op. Dr. Bekir ERALDEMİR ile görüşülmüş, araştırma hakkında bilgi verilmiş, gerekli izinler gösterilmiş ve kendisinden belirtilen kriterlere uyan hasta listesi istenmiştir. Verilen liste üzerinden üç hasta ile görüşülmüş, onlar aracılığı ile eşlerine ulaşılmış ve pilot görüşmeler gerçekleştirilmiştir.

Üçüncü sınırlılık alanını da veri toplama süreci başlığı altında toplamak mümkündür. Hasta bilgilerinin Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nden talep edilmesiyle başlayan araştırmacıyı zorlayan ve süreci uzatan zora sokan bir takım problemlerle karşılaşmıştır. Bu problemler veri toplama süreci boyunca detaylıca verilecektir. Burada sadece başlık başlık bahsetmek yeterli olacaktır.

İlk olarak hastaneden gerekli veriler talep edildiğinde verilerin hemen hazırlanamayacağı ifade edilmiş ve bu verilerin hazırlanabilmesi için araştırmaya etik onay verilmesi gerektiği belirtilmiştir. Kocaeli Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuru yapılmış ancak tatil dönemi olması nedeniyle etik onayın alınması biraz gecikmiştir. Bunun yanı sıra bahsedilen dönemde araştırmacının eğitimi ile ilgili yurt dışına çıkmak durumunda olması nedeni ile bilgiler hastaneden talep edilmiş ancak araştırmacı teslim alamadan altı aylık bir süre için yurt dışına çıkmıştır. Daha sonra ilgili birime telefonla ulaşılmış ancak talep edilen verilerin yalnızca araştırmacıya elden teslim edilebileceği ifade edilerek verilmemiştir. Dolayısıyla evrenin belirlenmesi yaklaşık altı ay ertelenmiştir.

Hastanenin hasta dosyaları ile ilgili veri girişlerinin yeterli özen gösterilmeden yapılması. Hastanenin, HUY adını verdikleri veri sisteminden talep edilen bütün verilere ulaşamaması araştırma açısından sınırlılık teşkil etmiştir. Bunun üzerine hastane arşivinden hasta dosyalarına ulaşmak yolu ile problemin üstesinden gelinmeye çalışılmış ancak arşivde bazı hastaların dosyalarına ulaşamaması problemin devam etmesine neden olmuştur. Talep edilen verilerin belirtilen kıstaslar göz önünde bulundurulmadan araştırmacıya verilmesi sonucunda hastalarla ilgili işlenmesi gereken çok geniş ham veri elde edilmiş bu durum tahmin edilenden fazla zaman ve enerji kaybına neden olmuştur.

Hasta bilgileri içerisinde eşlerinin iletişim bilgilerinin olmaması, bazı iletişim bilgilerinin kullanım dışı olması, bazı numaraların farklı zamanlarda üç defa aranılmasına rağmen cevap verilmemesi, katılımcılara hasta veya hasta dosyasında yer alan başka şahıslar üzerinden ulaşılmaya çalışılması gibi durumlar araştırma açısından sınırlılık yaratan başlıklar arasında yer alabilir. Hastaların bir kısmının evren belirlenip kendilerine telefonla ulaşılması sonucunda; Kocaeli dışında yaşayıp sadece tedavi için geldiklerinin, bazı hastaların tedaviden sonra Kocaeli dışına taşındıklarının öğrenilmesi görüşmelere başladıktan sonra evrenin daralmasına sebep olmuştur. Katılımcıların çok yoğun ve vardiyalı çalışmaları sebebiyle kendilerine ulaşmak zor olmuş, ulaşılan bazı katılımcılar ise zamanları olmadığını ifade ederek, bazıları ise yaşadıkları o zorlu tedavi sürecini hatırlamak istemedikleri için görüşmeyi kabul etmemişlerdir.

İlginç sayılabilecek başka bir sorun ise; güvensizlik olmuştur. Artan dolandırıcılık ve şiddet olaylarından dolayı katılımcılar görüşmeyi kabul etmekten imtina etmişlerdir. Personel bilgileri ifade edilerek ya da isterlerse görüşmenin, araştırmacının çalıştığı kurumda gerçekleştirilebileceği seçeneği sunularak güven problemi aşılmaya çalışılmıştır. Ancak hem üniversitenin şehir dışında olması katılımcıların üniversiteye gelmek yerine kendilerine uygun bir yerde görüşmek istemeleri hem de araştırmacının çalıştığı birimde görüşme odasının olmaması görüşme sürecini zora sokmuştur.

Önemli sayılabilecek bir diğer sınırlılık ise; katılımcıların tedavisi devam eden eşlerinin hastaneye geldikleri güne randevu vermeleri ile ilgili olmuştur. Eşlerinin

doktor randevusunun öncesinde ya da sonrasında görüşmek isteyen katılımcılar; eşlerinin doktorda işi bittikten sonra gitmek zorunda olduklarını ifade ederek görüşmenin kısa sürmesini talep etmişlerdir. Bunun yanı sıra eşinin doktor randevusu biten katılımcılar eşleri ile birlikte görüşmeye katılmayı talep etmişlerdir. Bu durum iki açıdan problem teşkil etmektedir; eşi yanında olduğu için katılımcının cevapları bundan etkilenebilir ya da görüşme öncesinde tedavi gören kadının sağlık durumu katılımcıyı ve araştırmacıyı görüşmeyi kısa tutma yönünde etkileyebilir.

3.7. ETİK KONULAR

“Nitel bir araştırma planlama ve tasarlama sürecinde, araştırmacılar, çalışma esnasında ne gibi etik problemlerin ortaya çıkacağını ve bu meselelerin nasıl ele alınacağını düşünmek zorundadırlar.” (Creswell, 2013: s. 56).

Genel olarak örneklemin belirlenmesi için hastaneden hasta bilgilerinin talep edilmesinden, araştırmanın sonuna kadar etik hususlara dikkat edilmiştir. Bu bağlamda araştırma için Kocaeli Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan etik kurul onayı alınmıştır. Derinlemesine görüşme formu hazırlanırken sorulacak soruların ve kullanılan dilin ayrımcı, cinsiyetçi, ötekileştirici bir dil olmamasına dikkat edilmiştir. Hastaneden alınan bilgilerin gizliliği sağlanmıştır. Katılımcılara, eşlerinin hastanede kayıtlı olan iletişim bilgileri üzerinde ulaşılmaya çalışıldığı için bir anlamda meme kanseri tedavisi gören kadınlar da araştırma hakkında bilgilendirilmiş ve eşlerinin araştırmaya katılımları yönünde izin alınmıştır. Katılımcılar gün içerisinde uygun saatlerde aranmışlardır. Ulaşılmaması durumunda; veri toplama sürecinin başında bir katılımcının araştırmaya davet edilmesi için farklı tarihlerde en fazla üç kez aranması yönünde cevapsızlık kriteri koyulmuştur. Eğer bir katılımcıya hala ulaşılmadıysa bu katılımcı ulaşılmadı olarak işaretlenip es geçilmektedir. Görüşme tarihi ve yerinin belirlenmesi konusunda inisiyatif katılımcılara bırakılarak kendilerini rahat hissedebilecekleri bir yerde ve zaman diliminde verimli bir görüşme gerçekleşmesi amaçlanmıştır.

Araştırmacı görüşme öncesinde katılımcı bilgi formunu katılımcılara sunmuş ve katılımcılar formu okurken zaman kaybı olmasın diye kendisinden ve yürüttüğü çalışmadan bahsederek görüşmelere başlamıştır, karşılıklı saygı kuralları çerçevesinde, katılımcıların düşüncelerini rahatlıkla ifade edebilmesine fırsat

tanınmış ve katılımcılar bu konuda cesaretlendirilmişlerdir. Ayrıca görüşmeye başlamadan önce araştırmacı katılımcılardan görüşmeyi ses kaydına almak için sözlü talepte bulunmuş ve bilgilendirilmiş onam formu katılımcılara gösterilmiş, zorunlu olmadığı açıklanmış ve doldurmak isteyip istemedikleri sorulmuştur. Araştırmacı, görüşmeler bittiğinde uygun bir şekilde görüşmeyi sonlandırmıştır. Görüşmelerin ses kayıtları ve üzerine notlar alınan görüşme formları gizlilik esasına uygun olarak araştırmacı tarafından muhafaza edilmiştir.

Yıldırım ve Şimşek (2013: s. 122) bilgilendirmiş onamı tanımlarken ‘katılımcıların ayrıntılı bir şekilde bilgilendirmesine’ vurgu yapmaktadırlar. Buna göre bilgilendirilmiş onam; katılımcıların araştırma başlamadan önce, araştırma hakkında detaylı bilgilendirmeye dayalı olarak araştırmaya kendi rızasıyla ve gönüllü olarak katılmasını sağlamaktır.

Veri analizi safhasında ise katılımcıların ifadeleri değiştirilmeden araştırmacı tarafından yazıya dökülmüştür. Tema ve kategorilerin oluşturulmasında araştırmacı kişisel görüşünün etkisi altında kalmadan katılımcıların ifadelerinden yola çıkarak bu ifadelerin altında yatan anlamları ve bağlamlarını keşfetmeye çabalamıştır.

Sosyal bilimlerde ve nitel araştırmalarda verilerin özenle toplanması, analiz edilmesi, sonuçlarının yazılması ve paylaşılmasında ‘verilere sadık kalma’ ilkesi göz önünde bulundurulması gereken bir etik kuraldır. Verileri çarpıtılmaması, masa başı yöntemlerle uydurulmaması, verilerin belirli kısımlarının bilinçli ya da bilinçsiz olarak kapsam dışı bırakılması hem etik hem de bilimsel değildir (Yıldırım ve Şimşek, 2013: s. 123-124).

Araştırmacı, görüşmelerin deşifresi sırasında katılımcıların söylediği her şeyi yazıya dökmüş, görüşme sırasında aldığı notları ilgili yerlere eklemiştir. Bütün görüşmeler deşifre edildikten sonra bir kaç kez okunmuş ve katılımcıların ifadelerinden yola çıkarak tema ve kategoriler oluşturulmuştur. Verilerin analizi safhasında katılımcıların hepsinin ifadelerini tek tek yazmak sağlıklı olmayacağından içlerinden en kapsayıcı ve araştırma açısından en anlamlı olanı katılımcının ifade ettiği haliyle değiştirilmeden verilmiştir. Araştırmacı, veri toplama, depolama, analiz ve bulgular yorum aşamalarında katılımcılara numaralar vererek gizliliği sağlamıştır. Katılımcıların ifadelerine yer verilirken parantez içerisinde katılımcı numarası, yaşı ve mesleğine yer verilmiştir.

BÖLÜM IV

BULGULAR ve YORUM

Araştırmanın bulguları üç ana başlık altında sunulmuştur. Katılımcıların sosyo-demografik bilgilerine yer verilen tanıtıcı bulgular başlığının yanı sıra teşhis süreci ve tedavi süreci olmak üzere iki başlık altında katılımcıların ifadeleri yorumlanmıştır.

4.1. TANITICI BULGULAR

Araştırma kapsamında eşi meme kanseri teşhisi almış ve meme kanseri tedavisi gören toplam 24 kişiyle görüşülmüştür. Görüşülen katılımcıların en genci 33 yaşında olup en yaşlısı 48 yaşındadır. Katılımcıların yaş ortalaması 42.63 dur.

Katılımcıların doğum yerleri incelendiğinde; İç Anadolu Bölgesi, Ege Bölgesi, Doğu Anadolu Bölgesi, Karadeniz Bölgesi, Marmara Bölgesi ve yurt dışı (Bulgaristan) doğumlu oldukları görülecektir.

Katılımcıların en son mezun oldukları eğitim seviyesi ilköğretim, ortaöğretim, yükseköğretim arasında değişmektedir. Katılımcılar arasında okuma yazma bilmeyen yoktur.

Katılımcılara aylık gelirleri sorulduğunda; altısı 1000-1999 TL, altısı 2000-2999 TL, altısı 3000-3999 TL, üçü 4000-4999 TL ve geri kalan üçü ise 5000+ TL kazandıklarını ifade etmişlerdir.

Katılımcıların meslekleri incelendiğinde; özel sektörde müdür, işçi, astsubay, öğretmen, işveren, şoför, mühendis, muhasebeci, bankacı, kamuda kadrolu işçi, makine ressamı, memur, muhasebe müdürü, özel güvenlik, özel sektörde yönetici ve tamirci oldukları görülmüştür.

Son olarak katılımcıların evlilik süreleri incelendiğinde en kısa evlilik süresinin 3 yıl, en uzun evlilik süresinin 25 yıl olduğu ve katılımcıların ortalama evlilik süresi 16.46 yıl olarak saptanmıştır.

4.2. TEŞHİS SÜRECİ

Bu bölümde katılımcıların, eşlerinin tedavi süreçlerinin başlangıcından ameliyata kadar geçen sürece yönelik düşüncelerine yer verilmiştir. Katılımcıların ifadelerinden yola çıkarak; hastaneye başvuru ile başlayan teşhis sürecinin etkileri, bu etkilerin belirleyici faktörleri ve katılımcıların eş ilişkilerine yönelik değerlendirmelerine yer verilmiştir. Ayrıca bu başlık altında katılımcıların psiko-sosyal ve bilgisel destek ihtiyaçlarına değinilmiştir.

4.2.1. Hastaneye Başvuru

Araştırma kapsamında yapılan görüşmelerden elde edilen veriler neticesinde meme kanseri tedavisi sürecinin; ağrının hissedilmesiyle, şişliğin fark edilmesiyle, düzenli kontroller sırasında ve başka bir hastalığın tedavisi sırasında hastalığın teşhis edilmesi ile birlikte başladığı görülmüştür.

Vücudun herhangi bir bölgesinde ortaya çıkan şişlikler kişileri uyarmalıdır. Bunlar memede şişlik, boyunda, koltuk altında, kasıklarda bezelerde şişlik, karında ele gelen şişlikler olabilir. Böyle bir şişliğin varlığı mutlaka kanser anlamına gelmez, iltihabı hastalıklar ve diğer bazı hastalıklarda da benzer şişlikler olabilir. Ancak şüphelenilip de erkenden kanser tanısı konabilirse tedavi ve iyileşme şansı çok yüksek olacaktır. Örneğin meme kanseri vakalarının büyük kısmı memede ağrısız şişlik yakınması ile doktora başvururlar. Erken tanı ile de iyileşme şansı çok yüksektir (Kutluk ve Kars, 2001: s. 20)

Katılımcıların hastaneye başvuru sebeplerinden biri 'şişliğin' hissedilmesidir. Şişlik eş tarafından veya kadının kendisi tarafından olmak üzere iki farklı şekilde fark edilmiştir.

'Göğsünde kitle fark etti kendi muayenesini yaparken, daha sonra doktor muayenesine gittiğimizde biyopsi yapıldı. Yapılan biyopsi sonrası ikinci bir biyopsi yapıldı ve kitlenin müdahale yöntemi ile alınarak tanı konması tavsiye edildi. Tespitler bu şekilde başladı.' (K-23, 33).

'Eşimin hiç bir şikâyeti yoktu ben kitleyi hissettim hastaneye gittik biyopsi yapıldı. Sonuç kötü huylu olduğu çıktı.' (K-2, 48).

Göğüste hissedilen kitleler kadınlar arasında yaygın olmasından ötürü çok ciddiye alınmamaktadır. Ancak meme kanseri gibi önemli bir rahatsızlığa tanık olan veya bu hastalık hakkında bilgisi olan kişiler göğüste hissedilen kitleleri daha fazla önemsemektedir.

'Kendisi fark etti bir kitle olduğunu, daha önce yakınlarının başına da geldiği için direk kontrole gitti, daha sonra tahliller sonucu ortaya çıktı.' (K-6, 46).

Ağrı çoğunlukla meme kanserine eşlik eden bir bulgu değildir ve ağrıya daha çok kanserin geç evrelerinde rastlanmaktadır (Baum ve Schipper, 2007; Akt: Yılmaz, 2012: s. 12).

Meme kanseri tedavisinde 'ağrı' hastaneye başvuru sebepleri arasında yer almaktadır. Kadınlar veya eşleri çoğu zaman göğüsteki kitleleri fark edemezken veya önemsememezken ağrı kadınların göz ardı edemeyecekleri ve kendilerini daha çok rahatsız eden bir şikayettir.

'...Ameliyattan 3-4 ay önce kuvvetli bir ağrı başladı, ondan sonra doktora götürdük.' (K-1, 47).

'...Zaten eşimin göğsünde ağrılar oluyordu, sonra şişme oldu. İlk devlet hastanesine götürdük, orda sağ olsun X. hanım vardı doktor. Bizi Umuttepe'ye hocası X. beye yönlendirdi. Bir takım kontrollerden, parça alımından sonra ameliyata karar verildi.' (K-20, 48).

Ağrının hissedilmesi tedavi sürecinin başlamasında önemli bir etkidir. Başka belirtiler göz ardı edilebiliyorken ağrı ciddiye alınarak hastaneye başvurulmuştur. Katılımcıların eşlerinin tedavi süreciyle ilgili önemli bir nokta ise genelde başka bir sağlık kuruluşundan yönlendirme sonucunda üniversiteye başvurularındır.

Düzenli kontroller hastalıkların erken teşhisinde önemli bir rol oynamaktadır. Aynı zamanda düzenli kontroller kişilerin sağlık konusunda biraz daha bilinçli olduklarının kanıtı olarak sayılabilir. Ailede veya akrabalarda meme kanseri olan bireylerin varlığı kadınları düzenli kontroller yapma konusunda güdülemektedir.

'Kendisinde ve ailesinde kistler vardı. Daha önce hastaneye gitmiştik. Mamografi çektirmiştik. Küçük bir kitle vardı. Ağrıları artmıştı. Cisim biraz daha büyümüştü. Ele geldiğini söylüyordu. Biz kontrol amaçlı gitmiştik.' (K-16, 43).

Düzenli kontroller sırasında hastalık her zaman erken teşhis edilmemektedir. Bu durum hastalığın ileri evrelerde teşhis edilmesiyle kadınların sağlıkları üzerindeki riski arttırmaktadır. Bunun yanı sıra hissedilen ağrı, tespit edilen kitleler veya şişlikler hakkında tatmin edici açıklama elde edemeyen kadın ve eşi başka sağlık kuruluşlarına başvurmak kaydıyla; zaman, enerji ve para kaybına uğramakta daha da önemlisi bazı testlerin tekrarlanması nedeniyle gereğinden fazla tıbbi müdahaleye maruz kalarak sağlıklarını riske etmektedirler.

'Şimdi eşim özel hastaneye devamlı 6 ayda bir testlere gidiyordu, ultrason, mamografi yapıldı ondan sonra orda düzgün cevap veremediler. En son hatta Kocaeli Üniversitesi'nden bir profesöre de gittik o da bunda problem yok normal kist diye söylemişlerdi, ondan sonra X. Hastanesi'nde bir hoca vardı o biyopsi istedi, ondan sonra Özel X. Hastanesi'nde biyopsi yapıldı, orada teşhis konuldu. Hem orda çıktı hem de eşim hissederek fark etti. Ama hissedince de ultrasona gidiyordu, orda işte sağ taraftakine su kisti sol taraftakine de katı bir kist dediler işte ama şeye benzemiyor, meme kanserine benzemiyor dediler. Yani oradaki hocalar düzgün teşhis koyamadılar. Ama Allah'tan başlangıç seviyesinde yakaladık biz.' (K-21, 43).

Meme kanserinin erken teşhisinde rol oynayan diğer bir unsur ise; başka hastalıkların tedavisi sırasında meme kanserinin fark edilmesidir. Burada doktorlara önemli görevler düşmektedir. Çünkü onların dikkati ve şüphesi sayesinde meme kanseri fark edilebilir.

'Eşim 6 ayda bir gidip, böbrek taşı olduğu için de batın filmi çektiriyordu. O arada doktor şüphelendi. Eşime dedi ki 'ben burada bir şey tespit ettim, bir doktora görünün' dedi. Gittik baktık doktor da şey dedi, 'bir ay sonra bir daha film çekelim, tekrar geldik radyoloji doktoruna ben dedi 10 hastamı doktora gönderiyorum ve sadece bir tanesinde kötü huylu çıkıyor. Biz bunu baştan yakaladığımız zaman çok mutlu oluyoruz' dedi. Bir ay sonra tekrar gittik doktora 1 mm büyüdüğünü gördük. Orada tespit edildi.' (K-16, 42).

'Kalbim ağrıyor' dedi gitti. Eşim biraz hastalık hastasıdır. Yani bir şey yokken bile bazen hastalanıyor. Başı bile ağrırsa hemen kalkar hap alır. Mamografi, ultrason sonucunda kitle var denildi.' (K-24, 38).

Meme kanserinin başka hastalık tedavisi sırasında fark edilmesinin diğer bir nedeni ise kadınların hastalık belirtilerini farklı yorumlayarak tedavi sürecinin bu doğrultuda ilerlemesine neden olmasıyla açıklanabilir.

4.2.2. Teşhis Sürecinin Etkileri

Meme kanserinin bir aile hastalığı olduğu daha öncede de vurgulanmıştır. Bu nedenle meme kanseri ve tedavisinin bizzat hastalığı deneyimleyen kişinin yanı sıra eşini de etkilediği düşünülmektedir. Aşağıda katılımcıların meme kanseri teşhisinin kendileri ve eşleri üzerinde etkilerine dair düşünceleri yer almaktadır.

Meme kanseri kadınlar ve eşleri ile tedaviden beklentileri, korku ve kaygıları hakkında konuşulmalı ve mümkün olduğunca tedaviye aktif katılımları sağlanmalıdır (Ceylan, 2009: s. 22).

Katılımcılar; meme kanseri oldukları teşhisi açıklandığında eşlerinde; eksik kalacağını düşünme, öleceğini düşünme, üzüntü, endişe, içine kapanma gibi his ve düşüncelerin oluştuğunu ifade etmişlerdir. Toplumsal olarak veya bireysel olarak memeye atfedilen anlamlar doğrultusunda, memenin kısmen ya da tümünden alınacak olması kadınların başka alanlarda da kayıp yaşayacaklarını ve eksik kalacaklarını düşünmelerine sebep olmaktadır.

'Ben hep destek olmaya çalıştım yeter ki sen iyi ol sağlığına kavuş gerisi önemli değil dedim. Ama özellikle eşim kendisinin yarım kalacağını, ameliyattan sonra kadın olmayacağını düşünüyordu.' (K-2, 48).

Eşlerinin ifadelerinden kadınlarda meydana gelen önemli bir endişe kaynağı ise öleceğini düşünmek olduğu anlaşılmıştır. Kanser hastalığının yüksek oranda ölüme sebebiyet vermiş olması ve yine toplumsal olarak kanserin ölümlle ilişkilendiriliyor olması kadınların öleceklerini düşünmelerine sebep olmaktadır. Bu düşüncenin ortaya çıkmasında etkili olan başka unsurlar ise teşhis öncesinde meme kanseri tedavisine şahit olmak, teşhisin açıklanma şekli, sahip olunan yanlış bilgiler vb. olarak sayılabilir.

'Tabi ki o anda yıkıldı, hastalığın ismi çok ağır. Yoksa hastalık, Allah'ın verdiği bir şey. O an için her şeyi unutuyorsun, tabi ki farklı şeyler düşünüyorsun.' (K-11, 43).

'Yine söyleyeceğim kısa bir süreliğine hayatını kaybetme korkusu yaşamıştır. Çünkü iki yıl önce annesini aynı durumdan kaybetti.' (K-15, 42).

Ölüm düşüncesi kendi başına çifti huzursuz eden bir durum olmasının yanı sıra çift eğer çocuk sahibiyse buna ek olarak çocuklarını yalnız bırakacağı düşüncesiyle bu huzursuzluk daha da pekişmektedir.

'Yani hastalığı zamanında başına bir şey gelecek korkusu ile evet yani 'çocuklarımı özellikle çocuklarını bırakıp gideceğim, öleceğim gideceğim!' gibisinden sözleri oldu.' (K-3, 36).

Eksik kalacağını, öleceğini, çocukların yalnız kalacağını düşünmek ve sağlığın tehlikeye girmesi, kadının üzüntü yaşamasına sebep olmaktadır. Kadınların teşhis karşısında hissettikleri üzüntü, teşhise hazır olma durumuna ve kadının hastalık karşısında ne kadar güçlü olduğuna göre değişmektedir. Bazı katılımcılar eşlerinin teşhis karşısında hissettiği üzüntüyü şöyle ifade etmişlerdir:

'Yani dünyası yıkıldı ya.' (K-13, 47).

'Üzüntü ve depresyon yaşadı, beraber psikiyatrik destek aldık.' (K-4, 44).

Bazı katılımcılar ise eşlerinin teşhis karşısında üzüldüğünü ancak bunu dışa vurmak istemediklerini ifade etmişlerdir. Katılımcılar, eşlerinin bu davranışlarını kendilerini üzmemek için sergilediklerini ifade etmektedirler.

'Eşim bu konuda biraz daha ketum davranıyor, çok fazla dışarıya vurmuyor içinde yaşıyor ama üzüldü baya bir üzüldü.' (K-16, 42).

Katılımcıların ifadeleri doğrultusunda; teşhis kadınlarda yukarıda sayılan etkilerin yanı sıra korku ve endişeye sebep olduğu söylenebilir. Katılımcıların ifadelerinden eşlerinin hissettiği endişenin iki nedeni olduğu anlaşılmaktadır. Birincisi sağlığını ve hayatını kaybetme riskinden kaynaklanmaktadır. İkincisi ise hayatını kaybettiği takdirde geride çocuklarını ve eşini yalnız bırakacak olmaktan kaynaklanmaktadır. Bazı katılımcılar eşlerinin teşhis karşısında endişe duyduklarını ancak takdir-i ilahi olarak kabul ettiklerini belirtmişlerdir.

'Korkmadı. Takdiri ilahi olduğunu bildiği için ama tek endişesi çocuğunun küçük olup bu yaşta hani bu duruma gelmesi.' (K-5, 48).

'Teşhisten sonra rahat değildi, kaygıları vardı hep daha kötü olacağım, çocuklar ne olacak, sen ne olacaksın gibi endişeleri olurdu.' (K-7,41).

Eşlerinin ifade ettikleri gözlemlerden kadınların teşhis karşısında korku ve endişe düzeylerinin arttığı ve tabiri caizse, neye uğradıklarını şaşırdukları

anlaşılmaktadır. Katılımcılara göre eşleri teşhisi hazmedebilmek adına kendilerini çevrelerinden soyutlamakta ve nasıl bir yol izleyeceklerine karar vermeye çalışmaktadırlar.

'Yok, hocam üzüntü biraz da yalnız kalmak, ondan sonra yalnız kalmaya başladı zaten az önce demiştim ya hep benim yanında olmamı ister bir yere beraber gitmek ister. Ondan sonra biraz daha kendini kenara çekmeye çalıştı.' (K-10, 38).

'İlk başta dediğim gibi kişiler biraz daha kendi kabuğuna çekilip hani ne yapabileceğimin ciddiyetini yaşadık ama bu öyle uzun vadeli bir olay değildi.' (K-16, 42).

Eşi meme kanseri teşhisi alan katılımcılar ise teşhisin kendileri üzerinde de üzüntü ve endişeye sebebiyet verdiğini ancak kendilerinin eşlerinden farklı olarak kısa süre içerisinde tedaviye odaklandıklarını ifade etmişlerdir.

Eşlerinin meme kanseri teşhisi almış olmaları, katılımcıları derinden üzmüştür. Katılımcıların teşhisi duyduklarında hissettiklerini ifade ederken dikkat çeken bir nokta vardır. O da; katılımcıların meme kanseri teşhisine üzülmeye sebeplerinin hasta olan kişilerin eşleri olmalarının yanı sıra bazı katılımcıların eşleri ile kendilerini 'çocuklarının anneleri' olarak ilişkilendirmeleridir. Katılımcıların eşleri ile çocukları üzerinden kendilerini ilişkilendirme ihtiyacı duymaları üzerinde durulması gereken bir meseledir.

'Üzüldüm yani sonuçta çocuğumun annesi.' (K-24, 38).

'Çok böyle ağır bir şey geçirmedi ama dediğim gibi üzüldüm çok üzüldüm çünkü sonuçta eşim çocuklarımın annesi. Üzüldüm ama ben dediğim gibi umutluyum.' (K-13, 47).

Eşlerinin meme kanseri olduğuna üzülen katılımcılar onları kaybetme riskiyle karşı karşıya olduklarını düşünerek endişeye kapılmışlardır. Teşhisin katılımcılar üzerinde sebep olduğu endişe hissini belirleyicisi meme kanseri ve tedavisi hakkında sahip olunan bilgi düzeyidir. Meme kanseri ve tedavisi hakkında sınırlı bilgiye sahip katılımcıların önlerini görememelerinden kaynaklı olarak endişe duydukları düşünülmektedir.

'Biz de biraz tabi panik oldu. Endişe oldu, endişelendik biraz. Tabi iyice bu hastalığın ne olduğunu bilince biraz daha rahatladık.' (K-12, 37).

Katılımcıların ifadelerinden yola çıkarak hastalık ve tedavisi hakkında bilgilendirmeye endişe duyulmasının önüne geçilebileceği söylenebilir. Katılımcılar genel olarak eşlerinin meme kanseri teşhisi almış olmalarına üzüldüklerini ancak bunu onlara belli ederek onları daha fazla üzmemek istemediklerini ifade etmişlerdir. Bunun yanı sıra meme kanseri teşhisi karşısında üzülen, korkan, endişe duyan eşlerine destek olmaya çalıştıklarını belirtmişlerdir.

'Ben bu yaşadığım durumları eşime yansıtmadım, hep ona moral verdim. Ben onun yüzüne karşı hep gülüyordum ama arkamı döndüğüm anda ağlayacak duruma geliyordum.' (K-4, 44).

Nour ve diğ. (1996) araştırmalarında elde ettikleri bulgular neticesinde, kanserli hastaların destek kaynaklarını eşler, anne-baba, arkadaşlar, komşular ve çocuklar olarak belirlemişlerdir (Akt: Babaoğlu Akdeniz, 2012: s. 54)

Ceylan (2009: s. 43) 41 meme kanseri tedavisi gören kadın ile gerçekleştirdiği araştırmada hastayla ilgilenen kişinin kim olduğu sorusuna verilen cevaplar doğrultusunda % 43,9 eş, % 12,2 kardeş, % 26,8 çocuklar, % 2,4 anne-baba, % 14,6 diğer olarak saptamıştır. Eşlerin meme kanseri kadına her anlamda en yakın 'hayat arkadaşı' olmalarının yanı sıra tedavi sürecine yüksek oranda aktif olarak katılan kişiler olması nedeniyle sağlayacakları destek meme kanseri tedavisinde önemli bir yere sahiptir.

Teşhis karşısında eşlerine göre biraz daha güçlü duran katılımcılar onlara destek olmanın yanı sıra eşlerinin gerekli tedavileri görüp iyileşmelerine odaklandıklarını ifade etmişlerdir.

'Kaygının biraz daha artmasından ziyade biz hazırlıklı olduğumuz için şöyle 'hah tamam işte ateş düştü, beklediğimiz sonuç, beklenen kötü sonuç onunla karşılaştık biz'. Ondan sonra bu işin tedavisinin nasıl yapılacağı ile ilgili yoğunlaştık. Bunlar olumlu yönleri. Yani bu işi öğrendiğimiz zaman tamam eşim ve ben bu işi hallederiz, karşılıklı olarak bir dayanışma için biz bu işi hallederiz, problem değil dedim ben. En kötü bize doktor komple göğüs alınır demişti en fazla dedim silikon takarız ne olacak.' (K-16, 42).

Teşhisin etkilerini açıkladıktan sonra bu etkilerin belirleyicilerini vermek teşhis sürecine yönelik sağlıklı öneriler geliştirilebilmesine olanak sağlayacaktır. Teşhisin etkilerini belirleyen faktörler; teşhisi kimin açıkladığı, teşhisin açıklanma şekli, yeri

ve zamanı, teşhis açıklanırken ve bilgilendirme yapılırken kullanılan dil, meme kanseri teşhisi konulduğunda meme kanseri ve tedavisi hakkındaki bilgi düzeyi, meme kanseri ve tedavisi hakkında bilgilendirme, kadının teşhisi öğrendiğinde tanıdığı insanların varlığı, teşhis öncesinde meme kanseri olmuş birini tanımak, teşhis öncesinde meme kanseri ve tedavisi hakkında sahip olunan yargılar vb. olarak sıralanabilir.

Hastalığın erken teşhis edilmiş olması teşhisin etkisini hafifletebilir. Erken teşhis tedavinin başarıya ulaşması konusunda en önemli belirleyicilerden birisidir. Erken teşhis konusunda kişilerin kendilerine ve sağlık çalışanlarına önemli görevler düşmektedir. Bir katılımcı erken teşhis ile ilgili olarak şunları ifade etmiştir;

'Erken teşhis bizim avantajımızdı. Doktor şüphelenmişti. Doktor da bizim mahalle doktoru, 'hemşire hanım ben 10 kişiyi gönderiyorum 9 unda hiç bir şey çıkmıyor ama 1 kişide çıkınca erken yakalamış olmanın sevincini yaşıyoruz' dedi. 'Bir götür göster' dedi. Biz de götürdük gösterdik baktı bir ay sonra bir daha bakalım dedi. Anlattım ya biraz önce bir ay sonra yaptığımız zaman biraz daha büyüdüğünü gördük. Doktor hemen isterseniz hemen ameliyatı yapabiliriz dedi.' (K-16, 42).

Tüm çabalara rağmen hastalığın erken teşhis edilememiş olması geç kalındığı düşüncesinden dolayı endişe ve korkuya neden olmaktadır. Düzenli olarak kontrollerini yapmalarına rağmen meme kanseri hastalığının önceki tetkik ve kontrollerde bulunamaması ve geç teşhis edilmiş olması katılımcılar ve eşlerini rahatsız eden bir durumdur.

'Ama şöyle söyleyeyim; o hastalık çıktığından beri diğer bütün evrelerde hiçbir hastalığa biz rastlamadık. Sadece bize ilk gelen patolojik raporda bu hastalığın olduğu teşhisi konuldu.' (K-13, 47).

'Eşim önce elinde bir kitle hissetti hemen hastaneye gittik. Altı ay boyunca yağ bezesi olduğu, önemli bir şey olmadığı söylendi. Ardından hastane değiştirdik ve doktor küçük bir biyopsi ile teşhisi koydu. Önce yağ bezesi denmesi doktorun fark etmemesi beni çok kızdırdı. Ama duyduğuma göre önce yağ bezesi olup sonra kansere dönüştüğü de olabiliyormuş. Doktor belki de o yüzden fark edememiştir. Ama biyopsiyi hemen yapsaydı biz rahat ederdik.' (K-4, 44).

Araştırma kapsamında yapılan görüşmelerin hepsinde teşhisi hasta ve eşine açıklayan meslek elamanının doktor olduğu tespit edilmiştir. Doktorlar hastanın

ihtiyacı olan bilgiyi sağlamak suretiyle hastanın kendisini iyi hissetmesini sağlayabilirler.

'Tabi doktorların sizi sakinleştirmesi çok ihtiyaç dâhilinde oluyor. İyi bir şey söylediği zaman tabi hastanın hemen duygusal yönleri değişiyor, psikolojisi iyi oluyor, bu çok önemli.' (K-18, 47).

Bazı katılımcılar doktorların teşhisin açıklanması konusunda yetersiz kaldığını düşünmektedirler. Doktorların teşhis açıklama konusunda yetersiz olmalarının nedenleri; teşhisi tıbben açıklamaları, kadın ve eşinin insani yönünü göz ardı etmeleri olarak ifade edilebilir. Buna ek olarak katılımcılar teşhisin kendilerini rahatlatabilecek ve teşhise hazırlayabilecek bir meslek elamanı tarafından açıklanmasının faydalı olabileceğini ifade etmişlerdir.

'Doktor açıkladı başka bir meslek elamanı yoktu. Şimdi doktor açıkladı ama doktor tıbben açıklıyor, doktorların açıkladığı olayı tabi bizim idrak etmemiz biraz daha zor oluyor. Dediğiniz gibi bu arada bir psikolog olsaydı ya da sosyal hizmet uzmanı olsaydı onlar açıklasaydı belki daha farklı karşılayacaktık. Hani doktorlar da bu olayı açıkladı ama onlar tıbben açıklıyorlar.' (K-16, 42).

'Keşke bir psikiyatri eşliğinde, hastayı hazırlayarak söylenseydi. Örneğin bir laboratuvar görevlisinin eşim için 'vah çok gençmişsin' demesi bile onun moralini bitiriyor.' (K-4, 44).

Zıt gruplar arasında eşitsiz güç ilişkilerinden kaynaklı olarak, birinin diğeri üzerinde baskın olması (örneğin; doktorların hasta ve yakınları üzerinde) durumunu; ırk, sınıf, yaş, toplumsal cinsiyet, cinsel yönelim gibi sosyal ayrışmalara sebep olan kavramlarla açıklanabilir (Dominelli, 1998: s. 5-6). Aşırı eşitsiz güç ilişkisi hak temelli bir hizmet sunumunun önüne geçmektedir. Hatta 'güçsüz' tarafı mağdur etme derecesine varan olumsuz sonuçlar doğurabilir.

Doktorların tutumları, kadın ve eşini hastalık karşısında ve tedavi sürecinde güçlendirebileceği gibi tam tersi bir etki yaratarak onların moral-motivasyonlarını düşürebilir. Doktorların teşhis karşısında endişeye kapılan, korkan, ne yapacağını bilemeyen kadın ve eşine destek olması beklenmektedir. Bazı katılımcılar doktorların kendilerini rahatlatması bir yana daha da korkuttuklarını ifade etmişlerdir.

'...Bir de doktorlar iki üç gün sonra gelseydin kanser olacaktın iyi ki almışız gibi bir şey söylemişler bu hiç uygun değil. Daha motive ederek değil de 'annende var mı ailende var mı?' 'annemde var' deyince direk

kanser kategorisine koymuşlar, 'sen de olabilirsin' demişler sadece profesör doktor 'annen kanser diye sen de olacaksın diye bir şey yok' demiş. 'Sadece moralini yüksek tutacaksın' demiş, baya bilgi vermiş diğer doktorlar onun gibi davranmıyormuş. Ameliyattan sonra diğer göğsüne atmış, eşim doktora 'ne yapmam lazım falan' demiş, doktor; 'ne yapacaksın ki zaten diğer göğsüne de atmış, büyümemiş büyürse alacağız' demiş. Baştan savıcı davranmışlar yani sonuçta eşim o korku ve heyecanla soru soruyor yanlış mı anladım diye tekrar tekrar soruyor, küçümser gibi 'ne var hastalığını biliyorsun' gibi cevaplar vermiş onu gönderiyim de sıradaki hastayı alayım diye düşünüyor. İlgili değiller motive etmiyorlar.' (K-15, 42).

Teşhisi kimin açıkladığı büyük ölçüde teşhisin açıklanma şekli, yeri ve zamanını da tayin etmektedir. Teşhisin açıklanma şekli, yeri ve zamanı teşhisin etkilerini belirlediği gibi tedavi sürecine de yön vermektedir. Katılımcılar teşhis açıklandığında eşlerinin yanlarında olmaları gerektiğini düşünmektedirler. Doktorun teşhisi açıklarken kadının yalnız olmadığı bir randevuyu gözetmesinin daha sağlıklı olacağını ifade edilmektedir.

'Eşim yalnız gittiği için keşke yanında birisi olduğunda açıklansaydı daha iyi olurdu.' (K-15, 42).

'Eşimden telefonda öğrendim ve eşim yalnızdı. Ben yanına gidene kadar eşim üzüntüden şok geçirebilir, daha kötü şeyler olabilirdi.' (K-4, 44).

Bir kişiye hayatını önemli derecede etkileyecek, belki de hayatını kaybetmesine sebep olacak bir durumu açıklarken azami özenin gösterilmesi gerekmektedir. Bu özenin gösterilmediğinden rahatsız olan katılımcı bu konuyla ilgili beklentilerini şöyle dile getirmiştir:

'Biyopsi sonucu geldiğinde, beni aradılar. Zaten on beş gün bekledik. Biyopsi sonucu geldi gelin alın diye. Biz gittik saat üçtü gittiğimizde. Doktor ameliyattaydı. Ondan sonra saat beşe kadar bekledik ameliyat kapısında. Doktor çıktıktan sonra gösterdik, sonra o da hemen ulu orta yerde etrafımız dolu insan ameliyatta bekleyen hastaların yakınları var, çok kişi vardı. Biz yalnız değildik. Hemen o milletin içinde veya hani bizi odaya götürerekten odaya götürüp konuşmadı. Yani öyle hemen pat diye eşimin yüzüne karşı, yani biraz daha böyle açıklayarak, biraz daha rahatlatarak söyleyebilirdi.' (K-12, 37).

Doktorun direk kadın ve eşinin yüzüne karşı 'kansersin' 'meme alınır' gibi ifadeler kullanması onların hastalık karşısında dezavantajlı konuma geçmelerine

neden olmaktadır. Bu nedenle doktorların teşhisin açıklanma şekline dikkat etmeleri gerekmektedir. Kadınları ve eşlerini güçsüz düşürecek ifadelerden kaçınmalıdırlar.

'İlk ultrason sonucunda doktor direk 'kanser meme alınır' dedi çok üzüldük.' (K-14, 35).

'Önceden hasta üzülmeyin diye yakınlarına söylenirdi, şimdi o kadar sıradanlaştı ki durum sanki; 'hadi kansersin git tedavi ol' gibi. Ailesine açıklanması daha doğru olurdu, aile en azından hastayı hazırlayabilirdi.' (K-4, 44).

Teşhisin açıklanma şekliyle ilgili başka bir husus ise teşhisin önce kadının kendisine mi yoksa akrabalarına mı açıklanmasının sağlıklı olacağıyla ilgilidir. Teşhisin kadının bir akrabasına açıklanması gerektiğini savunan katılımcılar, bu yolla; kendilerinin, eşlerini teşhise hazırlayacaklarını, onların teşhisten daha az etkileneceklerini belirtmektedirler.

'Ben şeye karşıyım, işte hastanın kendisine söyleme, ona karşıyım. Hasta hastalığını bilecek, bilecek ki kendini ona göre... Zaten sonrası destek amaçlı... İyi ki bana söylenmiş. Çünkü direk eşim olmuş olsa farklı olurdu. Benim söylemem daha farklı, ben şunu söylüyorum, ama gittiğim zaman yanına anlatıyorum. İşte moralini bozma, biz arkadayız, yanındayız, aile olarak, hekim olarak, doktor olarak ama tabii bunun Allah'tan gelen bir hastalık olduğunu sonuçta kanserin hani bu tür hastaların hiç bir şansı yoktur ki şundan dolayı oldu da şöyle oldu deme şansınız yok. Sigara içen insan da gırtlak kanseri oluyor içmeyen de ama içenin olma şansı daha yüksek.' (K-5, 48).

Teşhisin açıklanması bir süreci kapsamaktadır. Bu süreç içerisinde doktorlar bir takım tetkikler ister ve bunların sonuçlarını değerlendirir. Genellikle kademe kademe ilerleyen bir süreçtir. Teşhisin açıklanması anına kadar geçen süre içerisinde kadınlar ve eşlerinin teşhise hazırlanacak şekilde bilgilendirilmesi teşhisin açıklanması anında onların yaşaması muhtemel korku, şok, üzüntü ve endişe gibi hislerin şiddetini düşürecektir. Bu konuda bir katılımcının ifadeleri şu şekildedir:

'Teşhisi şöyle zaten kademe kademe ilerlerken üç aşağı beş yukarı hazırlanıyor, şekil oluşuyor. Örnek veriyorum; ilk mamografi çekildiğinde doktor ya burada bir şey var şüpheleniyorum demişti gönderdi, gönderdiğim 10 kişinin 9 unda bir şey çıkmıyor ama 1'inde de bir şey çıktığı zaman mutlu oluyoruz dedi. Çünkü başında yakalamışız bu olayı. Öyle deyince bizde de olur mu diye şüphelendik. Ondan sonra doktor bir ay sonra bir daha çekelim dediği zaman, bir ay sonra gittiğimiz zaman, bunda bir şey var patoloji yapalım deyince şüpheler

biraz daha artıyor, dolayısıyla hazırlık yavaş yavaş gelişiyor.’ (K-16, 42).

Doktorların teşhis açıklanırken özen göstermeleri gereken başka bir önemli nokta ise çiftlerin akıllarında soru işaretlerine, bilinmezliklere yer vermemektir. Hastalık ve tedavisiyle ilgili bilinmeyenler kadınlar ve eşlerinde ciddi endişelere yol açabilir. Bu durum tedavi sürecine olumsuz yansiyabilir. Çiftleri bilgilendirirken ihtiyaçları doğrultusunda, uygun bir yolla bilgilendirmeye özen gösterilmelidir. Aksi takdirde aşağıdaki gibi olumsuz durumlarla karşılaşılabilir.

‘Küçük bir kitle var onu alacağız dedi. Sonra eşimi dışarı çıkardı bana ve eşimin babasına söyledi dikkatli olunması gerekiyor dedi, acil bir şekilde ameliyat olması gerekiyor dedi. Eşim üzüldü geldi bana yalvarmaya başladı; doktor sana ne söyledi kanser miyim, göğsümü kesecekler mi falan filan? Ben de dedim yok.’ (K-24, 38).

‘Bilmediğiniz bir şeyle sonu belli olmayan neyle karşılaşacağınızı bilmediğiniz bir durumla karşı karşıyasınız ve sonucun ne getireceğini bilmiyorsunuz, bir belirsizlik var. O yüzden ben kendi adıma kaygılandım ama eşim daha fazla kaygılandı.’ (K-23, 33).

Bilgilendirme yapılırken kadın ve eşinin hazır olma durumu gözetilmelidir. Teşhisin açıklanması konusunda doktorları yetersiz gören katılımcılar; teşhisi öğrendiklerinde kendilerinin travma yaşadıklarını, o an kendilerinde olmadıklarını bu nedenle hastalık ve tedavisi hakkında daha sonra bilgilendirme yapılması gerektiğini ifade etmektedir. Bu nedenle teşhisin açıklanması sürecinin kadın ve eşi açısından en az sarsıcı şekilde gerçekleşmesine dikkat edilmelidir.

‘Ben bu konuda da doktorları çok suçluyorum, palas pandıras alelacele bize öyle bir anlatıldı ki hemen işte alınması lazım hemen tedavi başlanması lazım bu illet ilerliyor... Ben doktorları bu konuda biraz yetersiz görüyorum. Doktorlar bu konuda bana göre çok eksikleri var. Oysa ki karşıdaki insan bir travma yaşıyor; şuan düşünsenize ben doktorum siz hastasınız bana gelmişsiniz diyorum ki Cihan bey siz şu illet hastalığa yakalandınız. O an nasıl bir hayal gözünüzün önünden geçiyor ve ben size diyorum ki hemen şimdi başlayalım şu işe gidelim şu işi yapalım. O yeri ve zamanı orası değil onun. Dersin ki böyle böyle hastaya izah edersin anlatırsın uygun bir zamanda gelin bu konuyu daha detaylı konuşalım şuan kendiniz de değilsiniz. Ama onlar öyle demiyorlar. Onlar diyor ki hemen 5-6 seans kemoterapi olacak, saçların dökülecek şöyle olacak böyle olacak hemen sanki olayı böyle yangından mal kaçırmak gibi alelacele... Doktorların ben bu konuda hiç iyi bir uzmanlık alanı olduğunu zannetmiyorum.’ (K-13, 47).

Teşhis açıklanırken ve bilgilendirme yapılırken kullanılan dilin anlaşılır olması; kadın ve eşinin tedavi sürecinde yapılacak ve sonrasında karşılaşılabilecekleri olası durumları anlamalarına dolayısıyla tedavi sürecine ve karar alma mekanizmasına aktif bir katılım sergilemelerini sağlayacaktır.

'Gayet anlaşılır bir dil ve karşılaşılabileceğimiz riskleri anlatarak bize süreci özetlediler. Sonrasında zaten o kaygıyı üstümüzden attık.' (K-23, 33).

'Tıbbi terimlerle doluydu, anlayamıyorduk sorduğumuz zaman yine aynı şekilde ilgisiz baştan savma cevaplar veriyorlardı.' (K-15, 42).

Katılımcılar bilgilendirmenin yanı sıra teşhisin açıklanması anında eşlerinin yanında birilerinin olması, özellikle de kendilerinin olmasının onlara güç verdiğini ifade etmektedir. Eşlerin sağlayacağı destek, motivasyon, moral, güven ile kadınların meme kanseri teşhisinin yarattığı baskının üstesinden daha kolay geleceği düşünülmektedir.

'En azından bir tutunacak dal olarak görmüştür diye düşünüyorum. Benim yanında olmam onun kendini daha güçlü hissetmesini sağlıyor. Çünkü o duygu büyük hüznü bir duygu yani o teşhisi almak o hastalığın kendisine söylenmiş olması.' (K-2, 48).

Katılımcıların çalışmak zorunda olmaları, eşlerinin tedavi sürecine katılımını olumsuz etkileyen önemli unsurdur. Bu durum hem katılımcıları üzmemekte hem de eş desteğinden mahrum kalan kadınların hastalık karşısında kendilerini güçsüz hissetmelerine neden olmaktadır.

'Yani bütün dönemlerde değil de elimizden geldiği kadar. Sonuçta Türkiye de yaşam şartları zor istediğiniz zaman her şeyi yapamıyorsunuz.' (K-15, 42).

Teşhis öncesinde meme kanseri tedavisi alan birini tanımak ve onun tedavi sürecine tanık olma kadın ve eşi üzerinde olumlu veya olumsuz etkiler bırakabilir. Tedavi sürecine uzaktan da olsa tanık olmak; eşlerin tedavi süreçlerine yönelik çıkarım yapmalarını dolayısıyla önlerini görerek belirsizlikten kaynaklanan endişelerini ortadan kaldırmalarını sağlayacaktır. Teşhis öncesinde meme kanseri tedavisi gören birini tanıyan olmak tecrübe ve bilgi kaynağı olmasının yanı sıra meme kanseri tedavisi olan kadının olumsuz deneyimleri teşhis açıklandığında eşleri

negatif olarak etkileyecektir. Bu durum benzer bir şekilde eşleri dezavantajlı konuma getirebilir.

'Tabi bizim başımıza gelmesi bizi biraz etkiledi. Duygusal olarak baya bir etkilendi, üzüldü. Ama bu tedavi sürecini fazla etkilemedi. Yani onun üstesinden geldik. Çünkü önümüzde de bir hastalık olduğu için akrabamızda, sürecin nasıl işlediğini ufak tefek biliyorum yani. Akrabamızın bu hastalığa yakalanması tecrübe gibi oldu bizim için.' (K-18, 47).

'Kısa bir süreliğine bir bunalıma girdi. Belki de daha önce annesinde bu durumu yaşadığını bilmeseydi, o olmuş olmasaydı belki o kadar olmayacaktı. Ben kendisine güveniyorum, dirayetlidir, güçlü şeyle karşılar. Ama annesinin bir iki yıllık bu hastalıkla olan bir sağlık sorunu olduğu için bunlardan dolayı kendisinde bu biraz şey yarattı psikolojik olarak baskı yarattı ama bu tabi ki uzun sürmedi on on beş gün sonra bu durumu atlattı normal hayatına geri döndü.' (K-15, 42).

'Biz açıkçası böyle bir olayla karşılaşacağımızı tahmin etmemiştik, çünkü eşim o zaman 41 yaşındaydı. 41 yaşındaki bir insanın böyle bir şeyle karşılaşması, bir de çevremizde de yok. Çevremizde de olmadığı için, birden eşimden yaşça büyük olan insanlar da vardı onlarda da karşılaşmadığımız için piyangonun bize vurmuş olması bizim için hem talihsizlik hem de böyle bir şey beklemiyorduk açıkçası.' (K-16, 42).

Teşhisin eşler üzerindeki etkisinin başka bir belirleyicisi de hastalığın ismidir. Söz konusu kanser hastalığı olunca, her ne kadar meme kanserinin tedavi oranları yüksek olsa da 'kanser' teşhisi almak katılımcı ve eşini demoralize etmektedir.

'Biraz moral bozukluğu yaşandı tabi. Kanser cümlesi zaten olumsuzdur.' (K-6, 46).

Katılımcıların teşhis karşısında güç almak amacıyla başvurdukları başka bir alan ise tinselliktir. Katılımcılar hastalığın Allah'tan gelen bir şey olduğu için nispeten daha kolay kabullendiklerini ve tedaviye koyulduklarını dile getirmişlerdir. Hastalık karşısında güçsüz olduğunu hisseden katılımcılar kendilerinden daha güçlü yaratıcıya sığınarak hastalığın kendileri üzerindeki etkilerini hafifletmeye çalıştıklarını dile getirmişlerdir.

'...bazı şeyi de kabulleneceksin yani Allah'tan gelen şeyi de kabulleneceksin. Ama kabullenirken de bir kenar da oturmayacaksın. Eğer şimdi bir insanın başına musibet bir hastalık geliyorsa Allah'ım senden geldi başımızın üstünde yeri var dedik. Ama tedavisine de koşuşturduk, bir yere kadar insanın eli güce ulaşır eğer bir yerden sonra

müdahale olmuyorsa ona da rıza göstermek zorunda kalıyorsun.’ (K-1, 47).

Kanserin tedavisinin olması katılımcıları rahatlatan bir unsurdur. Hastalıklar insanların sağlıklarına yönelik tehdit oluşturmaktadır. Hastalığın türü, tedavisinin olup olmaması, sonuçları; insanların hastalıktan etkilenme oranlarını, hastalıklar hakkındaki düşüncelerini etkilemektedir. Meme kanseri hakkında bilgi sahibi oldukça katılımcıların hastalık hakkındaki korku ve endişeleri azalmakta, hastalığı yenmeye dair inançları artmaktadır.

‘Rahatlattı yani ne kadar doğru bir sözdür bilemiyorum ama hani kan kanseri olan da var dedik bu daha hafiftir dedik. Başarılabilir, yenilebilecek bir hastalık dedik. Böyle kendimizi motive ettik.’ (K-3, 36).

‘Yani hastalığın kötü olduğunu bilmekten kaynaklı tabiri uygunsuz bir çöküntü yaşadık. Çabuk atlattık. Çünkü bu hastalık artık grip hastalığı gibi olmaya başladı. Çok kale almamak demeyelim ama panik de yaşamıyoruz.’ (K-6, 46).

Meme kanseri tedavisinin sonuçlarına odaklanan katılımcılar teşhis öncesindeki düşünceleri sorulduğunda uzuv kaybına yönelik düşüncelerini dile getirmişlerdir. Meme kanseri tedavisi sonucunda memenin kısmen veya tümünden alınmasını uzuv kaybı, eksikliği olarak gören katılımcıların kendi eşlerine de yaklaşımlarının bu yönde olacağı düşünülmektedir. Araştırma kapsamında katılımcıların uzuv kaybı konusundaki ‘*eksik kalır-eksiklik*’ gibi düşüncelerini eşlerine yansıtmadıkları, aksine destek oldukları görülmüştür. Bu durumun katılımcıları ikileme bırakacağı, onlar üzerinde baskı yaratacağı ve dahası eşleri ile olan ilişkilerine olumsuz yansıyabileceği düşünülmektedir.

‘Bir insanın hayatını ben yüzdeye bölerdim yani; bir insanda kaç uzuv varsa ona bölerdim atıyorum yüzde onunu kaybetmiş diye düşünürdüm hayatının.’ (K-15, 42).

‘Kadının en güzel görünümüyle ilgili olarak aksesuar gibi tamamlayan bir uzvun kaybedilmesiydi yani bunu biliyordum ama şimdi artık böyle şeyler yapılmıyor.’ (K-13, 47).

Teşhis öncesinde meme kanseri birini tanımış olsun ya da olmasın katılımcılar genel olarak meme kanseri hastalığını bizzat deneyimlemeden tam olarak neler yaşandığını, neler hissedildiğini anlamının zor olduğunu dile getirmişlerdir.

'Tabi ki de insan üzüliyor. Başımıza gelmeden bilmiyorduk. Nedir ne değildir yani tedavinin. Tedaviden sonra ne kadar zorlu bir süreç olduğunu gördük. Yaşadık, gördük.' (K-12, 37).

'Yoktu kimse zaten insan yaşamadan bilmiyor, laylaylom geliyor ama çok zor.' (K-2, 48).

4.2.3. Teşhis Sürecinde Eş İlişkileri

Teşhisin meme kanseri katılımcılar ve eşleri üzerinde etkileri olduğu kadar birbirleriyle kurdukları ilişkilerine ve katılımcıların bu ilişkideki rollerine de etkileri vardır. Katılımcılar meme kanseri teşhisi alan eşlerinin kendilerine yönelik davranışlarının değiştiğini, eşlerinin kendilerinden uzaklaştığını, davranışlarının çok değişken olduğunu, iletişim kopukluğu yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

'Teşhisten önceki durumun tam zıttı oldu. Ne bileyim size karşı bir sevgi gösteriyor, teşhisten önce normal ama teşhisten sonra tam sıfıra inmiyor ama çok azalıyor... Beş dakikası beş dakikasına uymuyor. Ben de ne söyleyeceğimi bilemiyorum.' (K-10, 38).

'...Yani mutlaka olumlu olmuştur. Ama dediğim gibi eşim bu konularda çok fazla konuşmadığı için o esnada, şunu da belirtmek isterim biz bu olayı öğrendiğimiz zaman diğer sorularda var mı bilmiyorum belki yeri geldiği zaman şey yaparız ama iletişim bir anda biraz koptu.' (K-16, 42).

Teşhisin katılımcıların eşleri ile kurdukları ilişkilerine etkileri; eşine karşı dikkatli davranma, birbirine yakınlaşma, birbirinden uzaklaşma ve ilişkiye bir etkisi olmaması şeklinde ele alınabilir. Teşhisin açıklanması ile fiziksel olarak bir uzaklaşma yaşansa bile duygusal olarak daha da yakınlaşma yaşadıkları ve eşlerinin kendileri için ne kadar önemli olduğunun farkına vardıkları görülmüştür.

'Şöyle uzaklaşma değil; bedenen uzaklaşma ama duygusal olarak yaklaşma oldu.' (K-2, 48).

'Bence birbirimizi kendimize daha çok bağladı. Eşlerin esasından hayatlarında ne kadar büyük yer tuttuğunu gördük.' (K-23, 33).

'Şöyle bir durum gelişti. Sadece bu tedavinin etkileri ile tabi ki biraz kopukluk oldu kısa bir süre. Biz zaten üç dört ay, ayrı odalarda kaldık. Tabi, işte dediğim gibi bir kopukluk oldu, bir şeylik oldu aslında yani.' (K-12, 37).

Teşhisin katılımcılar üzerinde olumlu etkilerine ek olarak meme kanseri teşhisi alan eşlerine destek olmak amaçlı davranışlarına dikkat etmelerini sağlamıştır. Bu durum tüm süreç boyunca gerekli ve faydalı olacak eş desteğinin başlangıcıdır.

'Değişti, mesela bir şeyde alttan alırsınız ben mesela almazdım öyle olduğu zaman insan ister istemez suyuna gitmeye çalışıyor, tartışmak istemiyor.' (K-7, 41).

'Hastalık konusunda düşüncelerimi direk paylaşmıyorum, yani düşünüyorum acaba üzmeden nasıl söyleyebilirim diye ama diğer konularda açığım. Hastalık dışında her şeyi doğrudan söyleyebilirim, hastalık konusunda da üzmemek için öyle davranırım.' (K-10, 38).

Teşhis açıklandıktan sonra eşinden ayrılmayı düşünüp düşünmedikleri sorulduğunda katılımcıların verdikleri cevaplar aşağıdadır. Araştırma kapsamında zaten hastalık öncesinde ayrılmayı düşünen bir katılımcı dışında bütün katılımcılar teşhis açıklandıktan sonra eşlerinden ayrılmayı düşünmediklerini ifade etmişlerdir. Ayrılmayı düşünmeyen katılımcıların gerekçeleri ise; eşe duyulan sevgi, aile olmak, çocuklarının annesi olması, evlenirken verilen 'hastalıkta ve sağlıkta' sözü, inanç gereği, birbirinin değerini anlamak şeklinde sınıflandırılabilir.

'Hayır kesinlikle. Eşimi seviyorum.' (K-1, 47).

'Sadece sevgi değil, hem ailem hem çocuklarımın annesi hem bizim kurmuş olduğumuz bir düzen var yani yıllardan beri ölüm Allah'ın emri o ayrı bir şey ama böyle bir durumda ben zaten bırakmam, bırakamazdım da zaten. Madem birbirimize zamanında söz verdik 'hastalıkta ve sağlıkta'.' (K-2, 48).

'Hayır, dini inanç olsun eşime olan inancım olsun, kendime çocuklarıma olan inancım olsun yani bir sürü etken var. Hani bir insanın sağlığında hayatını sürdürüyorsun ilişkini devam ettiriyorsun da hastalıkta neden bitiriyorsun. Az önce de söyledim ya bizde ancak kefenle çıkar kötü bir şey olmadığı sürece, ciddi bir suç olmadığı sürece bizde öyledir yani.' (K-11, 43).

'...Artık yavaş yavaş birbirinizin daha değerli, birbirinize daha ihtiyacınız olduğunuzu hissediyorsunuz ve orada olay bitiyor zaten. Bir musibet bin nasihatten iyidir derler. İnsanın başına gelmedikçe anlaşılmaz.' (K-5, 48).

Meme kanseri geçiren kadınların eşlerinin de bir takım duygusal ve psikolojik sorunlar yaşadığı bilinmektedir. Ayrıca meme kanseri sadece hasta ve eşine değil eş ilişkilerine de yük oluşturmaktadır. Meme kanserinin çiftlerin boşanmasına veya

ciddi evlilik problemleri yaşamasına neden olduğuna dair endişeler olmasına rağmen, araştırmalar gerçeğin böyle olmadığını göstermektedir (Northouse, Cracchiolo-Caraway ve Pappas Appel, 1991: s. 218).

Tedavi sürecine katılımlar ya da katılmasınlar bütün meme kanseri tedavisi gören kadınların eşleri tedaviden bir şekilde etkilenmektedirler. Bu etki kimi zaman duygusal veya psikolojik olarak, kimi zaman yeni rol ve sorumluluk olarak kendini göstermektedir. Tedavinin bireysel olarak eş ve kadın üzerindeki etkilerinin yanı sıra ortak yürüttükleri ilişkilerine de etkisi açıktır.

Teşhis açıklandıktan sonra ilişkideki rolleri sorulan katılımcılar; teşhisin açıklanmasıyla karşısında demoralize olan eşlerine destek olduklarını, moral ve motivasyon verdiklerini, maddi açıdan desteklediklerini, ailelerini bir arada tutup idare ettiklerini belirtmişlerdir.

'Ben ama bu tedavi sürecinde ne gerekiyorsa şey yapıyorum, elimden geldiği kadar yardımcı oluyorum destek oluyorum manevi destek. Şifa Allaktan.' (K-1, 47).

'...Çünkü zaten hani aile reisi aile babası olarak herkesin benden güçlü bir baba güçlü bir eş beklentisi vardı. Böyle başlamıştık böyle devam etti. Bu da bence iyi oldu.' (K-3, 36).

'Her zaman yanımdaydım ama öncelik daima eşimin düşüncesi idi, çünkü psikolojik olarak sürekli motive etmeye hazırlamaya çalışıyordum, farklı bir fikir farklı bir düşünce ortaya attığım zaman biraz daha tepki göstereceğini düşündüğüm için çok da bir şey yapmıyorum.' (K-16, 42).

Katılımcıların ailelerinin geçimini ve tedavi sürecinin masraflarını karşılayabilmek adına çalışmak zorunda oldukları görülmüştür. Tüm tedavi süreçlerinde eşinin yanında bulunması gerektiğini düşünen bir katılımcı evi geçindirmek ve eşinin tedavisine devam edebilmesi için çalışmak zorunda olduğunu ifade etmiştir.

'Devamlı yanında olmam gerekir bütün adımlarında yanında olmam gerekir hastanede olsun tedavi sürecinde olsun yani bu sürecin yüzde yüzünde hatta yanında olmam gerekir ama dediğim gibi çalışma dönemi bu süreçteki geçim sıkıntısı, bu geçimi sağlamak için çalışmak gerekir, para gerekir. Bunu da benim gidermem gerekiyordu hayliyle o dönemlerde ben yanında olamadım. Ne kadar bir moral desteği lazımsa bir o kadar da maddi destek lazım. Bu maddi desteği de benim karşılamam lazım ikisi bir arada olmuyor.' (K-15, 42).

Katılımcılara birden fazla seçeneği işaretleyebilecekleri kapalı uçlu sorular sorulmuştur. Bunlardan ilki; teşhis öncesinde eşlerinin kendilerine karşı sergiledikleri tutum ve kendileriyle kurdukları ilişki tarzını karşılayan seçeneklerin hangileri olduğuyla ilgili bir sorudur. Katılımcıların verdikleri cevaplara göre 24 katılımcıdan 23'ü mutlu, hoşgörülü, 22'si umutlu, etkin, 21'i sevecen, anlayışlı 20'si bağımsız, 1'i mutsuz, umutsuz, hoşgörüsüz, 7'si agresif, 2'si pasif, 4'ü bağımlı, 3'ü anlayışsız, 6'sı tepkili, suçlayıcı olarak eşlerinin kendilerine karşı sergiledikleri tutum ve kendileriyle kurdukları ilişki tarzını ifade etmişlerdir.

Katılımcıların teşhis öncesinde kendilerinin eşlerine karşı sergiledikleri tutum ve eşleriyle kurdukları ilişki tarzı sorulduğunda; 24 katılımcıdan hoşgörülü, anlayışlı, 23'ü mutlu, 22'si umutlu, etkin, 23'ü sevecen, 21'i bağımsız, 1'i mutsuz, umutsuz, pasif, 5'i agresif, suçlayıcı, 4'ü bağımlı, 8'i tepkili olduğunu ifade etmiştir. Katılımcılardan hiç biri kendilerinin eşlerine karşı sergiledikleri tutum ve eşleriyle kurdukları ilişki tarzının hoşgörüsüz ve anlayışsız olduğunu ifade etmemiştir.

Katılımcılara teşhis öncesinde eşlerinin ilişkileri hakkında hissettikleri sorulduğunda; 22'si rahat, umutlu, mutlu, gerekli, yeterli, 23'ü istekli, faydalı, ilişkisine olan inancının devam ettiğini, ilişkisinin gerçek bir ilişki olduğunu düşündüğünü, 1'i umutsuz, mutsuz, isteksiz, gereksiz, faydasız, ilişkisine olan inancını yitirmiş, 4'ü ilişkisinin yapmacık bir ilişki olduğunu düşünen, 2'si yetersiz, olduğunu ifade ederken hiçbiri eşlerinin teşhis öncesinde kaygılı, olduğunu belirtmemiştir.

Katılımcılara teşhis öncesinde ilişkileri hakkında hissettikleri sorulduğunda; 23'si rahat, umutlu, mutlu, faydalı, ilişkisine olan inancının devam ettiğini, 22'si istekli, gerekli, yeterli, 20'si ilişkisinin gerçek bir ilişki olduğunu düşündüğünü, 4'ü ilişkisinin yapmacık bir ilişki olduğunu düşünen, kaygılı, 1'i umutsuz, mutsuz, isteksiz, gereksiz, faydasız, ilişkisine olan inancını yitirmiş olduğunu ifade ederken hiçbiri ilişkisinin yetersiz olduğunu belirtmemiştir.

Katılımcılara teşhis öncesinde eşlerinin duygu ve düşüncelerini kendileriyle paylaşımı konusunda nasıl bir tutum sergiledikleri sorulduğunda; 20'si açık, 23'ü samimi, dürüst, doğrudan, 22'si etkin, 17'si dikkatli, 1'i dolaylı, pasif, içten pazarlıklı, dürüst olmayan, 4'ü tepkili, suçlayıcı, 5'i dikkatsiz, 18'i minnettar, 3'ü

açık olmayan olarak ifade ederken hiç biri eşinin bir şey hissetmiyormuş gibi ve duygu ve düşüncelerini kendisi ile paylaşmadığını belirtmemiştir.

Katılımcıların duygu ve düşüncelerini eşleri ile paylaşırken sergiledikleri tutum sorulduğunda; 23'ü açık, doğrudan, 24'ü samimi, dürüst, 21'i etkin, minnettar, 20'si dikkatli, 1'i dolaylı, pasif, dikkatsiz, açık olmayan, bir şey hissetmiyormuş gibi, 2'si tepkili, 3'ü suçlayıcı olduklarını ifade ederken hiç biri içten pazarlıklı, dürüst olmayan, duygu ve düşüncelerini eşiyile ile paylaşmayan bir tutum sergilediklerini ifade etmemiştir.

Katılımcılara teşhis öncesinde ilişkilerindeki rollerinin ne olduğu sorulduğunda; 22'si eşine duygusal yönden destek olan, eşinin sevgi ihtiyacını karşılayan, 24'ü eşine maddi açıdan destek olan, eşini çevreden gelebilecek olumsuz etkilerden koruyan, 21'i eşini yalnız bırakmayan, 20'si eşinin gündelik hayattaki sorumluluklarını yerine getiren, 23'ü eşinin sorunlarının üstesinden gelmesine destek olan, 1'i eşinin sevgi ihtiyacını karşılamayan, eşinin duygusal ihtiyaçlarını karşılayamayan olarak ilişkilerindeki rollerini ifade etmişlerdir.

Katılımcıların kapalı uçlu sorulara verdikleri cevaplar doğrultusunda; genel olarak olumlu seçenekleri ifade ettikleri bu nedenle ilişkilerinin teşhis öncesinde büyük oranda sorunsuz olduğu ve yolunda gittiği şeklinde yorumlanabilir.

4.2.4. Psiko-Sosyal Destek İhtiyacı

Teşhisin etkilerine yukarıda yer verilmişti, katılımcılar ve eşlerinin bu etkilerin üstesinden gelerek tedaviye devam etmeleri ve iyileşmeleri için bazen birlikte mücadele etmeleri yeterli olmayabilir ve çeşitli alanlarda desteğe ihtiyaç duyabilirler. Katılımcıların ifadelerinden yola çıkarak psiko-sosyal desteğe ihtiyaç duyduklarını söylemek mümkündür.

Meme kanseri tedavisi gören kadın ve eşinin psikolojik kaygı ve acılarını azaltmak, ölümcül hastalıklarla yüzleşmesini kolaylaştırmak, tedaviye uyumunu sağlamak, yaşam kalitesini arttırmak, duyguların ifadesine yardımcı olmak, mücadele ve yaşama gücünü arttırmak, hastalığın yarattığı çok yönlü krizle sağlıklı baş etmeye

yardımcı olmak için psikososyal desteğe ihtiyaç vardır (Ülger, Alacacıoğlu, Gülseren, vd., 2014: s. 90).

Katılımcılar, meme kanseri teşhisi alan eşlerinin sağlıklarını veya hayatlarını kaybetme riskleri ile karşı karşıya olmalarının kendi üzerinde baskı yarattığını; kendilerinin ise eşlerini kaybetme korkusu yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Teşhisin açıklanmasından itibaren katılımcılar ve eşleri, sonucu henüz belli olmayan bir sürece girmektedirler. Bu bilinmezlik katılımcılar ve eşlerinde bir takım psikolojik ve duygusal sıkıntılara neden olmaktadır. Katılımcılar eşlerinin meme kanseri teşhisi almış olmalarından kaynaklı olarak psikolojik desteğe ihtiyaç duyduklarını ifade etmişlerdir.

'Eşim rahatlasın diye ameliyattan önce psikoloğa gittik, bir iki hap verdi, rahatladı faydası oldu.' (K-8, 46).

'Duygusal anlamda desteğe ihtiyaç oluyor. Psikiyatriste gittik. Yaşam koçundan destek aldık. Rahatlıyorduk. Konuştukça güç alıyordum.' (K-4, 44).

Herhangi bir destek almayanlar, bu ihtiyaçlarını başka yollarla gidermeye çalışmışlardır. Eşinin psikolojik desteğe ihtiyaç duyduğunu düşünen bir katılımcı eşinin psikolojik destek almak yerine bu ihtiyacını başka bir şekilde karşılamayı tercih ettiğini ifade etmiştir.

'Psikolojik olarak eşimin tedavi görmesini istedim daha kolay atlatsın diye ama kendisi istemedi. Ben dedi Kur'an okuyorum dedi o bana yetiyor dedi öyle de atlattı.' (K-5, 48).

Teşhisin kendileri üzerinde yarattığı etkiyle o an psikolojik destek almayı düşünemediğini, psikoloğun kendilerine nasıl yardımcı olacağını bilmediğini ifade eden katılımcılar, psikolojik destek konusunda meme kanseri teşhisi alan eşlerinin ve kendilerinin psikoloğa yönlendirilmesi gerektiğini ifade etmişlerdir.

'O an hiç düşünmedik, hiç aklımıza gelmedi. Ama gitseydik faydalı olacağını düşünüyorum. Çünkü psikolog deyince bizim aklımıza daha farklı, evlilikle ilgili tartışmalar olsun, çocukla olan iletişim olsun bu gibi konularda daha fazla faydalı olacağını düşünürdük ama bu konuda biz hiç aklımıza gelmedi.' (K-16, 42).

'Eşim ilk duyduğunda oldu. Yani bilmiyorum bir rahatlatma, şimdi bize anlatılan herkes farklı anlatıyor ben daha hiç psikoloğa gitmiş birisi

değilim nasıl bir yardımı olabilir diye düşünüyorum da... O anda rahatlatır mıydı acaba? Bir bilgim yok. Yani o anda adam çökmüş o ne anlatacak da, onu normale getirecek, ne yapacak yani ilaç verip uyutursun en fazla yani bilmiyorum mantık olarak bu işe ben baya uzağım meslek olarak da şey olarak da.’ (K-10, 38).

Sosyal destek kanser hastaları için içinde buldukları zor durumları atlatmak adına önemli bir fırsattır. Kanser hastasının ihtiyacına göre çeşitlenen sosyal destek türleri mevcuttur. Sosyal desteğin sağlayıcıları genellikle kanser hastası bireyin eşi, anne-babası, akrabaları, arkadaşları vb. olmaktadır (Işıkhan, 2007: s. 16).

Katılımcılar bu süreçte yalnız olmadıklarını hissetmek, dertlerini birileriyle paylaşarak rahatlamak, birilerinin destek olduğunu görmek istemişlerdir. Manevi desteğin hastalıkla mücadelede bir dayanak oluşturacağını düşünülmektedir.

‘...Tabi ki duyduk. Her ikimiz de duyduk yani yanımızda birilerinin olması, manevi olarak maddi durumlarda yetersiz kaldığımız durumlarda belki destek olabilirlerdi, onu da düşündük. Kendi başımıza halletmeye çalıştık öyle diyeyim. En fazla da manevi destek bekledik. Yanımızda olduklarını hissettirmelerini istedik ama...’ (K-2, 48).

‘...Mutlaka ki oldu. Bir tatlı söze ihtiyacın oluyor. Yani bu iş olur geçer Allah’tan gelen bir şeydir denilince insan rahatlıyor. İçine attığın zaman daha kötü oluyor. Onu da paylaştık çoklarıyla.’ (K-11, 43).

Teşhisin açıklanması sürecinin çok kısa olmasının yanında hemen ameliyat olması gerektiğinin söylenmesi, o an bazı katılımcıların herhangi bir destek talep etmelerini engellemiştir. Bunun yanı sıra katılımcılar kendilerinin yeterli bir sosyal destek sistemine sahip olmaları nedeniyle herhangi bir desteğe ihtiyaç duymadıklarını ifade etmişlerdir.

‘Yani şöyle evet bir hafta içinde gerçekleşti çünkü yani başka bir şeye ihtiyaç da duymadık biz o anda. Öyle bir an önce tedaviye başlanması gerektiği söylendiği için bizim de aklımıza başka bir şey gelmedi.’ (K-2, 48).

‘Manevi desteği birbirimize verdik. Eşimiz dostumuz yanımızdaydı. İhtiyacımız olmadı, boşluğa düşmedik.’ (K-20, 48).

‘Teşhisle ameliyat arası süre kısaydı, ailemiz yanımızda olduğu için gerek kalmadı.’ (K-22, 44).

Başkalarının kendilerine yardımcı olacağına, kendilerini anlayabileceklerine inanmamaları, bazı katılımcıların sorunları kendi çabalarıyla çözmeye çalışmaları destek talebinde bulunmalarını engellemiştir.

'Yok yok yani hiç öyle düşünmedik. Ne bekleyebilirsiniz ki karşıdaki insandan.' (K-13, 47).

'Hem olmadı. Hem de evet kenetlenme konusunda eşim de ben de sadece bizim birbirimize destek olabileceğimizi, dışarıdan gelecek, başka şeylere çok açık olmamız gerektiğine inandık. Çünkü herkes bir şeyler söylediği için bu durumlarda, biz daha çok hekimin dediğine ve biz kendimizin alacağı kararlara yöneldik.' (K-3, 36).

4.2.5. Bilgisel Destek İhtiyacı

Meme kanseri gibi özellikle kadınlarda görülme sıklığı ve ölüm oranları yüksek bir hastalık ile mücadele edebilmek için, devlet, üniversiteler, gönüllü sağlık kuruluşları, toplum, toplumun diğer idari ve sosyal kuruluşları işbirliği yapmak zorundadır. Önemli noktalardan birisi de tüm insanların kanser ve tedavisi hakkında doğru bilgileri edinmelerinin sağlanmasıdır (Kutluk ve Kars, 2001: s. 9).

Teşhis açıklandıktan sonra katılımcılar bilinmezlerle dolu bir sürece girecekleri ve hastalık, tedavisi ve sonuçları hakkında akıllarında birçok soru oluşacağı düşünülmektedir. Katılımcılara teşhis açıklanıp ameliyat olana kadar geçen süre içerisinde ortaya çıkan bilgi ihtiyaçlarını nereden karşıladıkları sorulduğunda; doktorlardan, internet ve sosyal medyadan, çevreden bilgi edinmeye çalıştıkları görülmüştür. Bunun yanı sıra teşhis açıklandıktan ameliyat olana kadar geçen süre içerisinde bilgi edinmek için meme kanseri ile ilgili sivil toplum örgütlerinden bilgi edinme davranışları analiz edilmiştir.

Teşhis öncesinde meme kanseri katılımcıların aklının ucundan bile geçmezken, teşhis sonrasında hayatlarının merkezine yerleşmektedir. Katılımcılar meme kanserinin ne olduğuna, nasıl tedavi edildiğine, tedavi sürecinin nasıl ilerlediğine, hastalık ve tedavisinin etkilerine dair çok geniş bilgi ihtiyacı hissetmektedirler. Katılımcılar doktorlardan alacakları bilginin güvenilir olduğunu düşündükleri için doktorlardan bilgi edinmek istemektedirler.

'Tabi şöyle; meme kanserinin ne olduğu ile ilgili kulaktan dolma bilgiler vardı ama onun dışında çok bir bilgi sahibi değildik. Valla açıkçası,

kendimiz de çok araştırdık ve sonrasında olacaklarla ilgili doktorlar da bizi bilgilendirdi. Ama tabi biz işin derin kısmına inmeden yırtmış olduk biraz. (K-23, 33).

Bilgi edinmek amacıyla kullanılabilecek başka bir kaynak ise meme kanseri ile ilgili sivil toplum örgütleridir. Katılımcıların teşhis alıp ameliyat olana kadar geçen süre içerisinde meme kanseri ile ilgili herhangi bir sivil toplum örgütüne başvurmadıklarını ifade etmişlerdir. Meme kanseri ile ilgili bir sivil toplum örgütüne başvurmadığını ifade eden katılımcıların gerekçelerini; ilgisizlik, bu tür sivil toplum örgütleri hakkında bilgi sahibi olmama, bunlara ihtiyaç duymama, ulaşılabilir olmamaları ve son olarak teşhis ile tedavi arasındaki sürenin kısa olması şeklinde kategorize edebiliriz.

'Hayır, ilgisizlik diyelim dernek var mı böyle bir kurum var mı bilmiyoruz.' (K-7, 41).

'Bilmiyordum öyle bir şey olduğunu. Kimse de bize böyle bir şeyin varlığından bahsetmedi.' (K-3, 36).

'İhtiyacımız olduğunu düşünmedim. Ağır bir hastalık olarak görmüyorum, eşim de aynı şekilde. Çünkü bize söylenen her on kadından sekizinde bu kitlenin olduğu ama iyi huylu veya kötü huylu, çok yaygın bir hastalık olduğu için.' (K-18, 47).

'Çevremizde yakınımızda öyle bir şey yoktu olsaydı kesinlikle başvururduk.' (K-15, 42).

'Fırsatımız olmadı her şey bir hafta içinde oldu.' (K-8, 46).

Alacacıoğlu (2007: s. 24) şubat 2004 ile Ekim 2006 tarihleri arasında, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakóltesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı'nda yatarak ya da ayaktan tedavi merkezinde kemoterapi alan kanserli erişkin hastalar ve hasta yakınları ile gerçekleştirdiği çalışmada 330 hasta ve 330 hasta yakınına hastalık hakkında bilgi edinme yolları sorulmuştur. Verilen cevaplara göre; hastaların % 82'si doktor, % 17'si çevre ve yakınları, % 21'i basın ve TV, % 4'ü internet olarak; hasta yakınlarının % 78,6'sı doktor, % 8,7'si çevre ve yakınları, % 6'sı basın ve TV, % 4,5'i internet olarak bilgi edinme yollarını açıklamışlardır.

Yukarıdaki bahsedilen araştırmanın bulguları bir yönüyle bu araştırmanın bulgularıyla örtüşmekte bir yönüyle farklılaşmaktadır. Örtüşen yön bilgi edinme yollarının benzer olması iken; farklılaşan yön hasta yakınlarının internet aracılığı ile

bilgi edinme oranıdır. Her ne kadar bu çalışma nicel bir teknikle yapılmamış ve oranlar elde etme kaygısı taşımaya da katılımcıların çoğunlukla internet ve sosyal medyayı bilgi edinmek amacıyla kullandıkları aşağıdaki ifadelerden çıkarılabilir.

Doktorlardan ve meme kanseri ile ilgili sivil toplum örgütlerinden ihtiyaç duydukları bilgiyi karşılayamayan katılımcılar internet ve sosyal medyayı; ulaşılması kolay olduğu ve doktorların söylediklerini teyit etmek amacıyla kullandıklarını ifade etmişlerdir. İnternetin günümüzde çok yaygın olması ve meme kanseri dahil hemen hemen her konuyla ilgili bir çok bilgi olması nedeniyle katılımcılar ve eşleri tarafından kullanıldığı görülmektedir.

'En yakın cihaz olduğu için, ulaşılması en yakın ürün olduğu için.' (K-3, 36).

'Bilgiye ihtiyacımız vardı. Neyle karşılaşacağımızı öğrenmek için. Biz burada hastanede yeteri kadar bilgi almıyoruz bundan dolayı. Doktorlar geliyor yazıp gönderiyorlar. Şimdi nedir ne değildir bunları bilmiyoruz bu yüzden internette öğreniyoruz.' (K-12, 37).

İnternet ve sosyal medya, katılımcılara diğer bilgi kaynaklarının sağlayamadığı; daha önce yapılan ameliyatların videolarına ulaşmalarına, bu hastalığı deneyimleyen birçok kişi ile iletişim kurarak deneyimlerini paylaşma ve bilgi alışverişinde bulunmalarına imkân sağlamaktadır.

'Eşim baya bir internette yapılan ameliyatları, görüntülü videoları çok izlemiş.' (K-1, 47).

'Sürekli facebook'tan falan arkadaş edindi, bu hastalığa sahip olan. Hem bilgi almak istedi, hem de hep evde yalnızdı, hem merak ediyor, bir şeyler paylaşmak istiyordu.' (K-22, 44).

İnternet ve sosyal medyayı kullanmayı faydalı bulan katılımcılar, bunun sebeplerini; süreç boyunca ne yapacakları hakkında bilgi edinmek, hastalığın etkilerini görerek ona göre kendini hazırlamak, süreçle ilgili olumlu çıkarımlar yaparak motive olmak olarak sıralamışlardır;

'Eşıme destek olmak için bu sürecin atlatılması oluşabilecek olumsuzluklar neler, bu olumsuzluklarda ne yapmak lazım en azından bunları kafamızda toparlamaya çalıştık. Faydalı olduğunu düşünüyorum, en azından nasıl davranmamız gerektiğini biliyoruz. Hastalığın ne kadar kötü de olsa kendisinde nasıl bir etki bırakacağını bildiği için kendini

ona göre hazırladığını düşünüyorum. Daha güçlü olması gerekiyorsa daha güçlü olmaya çalışıyor.’ (K-2, 48).

‘Süreci öğrenmek, etraftan öğreniyorduk ama yine de konuşurken bir iki kişiden bilgi alıyorsunuz, internetten çoğu kişinin yaşadığı olduğu için olumlu olanları alabiliyorsunuz.’ (K-6, 46).

Bunun yanı sıra internette bulunan bilgilerin doğruluğunun ve geçerliliğinin kanıtlanmaması, çok çelişkili bilgilerin olması nedeniyle internet ve sosyal medyanın faydalı olmadığını düşünen katılımcılar bunun kafa karıştırdığını, belirsizlik ve çelişki yarattığını ifade etmektedirler.

‘Kafasını çok bulandırdı bu iş. Neyle karşılaşacağını bilmediği için bilgi sahibi olmak istedi. Ama orada da fazlasıyla bilgi kirliliği var. Hani seviyesini bilmediğiniz hastalar var. Herkes kendi yaşadığını anlatıyor. Dolayısı ile iyi anlamda yönlendirici olmuyor internet. Kesinlikle faydalı değil. Bilmen gereğinden fazlası var ve bu bence size zarar veriyor.’ (K-23, 33).

‘İnsanları bir siteye bakıyorsunuz bir şey söylüyor diğerinde başka bir şey yazdığı için insanları çelişkide bırakıyor.’ (K-3, 36).

Herhangi bir şekilde doktorlardan, internetten sivil toplum örgütlerinden ihtiyaç duyulan bilgi karşılanmadığı veya yetersiz kaldığı durumlarda katılımcılar ve eşlerinin çevrelerinden bu ihtiyaçlarını karşılamaya çalıştıkları görülmüştür.

‘Yetkili bir kişiden doktordan bilgi almadık. Çevremizden duyduğumuza veya eşime söylemişlerse bana söylemiştir.’ (K-7, 41).

‘Bilgi sahibi değildik, doktorlar da bilgilendirmedi toplum arasında araştırdık.’ (K-14, 35).

4.3. TEDAVİ VE SONRASI SÜREÇ

Bu bölümde meme kanseri teşhisi alan kadınların eşlerinin tedavi ve sonrası süreç hakkında görüşlerine yer verilmiştir. Katılımcıların görüşlerinden yola çıkarak cerrahi müdahaleye karar verme süreci, taburculuk sonrası hayat hakkında bilgilendirme, uygulanan cerrahi müdahalenin etkileri, bu tedavinin başarı olasılığını yükseltmeye yönelik uygulanan ek tedaviler ve etkilerine yer verilmiştir. Ayrıca bu bölümde tedavi ve sonrası süreçte katılımcıların eş ilişkilerine yönelik değerlendirmelerine, psiko-sosyal ve bilgisel destek ihtiyaçlarına yer verilmiştir.

4.3.1. Tedaviye Karar Verme Süreci

Ne tür bir ameliyatın yapılacağını hastanın memesinin büyüklüğü, tümörün büyüklüğü, hastanın genel durumu ve istekleri belirler. Ancak tıbbi esaslara göre mastektomi ameliyatı yapılması gerekiyorsa hasta veya yakınlarına tedavi tekniğini seçme hakkı verilmesi söz konusu değildir. Normal şartlarda ise; kanserin tekrar etme riskini en aza indiren, etkili ve güvenilir ve hastaya en az zarar verecek ameliyat türünü seçmesi için gerekli bilgilere verilerek hangi yöntemle tedavi olacağına karar vermesi beklenir. Hastanın tüm tedavi süreçlerine aktif olarak katılması arzu edilen bir durumdur. Ancak bu her zaman mümkün değildir. Bu nedenle hasta tedavi konusunda aktif bir rol alarak tedavi kararına katılabilir veya kararı tamamen doktoruna bırakabilir. Hasta tedaviye karar verme sürecine katılsın veya katılmasın kendisine uygulanacak tedavi hakkında bilgi sahibi olması gerekir (Nayfield, 1994; Akt: Çalışkan, 2007: s. 15).

Teşhisi öğrendikten sonra ameliyat olmaya karar veren katılımcılar ve eşlerinin bu kararı verirken iki yol izledikleri görülmüştür. Ameliyata eşleriyle birlikte ortak karar vermişler veya doktorun tavsiyelerine uyarak ameliyat olmayı kabul etmişler.

Eşinin ameliyat olmasına ortak karar verdiklerini ifade eden bazı katılımcıların eşlerinin kararına etki etmedikleri ve saygı duydukları görülmüştür. Katılımcıların böyle bir tutum içerisinde olmalarında hastalık ve onun olumsuz etkilerinden kadınların doğrudan etkilenmelerinin önemli olduğu söylenebilir. Bu nedenle katılımcılar hem cerrahi müdahaleye karar verme aşamasında hem de tüm tedavi sürecinde eşlerine destek olmayı tercih etmişlerdir.

'Ortak bir karardı. Ama çoğunlukla hani eşimin her türlü kararına saygı duyardım. Ben onu destekleyici taraf oldum. Çünkü kendisi aldı kendi bedeni.' (K-23, 33).

'...Aslında hocamız göğsü almıyordu. Eşim kendi isteği ile aldırdı göğsünü. Dedi ki ben alınacak bir şey görmüyorum. Eşim dedi alınsın. Ondan dolayı eşim kendi isteği ile aldırdı, hocamız aslında almamak baya direndi.' (K-12, 37).

Eşlerin (iş sorumlulukları ya da tedavi ile ilgili endişelerini azaltma arzusu nedeniyle) tedavi sürecinin dışında kalmalarına rağmen, göğsü ile ilgili problemler yaşayan ve bununla ilgili şüpheleri olan eşlerini çeşitli prosedürler karşısında veya

doktor muayeneleri konusunda desteklemeleri, cesaretlendirmeleri faydalı olabilir. Eşlerin tedavi sürecine erken katılımları, tedaviyle ilgili alınması gereken önemli kararların verilmesini kolaylaştıracaktır (Northouse, Cracchiolo-Caraway ve Pappas Appel, 1991: s. 222).

Tedaviye karar verirken izlenen başka bir yol ise doktora danışarak karar vermedir. Araştırma kapsamında yapılan görüşmelerde; hastalık ve tedavi süreci hakkında yeterli bilgiye sahip olmayan, yoğun endişe yaşayan, bir an önce hastalıktan kurtulmak isteyen ve doktorlarına güvenen katılımcılar ve eşlerinin ameliyat olmaya karar verirken doktorlarının tavsiyelerine uydukları görülmüştür.

'Biz doktor değiliz onların söylediğine inanırız, onlar bu şekilde dediğinde evet öyledir deriz, işin ince ayrıntısını biz bilemeyiz, onlara inanmak durumundayız size öyle diyeyim.' (K-2, 48).

'Yani orada fazlasını çok araştırmıyorduk. Yani biz ne kadar yeterli bilgiye sahip olsak da bir doktor tecrübesinde değiliz. Onların tecrübeleri kadar bizim yaşamışlıklarımız yok biz ilk defa böyle bir şeyle karşılaşılıyor. Dolayısı ile biz orada doktorumuza güvenmeyi tercih ettik.' (K-23, 33).

Bazı durumlarda ise doktorların, hastaların kendi geleceğini tayin hakkını görmezden gelerek, elde ettikleri tıbbi bulgularla ameliyat etme eğiliminde oldukları düşünülmektedir. Bu durum katılımcı ve eşi üzerinde; kaygının artması, tedaviyi benimsememe, tedavinin sonuçlarını kabullenememe, sağlık personelinin veya başkalarının suçlama gibi olumsuz sonuçlar doğurabilir.

'Pek öyle gerekli bilgilerin verildiğini zannetmiyorum. Gerekli bilgiler verilmedi hayır. Daha çok doktorlar karar verdi alacağız, bunu alacağız, bu kadar yani yapalım mı yapmayalım mı değil. Ben kendisinin karar vermesini isterdim.' (K-15, 42).

Cerrahi müdahaleye karar vermek için tanınan süre, karar verme sürecini etkilemektedir. Katılımcıların ifadelerinden ameliyata karar verme süresinin yeterliliğine dair çeşitli çıkarımlar yapmak mümkündür. Süreyi yeterli bulan katılımcılar; tedavi için ameliyat olması gerekiyorsa bunu uzatmak istemediklerini, teşhis konulana kadar her ihtimali düşünme fırsatı bulduklarını, daha önceden meme kanseri olan kişilerin tedavi sürecine tanık olduklarından deneyimli olduklarını belirterek ameliyata karar verdiklerini ifade etmişlerdir.

'Bence yeterli eğer bir ameliyat olacaksa daha bunu günlere yaymanın uzatmanın bir anlamı yok yani.' (K-1, 47).

'Tanındı sayılır çünkü biz dediğim gibi daha önceden bildiğimiz için bu sürenin ne olduğunu aşağı yukarı biliyoruz yani.' (K-13, 47).

Ameliyata karar vermek için yeterli süre verilmediğini düşünen katılımcılar; bir an önce ameliyat olunması gerektiğinden, kitlenin hızlı bir şekilde büyümesinden korkulduğu ve doktorun verdiği bilgiler yeterli geldiği için bir an önce ameliyata karar verdiklerini dile getirmişlerdir.

'Hekimin bu konuda iyi olması, verdiği bilgiler yeterliydi. Zaten çok fazla araştırma zamanımız olmadı, çok hızlı ilerleyen bir hastalık olduğu için, yani insan bir an önce ameliyat olup, bu şeyden kurtulmak istiyor. Kitleden kurtulmak istiyor. Çünkü tespit edildi, bizim fark ettiğimizde bir buçuk santimdi. Momografide bir buçuk santimdi, MR'da iki buçuk santimdi, cerrahi operasyonda yedi santimdi.' (K-3, 36).

Meme kanseri tanısı alan kadın ile eşinden ameliyata karar vermelerini bekledikleri dönem akut dönem iken oysa sorunlar kronik dönemde ortaya çıkmaktadır (Sertöz, 2002: s. 11). Bu nedenle hasta ve eşinin tedavi seçenekleri ve sonuçları hakkında detaylı bir şekilde bilgilendirmeleri sağlıklı olacaktır.

Hastalık ve tedavisi hakkında sahip olunan bilgi düzeyi de hem cerrahi müdahaleye karar vermeyi hem de bunun için gerekli süreyi belirlemektedir. Katılımcıların ameliyata karar verirken sahip oldukları bilgi düzeyine yönelik sorulara verdikleri cevaplar neticesinde bazı katılımcılar ve eşlerinin; bilgi sahibi olmadan doktora güvenerek, çevresinden ve tedavi süreci içerisinde edindikleri bilgilerle ve doktorun açıkladığı bilgilerle ameliyata karar verdikleri görülmüştür.

'Yok, biz bilgiye sahip değiliz ben de eşim de... Sonuçta bir profesör günde bu tür ne kadar ameliyat yapıyor devlet hastanesi üstelik araştırma.' (K-1, 47).

'Çevremizdeki insanlar, yakınlarımız bilgi verdi, bu bize yeterli oldu ameliyat kararı verdik.' (K-6, 46).

Cerrahi müdahaleye karar vermek için katılımcılar ve eşlerinin ihtiyaç duyduğu bilgileri doktorlardan edinmeleri öngörülmekte ve zaten en sağlıklı bilgi edinme yolu da budur. Bu nedenle doktorların, katılımcılar ve eşlerini anlayabilecekleri bir şekilde bilgilendirmeleri gerekmektedir. Aksi takdirde oluşacak belirsizlik

katılımcılar ve eşlerinin kaygı düzeyini arttırabilir, geri dönülmesi mümkün olmayan durumlara yol açabilir.

'Doktorumuz açıkladı. Göğsü kurtarabilirse kurtaracağını, ama açılınca belli olacağını söyledi. Sonrasında kontrolleri olacağını söyledi.' (K-8, 46).

'Kendi çabamızla sahiptik. Müsait değildim bilgi sahibi olmak için. Çünkü mesela hastaneye geliyoruz, hastayı çağırıyorlar, sen dışarda kal diyorlar bana. Ben de bu hastalıkla ilgili bilgi edinmem lazım, ben bu tedavi ile ilgili öğrenmem lazım ne yapmam gerekenle. Hastanedeyken dışarda bırakıyorlardı. En mustarip olduğum konu bu benim.' (K-12, 37).

Hastalık, tedavisi ve tedavinin etkileri/sonuçları hakkında sahip olunan bilgiler kadınlar ve eşlerinin tedavi ve yöntemleri ile ilgili kararlarında etkili olacaktır. Ayrıca bu bilgiler katılımcılar ve eşlerinin tedaviyi benimsemelerini, tedavinin sonuçlarını ve tedavi sonrası hayata uyumlarını da etkileyecektir.

Doktorların verdikleri bilgiler kadar bunu nasıl verdikleri de önemlidir. Belirsizlik katılımcılar ve eşlerinin kaygı ve korku düzeylerini arttırmaktadır. Doktorlar sağlayacakları bilgilerle katılımcılar ve eşlerinin kaygı ve korkularını ortadan kaldırarak onları güçlendirmelidir. Tedavi sürecine ve karar alma aşamalarına aktif olarak katılmayan katılımcı ve eşi açısından tedavi ve tedavi sonrası süreç daha zor geçecektir.

'...Hoca, dedi ki ne kadar da şimdi biz burada görsek, şurada görüyorsun, filmlerde de görsek bile ama gerekirse derinin altında, deriyi açıp baktığımızda çok daha net görürüz. Neyle karşılaşacağımızı gözümüzle göreceğiz almak icap ediyorsa eğer almak icap etmiyorsa da kazıyıp alacağız dedi. Demek ki doğrusu buymuş şimdi ben onun şeyini sorgulayamam ki, yaptığı ameliyatı işi sorgulamak için bizim de o ayarda bilgimiz olması lazım.' (K-1, 47).

'...Yani yine söylüyorum verilmedi derken profesyonel anlamda beni rahatlatacak düzeyde verilmedi, yani öyle yüzeysel bilgi verildi ama hâlbuki bu önemli bir konu önemli bir rahatsızlık, bunun hakkında daha geniş kapsamlı bilgi verilmesini beklerdim.' (K-15, 42).

Bilgilendirmenin tedavi görecektir kadınlar gerektiği kadar bu süreçte onlara destek olması gereken eşlerine de yapılması gereklidir. Eşleri tedavi sürecine aktif bir şekilde dahil edebilmek için gerekli olan bilgilendirme, onların tedavi olan

kadınlara nasıl destek olabilecekleri konusunda ihtiyaç duyduğu desteğe kavuşmalarını sağlayacaktır.

'...Onunla ilgili değil ama daha öncesinden doktor şey ilgili, ameliyatla ilgili şeylerden bahsetmişti ameliyattan sonrası ile ilgili herhangi bir şeyden bahsedilmedi bize. Ya da eşime söylendiyse onu bilmiyorum. Çünkü biz sürekli odada durmuyorduk, doktor geldiği zaman görüşüyordu şey yapıyordu ama...'(K-16, 42).

Katılımcı ve eşinin bilgi ihtiyaçları karşılanmaz ise başka doktorlardan veya başka kaynaklardan bilgi edinmeyi denemektedirler. Bu durum tedaviye veya sonrası sürece olumsuz yansiyabilir. Katılımcılar ve eşleri ikilemler, çelişkiler ve belirsizlikler yaşayabilirler.

'...Şu aşama beni hep düşündürmüştü. Biyopsi yapıldı. Biyopsi yaptıktan sonraki sürecin, hani yaptırmak için gezerler ya on beş gün içinde olması lazım işte oradaki hastalığın dağılmaması için. Doktorun biri dedi ki yirmi gün dedi bir an önce ameliyat olalım. Bazı doktorlar dedi önemsiz bir şey. Biyopsi yapıldıktan sonra hani gerek yok kısa dönemde ameliyat olmamıza. O beni çelişkiye soktu. Yani ameliyat hemen şart mı? Onu bilgilendirmeleri lazım hastalara eğer öyle bir olumsuz yönü varsa. Hani biyopsiyi yapıyor, bir hafta içinde ameliyat mı olacak veya yirmi günde ameliyat mı olacak o muallakta. Hala da onu düşünüyorum. Gerçi biz yirmi, yirmi beş gün sonra ameliyat olduk. Biyopsi yapıldı, kesin teşhisi koydu. Hala geç kaldık mı erken mi davrandık bilemiyorum.' (K-18, 47).

Cerrahi müdahaleye karar verme süreci başlığı altında buraya kadar yoğun bir şekilde bilgilendirme üzerinde duruldu. Bilgi ihtiyacının yanı sıra teşhisin açıklanmasının kadınlar ve eşleri üzerinde neden olduğu negatif duygular da ameliyata karar verme sürecini olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle hayatını adeta alt üst eden bir hastalığın yine hayatlarını bir o kadar değiştirebilecek tedavisine karar verilmesi gereği katılımcılar ve eşlerinin hissettikleri endişe, korku, kaygı, belirsizlik gibi hisleri pekiştirmektedir. Bu nedenle onların içinde buldukları negatif hislerle mücadele edebilmelerine destek olan bir meslek elamanının olması yönündeki talepleri son derece haklıdır.

'Ya biz o an zaten büyük bir karmaşıklık yaşıyoruz yani şaşırmış durumdasın nereye gideceğini nereden başlayacağını bilemiyorsun çünkü süreç vücudunda olan bir hastalık devam ediyor yani diyorsun ki o orda büyüyor ilerliyor.' (K-13, 47).

'...Allamamız gerekir miydi belki de gerekirdi ama olmadık yani. Ama böyle bir yer olması gerekir mi, böyle bir hekim, yer hizmet gerekir mi bence gerekir. Herkes sağlıklı düşünemeyebilir, olabilir yani neden olmasın insan rahatlayabilir.' (K-11, 43).

'Vallahi bilmiyorduk bize de yani kimse bir şey söylemediği için biz öyle bir psikolojik tedavi görmedik. Olsaydı iyi olurdu çünkü o süreç biraz zor bir süreç.' (K-14, 35).

Katılımcılar ve eşlerinde gelişen korku, kaygı ve belirsizlikler verecekleri kararları da etkilemektedir. Tedavi öncesinde hayatta kalma, iyileşme isteği daha ön planda olmaktadır. Nüks etme korkusu ameliyat olduktan sonra ortaya çıkabildiği gibi ameliyat öncesinde de ortaya çıkarak kadınların tedavi kararlarını etkileyebilmektedir. Bir katılımcı eşinin, hastalık nüks etmesin diye kanserli olmadığı halde diğer göğsünün de alınmasını istediğini ifade etmiştir.

'İki göğsü beraber aldılar, bir göğsünde olmamasına rağmen risk yaşamayalım diye onu da aldırıldı. Hatta sonra yine özel bir hastanede rahim ameliyatı da oldu, oradan da risk olmasın diye rahmini de aldırdı.' (K-21, 43).

4.3.2. Taburculuk Sonrası Hayata Dair Bilgilendirme

Ameliyat sonrası hastanede kalış süresi içerisinde anksiyete, depresyon gibi belirtilerin sıklıkla ortaya çıktığı bilinmektedir. Bu durum özellikle meme kanseri gibi ağır ve tedavisi zor olan hastalıklarda belirgin bir şekilde yüksektir. Hastalık ve tedavisinin neden olduğu yan etkiler ve rahatsızlığın yanı sıra hastane ortamında bulunmak iyileşme umudunun azalmasına ve depresyon, anksiyete gibi durumların yaşanmasına neden olmaktadır (Ateşçi, Oğuzhanoğlu, Baltalarlı vd., 2003; Böncü, Özacar, Halilçolar vd., 2001; Akt: Alacacioğlu, 2007: s. 40). Bu nedenle mümkün olduğu kadar ameliyat sonrasında kadının hastanede kalış süreci kısaltılmalı ve bu süre içerisinde tedavi ve sonuçları hakkında, taburculuk sonrasına dair gerekli bilgilendirme yapılmalıdır.

Taburcu olmadan önce kadın ve eşine taburculuk sonrası hayata dair geniş kapsamlı bilgilendirme yapılması onların hayatını kolaylaştıracağı gibi kadının kısa sürede iyileşmesini de sağlayabilir. Bununla birlikte taburculuk sonrası gerekli görülen ek tedaviler konusunda bilgilendirme de bu tedavilerin aksamadan sürdürülmesini sağlamaktadır. Katılımcılar eşlerine ve kendilerine; servis doktoru,

asistanlar, hemşireler tarafından; yapılması gereken hareketler, yeme-içme, dikkat edilmesi gereken hususlar hakkında bilgi verildiğini ifade etmişlerdir.

'Evet; ne yapmamız gerektiği, nasıl pansuman yapılacağı, evde nasıl bir bakım uygulanacağı anlatıldı.' (K-4, 44).

'Fiziksel hareketler, beslenme, psikolojik tedavi ihtiyacımız varsa özellikle almamız gerektiğini belirtti bize. Gerekirse kendisinin de destek olabileceğini, sormamız gerektiği sorular varsa sorabileceğimizi belirtti bize.' (K-3, 36).

'Sol kolunu çok kullanmayacak, iğne tansiyon oradan yapılmayacak. Egzersizler verdi, duvara el hareketleri falan. Aktarlarda satılan kansere iyi geldiği söylenen şeylere yönelmememiz. Greyfurt ve narı da kemoterapi sürecinde kullanmamamız söylendi.' (K-8, 46).

'Eşime hareketler ve yeme içme konusunda, uyuma pozisyonu o yönlerde bilgi verildi.' (K-12, 37).

Katılımcıların yukarıdaki ifadelerinden de anlaşıldığı gibi taburcu olmadan önce sistematik bir bilgilendirme olmadığı görülmektedir. Bu durum herkesin farklı düzeylerde bilgilendirilmesine ve hatta bazılarının bilgilendirilmemesine neden olmaktadır. Eksik veya yanlış bilgilendirilmek kadın ve eşine geri dönülmesi güç zararlar verebilir.

Bu nedenle meme kanseri tedavisi görmüş her kadın ve eşinin taburcu olmadan önce; fazla kilo alımı, vücuda fazla yağ alımı, alkol tüketimi (yeme-içme) konusunda dikkatli olmaları yönünde uyarılmaları; egzersiz yaparak, eklem ve kaslara hareket yeteneği kazandırma, hareket kısıtlılığını önleme, kalp akciğer kapasitesini arttırma, kan basıncını düzenleme, lenf sıvı dolaşımını arttırarak lenfödem oluşumunun önüne geçmeleri konusunda bilinçlendirilmeleri önemlidir. Tedavi sonrasında kadın veya eşi cinsel yaşam ile ilgili sorunlar yaşanabileceği, bu sorunların neler olabileceği, nasıl aşılabileceği gibi konularda bilgilendirilerek bu tür durumlarda profesyonellerden yardım almalarının önem arz ettiği aksi takdirde cinsellikle ilgili problemlerin başka sorunlara yol açabileceği açıklanmalıdır. Bununla beraber hastayı endişeye düşürmeden nüks ve tedavi sonrası tetkikler hakkında bilgilendirilmeleri gereklidir (Meme Kanseri Tedavi Süreci ve Sonrası, <http://kanserveyasam.org> Erişim Tarihi: 05.02.2017).

4.3.3. Tedavinin Etkileri

Cerrahi müdahale, katılımcılar ve eşleri üzerinde olumlu veya olumsuz etkilere sahiptir. Teşhisin açıklanmasında olduğu gibi ameliyat sonucu meydana gelen durumun da katılımcılar ve eşlerinin hayatlarında bir takım değişikliklere neden olacağı düşünülmektedir. Bu değişiklikler kimi zaman onların hayatlarını zorlaştırırken kimi zamanda bazı sorunların çözülmesini sağlamaktadır.

İlk olarak bizzat ameliyatı deneyimleyen kadınlar üzerindeki etkileri; uzuv kaybı ve saç dökülmesi, hareket becerisinde kayıp, kendini eksik hissetme, agresiflik ve iyileştiğini düşünmek olarak sınıflandırılabilir.

Katılımcılar eşlerinin ameliyat sonucunda memelerini kaybettiklerine, kemoterapi sonucunda da saçlarının dökülmesine çok üzülüklerini ifade etmişlerdir. Saç dökülmesi ve meme kaybı kadınların sahip oldukları beden imajını değiştirdiğinden ve zedelediğinden kadınların yeni duruma alışmakta zorlandıkları düşünülmektedir.

'Ama kendine sorsan kendisi çok büyük kayıp olarak görüyor, etkileniyor şey yapıyor. En son hastaneden ayrıldığımız gün ağlıyordu, neden bir silikon takılmadı, neden böyle oldu. Ama bunu tabi benim açımdan, benim eksiklik gördüğüm için değil de kendisi istiyor. Öyle diye biliyorum ama bana bunu göstermiyor da olabilir.' (K-10, 38).

'Yani dediğim gibi bir bayan olarak, bayanların bir uzvu kaybetmesi çok büyük bir sıkıntı. Yenilmesi çok zor bir psikolojidir o. Sonraki o kemoterapide kaybedilen saçlar. Yerine gelmemesi. Yani o saçların uzama safhası çok büyük bir sıkıntı.' (K-3, 36).

Eşleri ameliyatın kadınlar üzerinde ciddi fiziksel etkileri olduğunu ifade etmişlerdir. Saç dökülmesi ve uzuv kaybının yanı sıra; kolda fiziksel hareket kaybı, kilo alma vb. bu etkilere örnek olarak sayılabilir. Bu etkiler kadınların hastalık öncesi hayatlarına dönmelerini zorlaştırmaktadır.

'Şuradan şuraya kadar yarması, enfeksiyon kapma riski var kolay bir şey değil. Hala eşim şuraya kadar elini kullanıyor daha fazla kullanamıyor, bir şey kaldıramıyor.' (K-1, 47).

'Hastalıktan sonra biraz kilo aldığı için şimdi her şeyi kendine yakıştıramıyor. Ortamlara girmeye şuan biraz çekiniyor. Baya bir kilo aldı.' (K-13, 47).

Koçan ve Gürsoy (2016: s. 147) 18-60 yaş arası 20 meme kanseri kadın ile yaptıkları araştırmada bazı katılımcıların ev ve bahçe işlerini eskiden olduğu gibi yerine getiremedikleri için kendilerini mutsuz ve yarım bir insanmış gibi hissettiklerini dile getirdiklerini ifade etmişlerdir. Mastektomi ameliyatından sonra sorumluluk ve rollerini yerine getiremeyen kadın sosyal kimliğini kaybetmiş gibi hissedebilir.

Katılımcıların ifadelerine göre; ameliyatın neden olduğu fiziksel değişimlerin beden imajı üzerindeki etkileriyle bağlantılı olarak eşlerinin kendilerini eksik hissettikleri anlaşılmaktadır. Katılımcılar, eşlerinin ameliyattan sonra uzuv kaybı yaşamalarından kaynaklı olarak; hastalık öncesindeki bedene sahip olmadıkları ve o döneme ait bazı yeteneklerinde azalma olduğu için kendilerini eksik hissettiklerini düşündüklerini ifade etmişlerdir.

'Yani o ameliyattan sonra yine belki bu olayla bağlantılı değil ama ikincisi de fiziksel olarak da bazı eksiklik hissetti, bir göğsünün biraz daha küçük olması, daha şey olması onu psikolojik olarak rahatsız ediyor.' (K-16, 42).

'Organın alınmış olması kadınlık duygusu olarak eksik hissettiriyor kendisini.' (K-2, 48).

Buz (2009: s. 63-64) kadınların geleneksel toplumsal cinsiyet kalıp yargılarına bağlı olarak kadınlıklarının göz ardı edilmesi ve bakım verici, eş, anne gibi, bir birey ve kadın olarak var olmasını engelleyen ve erkeğe bağımlı hale getiren durumları vurgulamaktadır.

Katılımcıların eşleri hakkında ifadelerinden yola çıkarak; hastalıktan önce tek başına yerine getirebildiği ev işleri ve çocuk bakımı gibi işleri ameliyattan sonra yerine getirirken yardıma ihtiyaç duymalarının eşlerinin kendilerini eksik hissetmelerine neden olduğu düşünülmektedir. Ev işleri yapmak veya çocuk bakmak bir kadının kendi tercihi olabilir. Ancak bu işleri kadınlıkla ilişkilendirip, yerine getiremediği durumlarda kendisini bir kadın olarak eksik görmesi ameliyatın kadın üzerindeki olumsuz etkisine bir örnektir. Bazı katılımcıların eşlerinin kendilerini eksik hissetmeleri hakkında söyledikleri şöyledir;

'Üzüldü kendini hep yarım insan hissetti, bunu kendisi de dile getiriyor, atıyorum evde yapılacak bir şey olduğu zaman...' (K-7, 41).

'Sürecin zor geçeceğini düşünüyorduk zaten ama baya bir zorlandık biz bu konuda. Bende üzüldüm. Çünkü yemek yapamadı kendince üzüntülüydü ne bileyim çocuklarla ilgilenemedi üzüntülüydü yani hiç bir işe yaramadığını düşündü çoğu zaman.' (K-2, 48).

Ameliyatın ve ek tedavilerinin etkisiyle kadınlarda agresifliğin oluşması beklenen bir durum. Yukarıda sıralanan; uzuv kaybı, saç dökülmesi, kendini eksik hissetme, hareket kaybı, kadınların agresif olmalarına neden olabilir.

'...kemoterapisi gören insanlarda sinir oluyormuş, çok çabuk sinirleniyordu bağıryordu ben biraz şeyden üzüliyordum, çocuklara biraz bağıryordu ama sonuçta sesimizi çıkartmadık tedavi aşaması.' (K-21, 43).

Ameliyatın ve ek tedavilerin yukarıda sıralanan olumsuz etkilerinden sonra 'Hiç mi olumlu etkisi olmadı?' sorusu akıllara gelebilir. Ameliyat olmak ve bir uzvun kısmen veya tümünden alınması durumunun ne gibi bir olumlu yanı olabilir diye düşünüldüğünde; hastalığı yenmiş olmak ve hayatta kalmak olduğu görülecektir. Katılımcıların ameliyatın eşleri üzerindeki etkileri sorulduğunda aşağıda söyledikleri 'iyileşme hissi' üzerinde ortaklaşmaktadır.

Mastektomi çoğu kadın için meme kaybı ile ilişkilendirilip olumsuz duygu ve düşünceleri uyandırmasına rağmen, bazı kadınlar için hayatta kalma ile ilgili bir umut hissetmektedir (Koçan ve Gürsoy, 2016: s. 147).

'...İstanbul'daki doktor da buradaki doktor da söyledi; tamam dedi sizin bundan sonraki takip olayı, tedavi bitti bundan sonra sizi takip edeceğiz, her altı ayda bir mamografi çekilecek altı ay sonra gel bakacağız dedi, altı ay sonra bir problem sıkıntı var mı ona göre dedi. Gittiğimizde problem yok dedi. Şimdi her altı ayda bir kontrol ediyor, filmlerini çekiyor.' (K-16, 42).

'Alındıktan sonraki dönemde yaşama hevesinin bir önceki dönemden daha fazla olduğunu söyleyebilirim. Hayata dört elle sarılması gibi bir şey.' (K-15, 42).

Cerrahi müdahale tedavi gören kadınlar üzerindeki etkilerinden bahsettikten sonra kadınların eşleri üzerindeki etkilerine yer vermek de tedavi sürecine yönelik geliştirilmesi planlanan öneriler açısından önemlidir. Katılımcılar da hayatını paylaştığı kişinin yaşadığı sıkıntılardan etkilenmektedir.

Günümüzde birçok toplumda meme organı hem biyolojik yapısı ve işlevleri nedeniyle hem de toplumsal anlamları nedeniyle; annelik ile ilişkilendirilmekte, vücut bütünlüğünü ve beden imajını tamamladığı düşünülmekte, cinsellikle ilgili bir anlam yüklenmekte ve kadınlara atfedilmiş kadınlığın bir göstergesi olarak algılanmaktadır. Benzer bir durumun Türkiye toplumunda da yerleşik olduğu söylenebilir. Bu nedenle yukarıda verilen başlıklar altında katılımcıların, eşlerinin kısmen veya tümünden meme kaybına uğramalarının kendileri için ne anlam ifade ettiği, bahsedilen konularda nasıl etkilendikleri irdelenmeye çalışılacaktır.

Katılımcılar, eşlerinin kısmen veya tümünden meme kaybına uğramalarının; hastalık öncesinde çocuk sahibi oldukları, yaşlarının ilerlemiş olduğunu ve bu kaybın anneliğe engel olmayacağı gerekçesiyle eşlerinin kendi algılarında sahip olduğu annelik figüründe değişikliğe neden olmadığını ifade etmişlerdir.

'Yok, bizim zaten çocuğumuz doğmuştu, o anlamda kötü kayıp yaşamadık.' (K-6, 46).

'Annelik figürü bakımında bir sıkıntı yok bu saatten sonra öyle bir doğum olayı gerçekleşmeyeceğini düşünüyorum.' (K-2, 48).

'Annelik açısından etkilediğini düşünmüyorum kitlenin alınmasını. Çünkü tamamen kurtulmak istiyordum.' (K-23, 33).

Meme kanseri, kadın üzerinde bir takım fiziksel değişikliklere sebep olmaktadır. Bu değişiklikler kadını etkilediği kadar eşini de etkilemektedir. Bu durumun eş ilişkilerini de etkileyebileceği düşünülebilir. Katılımcıların, meme kanseri ve tedavisinin eşleri üzerinde sebep olduğu fiziksel değişimlere gösterdikleri tepkiler uzuv kaybı hakkındaki sahip oldukları yargılardan etkilenmektedir.

Katılımcılar, eşlerinin bir sağlık problemi yaşadığını, dolayısıyla bu problemin kendileri üzerinde bıraktığı etkiden ziyade eşlerinin yaşadıkları, onların hissettikleri, isteklerinin ve hayatta olmalarının daha önemli olduğunu ifade etmektedirler.

'Olumludur, tedavi olduğunu düşündük, ben hatta şunu bile teklif etmişimdir; istersen iki göğsünü birden aynı şekilde silikon yapalım, yani artık günümüzde var böyle şeyler, silikon hayatımızda var bunlar. Öbür göğsünü de ona uydurmak için, ya da ikisini de düzgün bir şekilde göğsünü istersen yaptırabilirsin diye söylemişimdir. Ona bile gerek duymuyor. Benim için ise hiç gerek yok zaten beni ilgilendiren bir şey değil. Çünkü bir insan hastalığıyla mı uğraşacak seni iyi gör diye mi

uğraşacak. Ben kötü görsem ne olur iyi görsem ne olur. Önemli olan sağlığı iyi olsun.’ (K-11, 43).

‘Kendi açımdan bir sıkıntı yok. Önemli olan sağlığıdır.’ (K-12, 37).

Katılımcıların, meme kanseri ve tedavisinin neden olduğu uzuv kaybından ziyade eşlerinin sağlıklarını kazanmalarına odaklandıkları ve uzuv kaybından etkilenmedikleri, bu süreçte daha çok eşlerine destek olmaya çalıştıklarını görülmektedir. Bunun yanı sıra bazı katılımcılar da uzuv kaybı neticesinde eşinin eksik kalacağını düşünmektedirler. Bu düşüncenin nedenin; katılımcıların alıştıkları bir vücut görünümünün değişmesi ve eşlerinin yaşadıkları kayıp olduğu düşünülmektedir.

Medikal ve psikolojik literatür kadınların göğüslerinin erkeklerin cinsel mutlulukları için olduğunu örtük bir şekilde kabul etmektedir. Meme kayıpları hakkında endişelerini dile getiren kadınların kaygıları sıklıkla ‘hiç kimse bilmeyecek’ ya da ‘yeni bir tane yapabiliriz’ gibi söylemlerle değersizleştirilmektedir (Wilkinson ve Kitzinger, 1993: s. 230-238).

‘İnsanlar öyle görüyor psikolojik olarak ister istemez her zaman görmeye alıştığım ayrı sonradan daha değişik bir durum farklı.’ (K-7, 41).

‘Ne anlam ifade ediyor... Ben bir insanın, yarım insan olduğunu düşünüyorum. Mesela şu anda eşimin göğsünde lenf bezleri alındığı için sol tarafı yok gibi. Eşim sol tarafını hiç bir şekilde kullanamıyor.’ (K-12, 37).

Memenin ilişkilendirildiği insan hayatı açısından önemli bir yeri olan başka bir alan ise cinselliktir. Meme, cinsel haz alma özelliği olan ve kadın bedenini tamamlayan cinselliği çağrıştıran bir organ olması sebebiyle memeye yönelik bir müdahale kadının veya eşinin cinsel hayatına etki edeceği düşünülebilir. Katılımcılar meme kaybının cinsel hayatları üzerindeki etkilerini şu şekilde ifade etmişlerdir;

‘Kötü hissederdim hoş bir şey değil.’ (K-9, 48).

‘O uzak durduğu için bende istemedim.’ (K-2, 48).

Birçok katılımcı yaşlarının ilerlemesi nedeniyle cinsel hayatlarının zaten aktif olmadığını bu nedenle meme kaybının eşleri ile olan cinsel yaşamlarını etkilemediğini ifade etmişlerdir.

'...Bir de bu yaştan sonra sık birlikteliğimiz olmuyor. Zaten son çocuktan sonra tüpleri de bağlattık.' (K-6, 46).

'Eskisi gibi aktif değil ama hiç olumsuz da değil, hem yaş da ilerliyor.' (K-4, 44).

Meme organı her iki cinste de olsa da daha çok kadınlarla ilişkilendirilen bir organdır. Ancak katılımcılar, eşlerinin meme kanseri tedavisi sonucunda kısmen veya tümenden meme kaybına uğramalarını onlar hakkında sahip oldukları cinsiyet rolü algılarına etki etmediğini ifade etmişlerdir.

'Olmadı. Ben çünkü empati kurdum. Aynı olay değişik bir şekilde benim başıma gelseydi o ne yapardı diye düşünerekten yani bu cevabı da verdim kendisine.' (K-3, 36).

'Hayır. Yarısı gitmedi sonuçta, kafayı da aldırmadı, sadece bir madde sonuçta işe yaramayan.' (K-6, 46).

Meme kaybının katılımcıların eşleri hakkında sahip oldukları tutum, düşünce ve yargılara etkisinin yanı sıra doğrudan kendileri üzerinde de etkileri vardır. Bu etkiler; üzüntü, eşini kaybetme korkusu ve eşinin iyileştigiine sevinme olarak gösterilebilir.

Ortak bir yaşamı paylaştıkları, hayat arkadaşlarının sağlığını kaybetme riski yaşamaları ve yıpratıcı bir tedavi sürecine maruz kalmaları katılımcıları da üzmektedir.

'Tabi ki muhakkak sonuçta benim ailem. O sıkıntı çektiği zaman biz de çekiyoruz. Dışarı da herhangi bir insan olsa insan olarak üzülürüm eşi dostu olsa bile komşusu arkadaşı olsa bile yine üzülürüm.' (K-1, 47).

Bu üzüntünün yanı sıra meme kanseri gibi ciddi bir rahatsızlığın eşini kendisinden alabileceğini düşünen katılımcılar eşlerini kaybetme korkusu yaşamışlardır.

'Üzuldüm, sonuçta hayatını paylaştığın bir insan, kaybetme korkusu, başka da bir şey değil.' (K-5, 48).

'Hastalık babında eşimi kaybetme korkusu yaşadım.' (K-12, 37).

Eşini kaybetme korkusu, çocukların bakımı konusunda da endişeye neden olmaktadır. Bu nedenle hem eşlerini kaybedeceklerini hem de çocuklarına tek başlarına nasıl bakacaklarını düşünen katılımcılar daha fazla stres yaşamaktadırlar.

'Bende kaybetme korkusu vardı, çocuklar ufaktı. Bu süreç boyunca dört yıldır bende gece uykusu diye bir şey kalmadı, hep psikologlarda, psikiyaterilerden destek aldım.' (K-4, 44).

'Bu olay çok kötü bir olay. Ya eşime bir şey olursa ya Allah korusun ölürse; çocuklarla ben ne yapacağım bu çocukları ben nasıl yetiştireceğim gibi korku başladı. Ama tabi bunu eşimle konuşurken de tamam biz bu olayı hallederiz bu işi aşarız gibi olumlu motive ediyordum.' (K-16, 42).

Cerrahi müdahalenin katılımcılar üzerindeki olumsuz etkilerinin yanı sıra eşlerinin hayatta kalmalarından dolayı sevindikleri söylenebilir. Ameliyatın katılımcılar üzerindeki en olumlu etkisi eşlerinin iyileştiğine sevinmek olmuştur.

'Ya benim için sadece eşimin iyileşmesinin, yani o kitlenin alınmasının mutluluğu vardı. Bende sadece, eşimin sağlığına kavuşması mutluluğu vardı. Uzuv benim için çok umurumda değildi yani.' (K-3, 36).

4.3.4. Ek Tedavi Yöntemleri ve Etkileri

Meme kanseri tedavisi ameliyatla tamamlanmıyor. Doktorlar genelde ameliyatın tam anlamıyla başarıya ulaşmasını sağlayacak ek tedaviler de uygulamaktadırlar. Bu ek tedaviler; kemoterapi, ışın tedavisi ve hormon tedavisidir. Ameliyat kadar zor geçen bir süreç ise ameliyattan sonra uygulanması gereken ek tedavilerdir. Ek tedaviler en az ameliyat kadar katılımcılar ve eşlerini zorlamaktadırlar.

'Ameliyat iyi geçti, ameliyattan kurtulduk, biz o anda tabi iyi olduk gözüyle bakıyorduk sonra patolojiden sonuç gelince hani daha vücutta var olduğunu öğrenince ve ek tedaviler gerektiğini öğrenince o bizi üzdü.' (K-10, 38).

Kemoterapi, kanser hücrelerini yok etmek veya bu hücrelerin büyümesini kontrol altına almak için antikanser ilaçlar kullanılarak yapılan tedavidir. Kanser tedavisinde tek başına veya cerrahi ve radyoterapi ile birlikte uygulanabilir. Kemoterapiye bağlı en sık görülen yan etkiler; halsizlik, bulantı, kusma, saç dökülmesi, kan değerlerinin düşmesi, ağız yaraları, ishal ve kabızlık, cilt ve tırnak değişiklikleri olarak ifade edilebilir (Kanser Daire Başkanlığı, <http://kanser.gov.tr> Erişim Tarihi: 05.02.2017).

Ameliyattan sonra genellikle kadınlara kemoterapi uygulanmaktadır. Kemoterapi veya diğer ek tedavilere başlamak için ameliyat yaralarının iyileşmesi beklenmekte bu da ortalama bir ay sürmektedir. Daha sonra sırasıyla doktorun önerdiği doz ve seansta ek tedavilere başlanmaktadır. Katılımcılar eşlerinin günlük hayata tam anlamıyla ek tedaviler bittikten sonra döndüklerini ifade etmektedirler. Bu da ameliyat olduktan sonra yaklaşık 6-7 ay almaktadır. Bir katılımcının tedavi sonrası sürece yönelik ifadeleri şöyledir;

'...Belki 1-2 ay oldu ondan sonra kemoterapi işi girdi hepten eşimin de bizim de düzenimizi bozdu çünkü bir kemoterapiye girdiği zaman 9-10 gün kendine gelemiyordu ondan sonra bir hafta düzeliyordu ondan sonra yine kemoterapi böyle 6-7 ay belki daha fazla biz sıkıntısını çektik.' (K-1, 47).

Ek tedavileri de almış olmak kadınların normal yaşantılarına dönmeleri için yeterli değildir. Tersine ek tedavilerin kadınlar üzerindeki etkileri günlük yaşama dönme süreçlerini etkilemektedir. Bu dönemde başkalarının desteğine ihtiyaç duyabilir. Dolayısıyla aile üyelerinin kadını destekleyici tutumları kısa sürede gündelik hayata dönmesini sağlayacaktır. Katılımcılar genel olarak meme kanseri tedavisi görmüş eşlerine aile olarak destek olduklarını ifade etmişlerdir.

'Annesi bakıyordu o süreçte, gündelik hayatına yani kendi işlerini yapma sürecine dönmemişti. Kemoterapinin getirdiği bir ağırlık bir bulantı dönemi oldu, o sıkıntıyı yaşadığı süreç içerisinde, saçları döküldü tırnakları bozuldu. Ama şu anda normal günlük hayatına dönmüş durumda, kemoterapi bitmeye yakın dönmüştü.' (K-9, 48).

Meme kanseri tedavisinin ameliyatla bitmediğine önceki başlıklarda değinilmişti. Doktorlar ameliyatı desteklemek adına kemoterapi, ışın tedavisi ve hormon tedavisi gibi ek tedavi yöntemlerine başvuruyorlardı. Katılımcıların ifadelerinden yola çıkarak bu ek tedavi yöntemlerinin eşlerinin üzerinde bıraktığı etkileri; unutkanlık, istifra, halsizlik, bulantı, acı vermesi, tedaviden vaz geçme isteği, duygusallık, agresiflik olarak sınıflandırılabilir.

'Şöyle ikinci kemoterapiyi aldıktan sonra eşim ben bunu almayacağım demeye başlamıştı. Çünkü çok canı yanıyor o ilacın etkileri biliyorsunuz istifra, halsizlik, bulantı devamlı bunlardan sıkılmıştı yani.' (K-2, 48).

'Şimdi mesela kemoterapiye başladığı zaman biraz daha, duygusal oldu. Agresif oldu. Biraz daha kaygılı oldu. Bilhassa kemoterapi döneminde psikolojik olarak sıkıntı yaşadı. Çocuklarını dahi görmek istemiyordu o derece etkilenmişti. Sonradan daha düzeldi daha iyi oldu.' (K-12, 37).

'İlişkimizde sıkıntı yok sadece tedavi safhası kemoterapi sonrası ilk on gün kötü geçiyordu. Ondan sonra Kocaeli Üniversitesi'ne gidip gelmeler onu çok zorluyordu o üniversiteyi görmek istemiyordu.' (K-21, 43).

Meme kanserinin bir aile hastalığı olduğunu burada bir kez daha tekrar etmek gereklidir. Çünkü tedavisi için tüm ailenin seferber olması gerektiği gibi hastalığın ve tedavi sürecinin etkilerinden tüm aile üyeleri de payına düşeni almaktadır. Dolayısıyla meme kanseri hastalığı ve tedavisinin olumsuz etkileri tüm aile üyelerine bir şekilde yansımaktadır.

'...Tedaviden sonra ne kadar zorlu bir süreç olduğunu gördük. Yaşadık, gördük. Bundan biz de, iki çocuğumuz da etkileniyor bu tedaviden, ailece bu tedaviden etkileniyoruz. Ufak kız 5 yaşında o da bu durumdan etkileniyor. Annesinin kemoterapi tedavisinde çocuğun renginin kaçtığını gördüm. Ufak kızın rengi kaçıyor, sararıyor. Bu kemoterapi sürecinde.' (K-12, 37).

Ameliyat ve ek tedavilere rağmen vücutta kitlelerin kalması ya da sonradan küçük kitlelerin çıkması katılımcıları ve eşlerini tedirgin etmektedir. Ameliyat olup ek tedavilerini de bitiren kadınlar ve eşlerinde nüks etme korkusunun gelişmesi olasıdır. Bununla beraber tedavi olmuş olma hissi yaşayamadıklarından umutsuzluğa ve mutsuzluğa sürüklenmektedirler.

'...İşte tam bir şeye seviniyoruz bir şey çıkıyor önümüze işte tam artık ameliyat olduk, hastaneden çıktık, işte o sonuç geldi vücutta hala, daha var olduğu ortaya çıkınca sevinemedik desem yeridir. Biz daha kurtulamamışız diye düşündük. O olmasaydı sevinecektik, tamam biz atlattık, Allah'a şükür iyi olacağız.' (K-10, 38).

'...bu hastalık var yani bunun bir ameliyat olmuş olmakla bitmiyor ki? Yani bu sonuçta insan vücudu devamlı üretken bir şey. Bu dışarıdan gelmediğinden dolayı içeride zaten var olan bir şey. Şu an her şey çok güzel gidiyor deyip de 3 sene sonra bir şekilde yine çıkabilir ya da 5 sene sonra.' (K-13, 47).

Ameliyat ve ek tedavilerle ilgili olarak başka bir dezavantaj ise tedavi hizmetlerini farklı yerlerden almaktır. Tedavi süreci hastaneye başvuru ile başlayan uzun, karışık ve zahmetli bir süreçtir. Hastalığın zor olmasının yanı sıra bir takım tedavi hizmetleri ile uğraşmak ve bu süreci yürütmek kadın ve eşi için zorlayıcı

olmaktadır. Bu nedenle tedavi hizmetlerini, farklı doktorlardan, birimlerden ve hatta hastanelerden almak kadın ve eşi için enerji kaybı anlamına gelmektedir.

'Devamlı bir doktor olmadığı için farklı farklı doktorlara açıklamada yapamıyorsun, birisi çok iyi diğeri farklı. Birisinden memnun kalıyorsak ikincisinden kalmıyorduk.' (K-15, 42).

'Şikayetimiz bizim şu; bütün bu birimlerin bir elde olması lazım yani işte tahlil için şuraya git film için buraya git, psikolojik destek için buraya git, olmaması lazım.' (K-13, 47).

Ek tedaviler de başarıyla tamamlandıktan sonra katılımcılar ve eşleri hastalığı yendiklerine dair bir inanç geliştirmelidirler. Bu inanç onların hem günlük hayatlarına dönme süreçlerini hızlandıracak hem de endişe ve korkularının üstesinden gelmelerine yardımcı olacaktır. Katılımcılar ve eşleri ameliyattan sağ salim çıkmayı bir başarı olarak görmelidirler. Bu durum, katılımcıların eşlerini bu tür kazanımlarla motive etmesi açısından önemlidir. Hastalığı yenmenin yanı sıra hayata kaldıkları yerden devam edebilmek de katılımcılar ve eşleri için bir kazanımdır. Bu yolla eşler tedavi gören kadınları güçlendirebilirler.

'Şuanda da protezle idare diyor. Kendi göğsü gibi olmaz ama. En azından sabretmesini istiyoruz. Doktor bir sene dedi, bir seneden sonra olacak.' (K-8, 46).

'Her şeye rağmen olumludur. Bazen söylüyorum senin bu yaşadıklarını ben yaşasam şimdiye kadar ben öldürdüm diyorum o yine iyi dayanıyor kadıncağz.' (K-2, 48).

'Hayatımız eskiden olduğu gibi devam etti bizi bu süreç etkilemedi.' (K-15, 42).

'Moralimiz düştü, ama fazla etkilemedi, sonu kötü olsa ne olurdu bilemem ama sonu iyi oldu. Doktorlarımız da iyiydi. Ama ne olursa olsun bunu ortaklaşa bir şekilde atlattık.' (K-20, 48).

4.3.5. Tedavi ve Sonrasında Eş İlişkileri

Meme kanseri veya diğer jinekolojik kanser türleri hastaların eşleri tarafından travmatik bir olay olarak algılanmakta, evlilik içi ilişkileri olumsuz olarak etkilemektedir. Çiftlerin meme kanseri hastalığı ve tedavisi sonrası değişen yaşamlarına uyum sağlamak zorlandığı, ciddi problemler yaşadıkları bilinmektedir. Meme kanserli kadınların eşlerinde de önemli ruhsal ve sosyal sorunlar

yaşayabilecekleri unutulmamalıdır. Bu nedenle meme kanseri tedavisinde hastalar ve eşlerinin psikososyal sorunlarına yönelik danışmanlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması gereklidir. Bu danışmanlık hizmeti kapsamında; aile içi çatışmaların çözümüne yardım, ailenin sosyal destek olarak kullanımının artırılması, aile içi duygu paylaşımı, yaşama anlam katma ve yeniden yapılandırılmada aile üyelerine yönelik uygulamalar hakkında bilgi verilebilir (Hocaoğlu, Kandemir ve Civil, 2007: s. 164).

Ameliyatın sebep olduğu fiziksel değişimlerin kadın üzerinde bir takım duygusal ve psikolojik etkileri vardır. Bu etkiler kadının eşiyle kurduğu ilişkisine; uzaklaşma, agresiflik, bağlanma ve ya ayrılma düşüncesi gibi farklı şekillerde yansımaktadır. Meme kanseri tedavisinin, eşlerinin kendileri ile kurdukları ilişkiye etkileri irdelenecektir.

'Uzaklaşma derken duygusal bir uzaklaşma değil de, tabiat gereği ameliyattan sonraki süreçte olması gereken uzaklıktı. Duygusal olarak yaşanmadı tam aksine daha da kenetlendik.' (K-6, 46).

'Tedaviden sonra hoşgörü ile ilgili sıkıntılarımız var, dedim ya yetersiz olduğunu düşünmesi tetikliyor. Çektiği acılardan dolayı üzüntülerinden dolayı zaman zaman agresifleşebiliyor.' (K-2, 48).

'...birbirimize karşı olan bağlılığımız arttı. Ameliyatın bize kazandırmış olduğu iki şey var birisi bağlılığımız arttı ikincisi eşim sigarayı bıraktı.' (K-16, 42).

Katılımcıların, eşleri ile kurdukları ilişkilerine ameliyatın etkilerini öğrenmek için sorulan sorulara verdikleri cevaplar neticesinde; eşlerine destek olmaya devam ettikleri, eşlerine karşı daha hassas davrandıkları, ameliyattan öncesi ve sonrası arasında değişiklik olmadığı anlaşılmıştır.

'...Ben tam tersi hastalık döneminde de kemoterapide de ona eksiklik hissettirmedim.' (K-4, 44).

'Samimi olarak söyleyeyim, normal zamanda yapsaydı bazı hareketlere tepki gösterirdim ama bu durumda yaptığı hiç bir şeye tepki göstermedim. Tamam ya yapsın öyle olsun, nasıl istiyorsan öyle yapalım gibi şeylerle yaklaştım ben. Onun istediği şekilde hareket ettim ben.' (K-16, 42).

'Ben de daha hassas davranmaya başladım ona karşı.' (K-23, 33).

'Ben biraz daha dikkatli davranmaya çalıştım.' (K-16, 43).

Meme kanseri tedavisi gören kadınlar kendilerine yardımcı dokunan faktörler arasında eş ve aile desteğini ifade etmişlerdir. Meme kanseri tedavisi görmüş kadınlar bundan sonraki yaşamlarında eşlerinden anlayışlı, sorumluluklarını paylaşan ve destekleyici tutum içerisinde olmalarını beklemektedirler (Güner, 2008: s. 46).

Ameliyatın olumsuz etkileriyle mücadele etmede eş desteği önemli bir etkidir. Katılımcılar ve eşlerinin tedaviden sonra duygusal anlamda birbirlerine yakınlaştıkları görülmüştür. Tedavi sonrasında kadınlar ameliyat nedeniyle sahip olduğu fiziksel kuvvet ve yeteneklerinde azalma yaşayabilirler. Bu durumda bir takım şeyleri yerine getirmek için desteğe ihtiyaç duyabilirler. Tam da bu noktada katılımcılar eşlerine gerekli desteği sunmaktadır. Katılımcılar tedavi gören eşlerine; tedavilerine devam etmeleri konusunda destek olarak, onları motive ederek gündelik hayata kısa sürede dönmelerine yardımcı olmaktadır.

'Bu ameliyat bizi olumlu yönde etkiledi. Dediğim gibi birbirimize olan bağımız daha da arttı. Mesela ameliyattan sonra eşim evde olmadığı zamanlar şey demeye başladı; seni özliyorum demeye başladı tamam ameliyattan önce de özlerdi ama bunu hiç dile getirmezdi. Bir bağlılık oluştu, bağlılık vardı ama daha da arttı.' (K-16, 42).

'Şöyle ben üzüntüden ziyade ona hep destek olmaya çalıştım bu konuda, bunu almalısın almazsan bak iyileşemeyeceksin, bunun ilacı buysa bunu kullanmak zorundayız diyerek bir teskinim vardı.' (K-2, 48).

'Kemoterapide saçları döküldü, ben de saçımı sıfıra kazıttım mesela ne olacak ki.' (K-8, 46).

Tedavi sonrasında eşinin ameliyat olması nedeniyle ev işlerini ve çocukların bakımını yapamadığını belirten katılımcılar bu işlerle kendilerinin ilgilenmek zorunda kaldığını ifade etmiştir. Bu durum katılımcıların rollerinde değişikliklere neden olmakta, yeni sorumluluklar yüklemektedir.

'Babacan yardım sever huzur vermeye çalışan ailesini toparlamaya çalışan başkasına muhtaç etmemeye çalışan hayatımızı idame ettirmeye çalışıyoruz. Allah kimseye de muhtaç etmesin. İşe gidiyorsunuz akşam işten döndüğünüzde yemek yapılması gerekiyorsa yapmaya çalışıyorsunuz, işte çocuklarınız size yardım ediyor toparlıyorsunuz, hafta sonları geldiğinde evin temizlik işlerine bakıyorsunuz.' (K-2, 48).

'Misal ben gittiğim zaman 1-2 gün sonra geliyorum eve bakıyorsun hastalıktan sonra her şey darmadağınık, geliyorsun toparlamaya çalışıyorsun, eşin kalkamıyor, onlarla uğraşmak; insan hem kendini suçlu hissediyor bir şey yapamıyorsun diye hem de uğraşıyorsun onu öyle gördükçe üzüliyorsun, yapmaya çalışıyorsun ne kadar da olsa bir kadın kadar yapamıyorsun onunla ilgili baya bir sıkıntımız oldu. Çok şükür şimdi pek fazla kalmadı da.' (K-7, 41).

Teşhis öncesi sürece sorulan kapalı uçlu sorular cerrahi müdahale sonrası sürece yönelik olarak da sorulmuştur. Katılımcıların cerrahi müdahale sonrasında eşlerinin kendilerine karşı sergiledikleri tutum ve kendileriyle kurdukları ilişki tarzı sorulduğunda; 22'si mutlu, hoşgörülü, 21'i umutlu, etkin, sevecen, anlayışlı, 18'i bağımsız, 2'si mutsuz, umutsuz, hoşgörüsüz, anlayışsız, 7'si agresif, 4'ü bağımlı, 6'sı tepkili, 5'i suçlayıcı olarak ifade ederken hiç biri eşlerinin pasif olduğunu belirtmemiştir.

Katılımcılar kendilerinin cerrahi müdahale sonrasında eşlerine karşı sergiledikleri tutum ve onlarla kurdukları ilişki tarzları sorulduğunda; 23'ü mutlu, 22'si umutlu, bağımsız, 21'i etkin, 24'ü sevecen, hoşgörülü, anlayışlı, 1'i mutsuz, umutsuz, 3'ü agresif, bağımlı, 5'i tepkili, 2'si suçlayıcı olarak ifade ederken katılımcıların hiç biri kendilerini pasif, hoşgörüsüz ve anlayışsız olarak görmemektedirler.

Katılımcılara cerrahi müdahale sonrasında eşlerinin ilişkileri hakkında hissettikleri sorulduğunda; 22'si rahat, istekli, yeterli, 20'si mutlu, 21'i gerekli, 24'ü faydalı, 23'ü ilişkisinin gerçek bir ilişki olduğunu düşünüyor, ilişkisine inancı devam ediyor, 3'ü kaygılı, 1'i umutsuz, isteksiz, yetersiz, ilişkiye olan inancını yitirmiş, ilişkisinin yapmacık olduğunu düşünüyor, 2'si mutsuz olarak ifade ederken katılımcıların hepsi eşlerinin ilişkileri hakkında isteksiz olmadığını ve ilişkilerini faydasız olarak görmediklerini belirtmişlerdir.

Cerrahi müdahale sonrasında katılımcıların ilişkileri hakkında hissettikleri; 21'i rahat, yeterli, 23'ü umutlu, gerekli, faydalı, ilişkisine olan inancı devam ediyor, 22'si mutlu, istekli, ilişkisinin gerçek bir ilişki olduğunu düşünüyor, 1'i umutsuz, isteksiz, gereksiz, faydasız, yetersiz, ilişkisine olan inancını yitirmiş, 2'si mutsuz, ilişkisinin yapmacık bir ilişki olduğunu düşünürken hiç biri kaygı hissetmediğini ifade etmiştir.

Katılımcılara eşlerinin cerrahi müdahale sonrasında duygu ve düşüncelerinin kendileriyle paylaşımı konusundaki tutumları sorulduğunda; 21'i açık, 23'ü samimi, dürüst, 22'si etkin, doğrudan, 15'i dikkatli, 18'i minnettar, 2'si dolaylı, 1'i pasif, içten pazarlıklı, bir şey hissetmiyormuş gibi, duygu ve düşüncelerini kendisiyle paylaşmayan, 4'ü tepkili, 6'sı dikkatsiz, 3'ü açık olmayan, suçlayıcı olarak ifade etmişlerdir.

Katılımcıların cerrahi müdahale sonrasında duygu ve düşüncelerini eşleriyle paylaşma konusundaki tutumları ise; 22'si açık, doğrudan, 24'ü samimi, dürüst, 21'i etkin, dikkatli, 20'si minnettar, 2'si dolaylı, tepkili, açık olmayan, suçlayıcı, 1'i dikkatsiz, bir şey hissetmiyormuş gibi davrandığını ifade ederken pasif ve içten pazarlıklı olduğunu, dürüst olmayan ve duygu düşüncelerini eşiyile paylaşmadığını ifade eden katılımcı olmamıştır.

Cerrahi müdahale sonrası katılımcıların eşleriyle olan ilişkilerindeki rolleri sorulduğunda; 23'ü eşine duygusal yönden destek olan, 24'ü eşine maddi açıdan destek olan, eşini çevreden gelebilecek olumsuz etkilerden koruyan, eşinin içinde bulunduğu yeni duruma duyarlı olan, eşinin sorunlarının üstesinden gelmesine destek olan, 20'si eşini yalnız bırakmayan, 21'i eşinin gündelik hayattaki sorumluluklarını yerine getiren, eşinin sevgi ihtiyacını karşılayan, 1'i eşinin duygusal ihtiyaçlarını karşılayamayan, eşinin sevgi ihtiyacını karşılamayan olarak ifade etmiştir.

Teşhis öncesindeki benzer bir şekilde katılımcılar eşlerine nazaran kendileriyle ilgili pozitif değerlendirmeleri daha sık bir şekilde ifade etmişlerdir. Katılımcılar ve eşlerine meme kanseri teşhisi açıklanmasına rağmen ve hatta eşleri cerrahi müdahale geçirmelerine rağmen bunların ilişkilerine etkileri son derece düşük seviyede kaldığı söylenebilir. Katılımcıların, meme kanseri olduğunu öğrenen ve cerrahi müdahale geçiren eşlerinin kendileri ile olan ilişkileri hakkında ifade ettiği pozitif değerlendirmelerde çok küçük bir düşüş ile birlikte negatif değerlendirmelerde de küçük bir yükseliş meydana gelmiştir. Katılımcıların eşleri ile olan ilişkilerinde kendilerine yönelik değerlendirmelerinde teşhisin açıklanmasına ve eşlerinin cerrahi müdahale geçirmelerine bağlı olarak pozitif değerlendirmelerinde artış, negatif değerlendirmelerinde ise düşüş meydana gelmiştir. Sonuç olarak

katılımcıların eşlerine nazaran meme kanseri teşhisi ve cerrahi müdahale karşısında daha az olumsuz etkilendiği söylenebilir.

4.3.6. Psiko-Sosyal Destek İhtiyacı

Katılımcılar eşlerinin meme kaybına uğradıkları için ve tedavinin etkileriyle baş edebilmek adına psikolojik desteğe ihtiyaç duyduklarını ifade etmişlerdir. Bu zor süreci tedavi gören eşleriyle beraber yaşayan bazı katılımcılar da psikolojik desteğe ihtiyaç duyduklarını dile getirmişlerdir.

'Psikolojik desteğe ihtiyaç duydum.' (K-10, 38).

'Eğer benim tavsiyem olacaksa, yazacaksanız psikolojik desteği yazın... Bir kere psikolojik destek kesinlikle olmalı yani.' (K-13, 47).

Yönlendirme eksikliğinden veya bilgi sahibi olmamadan kaynaklı olarak; katılımcılar eşlerinin psikolojik destek ihtiyacını profesyonel anlamda bir psikologdan karşılamak yerine farklı yollarla karşılamaya çalıştıklarını şu şekilde ifade etmektedirler;

'Psikolojik desteğe ihtiyacımız vardı. Psikologdan ya da psikiyatriden almadık. Kişisel olarak hani iğne vurulmaya gittiğinde oradaki hemşirelerden. Mesela eşim sağlık ocağına gidiyordu kemoterapi iğnelerini vurulmak için orada başka bir meme kanseri olan biriyle dertleştiği zaman rahatlıyordu.' (K-12, 37).

'Eşimin psikolojik ihtiyacını karşılayamadık. Kendimiz destek olmaya çalıştık.' (K-7, 41).

Psikolog veya psikolojik destek hakkında sahip olunan ön yargılar psikolojik destek ihtiyacının karşılanması önünde bir engeldir. İnsanların psikolojik destek hakkında sahip oldukları ön yargıların temelinde bilgi eksikliği veya yanlış bilgilendirilmenin yattığı düşünülmektedir.

'Yani nasıl açıklayayım. Ben mesela sigara içen bir adamım, sigarayı bırakamıyorum, psikiyatriye de böyle bakıyorum ben. Eğer ben güçlü olabiliyor isem, ya da biz güçlü olabiliyorsak, psikolog ya da psikiyatrist yardımcı olabilir. Ama biz gidip de sadece orda oturup konuşmanın bir faydası olacağını düşünmüyorum, ben düşünmüyorum en azından. Eşim de öyle düşünüyor. Yine oturduk, konuştuk, kendi aramızda ne olabileceğini düşündük, düzelttik.' (K-3, 36).

Tedavi nedeniyle tüm süreç boyunca odakları iyileşmek olan kadın ve eşi duygusal yönlerini ihmal ettikleri görülmüştür. Ailesi veya arkadaşlarına eskiden olduğu kadar zaman ayıramazlar. Ancak yine de onları yanlarında görmek, desteklerini hissetmek istedikleri düşünülmektedir. Özellikle ameliyat sonrasında katılımcılar hastalıktan uzaklaşmak, tedavilerin etkileriyle baş edebilmek adına manevi desteğe ihtiyaç duyduklarını ifade etmişlerdir. İhtiyaç duydukları manevi desteği ise genellikle ailelerinden ve yakın arkadaşlarından karşılamışlardır.

'Biz, annesi olsun, samimi arkadaşı olsun ben olayım ona zaten her türlü desteğimizi verdiğimizizi düşünüyorum. Bence en doğru olanı, çok şey yoksa ailenin destek olması daha doğru. Sevgi diyeyim ben size, tek çözüm sevgi. Yani bu konuyu doktorla konuşsan tamam sana doktor olarak bir şeyler söyleyecek ama sevgi daha şey bence.' (K-21, 43).

'Manevi ihtiyaç oldu. Mesela, çünkü en son aldığı ilaç manevi. Mesela onun ailesinde her ay biri geliyordu ona bakmak için manevi anlamda çok destek oldu bu ona.' (K-12, 37).

Ameliyat öncesi sürece göre bu süreçte daha çok ekonomik desteğe ihtiyaç duyulmaktadır. Ailenin tedavinin masraflarını karşılama konusunda da katılımcı ve eşine destek olduğu görülmektedir.

'Hayır. Ekonomi yönünden vardı, aile yardımcı oldu.' (K-4, 44).

'Dediğim gibi aileler yanımda oldukları için açıkçası çok bir şeye ihtiyaç duymadık. Parasal olarak onlar da bize destek oldular.' (K-23, 33).

Teşhis konulduktan sonra ihtiyaç duyulan destek türlerinden farklı olarak cerrahi müdahale sonrasında katılımcılar ev işlerinin yapılması ve çocukların bakımı ile ilgili ihtiyaç duyduklarını ifade etmişlerdir. Bu ihtiyacın ameliyat sonrasında çıkmasının toplumsal cinsiyetçi iş bölümü ile ilgili olduğu düşünülmektedir. Özel alana ait görülen kadın kendisine biçilen görevleri yerine getiremez duruma geldiğinde bu ihtiyaçların karşılanması ihtiyacı doğmuştur. Katılımcıların bu konuyla ilgili ifadeleri şunlardır;

'Ev işlerinde yardıma ihtiyaç duydu.' (K-19, 39).

'Temizlik gibi günlük işler.' (K-8, 46).

'Tabi tabi, ev işlerinin yapımıyla ilgili, çocukların bakımı için.' (K-10, 38).

Feministler kamusal ve özel hayatın her alanında toplumsal ilişkilerin doğasının cinsiyetçi olduğunu vurgular cinslerin eşitliğini savunurlar (Dominelli, 2002: s. 5; Buz, 2009: s. 54). Ancak bu eşitliğin hayata geçirilmesinin önünde bazı engeller vardır. Bu engeller kişilerin kendileri hakkındaki görüşlerini, toplumsal yapı içerisindeki konumlarını ve sağlık durumlarını etkilemektedir.

Toplumsal cinsiyetçi bakış açısıyla ev işleri ve çocukların bakımı kadınlara atfedildiği için katılımcılar eşlerinin bu alanlarda yardıma ihtiyaç duyduğunu benimsemişlerdir. Hatta bu işleri kendi aralarında yaptıklarında bunu meme kanseri tedavisi görmüş kadına yardım olarak algılamaktadırlar.

'Tabi biz yardımcı olduk. Ağır işlerde ablam destek oldu. Çocuklar destek oldu temizliği falan büyük kızım ben yaptık. Daha çok aile desteğiyle.' (K-6, 46).

Toplumsal cinsiyet, ataerkillik ve ayrı alanlar nosyonu sosyal hizmet bilim ve uygulamasında belirleyici nitelikte olan kavramlardır. Çünkü hizmet talebinde bulunan kişilerin yaşadığı sorun ve ihtiyaçlar doğrudan ya da dolaylı olarak bu kavramlarla ilişkili olabilir (Buz, 2009: s. 56).

Burada üzerinde durulması gereken başka bir konu ise kadınların görünmeyen emeğiyle ilgilidir. Kadın emeğinin değersizleştirilmesinden kaynaklı olarak bir katılımcının eşinin 'yemek yapmasını' bir iş olarak görmediği anlaşılmaktadır. Ayrıca katılımcının söylediklerinden eşinin de toplumsal cinsiyet temelli iş bölümünü benimsediği görülmektedir

'Doktor iş yapmayacak dedi. Bende zaten iş yapmıyor yemek falan yapıyor dedim. Onu da yapmayacak dedi. Hanımım benim kocam ne yiyecek dedi. Doktor kendi yapıp yiyecek dedi. Sesimi kestirdi. Hiç bir şey diyemedim.' (K-19, 39).

4.3.7. Bilgisel Destek İhtiyacı

Soydaş Yeşilyurt ve Fındık (2016: s. 157) ameliyat sonrasında hastaların daha çok ameliyatın bundan sonraki yaşamlarını ne derecede ve nasıl etkileyeceği hakkında bilgi ihtiyacı duyduklarını ifade etmektedirler.

Ameliyat sonrasında artık kadının vücudunda bir değişiklik meydana gelmiştir, kadın ve eşi bu yeni durumla yaşamayı öğrenmelidir. Bununla birlikte tedavi devam

ettiğinden ilaç tedavisi ve ışın tedavisi gibi ek tedavileri sürdürmelidirler. Ameliyattan hayatta kalarak çıkan kadın ve eşi yeni durumla yaşamaya yönelik yoğun bilgi ihtiyacı içerisine girmektedirler. Bu bilgi ihtiyacı kimi zaman ameliyattan sonraki tedavilerle, kimi zaman da ameliyatın ve ek tedavilerin kadınlar ve eşleri üzerindeki etkileriyle baş etme konusunda olmuştur.

'Evet, bundan sonraki tedavi hakkında hastalık hakkında bilgi verilseydi; mesela biz o 2-3 ayı daha rahat geçirebilirdik.' (K-10, 38) .

'Şimdi, hocamızın yapmış olduğu açıklama; kitlenin tamamen temizlendiği idi. Bu bizi rahatlattı. Ama bize bundan sonraki süreçte kemoterapi almamız gerektiğini, bu meselenin tekrardan kök hücrelerde kalabilen bir hücre varsa kanserli hücre varsa bunun yok edilmesi gerektiğini açıklamasını yaptı. Ve kemoterapiye devam ettik zaten. Bence bu çok önemli bir şey yani bir hekimin hastasına açıklama yapabilmesi ya da bir hekim yardımcısının hastalarına açıklama yapabilmesi bence çok önemli bir durum. Hem insanı rahatlatıyor hem bilinçlendiriyor. Bir hemşire ya da bir görevlinin alakalı bir görevlinin bununla ilgili insanlara detaylı bir açıklama yaparsa bence daha başarılı bir süreç geçirebilir.' (K-3, 36).

Ameliyat olduktan sonra hastaneden taburcu edilen kadın ve eşinin sağlık çalışanlarından bilgi edinme şansı daha da azalmaktadır. Ancak ameliyat ve sonuçları iyileşme sürecinde kadın ve eşinde yoğun bir şekilde bilgi ihtiyacının devam etmesine neden olmaktadır. Aşağıda tedavi olan kadınlar ve eşlerinin taburculuk sonrası süreçte bilgi edinme yollarına değinilmektedir. Teşhisten sonra katılımcıların ve eşlerinin bilgi edinme kaynaklarına benzer bir şekilde; doktorlardan, internet, sosyal medya ve çevreden bilgi edinmeye çalıştıkları söylenebilir.

Taburculuk sonrası süreçte katılımcılar doktorlardan ancak kontrollere gittiğinde bilgi alabildiklerini, bunun yanı sıra doktorların yoğun olarak çalıştıkları için bilgi alabilecekleri sınırlı bir süreye sahip olduklarını ifade etmişlerdir.

'...Şimdi doktorlar sürekli yoğun bir tempoda yaşadıkları için, hazır sorularla gidip de bizim kafamızdaki soruları gidip de sorduğumuz soruların cevabını almak bizim için olumluydu.' (K-3, 36).

Bilgi ihtiyaçlarının karşılanmaması ve kolay ulaşılabilir bir kaynak olması nedeniyle internet ve sosyal medya ameliyat sonrası süreçte de bilgi edinmek için katılımcılar ve eşleri tarafından kullanılmıştır. Katılımcılar ve eşleri, genellikle

ameliyat sonrası ek tedaviler, etkileri, tedavi sonrası hayat vb. hakkında bilgi edinmek amacıyla internet ve sosyal medyayı kullanmışlardır.

'Kemoterapi ve ışın tedavisi üzerinde araştırmalar yaptık.' (K-3, 36).

'O çok araştırdı, her akşam araştırıyordu, aklına takılan ne varsa akşamları okuyordu.' (K-7, 41).

Katılımcılar tedavi sonrası hayatta bilgi eksikliğinin kendilerinde ve eşlerinde endişeye neden olduğunu ifade etmişlerdir. Bu nedenle katılımcılar, bilgi eksikliğini giderip, kendilerini motive etmek ve yanlış bir şey yapmamak adına internet ve sosyal medyayı kullanmışlardır.

'Bilgi sahibi olmadığımız için, belki önemli bir şey yakalarız, yapmamız gereken bir şey vardır, sormamız gereken bir şey vardır, bazı şeyleri not alıp, hocamıza o aldığımız notlarla gittik.' (K-3, 36).

'... Ameliyattan sonra yiyecek iğeceğimize dikkat etmek olsun, neler daha iyi, dirençli yapar vücudu bunlara ilişkin araştırmalar yaptık.' (K-7, 41).

Katılımcıların teşhisten sonra olduğu gibi ameliyattan sonrada çevreden bilgi edindiği görölmüştür. Ancak katılımcılar teşhis öncesinde, ameliyat ve sonuçları hakkında bilgi arayışındayken; ameliyattan sonra, tedavi sonrası hayata en kısa sürede nasıl uyum sağlanacağı ve ameliyat sonuçlarıyla nasıl yaşanılacağı konusunda bilgi edinmeye çalışmışlardır

Ameliyat sonrasında katılımcılara meme kanseri ile ilgili bir sivil toplum örgütüne başvurup vurmadıkları sorulduğunda; ihtiyaç duymadıkları, bilgi sahibi olmadıkları, akıllarına gelmediği, o zor süreçleri hatırlamak istemedikleri ve yakınlarda herhangi bir STÖ olmadığı için başvurmadıklarını ifade etmişlerdir.

'Yani böyle bir derneğin varlığından haberimiz yoktu bizim. Olsaydı başvurur bilgi alırdık en azından tecrübeli, insanlarla konuşurduk bize uygulayacağımız şeyleri söylerlerdi, en azından dedim ya bir rota çizerlerdi ya da bir kabataslak bir yol gösterirlerdi neticede bugün herkes kendi doktorunu seçiyor izleyeceği tedaviyi kendi karar veriyor.' (K-16, 42).

'Yok, hayır, bu dernekler hakkında bir şey bilmiyoruz, bir de eşimi de uzak tutmak istiyorum bu yaşadığımız süreci hatırlamasını istemiyorum, geçen mesela bir siteden bir arkadaş lenf kanseri olmuş onun aramasına bile sinir oluyorum. Hatırlamasını istemiyorum bu yaşadığımız süreci, üzülmesini istemiyorum.' (K-21, 43).

'O an aklımıza gelmemiş olabilir kanser ile ilgili vakıflar duymuştum ama bir de diyelim ki nerede nasıl gideceksin nasıl irtibat kuracaksın, belki irtibatta kurulur internetten telefon vs. öğrenilebilir de diyelim ki karşıda şimdi ben devamlı eşimi nasıl götürüp getireceğim o durumda.' (K-1, 47).

'Gerek duymadık. Söylenecekler aynı şeyler. Biz zaten kendimiz internetten olsun baktık. Çevremiz de bilgi verdi.' (K-6, 46).



BÖLÜM V

SONUÇ, TARTIŞMA ve ÖNERİLER

5.1. SONUÇLAR

Bu araştırma ile nitel araştırma yöntemi kullanarak meme kanseri tedavisi gören kadınların eşlerinin gözlerinden hastalık ve tedavi sürecine yönelik gözlem, deneyim ve önerileri ile hastalığın ve tedavisinin katılımcıların kendileri ve meme kanseri tedavisi gören eşleri, eşleriyle olan ilişkileri üzerindeki etkilerini ortaya koyarak elde edilen verilerin analizi sonucunda tedavi sürecini meme kanserli kadınlar ve eşlerinin ihtiyaçları doğrultusunda şekillendirmeye çalışılacaktır.

Meme kanseri tedavisi sırasında ve sonrasında eş desteğinin önemli olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle eşinin meme kanseri tedavisi sürecini birlikte deneyimlemiş katılımcıların ifadeleri hem söz konusu araştırma hem de genel olarak meme kanseri tedavisi süreci açısından faydalı ve değerli çıktılar sunmaktadır. Tedavi sürecinin bir bütün olduğu kabulünden hareketle araştırmanın sonuçları geniş ve genel bir yelpazede ele alınmıştır. Katılımcılarla yapılan görüşmelerde elde edilen veriler ışığında tedavi sürecine yönelik; bu sürecin yeniden nasıl tasarlanması gerektiğine dair kapsamlı sonuçlar elde edilmiştir. Katılımcıların meme kanseri ve tedavisi deneyimlerine ilişkin sonuçlar tedavi süreçleri göz önünde bulundurularak ele alınmıştır.

5.1.1. Teşhis Sürecine Yönelik Sonuçlar

Bütün hastalıklarda olduğu gibi meme kanseri tedavisinin başarıya ulaşmasında erken teşhis önemli bir etkidir. Meme kanseri kadınlarda sık görülen ve ölüm oranı yüksek bir hastalık olsa da çoğunlukla yeterli bilgi ile kolaylıkla erken teşhis edilebilen bir hastalıktır. Kendi kendine muayene ve düzenli mamografî testleriyle meme kanseri erken evrelerde teşhis edilebilir. Düzenli kontrollerini yerine getiren

kadınların ya ailesinde ya da tanıdığı birinin meme kanseri tedavisi görmesine tanık olmasının etkisiyle düzenli kontrollerini yerine getirdiği çıkarımı yapılabilir. Katılımcıların ifadelerinden yola çıkarak; kendilerinin ve eşlerinin meme kanserinde erken teşhisin önemi, erken teşhis teknikleri hakkında yeterince bilgi sahibi olmadıkları sonucuna ulaşmak mümkündür.

Meme kanseri kadınların çoğunlukla yerleşim yerlerine yakın bir sağlık kuruluşuna başvurdukları ancak çeşitli sebeplerle Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'ne sevk edildikleri tespit edilmiştir.

Örneklemin belirlenmesi aşamasında hastane arşivinde yapılan dosya incelemesi sırasında meme kanseri tedavisi gören kadınların iletişim kurulacak kişi olarak çoğunlukla bir kadın akrabasının iletişim bilgilerini verdikleri görülmüştür. Bu durum araştırmacının aklına 'Eşleri bu süreçte kadınları yalnız mı bırakıyor?' sorusunu getirirse de; katılımcılar teşhis öncesi sürece yönelik değerlendirmeleri istendiğinde 'eş desteğinin' önemine vurgu yapmışlardır.

Katılımcıların teşhis öncesine dair değerlendirmelerinden; bilgi eksikliği ve belirsizliğin yoğun olarak yaşandığı sonucuna varılmıştır. Teşhis öncesinde bilgi eksikliğinin belirsizliğe neden olduğu ve bu iki durumun da teşhis öncesinde endişe ve korkuyu arttırdığı bunun da teşhis ve tedavi süreçleri açısından dezavantaj oluşturduğu anlaşılmıştır.

Teşhis öncesinde meme kanseri hakkında yeterli bilgi sahibi olmadığını ifade eden katılımcılar sahip oldukları bilgilerin 'kulaktan dolma bilgiler' olduğu ifade etmişlerdir. Bunun yanı sıra teşhis öncesinde meme kanseri hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu ifade eden katılımcıların ailesinde veya tanıdıklarında meme kanseri öyküsü olduğu görülmüştür.

Normal akışında giden bir hayatın bir anda meme kanseri gibi hasta ve eşi üzerinde ciddi anlamda duygusal ve psikolojik olarak baskı yaratan bir hastalığın tehditi altında olduğunun açıklanması hem katılımcılar hem de eşleri üzerinde tedavi sürecini değiştirebilecek etkileri vardır. Katılımcılarla yapılan görüşmeler neticesinde; meme kanseri teşhisinin teşhis konulan kadınlar üzerinde 'eksik kalacağını düşünmek-ölüm korkusu-üzüntü-endişe-korku-içine kapanma' gibi

etkileri olduğu; katılımcılar üzerinde ise ‘üzüntü-endişe-eşini kaybetme korkusu-tedaviye odaklanma’ gibi etkileri olduğu anlaşılmıştır. Bazı katılımcılar ise teşhisin açıklanması ve tedavi boyunca bilgilendirilme aşamalarında sürecin dışında tutulduklarını bu nedenle yetersiz bilgi sahibi olduklarını belirtmişlerdir. Bu araştırma kapsamında teşhisin kadınlar ve eşleri üzerindeki etkileri teşhisin açıklanması sürecinin yeniden düşünülmesi gerektiğine işaretir.

Teşhisin kadın ve eşi üzerinde yarattığı etkinin; teşhisi kimin açıkladığı, teşhis açıklanırken bilgilendirme yapılıp yapılmadığı, teşhisin açıklanma şekli, yeri ve zamanı, teşhis açıklanırken ve bilgilendirme yapılırken kullanılan dil, teşhis konulduğunda meme kanseri ve tedavisi hakkında bilgi düzeyi, teşhis öncesinde meme kanseri bir tanıdığı olup olmadığı, teşhis öncesinde meme kanseri hakkında sahip olunan yargılar ve teşhisin açıklanması anında kadının yanında tanıdığı birinin varlığı gibi etkenlere göre değiştiğinin anlaşılması katılımcıların ifadelerinden varılan önemli bir sonuçtur.

Kanser hastalığı, fiziksel bir hastalık olmasının yanı sıra ruhsal ve psikosozal bir boyutu olan tüm tedavi sürecinde çok disiplinli müdahaleyi, hasta ve eşine destek olmayı gerektiren bir hastalıktır. Dolayısıyla kanser tedavisinde biyo-psiko-sosyal modelin göz önünde bulundurularak; teşhis, tedavi ve tedavi sonrası süreci, hasta, eşi ve ailesini kapsayan bütüncül bir tedavi planı uygulamak faydalı olacaktır. Hastalığı cerrahi açıdan tedavi etmenin yanı sıra psikosozal müdahalelerle hastaya emosyonel ve sosyal destek sağlanarak, hastalığın ve tedavisinin kadın üzerindeki olumsuz etkileri azaltılmalıdır (Yıldırım ve Gürkan, 2010: s. 87; Okanlı ve Çelebioğlu, 2011; Tünel, 2011: s. 50).

Meme kanseri teşhisinin ve tedavisinin kadınlar ve eşleri üzerindeki etkileri düşünüldüğünde ve katılımcıların ifadelerinden yola çıkarak meme kanseri tedavisinin çok disiplinli bir ekip tarafından yürütülmesi gerektiği anlaşılmaktadır.

Teşhisin katılımcılar ve eşleri üzerinde yarattığı etki düşünüldüğünde teşhis anında hastalık ve tedavisi hakkında bilgilendirme yapmanın faydalı olmayacağı ancak kadın veya eşinin talep etmeleri durumunda teşhisin açıklanması anında ihtiyaçları kadar bilgilendirmenin yapılmasının sağlıklı olacağı düşünülmektedir.

Katılımcılara teşhisin açıklanması süreci hakkında düşünceleri sorulduğunda; erken teşhis edilmiş olması, tedavisinin olması, iyileşme isteğinin olması gibi durumları olumlu olarak algıladıkları görülmüştür. Bunun yanı sıra; hastalığın ismini, teşhisin açıklanma şeklini, teşhis öncesinde bir başkasının meme kanseri tedavisi sürecine tanık olmayı, hastalığın sebep olduğu olumsuz duyguları dezavantaj olarak ifade etmişlerdir. Bu bilgiler teşhisin açıklanması sürecinde dikkat edilmesi gereken konular bakımından önemli ipuçları sunmaktadır.

Teşhis kadın ve eşinde meydana getirdiği etkilere yukarıda detaylı olarak verilmiştir. Bu etkiler tedavi sürecinde ve sonrasında da değişen oranlarda varlığını sürdürmektedir. Teşhis açıklandıktan sonra katılımcılar yoğun olarak psiko-sosyal ve bilgisel destek ihtiyacı duyduklarını ifade etmişlerdir.

Katılımcıların ifadelerinden anlaşıldığı kadarıyla bilgi ihtiyacı teşhisin açıklanması anından itibaren başlayarak hastalıktan kurtulduklarını düşünene kadar devam etmektedir. Hastalığın açıklanması anından itibaren katılımcılar ve eşlerinin yoğun olarak bilgi eksikliği içerisinde oldukları gözlenmiştir. Bilgi eksikliği çoğunlukla katılımcıların ve eşlerinin tedavi sürecinde kendilerini doktor kararlarına teslim etmelerine ve dolayısıyla pasif bir konuma hapis olmalarına neden olmaktadır.

Bilgi eksikliği katılımcılar ve eşlerinin cerrahi müdahaleye karar verme davranışını etkilemektedir. Katılımcılar ve eşleri meme kanseri ve tedavisi hakkında yeterli bilgiye sahip ise tedaviye kendileri karar vermekte ancak yeterli bilgiye sahip olmadıklarını düşünüyorlarsa yapılacak müdahaleye doktorun karar vermesini beklemektedirler.

Teşhisin katılımcıların eşleriyle olan ilişkilerine etkileri başka önemli bir husustur. Teşhis sonrası katılımcılar eşlerinin bir süreliğine içine kapandıklarını, kendilerinden uzaklaştıklarını ifade etmişlerdir. Teşhisin katılımcılar üzerinde; eşlerine karşı daha duyarlı ve hassas davranma, anlayışlı olma, destek olma gibi olumlu etkileri olduğu görülmüştür. Teşhis açıklandıktan sonra bazı katılımcıların ifadelerinden eşlerini güçlendirmeye çalıştıkları anlaşılırken bazılarının ise belki bu amaçla ancak eşlerinin endişe ve korkularını arttıracak söylem ve davranışlarda oldukları gözlenmiştir. Bu nedenle bazı katılımcıların eşlerine nasıl destek olabilecekleri konusunda bilgilendirmeye ihtiyaç duydukları sonucuna ulaşılmıştır.

5.1.2. Tedavi ve Sonrasına Yönelik Sonuçlar

Katılımcıların ifadelerinden hastaneye yatış, ameliyat olma ve taburculuk süreçlerinin en çok iki hafta aldığı ve bazı katılımcıların aynı gün ameliyat olup evlerine döndükleri anlaşılmıştır. Ameliyat öncesinde katılımcı ve eşi ameliyat ve sonuçları hakkında yeteri kadar bilgilendirilmiş ise ve beklenmedik bir durumla karşılaşılmalarsa tedavinin etkileri daha az yıpratıcı olmaktadır.

Hastanede geçirilen süre kadının fiziksel gücünü yeniden kazanması ve eşiyle birlikte taburculuk sonrası hayata hazırlanmaları bakımından bir avantaj olabilir. Hastanede kalış süresi hastaya ve eşine sağlanacak bilgi, verilecek eğitim ve ihtiyaç duyulan desteğin sağlanması yoluyla avantaja çevrilebilir. Tüm tedavi sürecinin problemi olduğu anlaşılan yetersiz bilgilendirme bu başlık altında da yaşanmaktadır. Eksik ve yetersiz bilgilendirme geri dönüşü olmayan sonuçlar doğurabilir. Ayrıca ameliyat sonrasında eşine destek olmak isteyen katılımcıların da nasıl destek olacaklarını bilmedikleri gibi kadınlara göre daha az bilgilendirildikleri görülmüştür. Bu durumun özellikle taburculuk sonrası süreçte ciddi problemlere neden olacağı düşünülmektedir.

Elde edilen veriler neticesinde kadının hastanede kalış süresi içerisinde çocukların bakımı ve refakatçi gibi konularda ihtiyaç duyulmuş ve bu ihtiyaçlar aile ve arkadaşlar aracılığıyla karşılanmıştır. Yeterli bir sosyal destek sistemi katılımcı ve eşinin tedaviye odaklanması yönünde işlev sergileyebilir.

Katılımcılar eşlerinin taburcu olduktan en fazla üç hafta sonra günlük hayatlarına dönebildiklerini ancak tedavi sonrasında alınan kemoterapi ve ışın tedavisi gibi ek tedavilerin en az ameliyat kadar kendilerini yıprattığını ifade etmişlerdir. Kemoterapi ve radyoterapi gibi ek tedavilerin hasta üzerinde oldukça zorlayıcı etkileri olduğu anlaşılmıştır. Bu nedenle normal şartlarda kadınların hastaneden taburcu olduktan sonra altı ay da ek tedavi aldıkları ve ancak bütün tedaviler bittikten sonra günlük hayatlarına dönebildikleri görülmüştür.

Ameliyatın yanı sıra ek tedavilere de etkilerine maruz kalan kadınlar ve eşlerinin taburculuk sonrası hayat süresince; bilgisel, psikolojik, sosyal ve maddi desteğe ihtiyaç duymuşlardır.

Ameliyat öncesinde tedaviye karar vermek üzere ameliyat ve etkileri hakkında bilgi ihtiyacı olan katılımcılar ve eşlerinin taburculuk sonrasında; ek tedaviler, ek tedaviler ve ameliyatın etkileriyle nasıl baş edilebileceği, bu süreçte nelere dikkat etmeleri gerektiği gibi konular hakkında bilgiye ihtiyaç duymaktadırlar.

Katılımcılar ve eşleri ameliyatın ve ek tedavilerin kendileri üzerinde yarattığı etkilerle baş edebilmek adına psikolojik desteğe ihtiyaç duymuşlardır. Uzun bir süreç olan tedavi sürecinin artık son aşamasında olan katılımcılar ve eşleri yorulmuş, güçleri tükenmiş olabilir. Bu nedenle tedaviye devam etmek istemeyebilirler. Taburculuk sonrası süreçte meydana gelen psikolojik sıkıntıların çözülmesi ve tedavinin sürdürülmesi adına psikolojik destek gerekli görülmüştür.

Ameliyat öncesi süreçle benzer bir şekilde katılımcılar ve eşleri yalnız olmadıklarını hissetmek adına sosyal desteğe ihtiyaç duymaktadırlar. Sosyal desteğin sağlanması tedavi süreçlerinde katılımcılara ve eşlerine hastalıkla mücadele etme gücü vermektedir. Katılımcılar bir an olsun hastalıktan uzaklaşmak istediklerini bu nedenle bir akraba ya da arkadaşlarının sohbetine ihtiyaç duyduklarını ifade etmişlerdir. Katılımcılar özellikle eşleri ameliyat olduktan sonra ev işlerinin yapılması çocukların bakımı konusunda yoğun olarak desteğe ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir. Bunun iki sebebi olabileceği düşünülmektedir. İlk olarak toplumsal cinsiyet temelli iş bölümü sonucunda ev işlerinin kadının görevi olarak görülmesi ve ikinci bir neden ise bu süreç içerisinde aynı zamanda çalışmak zorunda olan katılımcıların yorulması ve bu işleri yerine getirememesi olarak açıklanabilir. Katılımcıların bu alandaki ihtiyaçlarını akraba desteği ile karşıladıkları görülmüştür.

Kadın meme kanseri ile mücadelesinde yalnız değildir. Eşi ve ailesi ile birlikte bu mücadeleyi verir. Dolayısıyla ailesi de desteğe ihtiyaç duyabilir. Kanser bir aile hastalığıdır. Bu hastalık karşısında ailenin olumsuz etkilenmesi, kadının sosyal destek sisteminin zayıflaması anlamına gelir ki bu durum kanserle mücadelesinde yalnız kalmasına neden olur (Okanlı ve Çelebioğlu, 2011: s. 9).

Aile tedavi öncesinde, sırasında ve sonrasında hastaya destek olmak adına önemli işlevleri olan, harekete geçirilmesi en kolay ve en faydalı olabilecek bir sosyal destek sistemidir. Çoğu zaman aniden ortaya çıkan meme kanseri hastalığı karşısında kadın, eşi ve ailesi ne yapacağını, eşi ve ailesi hastaya nasıl destek

olacaklarını bilmeyebilir. Önemli olan destek olmaya istekli aile üyelerinin sosyal hizmet uzmanı tarafından desteklenmesi ve organize edilerek hastanın tedavi sürecine olumlu katkılarının alınmasıdır.

Ameliyat öncesinde bahsedilmeyen ancak taburculuk sonrası süreçte kendini daha çok hissettiren bir ihtiyaç türü ise maddi desteğe duyulan ihtiyaçtır. Tedavinin uzun bir süreç olmasının yanı sıra, bazı hizmetlerin kısa sürede alınması için ücretli olarak karşılanması veya başarıya ulaşılması için yaşam koşullarının ve standardının değiştirilmesi gereği ekonomik olarak çifte ek yük yüklemektedir. Bununla beraber kadın çalışıyorsa ve tedavi nedeniyle işten ayrılmışsa veya hastalık nedeniyle ailenin gelirinde bir şekilde düşüş meydana gelmişse çift maddi desteğe ihtiyaç duymaktadır.

Meme kanseri tedavisi hasta üzerinde; fiziksel işlevsellik, beden imajı, duygu durum, cinsellik, aile ve mesleki konularla ilgili sorunlara neden olabilir. Meme kanseri tedavisi gören kadınlar; fiziksel, psikolojik, sosyal, cinsellik, beslenme, ekonomik durum ve mesleki konularda rehabilitasyona ihtiyaç duyabilirler. Hastanın sorun yaşadığı alan belirlenerek uygun müdahaleler gerçekleştirilir. Zamanla bu sorunların üstesinden gelecek hastada çoğu zaman hastalığın nüks etmesi korkusu devam eder (Kabataş Saral, 2008: s. 9).

Ameliyatın, memeye yüklenen anlam, görev ve işlev doğrultusunda meme kaybının yanı sıra bu konularda da kayba neden olabileceği düşünülmektedir. Bu kayıp katılımcıların eşleri ile olan ilişkilerini ve kadınların ihtiyaç duyduğu eş desteğini etkilemektedir. Literatürden edinilen bilgi çerçevesinde hemen hemen bütün toplumlarda memenin; annelik, beden imajı, cinsellik ve kadınlık gibi konularla ilişkilendirildiği bilinmektedir. Katılımcıların bu başlıklar hakkında özellikle cinsellikle ilgili görüşlerini belirtmekten kaçındıkları ve 'etkisi olmadı' şeklinde kısa cevaplar verdikleri gözlenmiştir. Katılımcılar benzer bir şekilde eşlerinin de ameliyat bölgesini göstermekten kaçındığını ve bu konular hakkında konuşmak istemediklerini ifade etmişlerdir. Cinsellik, cinsel sağlık vb. konularda bilgilendirme de yapılmadığı düşünüldüğünde bu konuda var olan problemler olduğu gibi devam edecektir.

Katılımcıların, çocuk sahibi olmaları nedeniyle eşlerinin annelik konusunda kayıp yaşamadıkları anlaşılmıştır. Cinsellikle bağlantılı olarak, katılımcılar yaşlarının

ilerlediğini zaten çocuk yapma ihtimallerinin az olduğunu bu nedenle hem cinsellik hem de annelik konusunda kayıp yaşamadıklarını ifade etmişlerdir. Bu nedenle çiftlerin genç oldukları ve çocuk sahibi olmadıkları durumlarda meme kaybının çiftler üzerinde olumsuz etkilerinin olabileceği düşünülmektedir.

Birçok katılımcı, meme kaybının eşleri hakkındaki düşüncelerini değiştirmediklerini söylese de bazı katılımcılar eşinin tümünden meme kaybetmesi durumunda ne düşüneceklerini bilmediklerini ifade etmişlerdir. Bu durum katılımcıların düşüncelerinin meme kaybının boyutuna göre değişebileceğini düşündürmüştür. Katılımcılara meme kanserinin eşleri hakkında sahip oldukları beden imajında ne gibi etkileri olduğu sorusuna verilen cevaplardan ameliyat bölgesine bakmadıkları, gözlerinin takıldığı ve morallerinin bozulduğu ancak eşleri hakkında düşüncelerinin değişmediği anlaşılmıştır.

Meme kanseri deneyimi erkeklerin cinsel ilgi ve haz aldıkları bir nesne gibi algılanması, meme hakkındaki kültürel vurgudan açıkça etkilenmektedir. Hem kadın hem eşi için meme kanseri sadece fiziksel olarak travmatik değil aynı zamanda çok ciddi duygusal problemlere neden olmaktadır (Wilkinson ve Kitzinger, 1993: s. 229-230).

Çiftin toplumsal cinsiyet kabulleri, ataerkil yapıdan kaynaklanan roller ve bunlar hakkındaki önceki deneyimleri; hayatlarının herhangi bir anında başlarına gelen meme kanseri hastalığının etkilerini ve şiddetini belirlemektedir. Beden, cinsellik, toplumsal cinsiyet ve ataerkillik hakkındaki olumsuz ön kabuller tedaviyi olumsuz etkileyebilir ancak gerekli müdahaleler yapıldığında kadın ve eşinin sahip olduğu olumsuz ön kabuller olumluya çevrilebilir. Önemli olan bunların tespiti ve eşlerin istekliliğidir.

Sağlık çalışanları çiftleri etkilendikleri; cinsellik, iletişim, rol dağılımı ve ölüm korkusu gibi konularda desteklemelidir. Bazı eşler kişisel konularla ilgili ek danışmanlık hizmeti de alabilir. Bu süreç, eşlerinin hastalıklarıyla mücadele eden kocaları kişisel problemlerle karşı karşıya getirebilir, bu durum eşlerini ve çocuklarını destekleme kapasitelerini geliştirecektir (Northouse, Cracchiolo-Caraway ve Pappas Appel, 1991: s. 222).

Taburculuk sonrası süreçte çiftlerin ilişkilerinin genel olarak olumlu etkilendiği söylenebilir. Kadınlar ek tedavilerin de etkisiyle kendilerini eksik hissedip uzaklaşsalar ve agresifleşseler de katılımcıların eşlerine destek olmak adına daha anlayışlı ve hassas oldukları gözlenmiştir.

5.2. TARTIŞMA

Araştırma kapsamında elde bilgiler ışığında tedavi süreci eleştirel bir gözle irdelendiğinde tedavi süreciyle ilgili bazı durumların nedensellik bağı içerisinde birbirleriyle alakalı olduğu görülecektir.

Katılımcıların, eşleri meme kanseri teşhisi almadan önce meme kanseri olan ve meme kaybına uğrayan insanlar hakkında neler düşündükleri sorulduğunda ‘eksiklik, sakatlık’ gibi düşüncelere sahip oldukları görülmüştür. Ancak ameliyat sonrasında meme kaybına uğrayan eşleriyle ilgili düşünceleri sorulduğunda bir değişiklik yaşamadıklarını, uzuv kaybının eşleri hakkındaki düşüncelerinde ve ilişkilerinde değişikliğe sebep olmadığını ifade etmişlerdir. Bu durumu bir çelişki olarak görmek de mümkün olabileceği gibi eş ilişkisinin meme kanseri hastalığı ve tedavisinin etkileri üstesinden gelmeleri ve onlardan etkilenme şekillerini belirlediği söylenebilir.

Katılımcıların meme kanseri tedavisi gören eşlerinin tamamına yakınının ev işlerinde çalıştığı, katılımcıların ise ev dışı sektörlerde çalıştığı görülmüştür. Kadınların hastaneye başvuruları sırasında çoğunlukla eşlerinin yanlarında bulunamamasının bu durumla alakalı olduğu düşünülmektedir. Kadınlar eşleri çalıştığı için ağrı, şişlik gibi şikayetlerle hastaneye yalnız veya bir kadın akrabası veya arkadaşı ile başvurmaktadır. Bunun yanı sıra teşhis öncesinde eşi ile birlikte hastanede bulunmayan katılımcılar meme kanseri gibi ciddi bir teşhisi duyduktan sonra eşlerini tedavi sürecinde yalnız bırakmamaya gayret etmişlerdir. Teşhis öncesinde meme kanseri birisininin tedavi sürecine tanık olan katılımcıların teşhis öncesinden itibaren tedavi süresince eşlerini yalnız bırakmadıkları görülmüştür. Katılımcıların tedavi sırasında eşlerinin yanlarında bulunma durumu toplumsal cinsiyet rollerinden, ailenin gelir durumundan ve hastalığın türünden etkilenmektedir.

Katılımcıların tedavi sürecine katılımlarıyla ilgili olarak; meme kanseri tedavisi gören kadınların hastane dosyalarının incelenmesi sırasında çok azında eşlerinin iletişim bilgileri olduğu, genellikle bir kadın akraba veya arkadaşlarının iletişim bilgileri olduğu görülmüştür. Katılımcılar ve hastane çalışanları ile yapılan görüşmeler neticesinde bu durumun cerrahi müdahale geçiren kadına refakat edecek kişinin yine bir kadın olması gerekliliğinden kaynaklandığı görülmüştür. Bu durum araştırmacının katılımcılara ulaşması sürecinde bir takım sıkıntılar yaşamamasına neden olmuştur. Bu konuya öneriler başlığı altına detaylı bir şekilde değinilmiştir.

Katılımcılarla yapılan görüşmeler sırasında doktorların bazı hastalara teşhisi iyi huylu tümör olarak açıkladıkları ancak araştırma sürecinin başında meme kanseri tedavisi gören kadınlar hakkında hastaneden talep edilen bilgilerde tanı kısmında 'meme CA' yani meme kanseri yazıldığı görülmüştür. Bu çelişkinin fark edilmesi üzerine hastanede çalışan bir doktorla iletişime geçilerek bu durumun bazen teşhisin net olarak konulamamasından kaynakladığı bu nedenle doktorların böyle bir tutum sergilediği bilgisine ulaşılmıştır. Benzer bir şekilde doktorların cerrahi müdahaleye ilişkin açıklamalarında bazı katılımcılara net açıklamalar yapamadıkları görülmüştür. Bu durumun hastalar ve eşlerinin zihinlerinde belirsizliğe dolayısıyla endişe ve korkuya neden olacağı düşünülmektedir. Doktorların net cevap vermelerinin; tıbbi imkanların geliştirilmesi, tıp eğitiminin güncellenerek yetkin doktorlar yetiştirilmesi ve doktorların teşhis hakkında emin olamadıkları durumlarda teşhisi açıklamadan önce başka doktorlarla istişare etmeleriyle sağlanabileceği düşünülmektedir.

Araştırma öncesinde meme kanseri hastalığı ve tedavisinin eş ilişkisine olumsuz etkilerinin olabileceği düşünülmüş ve bu etkinin şiddetinin evlilik süresiyle ters orantılı olacağı öngörülmüştür. Ancak katılımcıların ifadelerinden yola çıkarak; hastalık ve tedavisinin eş ilişkilerini tehdit edecek düzeyde sorun yaşamadıkları, evlilik süresinin az ya da çok olmasının bu sorunların şiddetine etki etmediği anlaşılmıştır. Bu kaniya evlilik süresi az ve çok olan katılımcıların benzer ifadelerinden yola çıkılarak varılmıştır. Hastalık ve tedavisinin katılımcılar ve eşlerinin ilişkilerine etki etmemesinin başka nedenlerinin ise; çocuk sahibi olmak, kültür, din, sevgi ve yaş olduğu düşünülmektedir.

Teşhis ve tedavi sürecinin etkileri karşısında bazı katılımcıların ve eşlerinin dini bir destek sistemi olarak kullandıkları görülmüştür. Katılımcıların ifadelerinden teşhis karşısında Allah'a sığındıkları ve özellikle meme kanseri olan eşlerinin dini ritüellerini daha sık yerine getirmeye çalıştıkları anlaşılmaktadır.

Meme kanseri olan kadınlar için üzerinde durulması gereken önemli bir konu ise tinselliktir. Teşhisle birlikte şok yaşayan hasta, inkar ve sorgulama süreçlerini yaşar. Ancak kanser gibi korkulan bir hastalık karşısında kendisini güçlü hissetmek ister, hatta güçlü olmak zorunda olduğunun bilincindedir. Bu nedenle daha çok tedavi olan kadınlarda tinsellik ön plana çıkmaya başlar.

Coholic (2003: s. 49)'e göre tinsellik bireyi; sıradan yaşam deneyimlerinden üstün daha büyük bir şeye bağlı olma duygusuyla son derece kişisel veya toplumsal olarak kuşatan karmaşık bir yapıdır. İnanç ise; insanlar tarafından paylaşılan organize edilmiş inanışlar ve davranışlar sistemi veya bir 'Yaratıcı'ya ya da 'ulu'ya bağlılık kavramı üzerine kurumsallaşmış ibadet yapısı olarak tanımlanabilir.

Tinsellik kadının hastalık karşısında güçlenmek için kullandığı bir alan olarak düşünülebilir. Bu yönüyle kadının güçlendirilmesinde kullanılması gereken bir alandır. Ancak tinsellik doğru bir şekilde organize edilmezse kadını tedavi sürecinde pasifize ederek tedaviye katılımını engelleyebilir. Bu nedenle profesyonel anlamda çalışılması gereken bir konudur. Tinsellik inançla karıştırıldığında kadını baskı altına alarak dezavantajlı bir konuma sokabilir.

Katılımcıların ve eşlerinin destek sistemi olarak kullandıkları başka bir yapı ise aile olmuştur. Türkiye'nin toplumsal yapısı ve ailenin bu yapı içerisinde, üyelerinin ihtiyaçlarının karşılanmasında temel rol oynaması meme kanseri tedavisi sürecine de yansımıştır. Katılımcılar ve eşlerinin manevi ve sosyal destek ihtiyaçlarının çoğunlukla aileleri aracılığıyla karşılandığı görülmüştür.

Bu nedenle sosyal hizmet uzmanlarının etkili bir müdahale geliştirebilmeleri açısından müracaatçıları iyi bir şekilde analiz etmeleri, güçlü ve zayıf yönlerini bulmaları ve müdahalelerini bu doğrultuda gerçekleştirmeleri gereklidir.

Katılımcılara tedavi sonrasında eşleri hakkında; annelik, beden imajı, vücut bütünlüğü, cinsellik, cinsiyet rolleri ile alakalı düşünceleri sorulduğunda özellikle cinsellikle ilgili kısa cevaplar vererek geçiştirmeye çalıştıkları görülmüştür. Bunun cinselliğin bir tabu olarak görülmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca en büyüğü 48 yaşında olan bazı katılımcılar tedavi sonrasında cinsel yaşamlarında meydana gelen değişikliklerin yaş itibari ile 'normal' veya 'önemli' olmadığını ifade etmişlerdir. Ancak yaş itibari ile biyolojik olarak aktif cinsel yaşama sahip olmaları beklenen katılımcıların yaşlarının kendilerince ileri olduğunu ifade ederek cinsellikle ilgili sorun yaşamadıklarını ifade etmelerinin bastırma davranışı olduğu düşünülmektedir. Dahası meme kanseri ve tedavisinin kendi düşüncelerinde eşlerine yönelik bir değişikliğe sebep olamadığını ifade eden ve eşlerinin yukarıda bahsedilen konularla ilgili sorun yaşadıklarının bilincinde olan katılımcıların eşlerine bu konularda yeterince destek olamadığı düşünülmektedir. Bu nedenle katılımcıların, bilinçlendirilmeye, hastalığın ve tedavisinin eşleri üzerindeki etkilerini onlar açısından değerlendirebilmelerinin sağlanmasına ihtiyaçları vardır.

Son olarak katılımcılarla yapılan görüşmeler sırasında hepsinin tedavi sürecini ücretli randevular olarak yürüttüğü aksi takdirde tetkikler ve tedaviler için uzun süreler verildiği bilgisine ulaşılmıştır. Katılımcılar genel olarak tedavinin ve tedavi sonrası hayatın masraflı süreçler olduğunu ifade etmişlerdir. Maddi durumu ücretli randevular şeklinde tedavi sürecini yürütmeye elverişli olmayan kişilerin etkin bir şekilde sağlık hizmeti almasının mümkün olmayacağı dolayısıyla en temel insan haklarından olan sağlıklı yaşam hakkını elde etmesinin engelleneceği düşünülmektedir.

5.3. ÖNERİLER

Araştırma kapsamında elde edilen bulgular doğrultusunda ve literatür kapsamında iki farklı başlıkta öneriler geliştirilmiştir. İlk başlık; sosyal hizmet uzmanlarının meme kanseri kadınların eşleriyle çalışırken uygulamalarının faydalı olacağı düşünülen sosyal hizmet müdahalesi önerisidir. İkinci başlık ise tedavi sürecinden ve sağlık hizmetlerinden kaynaklanan sorunların önüne geçebilmek adına tedavi süreçlerine yönelik önerilerden bahsedilen genel öneriler başlığıdır.

Yataklı tedavi kurumları işletme yönetmeliği ile sağlık kuruluşlarında sosyal hizmet uzmanlarının mesleki görevleri belirlenmiştir. Söz konusu yönetmeliğin 35. maddesi şöyledir;

‘Standardında sosyal hizmet uzmanı bulunan yataklı tedavi kurumlarında bir sosyal servis kurulur. Birden fazla sosyal hizmetler uzmanı bulunduğu takdirde, içlerinden baştabip tarafından görevlendirilen bir tanesi bu servisin amirliği görevini de yürütür.

Sosyal servis, yataklı tedavi kurumlarına müracaat eden, yatan ve kurumdan çıkan hastaların sosyal ve ekonomik sorunlarının saptanması, çözümlenmesi, hastanın çevresi ve ailesiyle ilişkilerinin sağlanması, kurumun halkla ilişkiler işlerinin yürütülmesi ile görevlidir.’

Yukarıdaki madde gereği sosyal hizmet uzmanının meme kanseri tedavisi gören bir kadının tedavi sürecine dâhil olması hem hukuki bir zorunluluk hem de mesleki bir görevdir. Bu nedenle aşağıda bahsedilen genel öneriler ve sosyal hizmet müdahalesi önerisi başlıkları altında çoğunlukla sosyal hizmet uzmanına yönelik öneriler geliştirilmiştir.

5.3.1. Sosyal Hizmet Müdahalesi Önerisi

Meme kanseri ve tedavisinin kadınlar üzerindeki etkileri düşünüldüğünde bu sürecinin meme kanseri kadının merkeze alınarak yeniden tasarlanmasının bir gereklilik değil zorunluluk olduğunu düşünülmektedir. Çünkü meme kanseri tedavisi uzun süreçtir. Dolayısıyla henüz bu sürecin başında kadın ve eşini güçsüzleştirmeyen, iyileşmeye olan inançlarını destekleyen, hastalık ve tedavisi hakkında ihtiyaç duydukları bilginin sağlandığı, kadın ve eşinin teşhise hazırlandığı, hastalığın olumsuz yönlerinden ziyade tedavinin olumlu yönlerini ön plana çıkaran bir yaklaşımla sergilenmesi gerekmektedir.

Araştırma bulgularından varılan sonuç neticesinde; yukarıdaki bölümlerde de vurgulandığı üzere meme kanseri tedavisi gören kadın ve eşi için öncelikli amacın tedavi olup iyileşmek olduğu bu nedenle yoğun olarak tıbbi hizmetlerden yararlandıkları bunun yanı sıra hastalığın ve tedavisinin etkisiyle kadının yıprandığı

bilinmektedir. Dolayısıyla tedavi sürecinde meme kanseri tedavisi alan kadınla yapılandırılmış bir sosyal hizmet müdahalesi gerçekleştirmek pek olası değildir. Tedavi süresi boyunca (Teşhisin açıklanmasından itibaren ek tedaviler bitene kadar) kadın ve eşine ihtiyaç duyduklarında sosyal hizmet uzmanının ihtiyaç duydukları konularda destek olması ön görülmektedir. Ancak sosyal hizmet uzmanı, meme kanseri teşhisi konulan kadın ve eşini tedavi sürecini ana hatlarıyla planladıktan sonra kadının eşi ile yapılandırılmış sosyal hizmet müdahalesi için uygun bir zaman aralığı belirleyebilirler. Tüm süreç boyunca sosyal hizmet uzmanından beklenen geleneksel sosyal hizmet bakış açısıyla değil kadın ve eşinin tedavi deneyimlerini merkeze alan, kadının içinde yaşadıkları sosyal çevrenin toplumsal cinsiyet rollerinin, aile yapısının, kültürel özelliklerinin, o sosyal çevre içerisinde kadının rol ve sorumluluklarının farkında olarak müdahalelerini gerçekleştirmektedir.

Yapılandırılmış Sosyal Hizmet Müdahalesi Önerisi

Yukarıda ifade edilen bilgiler doğrultusunda araştırma kapsamında literatürden edinilen bilgiler ve yapılan görüşmelerden elde edilen veriler göz önüne alınarak; meme kanseri tedavisi gören kadınların eşleri (katılımcılar) ile çalışırken sosyal hizmet uzmanlarının müdahale süreçlerinde kullanmaları için genelde sosyal hizmet kapsamında bireyle çalışırken kullanılan planlı değişme süreci aşağıda sunulmuştur.

I. Aşama: Tanışma

Teşhisin açıklanması anında bulunması öngörülen dolayısıyla o süreçte tanıştıkları var sayılan sosyal hizmet uzmanı ile katılımcı bir kez de planlı müdahale süreci kapsamında kendilerini detaylı olarak tanıtır.

Uzman müracaatçıya mesleki çalışmalarında kullandığı ve kendisine de bu doğrultuda yardımcı olmaya çalışacağı planlı müdahale sürecinden ve bu ilk toplantının sürecin ilk aşaması olan tanışma aşaması olduğundan bahseder bu aşamada ve diğer aşamalarda yapılması gerekenler hakkında bilgi verir. Görüşmelerin ne kadar süreceği, hangi aralıklarla yapılacağı, görüşmelerin gizlilik esasına göre yürütüleceği gibi konularda müracaatçı aydınlatılır.

Sosyal hizmet uzmanının teşhisin açıklanması anında bulunmasının planlı değişme süreci açısından iki önemli faydası vardır; ilk olarak müracaatçı sosyal hizmet uzmanı ile güven ilişkisi kurmakta zorluk çekmez, ikincisi ise sosyal hizmet uzmanı müracaatçının teşhis açıklandığında gösterdikleri tepkilere aşına olmasındır.

Tanışma aşaması müracaatçının Shu ile ilk karşılaşması olmasa da uzman ve müracaatçıların birbirlerini tanımaları için önemli bir fırsattır. Görüşmelerden elde edinilen bilgiler doğrultusunda katılımcıların sosyal hizmet mesleği ve sosyal hizmet uzmanı meslek elamanları hakkında bilgi sahibi olmadıkları anlaşılmaktadır. Bu nedenle katılımcıların sosyal hizmet uzmanlarına başvurmaları için ya diğer meslek elamanları tarafından yönlendirilmeleri ya da uzmanların sosyal hizmet mesleğinin ve kendi görev ve sorumluluklarını iyi tanıtmaları gerekecektir. Bir şekilde kendisine müracaat eden katılımcıya uzman yetki ve sorumluluklarından bahseder müracaatçılar da sorunlarından veya ihtiyaçlarından bahsederler. Böylece uzman ve müracaatçılar arasında amaçlı mesleki ilişki başlamış olur.

Shu müracaatçıya; ona destek olmaya çalıştığını, görevinin bu olduğunu hissettirebilmelidir. Uzman etkili görüşme becerisini kullanarak müracaatçıların kendilerini rahat hissetmelerini ve kendilerini rahatlıkla ifade etmelerini sağlar. Shu müracaatçının sorunu/ihtiyacı ifade etmesini ister bunun mümkün olmadığı durumlarda müracaatçının ifadelerinden yola çıkarak onun sorun ve ihtiyaçlarını belirler ve kendisinin bu konuda neler yapabileceğini açıklar.

Tanışma aşaması, teşhisin açıklanması anında eşinin yanında bulunamayan, sonradan aklına takılan veya eksik bilgilendirilmiş müracaatçıların ihtiyaç duydukları konularda bilgilendirilmelerinin sağlanması için önemli bir fırsattır.

'Doktor açıkladı başka bir meslek elamanı yoktu. Şimdi doktor açıkladı ama doktor tıbben açıklıyor, doktorların açıkladığı olayı tabi bizim idrak etmemiz biraz daha zor oluyor. Dediğiniz gibi bu arada bir psikolog olsaydı ya da sosyal hizmet uzmanı olsaydı onlar açıklasaydı belki daha farklı karşılayacaktık.' (K-16, 42)

Sorun ve ihtiyaçlar kabataslak ifade edildikten sonra uzman müracaatçıdan bunlar hakkında detaylıca düşünüp çözüm olarak neler önerebileceğini bir sonraki toplantıda ifade etmesini isteyerek toplantıyı sonlandırır.

II. Aşama: Ön Değerlendirme

Ön değerlendirmede müracaatçılar; fiziksel, duygusal, sosyo-demografik, kültürel özellikler, eğitim durumu, aile yapısı, içinde yaşadıkları çevre gibi başlıklar göz önünde bulundurularak tanımlanır, güçlü ve zayıf yönleri belirlenir. Problem/ihtiyaç hakkında bilgi sahibi olan uzman müracaatçılar hakkında da bilgi sahibi olduktan sonra; problem/ihtiyacı kavramaya çalışır. Tanışma aşamasında bahsedilen sorunlar bu aşamada kavranmaya çalışılır. Bulgular ve yorumda da bahsedildiği üzere meme kanseri tedavisinde eş desteği çok önemli bir yere sahiptir. Eşlerin tedavi gören kadına destek olabilir konuma gelmeleri için bu konuda bilinçlendirilmeleri gereklidir. Çünkü tedavi gören kadın bizzat tıbbi müdahalelere maruz kaldığından ve sadece tıbben bu hastalıktan kurtulmak istediğinden, ayrıca tedavinin ve hastalığın olumsuz etkilerini düşünemeyebilir veya göz ardı edebilir. Hâlbuki bu olumsuz etkiler tedavinin gidişatını ve iyileşme sürecini doğrudan etkilemektedir. Dolayısıyla bu konularla ilgilenmesi gereken ve ihtiyaç duyulan eş desteğini sağlamak durumunda olan kişi meme kanseri tedavisi gören kadının eşidir.

Erkeklerle çalışma kadınların baskıdan kurtulmaları bakımından son derece gereklidir. Dolayısıyla erkeklerle çalışma onları baskıcı olarak kabul etmekten ziyade destek faktörü olarak görmeyi içerir. ‘Destekleyici erkek figürü’ kendisine yardım edilen kadının güvende hissetmesinde ve özgürlüğüne kavuşmasında anahtar rol oynamaktadır. Bu erkekleri kadınların ihtiyaçları, gereksinimleri ve arzuları hakkında duyarlı olmaları yönünde cesaretlendirilmeleriyle sağlanabilir (Pandya, 2014: s. 504).

Ataerkilliği kabul etmek veya ona karşı birlikte mücadele etmek erkeklerin tercihidir. Onları toplu olarak organize etmeden önce, öznelliklerini ve uygulamalarını dönüştürmelidirler (Pease, 2015: s. 682). Yukarıda da değinildiği gibi ataerkil olmak ya da olmamak kişilerin tercihidir. Ancak ataerkil veya cinsiyetçi olma durumu sadece kişinin kendisini etkilememekte çevresindekileri de etkilemektedir. Bu nedenle bu kişilerin bilinçlendirilmesi ve farkındalıklarının geliştirilmesi yoluyla sorun ortadan kaldırılabilir.

Bu doğrultuda katılımcılara eşlerinin içinde buldukları durum hakkında farkındalıklarını ölçmek ve eş desteği hakkındaki düşüncelerini almak amacıyla birkaç soru sorulmuştur.

'Çok üzüldü, endişeliydi, ağlamaklıydı'. (K-3, 36)(Eşinin yaşadıklarının farkında)

'Tabi ki o anda yıkıldı, hastalığın ismi çok ağır. Yoksa hastalık Allah'ın verdiği bir şey. O an için her şeyi unutuyorsun, tabi ki farklı şeyler düşünüyorsun.' (K-11, 43)(Eşinin yaşadıklarının farkında)

'Desteğe ihtiyaç duymuştur muhakkak ki, benim destek olduğumu hissetmiştir. Farkına da varmıştır. Ben de elimden geldiği kadar anlatarak onu rahatlatmışımdır. Olumlu yaklaşarak sabırlı ol her şey Allah'tandır acele etme üzülmeye, ameliyatsa ameliyat, korkacak birşey yok. Takdir neyse o. Yani destek olmuşumdur moral vermişimdir, zorlu bir süreç geçirdi tabi çok şükür. (K-1, 47)(Eş desteği)

Katılımcıların genelde eşlerinin içinde buldukları durumun farkında oldukları ve eş desteğinin önemini bildikleri görülmektedir. Bu da onların eş desteğini sağlamaya gönüllü olduklarını gösterir.

Müracaatçıların eş desteğinin sağlayabilmesi için yalnızca istekli olması yetmemektedir. Bunun için hazır olması da gereklidir. Bu nedenle eşinin meme kanseri olması ve tedavisinin kendisi üzerindeki olumsuz etkilerinin üstesinden gelmesi gereklidir. Müracaatçının eşine destek olurken samimi ve içten olmayı göz önünde bulundurması önemlidir. Hastalığın ve tedavisinin üzerindeki olumsuz etkilerini görmek adına müracaatçılara tedavinin eşleri hakkında 'annelik figürü, beden imajı, cinsellik ve cinsiyet rolleri' gibi konularda sahip oldukları düşüncelerine etkileri sorulmuştur.

'Annelik figürü bakımında bir sıkıntı yok. Bu saatten sonra öyle bir doğum olayı gerçekleşmeyeceğini düşünüyorum. Ona ihtiyaç yok. Yani görsel olarak var ama bedenen bence ihtiyaç yok. O görsellik de çok önemli değil. Sürekli oraya bakılmadığı müddetçe sıkıntı yok.' (K-2, 48)(Annelik figürü)

'Bir eksiklik olarak görmüyorum. Hani belirttiğim gibi bu uzvun benim için yaratıldığını düşünmediğim için belirttim açık açık eşime.' (K-3, 36)(Beden imajı)

'Yok, öyle bir sıkıntımız. Ama ameliyatlardan dolayı hiç önemli değil onları yaşayamıyoruz. Yani işin ne cinsellik tarafı şey... Eşimin kurtulmuş olması benim için yeterli.'(K-21, 43)(Cinsellik)

'Hayır. Yarısı gitmedi sonuçta, kafayı da aldırmadı. Sadece bir madde sonuçta işe yaramayan.' (K-6, 46)(Kadınlık)

Katılımcıların büyük bir kısmı bu şekilde düşünmekle birlikte birçoğu da sorun yok diyerek soruyu geçiştirmeye çalışmışlardır. Bu şekilde düşünen müracaatçıların eşlerine destek olmaları gerçekçi değildir. Öncelikle müracaatçılarla bu konularda görüşmeler yapılarak olumsuz düşünceler olumluya evirilmelidir.

Müracaatçı eşine destek olabilir konuma geldikten sonra kendisinin ve eşinin ihtiyaç ve sorunları belirlenmeye çalışılır. Görüşmelerde müracaatçıların bilgi eksikli, psiko-sosyal destek ihtiyacı gibi konuları sorun olarak ifade ettikleri görülmüştür.

Bana bilgilendirme yapılmadı, eşime yapıldı. (K-12, 37)(Bilgi eksikliği)

Bilgilendirme tam değil. Ben bu konuda da doktorları çok suçluyorum., Palas pandıras, alel acele... Bize öyle bir anlatıldı ki 'hemen işte alınması lazım hemen tedavi başlanması lazım bu illet ilerliyor...' Ben doktorları bu konuda biraz yetersiz görüyorum. Doktorların bu konuda bana göre çok eksikleri var. (K-13, 47)(Bilgi eksikliği)

Tabi ki duyduk. Her ikimiz de duyduk yani yanımızda birilerinin olması, manevi olarak maddi durumlarda yetersiz kaldığımız durumlarda belki destek olabilirlerdi, onu da düşündük. Kendi başımıza halletmeye çalıştık öyle diyeyim. En fazla da manevi destek bekledik. Yanımızda olduklarını hissettirmelerini istedik ama ... (K-2, 48) (Sosyal destek ihtiyacı)

Psikolojik olarak eşimin tedavi görmesini istedim daha kolay atlattır diye ama kendisi istemedi. Ben dedi 'Kur'an okuyorum o bana yetiyor' dedi. Öyle de atlattı. (K-5, 48)(Psikolojik destek ihtiyacı)

Shu, müracaatçıların ifade ettikleri problemin içinde yaşadıkları kültürel çevre, aile, cinsiyet rolleri ile ilişkisini irdeler. Müracaatçının kendisini rahat hissettiği sorunları kolaylıkla ifade edebildiği bir görüşme ortamı sağlanmalıdır. Probleme yönelik müracaatçının kendi deneyim ve hislerine odaklanır. Bu problemin tedavi süreciyle ilişkisi incelenir. Problemin nelerle bağlantılı olduğu araştırılır. Probleme sebep olan etmenler ile müracaatçının bu sorunu çözmesini engelleyen etmenler belirlenmeye çalışılır. Problem sadece müracaatçının kendisinde olmayabilir, bu nedenle problemin başka hangi sistemlerle bağlantılı olduğu belirlenip problem net bir şekilde ifade edilmelidir.

Müracaatçı görüşme esnasında probleme bağlı olarak çeşitli duygusal tepkiler geliştirilebilir. Uzman müracaatçının duygusal olarak boşalmasını sağlamalı ve güçlü

yönlerini ön plana çıkararak onu rahatlatmalıdır. Müracaatçının güçlü yönleri; aile ve arkadaş ilişkileri, eğitim düzeyi ve işi, problem çözme kapasitesi, karar verme becerisi, kişisel özellikleri, ekonomik durum, tutum ve bakış açısı vb. olabilir. Müracaatçı sorun karşısında düşünce ve hislerini ifade ederken uzman onu gözlemlemeli ve bir yandan da bunları not etmelidir. Ayrıca müracaatçının hizmetten beklentilerini de ifade etmesi sağlanmalıdır.

Son olarak problem tüm yönleriyle (sebepler, etkiler, sonuçlar, engeller, güçlü yönler vb.) tanımlanır ve planlama aşamasına geçilir.

III. Aşama: Planlama

Planlama sürecine müracaatçının katılması önemlidir. Müracaatçıyla birlikte problemler önceliklerine göre sıralanır. Problemlerin karşılık geldiği ihtiyaçlar belirlenir. Bu problemleri çözmek için amaçlar ve bu amaçlara ulaşmak için hedefler belirlenir. Hedefler belirlenirken ön değerlendirmede vurgulanan sorunun başka sistemlerle bağlantılı olma durumu göz önünde bulundurulmalı, gerekirse onlara yönelik hedefler de oluşturulmalıdır. Hedeflerin ulaşılabilir, sorunun ortadan kaldırılmasına yönelik ve yapıcı olmasına dikkat edilmelidir. Tüm planlı değişim sürecinde sosyal hizmet uzmanı yaratıcı olmalıdır. Elbette ki bir Shu'nun kurumsal bir takım sınırlılıkları vardır, yaratıcılıktan bahsedilirken bunun bilincinde olunmalıdır. Ancak bu sınırlılıklar Shu'nun farklı açılardan problemi ele alma, değerlendirme ve çözüm önerileri geliştirme yeteneklerini kısıtlamamalıdır.

Bir sonraki aşamada uygulamaya konulacak olan öneriler bu aşamada müracaatçı ile birlikte dikkatli bir şekilde tasarlanmalıdır. Müracaatçının kısa yoldan, problemi en aza indirmesine ve ortadan kaldırılmasına yönelik öneriler geliştirilmelidir. Öneriler geliştirilip, önceliklerine göre sıraya konulduktan sonra bir sonraki aşamaya geçilebilir.

IV. Aşama: Uygulama

Bir önceki aşamada belirlenen önerilerin hayata geçirilmesi konusunda Shu ve müracaatçı birlikte çalışırlar. Bu konuda uzman ve müracaatçı iş bölümü yaparak önerileri daha etkili ve kolay bir şekilde hayata geçirebilirler. İş bölümünden kasıtlı;

müracaatçının yapamayacağı veya yapmasının sağlıklı olmayacağı görevler varsa bunu Shu veya müracaatçının da onay vereceği birinin gerçekleştirmesi ifade edilmektedir. Örneğin; meme kanseri tedavisi gören bir kadının aile üyelerinden biriyle aralarında bir anlaşmazlık varsa onunla gerekli görüşmeleri Shu'nun veya kadının eşinin yapması gibi. Planlı değişim süreci müracaatçının problemlerini yenip hayatını kolaylaştırması adına yapılan bir müdahaledir. Dolayısıyla uygulamaların bu durum göz önünde bulundurularak hayata geçirilmesi hedefe ulaşmak bakımından önem taşımaktadır.

Sorunlar ve ihtiyaçların çok farklı sistemlerle bağlantılı olabileceği yukarıda vurgulanmıştı. Bu nedenle uygulama aşamasında gerçekleştirmek üzere geliştirilen çözüm ve öneriler de farklı sistemlerle alakalı olacaktır. Sosyal hizmet uzmanı problem veya ihtiyaç doğrultusunda başka meslek elamanlarından yardım alabilir, onları müdahale sürecine dahil edebilir veya müracaatçıyı ilgili meslek elamanlarına yönlendirebilir.

Bir önceki aşamada sorun ve ihtiyaçların belirlenip belli bir sıraya konulması uygulama aşamasında hem kolaylık hem de işlevsellik sağlayacaktır. Bu aşamada olduğu gibi tüm süreçte müracaatçıyla birlikte hareket edilmelidir.

Öneriler planlandığı gibi gerçekleştirildikten sonra son değerlendirmeye geçilmelidir.

V. Aşama: Son Değerlendirme

Son değerlendirme aşamasına gelindiğinde hedeflerin hepsine ulaşılmış olması beklenmektedir. Ancak tüm çabalara rağmen bazı hedeflere ulaşılamayabilmektedir. Bu durumda öncelikle Shu gerçekçi ve yapıcı değerlendirmelerde bulunmalı, müracaatçıyı güçlendirmeye odaklanmalıdır. Uzman süreç içerisindeki değişimi somutlaştırmak adına planlı değişim aşamalarında müracaatçıyla birlikte yaptıklarını özetleyebilir. Bu öneri müracaatçının sürecin başında hissettiği problemlerin neler olduğunu, bunlara yönelik neler yaptıklarını ve sonuç olarak ne elde ettiklerini görmesine fayda sağlayabilir.

Belirlenen hedeflere ulaşma konusunda müracaatçının istekliliği önemli bir unsurdur. Bu nedenle özellikle problemin veya ihtiyacın ifade edilmesi ve çözüm önerilerinin ifade edilmesi süreçlerinde müracaatçının fikirlerini ifade etmesi sağlanmalıdır. Son değerlendirme müracaatçı ile birlikte yapılarak, çıktılar konusunda uzlaşa sağlanmalıdır. Aksi takdirde gerçekleştirilemeyen hedefler gözden kaçabilir. Bunun olmaması için objektif ve ortak bir değerlendirme gereklidir.

Son değerlendirme aşamasında, Şu bu aşamaya kadar olan süreçte neler yapabildiğini neler yapamadığını, yapamadıkları şeyler için gerekçelerinin neler olduğunu objektif bir şekilde müracaatçıya açıklar. Kendine ve sürece yönelik değerlendirmesini yaptıktan sonra uzmandan beklenen; müracaatçıyı güçlendiren bir tutumla son değerlendirme yapması konusunda cesaretlendirmesidir. Eğer müracaatçı giderilmeyen sorun veya karşılanmayan ihtiyaçlarının olduğundan bahsediyorsa ve kabul ederse birlikte yeni hedefler ve öneriler belirlenir ve uygulama aşamasına geri dönlür. Başka bir seçenek ise bir sonraki aşama olan sonlandırma aşamasına geçmektir.

VI. Aşama: Sonlandırma

Son değerlendirme aşamasında bahsedilen planlı değişim sürecinin çıktılarında bir kez de bu aşamada değinilir. Müracaatçının planlı değişim sürecindeki gayreti ve etkisi hakkında farkındalığı artırılır, güçlü yönlerine vurgu yapılır. Ayrıca müracaatçının bundan sonraki yaşantısında karşılaşılabileceği problemler karşısında nasıl bir baş etme stratejisi kullanacağı konusunda fikir alışverişi sağlanır. Müracaatçı, altından kalkamadığı sorunlar karşısında veya karşılanamayan ihtiyaçları olması durumunda kendisine başvurabileceği hususunda sosyal hizmet uzmanı tarafından bilgilendirilir.

Planlı müdahale sürecinde sadece müracaatçıların ifade ettikleri ihtiyaç ve sorunları çözüme kavuşturulmamakta aynı zamanda baş etme becerileri de geliştirilmektedir. Gelecekte eşinin tedavi sürecinde karşılaşmaları olası durumlar hakkında bilgilendirilerek müracaatçının bu durumlara hazır olması sağlanabilir.

Son değerlendirme aşamasında eğer yeni hedef ve öneriler geliştirilmediyse; müracaatçıya, planlı değişim sürecinin belli aşamaları olan, müracaatçının hayat

akışındaki problemlerin ortadan kaldırılmasına yönelik bir müdahale tekniği olduğu, amaca ulaşıldığı takdirde sonlandırılarak müracaatçının normal yaşantısında devam etmesinin sağlanması gerektiği açıklanarak sonlandırma gerçekleştirilmelidir. Sonlandırma kararı konusunda Shu ve müracaatçının hem fikir olmasına dikkat edilmelidir. Ancak görüşmelerin sonlandırılmasının planlı değişim sürecini bitirmediği ve bundan sonra izleme aşamasına geçileceği açıklanmalıdır.

VII. Aşama: İzleme

Planlı müdahale sürecinde bahsedilip çözüme kavuşturulan sorunların sürekliliğini takip etmek adına sürecin son aşamasıdır. Shu ve müracaatçı belli bir süre boyunca daha uzun aralıklarla görüşürler. Bu görüşmeler sırasında müracaatçının bahsettiği çözüme kavuşturulan sorunların tekrar edip etmediği ve müracaatçının yaşama uyumunu zorlaştıran ve problem olarak ifade ettiği yeni durumların olup olmadığı kontrol edilir. Başarılı müdahale süreci için izleme aşaması önemlidir.

Temel olarak meme kanseri tedavisi gören kadına eş desteği sağlayarak tedavinin ve hastalığın kendileri üzerindeki olumsuz etkilerini en aza indirmeye yönelik tedavi gören kadının eşiyle gerçekleştirilen planlı müdahale süreci izleme aşamasında yeni sorun ve ihtiyaçlar doğrultusunda tekrar başlatılabilir.

İzleme aşamasında tedavi gören kadının eşiyle belirli aralıklarla bir araya gelinir. Bu aralıklar meme kanseri tedavisi gören kadının kontrol günlerine denk getirilirse eşin hem kadının tedavi sürecine dahil olması sağlanır hem de ekstra bir zaman ayırması gerekmez.

Bu görüşmeler sırasında yapılan planlı müdahale sürecinin çıktıları kontrol edilir, müracaatçının başka problemler yaşayıp yaşamadığı, yeni bir müdahaleye ihtiyacı olup olmadığı öğrenilir. Gerekirse yeni bir planlı müdahale süreci uygulanır. Buna ihtiyaç olmadığı durumlarda görüşme bitince görüşme sonlandırılır. İzleme aşamasına, tedavinin etkileri düşünüldüğünde sonlandırma yapıldıktan sonra bir yıla kadar devam edilmelidir. Müracaatçının durumuna göre bu süre ihtiyaç duyulan miktarda uzatılabilir.

5.3.2. Genel Öneriler

Katılımcıların ifadelerinin yorumlanması sonucunda elde edilen bulgulardan yola çıkarak, hastaneye başvuru ile başlayan meme kanseri tedavisi sürecinin hasta ve eşinin ihtiyaç ve durumlarına duyarlı, eşin meme kanseri kadına destek olmasını ve süreci en az hasarla atlattıklarını sağlayan bir tedavi sürecine yönelik öneriler geliştirilmeye çalışılmıştır. Bu öneriler bulgular yorum ve sonuçlar başlıklarıyla aynı doğrultuda; teşhis sürecine ve tedavi ve sonrasına yönelik olmak üzere iki ayrı başlık altında verilmiştir.

5.3.2.1. Teşhis Sürecine Yönelik Öneriler

Genel önerilere hemen hemen meme kanseri ile ilgili yapılan bütün çalışmaların vurgu yaptığı ‘erken teşhise’ değinerek başlamak yerinde bir giriş olacaktır. Meme kanseri, basit bir kendi kendine meme muayenesi ve düzenli mamografi çekimleriyle erken teşhis edilmesi mümkün bir hastalıktır. Bu nedenle erken teşhis konusunda kadınların bilgilendirilmesi ve gerekli sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması faydalı olacaktır.

Erken teşhis edilmediği veya kadınların bir şikâyet üzerine başvurdukları durumlarda tedavi sürecinin en başından kadınların hastaneye başvuru sürecinden önerilere başlamak önemli görülmüştür. Bu nedenle başvuru yapılan sağlık kuruluşunun kullanışlı bir bilgi işlem sistemine sahip olması ve hasta kabul veya sekreterlik biriminde çalışan personelin bu konuda eğitilerek sisteme verileri sağlıklı bir şekilde girmesi gereklidir. Bununla beraber kadının tüm sağlık kuruluşlarından yararlandığı sağlık hizmetlerinin depolandığı kişisel bilgi sistemlerinin oluşturulması hastanın sağlık profilini çıkarmak açısından gereklidir. Tüm bunlar erken teşhis ve etkili bir sağlık hizmetinin sunulması bakımından önemlidir.

Doktorun muayenesini yapıp gerekli gördüğü tetkikleri kadına izah ederek aynı sistemden istetip kadını da ilgili birimlere yönlendirdiği, kadının da aklına takılan soruları doktoruna rahatça danışabildiği, tatmin edici cevaplar alabildiği, yeterli süre ve uygun koşulların var olduğu bir muayene süreci önerilmektedir. Bununla beraber doktorun talep ettiği tetkiklerin kısa sürede ücretsiz ve aynı hastanede

yaptırılabilmesi kadını ve eşini hem fiziksel hem de ekonomik olarak yıpratmayacaktır.

Doktorun istediği tetkiklerin sonuçları çıktığında kontrol edip meme kanseri teşhisini koyabildiyse sekreterinden söz konusu hastayı aramasını ve belirttiği günde evliyse eşiyle, değilse bir yakınıyla birlikte gelmelerini söylemesini ister. Daha sonra hastanede çalışan sosyal hizmet uzmanı, psikolog, hemşire ve gerekli görüldüğünde başka meslek elamanlarına teşhis hakkında bilgi verilerek teşhisin açıklanması anında bulunmaları talep edilir.

Teşhisin açıklanması anında psikolog ve sosyal hizmet uzmanı önce kendilerini, mesleklerini ve orada bulunma nedenlerini açıklayarak hastayı ve yanında gelen kişiyi teşhise hazırlar ve doktor uygun bir anda teşhisi açıklar. Bu araştırmanın bulguları arasında da yer alan, teşhis karşısında kadınların ve eşlerinin yaşadığı şok, üzüntü, endişe, korku gibi hisler psikolog ve sosyal hizmet uzmanının yapacağı müdahalelerle azaltılmaya çalışılır. Daha sonra kadın ve eşinin hazır olma durumuna göre bundan sonra izlenecek yol haritası hakkında bilgi verilir. Gerekirse tedavi seçenekleri, artı ve eksileri, tedavi sonrası süreç hakkında bilgiler verilir ve ameliyat karar vermeleri beklenir. Bazı katılımcılar teşhisin açıklandığı anda yapılan bilgilendirmeyi uygun bulmadıklarını, o an yaşadıkları şoktan ötürü hiçbir şey anlamayacak durumda olduklarını ifade etmişlerdir. Bu nedenle bu bilgiler kadın ve eşinin hazır olma durumuna göre verilmeli gerekirse ileri bir tarihe randevu verilerek bilgilendirme o güne bırakılmalıdır.

Teşhis kadın ve eşinde; üzüntü, korku, endişe, öleceğini düşünmek, ölüm korkusu vb. duyguların oluşmasına neden olur. Bu duygular, gerekli müdahaleler yapılmazsa kadın ve eşinin hayatı çekilmez bir hal alabilir. Teşhisin neden olduğu bu hisler kontrol altına alınmazsa tedaviden vaz geçme veya başka tür olumsuzluklara neden olabilir. Kadın ve eşine hastalık ve tedavisi ile ilgili ihtiyaç duyduğu bilgiler sağlandıktan sonra, bir psikoloğa yönlendirilmeleri gereklidir. Dolayısıyla hem bu nedenle hem de hastalığın daha fazla ilerlemeden tedavi edilmesi için ameliyat tarihi mümkün olduğunca erkene alınmalıdır.

Ameliyata kadar geçen süre içerisinde kadın ve eşinin güçlü ve zayıf yanları belirlenerek, ihtiyaçlarını ve kendilerini açıkça ifade etmeleri sağlanmalı,

ihtiyaçlarının karşılanması için gerekli müdahaleler yapılmalı, varsa kendileri arasında veya başkalarıyla olan çatışmaları çözümlenmelidir. Bunun için sosyal hizmet uzmanı; teşhis açıklandıktan sonra veya kadın ve eşi bilgi almak için geldiklerinde hastalığın olası etkileri hakkında bilgi vererek çiftleri bu konuda bilinçlendirir, tedaviyle ilgili, ilişkileriyle ilgili, aile ve iş yaşamıyla ilgili herhangi bir sorun yaşadıklarında çekinmeden kendisine başvurabilecekleri açıklanarak iletişim yolu her zaman açık tutulur.

Eş desteği tedavi sürecinde önemli bir role sahiptir. Bu nedenle eşler tedavi sürecinin başından itibaren tedavi sürecine aktif olarak katılmalı, gerekli görülen ve talep ettiği konularda bilgilendirilerek kadına destek olabilecek bir konuma erişmesi sağlanmalıdır.

Eş desteği, kadının yeterince bilgilendirilmesi, tedavi ve karar alma süreçlerine aktif olarak katılması ameliyata güçlü ve kararlı bir şekilde girmesini ve ameliyatın sonuçlarını ve etkilerini daha güçlü bir şekilde göğüslemesini sağlayacaktır.

Kadın ve eşi hastalık öncesinde normal giden ve meme kanseri ile bir anda değişen hayatlarına bir an önce dönmek isterler. Ancak tedavi uzun bir süreç olduğundan en azından bu süreç içerisinde zaman zaman hastalıktan uzaklaşarak 'nefes' almak istemektedirler. Bu isteklerini sosyal çevreleri aracılığı ile gerçekleştirebilecekleri düşünülmektedir. Bu amaç doğrultusunda sosyal hizmet uzmanı kadın ve eşinin çevresiyle iletişime geçerek çifte sağlıklı bir sosyal destek sistemi oluşturabilir.

Bazı katılımcılar eşlerinin sadece kendisinin meme kanseri hastası olmadığını, bu hastalığı atlatan kadınları gördüklerinde kendilerini güçlü hissettiklerini, onlarla bilgi alışverişi yaptıklarını, deneyimlerini paylaştıklarını ifade etmişlerdir. Meme kanseri ile ilgili sivil toplum örgütleri bu doğrultuda kendilerine çok önemli imkanlar sunmaktadır. Ancak katılımcılar; STÖ'lere ulaşılabilir, yaygın olmamaları ve bilgi sahibi olmamaları ve önyargılı olmaları nedeniyle başvurmadıklarını ifade etmişlerdir. Bu nedenle öncelikle meme kanseri ile ilgili STÖ'lerin yaygınlaştırılması ve ulaşılabilir olmaları için makro düzeyde çalışmalar yapılmalıdır. Bunun yanı sıra sosyal hizmet uzmanları bireysel olarak görüştikleri kadınlar ve eşlerinin STÖ'ler

hakkında sahip oldukları önyargıları kırarak, onları bilgilendirmeli ve buralara yönlendirmelidirler.

Araştırmanın verileri analiz edildiğinde teşhis açıklandıktan sonra katılımcılar ve eşlerinin yoğun olarak interneti bilgi edinmek için kullandıkları görülmüştür. İnternette zararlı olabilecek bilgilerin önüne geçebilmek adına Sağlık Bakanlığı'nın bu konuda bir çalışma yaparak kadınların ve eşlerinin bilgi ihtiyaçlarını giderebilecekleri bir internet sitesinin de faydası olacağı düşünülmektedir.

5.3.2.2. Tedavi ve Sonrasına Yönelik Öneriler

Katılımcılar genel olarak tüm tedavi sürecinde ama özellikle ameliyat için eşleri hastaneye yatış yaptığında ev ve çocuklarla ilgilenen kimsenin kalmadığını ifade etmişlerdir. Katılımcılar iş dışı zamanlarda ev ve çocuklarla ilgilendiklerini ancak çoğunlukla eşlerinin yanında olmaya çalıştıklarını ifade etmişlerdir. Dolayısıyla hem katılımcıların hem de eşlerinin ameliyat ve hastanede yatış sürecinde akılları çocuklarında kalmaktadır. Özellikle kadınlar öleceklerini ve çocuklarını bırakacaklarını düşünerek daha da üzülme korkusu ve çocuklara tek başına nasıl bakacakları kaygısı yaşamaktadırlar.

Ameliyat öncesinde kadın ve eşinin korku ve endişe düzeyi yüksektir. Sosyal hizmet uzmanları hastalık ve tedavi yöntemleri hakkında yeterli bilgi vererek onları rahatlatmayı deneyebilir. Kadın ve eşinin çocuklar hakkındaki endişe ve kaygısından yukarıda bahsedilmiştir. Sosyal hizmet uzmanlarının bunu göz önünde bulundurarak ameliyat öncesinde kadınlar ve eşlerinin yaşadıkları; kaygı, korku ve üzüntü duyguları ortadan kaldırmaya çalışmalıdır. Bunun için tedavi sırasında ve hastanede kalış süresi içerisinde çocukların kalacakları yeri kadın ve eşi ile birlikte organize edebilirler.

Ameliyat sonrasında kadın ve eşinin doktorla görüşme ve ameliyatın nasıl geçtiği hakkında bilgi istedikleri görülmüştür. Bu nedenle ameliyat sonrasında kadın kendine geldiğinde doktorun kadını serviste ziyaret edip eşi ile kendisine yapılan operasyon ve sonuçları hakkında bilgi vermesi duyulan ihtiyacı giderebilir. Ayrıca en azından hastaneden çıkana kadar dikkat etmeleri gereken hususlar hakkında bilgilendirilirseler geri dönülmesi güç hataların önüne geçilmiş olur.

Ameliyat sonrasında memesini kısmen veya tümünden kaybeden kadın vücuduna meydana gelen değişiklik ve eksiklikten dolayı; beden imajı, vücut bütünlüğü, kadınlık vb. alanlarda problemler yaşayabilir. Sosyal hizmet uzmanının burada yapması gereken kadının bu konudaki negatif düşüncelerinin bireyle görüşmeler yaparak pozitif düşüncelere dönüştürülmesine yardımcı olmaktır. Ancak kadın ameliyattan yeni çıktığı için ağrı, halsizlik, bulantı, kusma vb. etkilerin tesiri altında olacağından bireyle görüşmeler gerçekleştirmek pek mümkün değildir. Bu nedenle kadının sağlık durumu el verdiği ölçüde görüşmeler yaparak kadının yukarıda bahsedilen negatif düşünceleri mümkün olduğunca azaltılmaya çalışılmalıdır.

Kadınla bireyle görüşme yapmaya engel olan başka bir durum ise taburcu olduktan kısa bir süre sonra ek tedavilerin başlıyor olması ve yaklaşık altı ay sürmesidir. Görüldüğü üzere teşhisten sonra, ameliyattan sonra ve taburculuk sonrası süreçte sağlıklı bir bireyle görüşme yapmaya imkân veren bir vakit yoktur. Bu nedenle sosyal hizmet uzmanının teşhisin açıklanması, ameliyat öncesi, taburculuk sırası gibi kritik belirli zamanlarda kadın ve eşi ile görüşmeler yapması ve geri kalan vakitlerde kadın ve eşinin ihtiyaç duyduklarında sosyal hizmet uzmanına başvurularının uygun olacağı düşünülmektedir.

Bu süre içerisinde meme kanseri kadının eşi ile bireyle görüşmeler yapmak mümkündür. Gerekli görülmesi halinde kadının eşi ile görüşmeler yapılarak kadına tedavi sürecinde daha fazla destek olması yönünde bir değişim kazandırılabilir.

Elde edilen veriler neticesinde katılımcıların zaten eşlerine destek olmaya istekli ve destek oldukları görülmüştür. Ancak bazı durumlarda katılımcılar iyi niyetli olsalar dahi kadını demoralize edebilecek tutum ve davranışlar içerisinde bulunabilirler. Bununla birlikte bazı katılımcıların da meme kaybını; cinsellik, annelik, kadınlık, beden imajı ve vücut bütünlüğü bakımından eksiklik olarak gördüklerini belirtmişlerdir. Katılımcıların bu konularda sahip oldukları yargılar eşlerine yaklaşım tarzlarını etkilemektedir bu nedenle tedavi sürecine de olumsuz yansıtılabilir.

Bu nedenle bireyle görüşme en az meme kanseri kadınla yapılması gerektiği kadar eşiyile de yapılması gerekmektedir. Kadın ameliyattan çıktıktan sonra sosyal hizmet uzmanı kadının eşiyile görüşmeler yaparak kendisini eşinin yaşadığı

değişiklik, bu değişikliğin eşi üzerindeki etkileri, eşinin olası tepkileri konusunda bilgilendirilir. Ayrıca sosyal hizmet uzmanı soracağı sorularla eşin; beden imajı, cinsellik, cinsiyet rolleri, annelik gibi konularda fikirlerini alarak eşinin yaşadığı uzuv kaybından bu başlıklar hakkındaki düşüncelerinin nasıl etkileneceği belirlenmeye çalışılır. Bu başlıklar altında negatif düşünceleri değiştirilmeye çalışılır.

Ameliyat sonrası hastanede yatış süresi kadın ve eşinin taburculuk sonrası hayata hazırlanması açısından da önem taşımaktadır. Katılımcılarla yapılan görüşmeler neticesinde bilgilendirme konusunun tüm tedavi süreci boyunca büyük bir problem ve en önemli ihtiyaçlardan biri olduğu görülmüştür.

Bu nedenle bilgilendirme konusuna ayrı bir önem verilmelidir. Zaten şuan uygulamada olan ve yapılması gereken fizik hareketleri hakkında bilgilerin yer aldığı broşür uygulamasının daha da geliştirilerek; yeme içme, dikkat edilmesi gereken hususlar, taburculuk sonrası süreçte nelerle karşılaşabilecekleri, cinsellik, beden imajı, cinsiyet rolleri, annelik gibi konuları da içeren anlaşılır bilgilerin yer aldığı bir kitapçık şeklinde hazırlanarak taburculuk esnasında kadın ve eşine verilmesi ve ne olduğu ne için verildiğinin açıklanması gereklidir. Bununla birlikte servis hemşireleri tarafından yukarıda konular hakkında sözlü bilgilendirme yapmaları ve psikolojik desteğe ihtiyaç duyduklarında psikoloğa gitmeleri; ek tedavilerle ilgili, aile, sosyal çevre, eş ve iş yeri ile ilgili problemler yaşadığında sosyal hizmet uzmanına başvurmaları konusunda cesaretlendirilmelidirler. Ayrıca doktor ek tedavi önermişse bunlar hakkında ve randevuları hakkında bilgilendirilmeli gerekli hatırlatmalar yapılmalıdır.

Kadın hastaneden taburcu olduktan sonra fiziksel gücünü toparlaması ortalama üç hafta sürmektedir. Doktor eğer ek tedaviler önermişse kadının öncelikle fiziksel olarak gücünü toplaması beklenmelidir. Ek tedavilere başlanmadan önce tedaviler etkileri, neden gerekli oldukları hakkında bilgilendirme yapılmalı, kadın ve eşinin kendini bu sürece hazırlamaları sağlanmalıdır. Kadın bu ek tedavileri deneyimleyen kişi olacağı için; eşi ise bu süreçte kadına destek olacak kişi olduğundan bilgilendirilmelidir.

Ameliyat dahil tüm tedavi sürecinin aynı hastanede aşına olduğu doktorlar tarafından yürütülmesi; tekrar tekrar güven ilişkisi kurmak zorunda kalınmaması,

tedavi ekibinin kadının hastalık geçmişini bilmesi, kadın ve eşinin sağlık kuruluşları arasında mekik dokumaması gibi avantajlar sağlamaktadır.

Katılımcıların ifadelerinden kemoterapinin etkilerinin ameliyattan daha ağır olduğu eşlerinin en az iki hafta boyunca kendilerine gelemedikleri, yatarak veya dinlenerek geçirdikleri öğrenilmiştir. Kadınların bu yıpratıcı tedavi sürecinde agresifleştikleri, tedavi olmak istemedikleri bilgisi edinilmiştir. Kadınlar tedavinin yıpratıcı etkileri karşısında psikolojik desteğe ihtiyaç duymaktadırlar ancak ek tedaviler devam ederken görüşme yapılabilecek durumda olmadıklarından yüz yüze psikolojik destek pek mümkün görülmemektedir. Ancak kadınlar ek tedavilerini almak için hastaneye geldiklerinde meslek elamanlarından ihtiyaç duydukları psikolojik desteği alabilirler. Tedavi sürecinin kadın üzerindeki etkileri göz önüne alındığında hiçbir ihtiyaç ertelenemez. Bu nedenle yüz yüze psikolojik desteğin mümkün olmadığı durumlarda telefonla destek hattı kurularak kadınların ihtiyaç duydukları psikolojik destek sağlanmaya çalışılmalıdır. Meme kanseri kadının eşinin de psikolojik desteğe ihtiyacı olmaktadır. Eşin psikolojik destek alması daha kolaydır. İhtiyaç duyduğunda psikoloğa başvurarak bu desteği karşılaması sağlanmalıdır. Ayrıca aile içinde, ilişkilerinde veya çevreleriyle problem yaşadıklarında sosyal hizmet uzmanına başvurmaları bu süreçte yaşayacakları problemlerin çözümüne katkı sunabilir.

Kadın ve eşlerinin ihtiyaç duydukları başka bir konu ise bilgisel destektir. Çiftler bu süreçte ek tedavilerin etkileri, bu etkilerin nasıl hafifletilebileceği, bu eklilerle nasıl baş edilebileceği gibi konular hakkında bilgisel desteğe ihtiyaç duyarlar bu aşamada doktorun bilgisel destek sunmasının dışında kadın ve eşinin meme kanseri ile ilgili bir STÖ'ye yönlendirilerek bu hastalığı atlatanlardan ihtiyaç duydukları bilgilere ulaşmaları sağlanabilir. Bu aynı zamanda kadınlar için motive edici bir etki yaratabilir.

Kadın ve eşinin bu süreçte hastalıktan uzaklaşarak nefes almalarını sağlayacak, kendilerini motive edecek, yalnız olmadıklarını hissettirecek yapıcı manevi desteğe ihtiyaç duyduklarından bahsedilmişti. Kadın ve eşi eğer ihtiyaç duydukları manevi desteği sağlayacak sosyal çevreye sahip değillerse sosyal hizmet uzmanı çiftin sosyal çevresini kendilerine destek olmaları yönünde etkileyebilir.

Katılımcılar artık tedavi sürecinin sonuna doğru ekonomik güçlerinin tükendiğini bu nedenle maddi anlamda da desteğe ihtiyaç duyduklarını ifade etmişlerdir. Bununla birlikte çalışıyorsa kadının işten çıkmak zorunda kalması/çıkarılması aile gelirinde azalmaya sebep olacağından ve sağlıklı beslenmesi gerektiğinden çift maddi olarak desteğe ihtiyaç duyar konuma gelebilir. Bu sorunun kökten çözümü için tüm tedavi hizmetlerinin ücretsiz olması gerektiği ifade edilmişti. Ancak bu gereklilik gerçek olana kadar sosyal hizmet uzmanları hastane yönetimi ile görüşmeler yaparak bir takım hizmetleri ücretsiz sağlayabilir.

Hastaneye yatış sürecinde eksikliğini hissettirmeye başlayan ve taburculuk sonrasında da gereklilik olarak ortaya çıkan ev işlerinin yapılması ve çocukların bakımı ihtiyacı karşılanması gereken başka bir ihtiyaçtır. Ek tedaviler sırasında kadının günlerce kendine gelemediğinden bahsedilmişti, eşinin de çalışması nedeniyle ev işleri ve çocuklarının bakımı aksayabilir. Elde edilen verilerin analizi sırasında bu ihtiyacın yakın akraba ve arkadaşlar tarafından karşılandığı görülmüştür. Ancak bu durumun her zaman mümkün olmayacağı düşünüldüğünde bu hizmetin de profesyonel olarak yapılması zorunluluğu doğmaktadır. Bu nedenle evde sağlık ve evde bakım hizmeti doğrultusunda meme kanseri tedavisi gören kadının evine temizlik yapılması için personel gönderilmesi ve yemek ihtiyaçlarını karşılamak adına yemek gönderilmesi zaruri ihtiyaçların karşılanmasını sağlayabilir.

Taburculuk sonrası hayatta ek tedavilerin kadın ve eşi üzerindeki etkileriyle de çalışılmalıdır. Kadınlar meme kaybına uğramalarıyla benzer bir etkiye sahip saç dökülmesinin neden olan sonuçlarıyla mücadele etmek zorunda kalmaktadırlar. Bunun yanı sıra enerji kaybı, agresiflik ve çevredeki insanların rahatsız edici tutumları kadının mücadele etmesi gereken başka sorun alanlarıdır. Öncelikle kadının bu olumsuz etkilerle mücadele edebilecek kadar kendini güçlü hissetmesi sağlanmalıdır. Bu da sağlıklı beslenme, tedavinin gereklerini yerine getirme, moral ve motivasyonu yüksek tutmayla sağlanabilir. Agresiflik, saç dökülmesi, çevredeki insanların rahatsız edici tutumları ile sosyal hizmet uzmanının rahatlatıcı, güçlendirici desteğinin sağlanması faydalı olacaktır. Kadının bu süreçte iyileşmeye olan inancının canlı tutulması ve desteklenmesi önemlidir.

Taburculuk sonrası süreçte tedavi gören kadının eşiyle, eşini kaybetme korkusu üzerine görüşülmesi sürecin tüm yükünü kadınlı birlikte taşıyan eş için sağlıklı olabilir.

Ek tedaviler bittikten sonra veya ihtiyaç olduğunda tedavi sırasında kadın ve eşiyle annelik, cinsellik, beden imajı, cinsiyet rolleri hakkında ortak veya ayrı görüşmeler gerçekleştirmek hem kadının hem de eşinin kısa sürede ve kolaylıkla tedavinin etkilerinin üstesinden gelmelerini sağlar.

Taburculuk sonrasında hem kadında hem de eşinde ortaya çıkan nüks etme korkusu normal günlük hayatlarına dönmelerinin önünde önemli bir engeldir. Yeterli bilgilendirme ve rahatlatıcı görüşmelerle nüks etme korkusunun üstesinden gelinilebilir.

KAYNAKÇA

- Akyolcu, N. (2008). Meme Kanserinde Cerrahi Girişim Sonrası Cinsel Yaşam. *Meme Sağlığı Dergisi*, 4(2), 77-83.
- Alacacioğlu, A. (2007). Kanser Hastaları ve Hasta Yakınlarının Depresyon, Umutsuzluk ve Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıbbi Onkoloji Uzmanlık Tezi*. İzmir.
- Altınova, H. H. ve Duyan, V. (2013). Onkolojik Sosyal Hizmet. *The Journal Of Family Medicine and Primary Care*, 7(3), 40-45.
- American Cancer Society. (tarih yok). *Breast Cancer Facts & Figures 2009-2010*. Atlanta: American Cancer Society, Inc.
- Arıkan, K. (2003). Kanserde Psikolojik Destek. *Güncel Klinik Onkoloji Sempozyum Dizisi*, (s. 119-132). İstanbul.
- Arıkan, R. N. (2000). Travmatik Bir Yaşantı: Meme Kanseri ve Mastektomi. *Kriz Dergisi*, 9(1), 39-46.
- Atagün, M. İ., Balaban, Ö. D., Atagün, Z., Elagöz, M. ve Yılmaz Özpolat, A. (2011). Kronik Hastalıklarda Bakım Veren Yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(3), 513-552.
- Aygın, D. ve Eti Aslan, F. (2008). Meme Kanserli Kadınlarda Cinsel İşlev Bozukluklarının İncelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 4(2), 105-114.
- Aytunç, A. (2014). Meme Kanseri Tanısı Almış Kadınların Hastalık Temsilleri, Başa Çıkma Stratejileri, Kaygı ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi ile Psikososyal İhtiyaçlarının Belirlenmesi. *T.C. Mersin Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bilim Dalı, Doktora Tezi*. Mersin.
- Babacan Gümüş, A. (2006). Meme Kanserinde Psikososyal Sorunlar ve Destekleyici Girişimler. *Meme Sağlığı Dergisi*, 2(3), 108-114.
- Babaoğlu Akdeniz, E. (2012). Meme Kanseri Olan Evli Kadın Hastaların Eşler Arası Uyum ve Baş Etme Biçimleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 3(2), 53-60.
- Babaoğlu, E. ve Öz, F. (2003). Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Duygusal ve Sosyal Sorunları Arasındaki İlişki. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2, 24-33.
- Baydar, V. (2014). Feminist Sosyal Hizmet Perspektifinden Popüler Yabancı Dizilerde Kadın Düşmanlığının İncelenmesi. *T.C. Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi*. Ankara.
- Baykara Acar, Y. ve Acar, H. (2002). Sistem Kuramı-Ekolojik Sistem Kuramı ve Sosyal Hizmet: Temel Kavramlar ve Farklılıklar. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 13(1), 29-35.
- Bilik, Ö. (2012). Plastik Cerrahi Uygulamalarında Yaşam Kalitesi. *Cerrahi Bakım ve Yaşam Kalitesi Sempozyumu*, (s. 73-75). Manisa.

- Burke, B. ve Harrison, P. (1998). Anti-Oppressive Practice. R. Adams, L. Dominelli, M. Payne, ve J. Campling (Dü.) içinde, *Social Work; Themas, Issues and Critical Debates* (s. 229-239). London: Macmillan Press.
- Buz, S. (2009). Feminist Sosyal Hizmet Uygulaması. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 20(1), 53-66.
- Büyüköztürk, Ş., Kılıç Çakmak, E., Akgün, Ö. E., Karadeniz, Ş. ve Demirel, F. (2014). *Bilimsel Araştırma Yöntemleri* (14 b.). Ankara: Pegem Akademi.
- Ceylan, M. (2009). Meme Kanseri Olan Hastalarda Tanı Sonrası Psikososyal Sorunlar. *Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi*. Diyarbakır.
- Coholic, D. (2003). Incorporating Spirituality in Feminist Social Work Perspectives. *Journal of Women and Social Work*, 18(1), 49-67.
- Cree, V. E. ve Cavanagh, K. (1996). Men, masculinism and social work. V. E. Cree, ve K. Cavanagh içinde, *Working With Men: Feminism And Social Work* (s. 1-8). London: Routledge.
- Creswell, J. W. (2013). *Nitel Araştırma Yöntemleri Beş Yaklaşımına Göre Nitel Araştırma ve Araştırma Deseni*. (M. Bütün, S. B. Demir, Dü, O. Birgin, S. Ünal, T. Özsevgeç, Y. Dede, A. Bacanak, A. Bakla, vd., Çev.) Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Çalışkan, Z. (2007). Erken Evre Meme Kanserli Kadınlarda Ameliyat Tercihleri Ve Tercihleri Etkileyen Değişkenler. *T.C. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi*. İzmir.
- Çam, O. ve Babacan Gümüş, A. (2006). Meme Kanserli Kadınlar İçin Duygusal Destek Odaklı Hemşirelik Girişimleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(3), 52-60.
- Çam, O., Saka, Ş. ve Babacan Gümüş, A. (2009). Meme Kanserli Hastaların Psikososyal Uyumlarını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 5(2), 73-81.
- Çavdar, İ. (2006). Meme Kanserli Hastalarda Cinsel Sorunlar. *Meme Sağlığı Dergisi*, 2(2), 64-66.
- Deniz, M. Ç. (2011). *Ayaktan Kemoterapi Alan Hastalar ve Yakınlarında Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi*. Edirne: Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı Başkanlığı.
- Dominelli, L. (1998). Anti-Oppressive Practice: An Old-New Paradigm. R. Adams, L. Dominelli, M. Payne, ve J. Campling (Dü.) içinde, *Social Work: Themes, Issues And Critical Debates* (s. 3-22). London: Macmilian Press.
- Dominelli, L. (2002). *Feminist Social Work Theory and Practice*. (J. Campling, Dü.) London: Palgrave.
- Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). (2008). *Dünya Kanseri Raporu 2008*. Lyon: Uluslararası Kanseri Araştırmaları Kurumu.
- Elbi Mete, H. (2008). Kronik Hastalık ve Depresyon. *Klinik Psikiyatri*, 11, 3-18.
- Elbi, H. (2001). Kanseri ve Depresyon. *Psikiyatri Dünyası*, 5, 5-10.

- Erdoğan, Z. ve Emre Yavuz, D. (2014). Kanserli Hastaların Bakım Vericilerinde Yaşam Kalitesi. *Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 23(4), 726-736.
- Erol, F. ve Bilik, Ö. (2014). The Other Side Of Coin: Facing Breast Cancer While Hoping To Be A Mother. *The Journal of Breast Health*, 10, 15-22.
- Eti Aslan, F. ve Gürkan, A. (2007). Kadınlarda Meme Kanseri Risk Düzeyi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 3(2), 63-68.
- Garip, M. (2008). Meme Kanseri Nedeniyle Opere Olan Hastalarda Meme Koruyucu Cerrahi ve Radikal Mastektomi Kararını Etkileyen Faktörler ve Cerrahi Türünün Hasta Üzerindeki Etkileri. *T.C. Sağlık Bakanlığı, Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, Uzmanlık Tezi. İstanbul.*
- Güleç, G. ve Büyükkınacı, A. (2011). Kanserde Psikiyatrik Bozukluklar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(2), 343,367.
- Gündüz Sütçü, G. (2010). Tanı-Ameliyat Süreci Yakın Zamanlı Olan Meme Kanseri Hastalarının Öfke, Depresyon, Stresle Başa Çıkma ve Sosyal Destek Değişkenleri Açısından Değerlendirilmesi. *T.C. Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Bölümü, Uygulamalı Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. Ankara.*
- Güner, İ. (2008). Meme Kanseri ve Eşlerin Desteği. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 46-49.
- Hamzaoğlu, O. (2010, Kasım-Aralık). Sağlık Nedir? Nasıl Tanımlanmalıdır? *Toplum ve Hekim*, 25(6), 403-410.
- Hocaoğlu, Ç., Kandemir, G. ve Civil, F. (2007). Meme Kanserinin Aile İlişkilerine Etkileri. *Meme Sağlığı Dergisi*, 3(3), 163-165.
- Irmak, M. K., Bilgin, M. G. ve Sızlan, A. (2008). Hasta Gözüyle Kanser. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 7(2), 167-172.
- Işıkkhan, V. (2007). Kanser ve Sosyal Destek. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 18(1), 15-29.
- Kabataş Saral, E. (2008). Meme Kanseri Hastalarının Kansere Uyumlarının Belirlenmesi. *T.C. Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi. Ankara.*
- Karayurt, Ö. (2012). Meme Kanseri ve Yaşam Kalitesi. *Cerrahi Bakım ve Yaşam Kalitesi Sempozyumu*, (s. 29-32). Manisa.
- Koçan, S. ve Gürsoy, A. (2016). Body Image of Women With Breast Cancer After Mastectomy: A Qualitative Research. *J Breast Cancer*, 12, 145-150.
- Kutluk, T., & Kars, A. (2001). *Kanser Konusunda Genel Bilgiler*. Ankara: Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu.
- Kümbetoğlu, B. (2005). *Sosyolojide ve Antropolojide Niteliksel Yöntem ve Araştırma* (1 b.). İstanbul: Bağlam Yayıncılık.
- Layder, D. (2010). *Sosyal Teoriye Giriş*. (Ü. Tatlıcan, Çev.) İstanbul: Küre Yayınları.
- Malak, A. T. ve Dicle, A. (2008). Beyin Tümörlü Hastalarda Bakım Verenlerin Yükü ve Etkileyen Faktörler. *Türk Nöroşirürji Dergisi*, 18(2), 118-121.

- Neuman, W. L. (2010). *Toplumsal Araştırma Yöntemleri: Nicel ve Nitel Yaklaşımlar I* (Cilt 1). (S. Özge, Çev.) İstanbul.
- Northouse, L. L., Cracchiolo-Caraway, A. ve Pappas Appel, C. (1991). Psychologic Consequences of Breast Cancer on Partner and Family. *Seminars in Oncology Nursing*, 7(3), 216-223.
- Okanlı, A. ve Çelebioğlu, A. (2011, Nisan). Meme Kanseri Kadın Hasta ve Ailelerinin Daha Fazla Bakım ve Bilgi Almalarına Yönelik Bilinçlendirilmesi. Erzurum.
- Olgun, Ş. (2015). Meme Kanseri Olan Kadınların Birinci Derece Yakınlarına Verilen Eğitimin Sağlık İnançlarına Etkisinin Belirlenmesi. *T.C. Şifa Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi*. İzmir.
- Öner Dinçbaş, F. (2008). Radyasyon Onkolojisinde Görülen Psikososyal Problemler. *Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi*, (s. 255-258).
- Öz, F. (2001). Hastalık Yaşantısında Belirsizlik. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(1), 61-68.
- Özbaş, A. (2006). Meme Kanseri Ailelerde Sorunlar ve Çözümler. *Meme Sağlığı Dergisi*, 2(3), 115-117.
- Özkan, S. ve Alçalar, N. (2009). Meme Kanserinin Cerrahi Tedavisinde Psikolojik Tepkiler. *Meme Sağlığı Dergisi*, 5(2), 60-64.
- Pandya, S. P. (2014). Feminist Social Work: An Indian Lens. *Journal of Women and Social Work*, 29(4), 499-511.
- Payne, M. (1997). *Modern Social Work Theory* (2 b.). (J. Campling, Dü.) London.
- Pease, B. (2015). Masculinity and Social Work Practice. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, 14, 679-684.
- Punch, K. F. (2005). *Sosyal Araştırmalara Giriş: Nicel ve Nitel Yaklaşımlar* (1 b.). (Z. Etöz, Dü., D. Bayrak, H. B. Arslan, ve Z. Akyüz, Çev.) Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Rowland, J. H., Desmond, K. A., Meyerowitz, B. E., Belin, T. R., Wyatt, G. E. ve Ganz, P. A. (2000). Role of Breast Reconstructive Surgery in Physical and Emotional Outcomes Among Breast Cancer Survivors. *Journal of National Cancer Institute*, 92(17), 1422-1429.
- Serper Yıldız, Z. (2016). Kanser Hastalarında Travma Sonrası Stres Belirtileri, Travma Sonrası Gelişim ve Kendini Açma. *T.C. Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Klinik Psikoloji Programı, Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul.
- Sertöz, Ö. Ö. (2002). Meme Kanserinde Ameliyat Tipinin, Beden Algısı, Cinsel İşlevler, Benlik Saygısı ve Eş Uyumuna Etkileri: Kontrollü Bir Çalışma. *Uzmanlık Tezi, T.C. Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı*. İzmir.
- Sertöz, Ö. Ö., Elbi Mete, H., Noyan, A., Alper, M., ve Kapkaç, M. (2004). Meme Kanserinde Ameliyat Tipinin Beden Algısı, Cinsel İşlevler, Benlik Saygısı ve

- Eş Uyumuna Etkileri: Kontrollü Bir Çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(4), 264-275.
- Shi, H. Y., Uen, Y. H., Yen, L. C., Culbertson, R., Juan, C. H. ve Hou, M. F. (2011). Two Year Quality of Life After Breast Cancer Surgery: A Comprassion of Three Surgical Procedures. *European Journal of Surgicial Oncology, The*, 37(8), 695-702.
- Soydaş Yeşilyurt, D. ve Fındık, Ü. Y. (2016). Informational Needs of Postmastectomy Patients. *J Breast Health*, 12, 155-157.
- Tekin, A. (2007). Sağlık-Hastalık Olgusu ve Toplumsal Kökenleri (Burdur Örneği). *T.C. Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyoloji Ana Bilim Dalı*. Isparta.
- Tezel, E. (2013). Aile Hekimleri İçin Meme Kanseri Tanı Algoritmaları. Pembe Kurdele Derneği.
- Tuncay, T. (2009a). Genç Kanser Hastalarının Hastalık Anlatılarının Güçlendirme Yaklaşımı Temelinde Analizi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 20(2), 69-87.
- Tuncay, T. (2009b). Genç Kanser Hastalarının Hastalık Deneyimlerinin Güçlendirme Yaklaşımı Temelinde Analizi: Bir Model Önerisi. *T.C. Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmet Ana Bilim Dalı, Doktora Tezi*. Ankara.
- Turan Kavradım, S. ve Canlı Özer, Z. (2014). Kanser Tanısı Alan Hastalarda Umut. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(2), 154-164.
- Tünel, M. (2011). Meme Kanseri Hastalarında Cerrahi Tedavi Öncesi ve Sonrası Anksiyete ve Deprsyon Düzeyi. *T.C. Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Uzmanlık Tezi*. Adana.
- Tünel, M., Vural, A., Evlice, Y. ve Tamam, L. (2012). Meme Kanseri Hastalarında Psikiyatrik Sorunlar. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 21(3), 189-219.
- Türnüklü, A. (2000). Eğitimbilim Araştırmalarında Etkin Olarak Kullanılabilecek Nitel Bir Araştırma Tekniği: Görüşme. *Kuram ve Uygulamada Eğitim*(24), 543-559.
- Uçar, T. (2008). Meme Kanseri Kadınlarında Mastektominin Beden Algısı, Benlik Saygısı ve Eş Uyumunu Üzerine Etkisinin İncelenmesi. *T.C. İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*. Malatya.
- Uçar, T. ve Uzun, Ö. (2008). Meme Kanseri Kadınlarında Mastektominin Beden Algısı, Benlik Saygısı ve Eş Uyumunu Üzerine Etkisinin İncelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 4(3), 162-168.
- Uluslararası Kanserle Savaş Örgütü. (1990). *Klinik Onkoloji* (4. Baskı b.). (C. D. Sherman, K. C. Calman, S. Eckhardt, I. Elsebai, D. Fırat, D. K. Hossfeld, vd., Dü, ve D. Fırat, Çev.) Sağlık Bakanlığı ve Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu.
- Ulutin, H. C. (2006). Kanserli Hastada Psikolojik Sorunlar. *FTR Bil Der*, 9(1), 39-41.
- Ülger, E., Alacacıoğlu, A., Gülseren, A. Ş., Zencir, G., Demir, L., ve Tarhan, M. O. (2014). Kanserde Psikososyal Sorunlar ve Psikososyal Onkolojinin Önemi. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 28(2), 85-92.

- Ünal, H. (2003). Meme Kanserinin Cerrahi Tedavisi. *Güncel Klinik Onkoloji Sempozyum Dizisi*, (s. 169-177).
- Ünal, H. (2008). Meme Kanserli Hastalara Cerrahin Bakış Açısı. *Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi*, (s. 119-126).
- Wilkinson, S., & Kitzinger, C. (1993). Whose Breast Is It Anyway? A Feminist Consideration of Advice and 'Treatment' for Breast Cancer. *Women's Studies Int. Forum*, 16(3), 229-238.
- World Health Organization. (1948, 4 7). Constitution of WHO: principles. New York: WHO.
- Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği. (1982, 9 10).
- Yavuz Kahramanoğlu, A. ve Gök Özer, F. (2008). Mastektomili Hastalarda Evde Bakım. *Meme Sağlığı Dergisi*, 4(1), 3-8.
- Yıldırım, A. ve Şimşek, H. (2004). *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri* (4 b.). Ankara: Seçkin Yayınları.
- Yıldırım, A. ve Şimşek, H. (2013). *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri* (9 b.). Ankara: Seçkin Yayınları.
- Yıldırım, S. ve Gürkan, A. (2010). Psikososyal Açından Kansere ve Psikiyatri Hemşiresinin Rolü. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 26(1), 87-97.
- Yıldız, T. (2009). Yüz Bölgesinde Uygulanan Estetik ve Rekonstrüktif Cerrahinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. *Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanlığı*.
- Yılmaz, D. (2012). Bir Yerleşim Bölgesindeki Kadınların Meme Kanseri Taramaları Konusunda Farkındalık ve Duyarlılıklarının Saptanması. *Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşireli Programı, Yüksek Lisans Tezi*. Ankara.

İnternet Kaynakları

- Kanser Daire Başkanlığı. (tarih yok). Türkiye Halk Sağlığı Kurumu: <http://kanser.gov.tr/Dosya/tedavisi/kemoterapi.pdf> Erişim Tarihi: 05.02.2017
- Meme Kanseri Tedavi Süreci ve Sonrası. (tarih yok). KanserveYaşam: <http://kanserveyasam.org/meme-merkezi/meme-kanseri-tedavi-sureci-ve-sonrasi/> Erişim Tarihi: 05.02.2017
- National Cancer Institute. (tarih yok). *Breast Cancer*. National Cancer Institute: <https://www.cancer.gov/types/breast>, Erişim Tarihi: 21.10.2016.
- TÜİK. (2016). *Ölüm Nedeni İstatistikleri 2015*. Türkiye İstatistik Kurumu: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21526>, Erişim Tarihi: 23.10.2016.
- World Health Organization. (2012). *Globocan 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012*. International Agency for Research on Cancer: http://globocan.iarc.fr/Pages/burden_sel.aspx, Erişim Tarihi: 21.10.2016.

Ek 1

Katılımcılara İlişkin Tanıtıcı Bilgiler

		Yaş	Eğitim	Meslek	Aylık Gelir Aralığı	Doğum Yeri	Evlilik süresi (Yıl)
Eşi Mastektomi Geçiren Katılımcılar	K-1	47	İlköğretim	İşçi	2000-2999	Kars	20
	K-2	48	Orta öğretim	Kamuda Kadrolu işçi	3000-3999	Eskişehir	23
	K-3	36	Orta öğretim	Makine Ressamı	1000-1999	Bulgaristan	11
	K-4	44	Orta öğretim	İşçi	1000-1999	Muş	17
	K-5	48	İlköğretim	Memur	2000-2999	Düzce	24
	K-6	46	İlköğretim	Muhasebe Müdürü	3000-3999	Kocaeli	15
	K-7	41	İlköğretim	Şoför	3000-3999	Kocaeli	18
	K-8	46	İlköğretim	Özel güvenlik	1000-1999	Afyon	15
	K-9	48	Yükseköğretim	Özel sektörde yönetici	5000 ve üstü	Ankara	16
	K-10	38	Ortaöğretim	Tamirci	2000-2999	Samsun	15
	K-11	43	İlköğretim	İşveren	4000-4999	Ordu	21
	K-12	43	İlköğretim	İşçi	1000-1999	Muş	10
Eşi Meme Korumucu Cerrahi Müdahale Geçiren Katılımcılar	K-13	47	Orta öğretim	Özel sektörde müdür	3000-3999	Eskişehir	23
	K-14	35	İlköğretim	İşçi	1000-1999	Van	3
	K-15	42	İlköğretim	İşçi	2000-2999	Kocaeli	19
	K-16	42	Yükseköğretim	Astsubay	4000-4999	Malatya	19
	K-17	43	Yükseköğretim	Öğretmen	3000-3999	Artvin	18
	K-18	47	Ortaöğretim	İşveren	3000-3999	Ankara	25
	K-19	39	İlköğretim	İşçi	1000-1999	Kocaeli	10
	K-20	48	İlköğretim	Şoför	4000-4999	Rize	23
	K-21	43	Yükseköğretim	Mühendis	5000 ve üstü	İstanbul	20
	K-22	44	Yükseköğretim	Muhasebeci	2000-2999	Kocaeli	13
	K-23	33	Yükseköğretim	Bankacı	5000 ve üstü	İstanbul	8
	K-24	38	İlköğretim	Şoför	2000-2999	Kocaeli	8

Ek 2

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
KATILIMCI BİLGİLENDİRME FORMU

1. Çalışmanın adı: Meme Kanseri Tedavisi Gören Kadınların Eşlerinin Deneyimleri

2. Araştırmacıların adları, kurumları ve iletişim numaraları.

Bu araştırma Kocaeli Üniversitesi Sosyal Hizmet Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans Tezi olarak Prof. Dr. Hakan ACAR'ın danışmanlığında yürütülmektedir. Ar. Gör. Cihan ASLAN, Kocaeli Üniversitesi, Kocaeli Sağlık Yüksekokulu, Sosyal Hizmet Bölümü, 0262 303 78 22, cihan.aslan@kocaeli.edu.tr,

3. Araştırma amacının anlaşılır ve özet açıklaması:

Bir araştırma projesine davet edilmektesiniz. Karar vermeden önce araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını anlamanız çok önemlidir. Lütfen biraz zaman ayırın ve aşağıdaki bilgileri dikkatlice okuyun, isterseniz başkalarıyla tartışın. Açık olmayan bir bölüm varsa ya da daha ayrıntılı bilgiye ihtiyaç duyuyorsanız araştırmacıya sorabilirsiniz.

Bu araştırmanın amacı; mastektomi yöntemi ile meme kanseri tedavisi gören kadınlar ve eşlerinin tedavi süresince karşılaştıkları zorlukların üstesinden gelmelerine yardımcı olacak, tedavi sürecinin ilişkilerine olumsuz yansımalarını ortadan kaldıracak ve meme kanseri tedavisi gören kadınların eşlerinin tedavi süresince veya sonrasında eşlerine yardımcı ve destek olurken gereksinim duyabilecekleri alanlarda yararlanabilecekleri sosyal hizmet müdahalesi önerisi geliştirmektir.

4. Neden ben seçildim?

Bu araştırma 01.01.2015 tarihinden itibaren Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde mastektomi uygulanarak meme kanseri tedavisi gören/görmüş ve özellikle tedavi sırasında cerrahi müdahale neticesinde uzuv

kaybına uğrayan kadın hastaların eşleri ile yapılacaktır. Araştırma gönüllüğü esas olarak yapılacaktır. Eğer siz de gönüllü olarak yer almak isterseniz katılımınız sağlanacaktır.

5. Araştırmaya katılmak / bir kez katıldıktan sonra sonuna kadar devam etmek zorunda mıyım?

Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekme hakkına da sahiptir.

6. Katılmayı kabul edersem bana ne yapılacak?

Araştırmaya katılmayı kabul etmeniz durumunda; sizinle derinlemesine görüşme tekniği kullanılarak bir araştırma gerçekleştirilecektir.

7. Araştırmaya katılmanın olası dezavantajları ve riskleri nelerdir?

Araştırmaya katılmanın herhangi bir dezavantajı ve riski bulunmamaktadır.

8. Araştırmaya katılmanın olası yararları nelerdir?

Araştırmaya katılmanın size şuan için hemen bir yarar sağlama ihtimali olmamakla birlikte, eşinizin tedavi sürecinde ortaya çıkan problemlerin çözümünde ve eşinizle ilişkinizde yaşadığınız ya da yaşayabileceğiniz sorunların çözümünde etkili olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca araştırmaya vereceğiniz katkılar hem meme kanseri ile yaşayan insanlara ve hem de meme kanseri hastaları ile çalışan sağlık profesyonellerine yardımcı ve yol gösterici olacaktır. Araştırma, sosyal hizmet literatürüne ve sosyal hizmet uzmanlarına önemli katkı sağlayacaktır.

9. Araştırma masrafları:

Araştırmanın masraflarının tümü araştırmacı tarafından karşılanacaktır. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

10. Araştırmada ters giden bir şey olursa?

Görüşme esnasında ters giden bir şey olursa katılımcı istediği an görüşmeye ara verebilir ya da görüşmeyi sonlandırabilir.

11. Kimlik bilgilerim ve elde edilen verilerin gizliliği nasıl sağlanacak?

Araştırma uygulaması sonucunda sizden alınan bilgiler bilimsel araştırma amaçları dışında kesinlikle kullanılmayacaktır. Bize verdiğiniz kimlik bilgilerinizin gizliliği kesinlikle korunacaktır.

12. Araştırma sonunda bana bilgi verilecek mi?

Araştırma ile ilgili sonuçları araştırmacı ile iletişime geçtiğiniz takdirde sizinle paylaşılabilecektir. Ayrıca talebiniz halinde araştırma sonunda çıkan yayımlar tarafınıza e-posta yoluyla gönderilecektir.

13. Araştırma sonuçlarına ne olacak?

Araştırma tamamlandıktan sonra tez olarak üniversiteye teslim edilecektir. Tez’de hiçbir şekilde araştırmaya katılanların kimlik bilgilerine yer verilmeyecektir.

14. Daha ayrıntılı bilgi için,

Araştırma ile ilgili herhangi bir sorun ile karşılaştığınızda Cihan ASLAN’a 0(262) 303 78 22 (iş) no’lu telefondan veya cihan.aslan@kocaeli.edu.tr mail adresinden ulaşabilirsiniz.

15. Teşekkür:

Araştırmaya verdiğiniz katkılar için teşekkür ederiz.

16. Şikâyet için başvuru adresi verilmelidir;

Őikâyetleriniz için Kocaeli Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu’na 0262 303 74 50 numaralı telefondan ulaşabilirsiniz.

Ek 3

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ONAM FORMU

Araştırmanın Adı: Meme Kanseri Tedavisi Gören Kadınların Eşlerinin Deneyimleri		
	Evet	Hayır
Hasta Bilgilendirme Formunu okudunuz mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Araştırma projesi size sözlü olarak da anlatıldı mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Size araştırmayla ilgili soru sorma, tartışma fırsatı tanındı mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sorduğunuz tüm sorulara tatmin edici yanıtlar alabildiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Araştırma hakkında yeterli bilgi aldınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herhangi bir zamanda herhangi bir nedenle ya da neden göstermeksizin araştırmadan çekilme hakkına sahip olduğunuzu anladınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Araştırma sonuçlarının uygun bir yolla yayınlanacağına katılıyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yukarıdaki soruların yanıtları size kim tarafından açıklandı? <i>Lütfen ismini yazınız....</i>		

İmza:

Adı / Soyadı:

Tarih:

Ek 4

Meme Kanseri Tedavisi Gören Kadınların Eşlerinin Deneyimleri

Görüşme Formu

Merhaba, benim adım Cihan ASLAN, Kocaeli Üniversitesi'nde araştırma görevlisiyim, aynı zamanda yüksek lisans yapıyorum. Meme kanseri tedavisi alan ve mastektomi sonucu uzuv kaybına uğramış kadınların eşlerine ilişkin bir araştırma yapıyorum ve sizinle eşinizle birlikte tedavi sırasında ve sonrasında karşılaştığımız güçlükler, sorunlar, meme kanseri hastalığının ve tedavi sürecinin eşiniz ile olan ilişkinize yansımaları hakkında konuşmak istiyorum. Meme kanseri tedavisinin uzun süren ve sadece hastayı değil eşini, çocuklarını ve yakınlarını etkileyebilecek bir süreç olduğunu söylemek mümkündür. Dolayısıyla eşinizin ve sizlerin hekim ve tıbbi destek dışında başka konularda desteğe ihtiyaç duyması olasıdır. Kapsayıcı bir tedavi sürecinde ihtiyaç duyduğunuz konuya göre sosyal hizmet uzmanı veya psikolog gibi uzmanlardan destek alabilirsiniz. Bu görüşmede amacım sizlerin; tedavi sürecine ve sonrasına yönelik değerlendirme, görüş ve önerilerinizi alarak, kapsayıcı bir tedavi modeli çerçevesinde sizlerin de dahil olduğu mevcut tedavi sisteminin eksik olduğu ve yetersiz kaldığı durumları belirlemek ve bu bağlamda toplumsal cinsiyete duyarlı sosyal hizmet müdahale önerisi geliştirmektir. Kadınlar içinde bulunduğu toplumsal yapı ve kültürden etkilenerek meme organlarına; annelik, güzellik, cinsellik gibi alanlarda anlamlar yüklerler. Bu anlamlar kadın ve erkek ilişkisini etkiler. Bu nedenle yapılan bu araştırma sonunda sosyal hizmet müdahalesi önerisi oluşturulacaktır. Sizinle görüşme yapıyorum çünkü eşlerin tedavi sürecine en yakından tanık olan kişinin siz olduğunu düşünüyorum. Ayrıca sizlerin tedavi sürecinde ve sonrasında ortaya çıkabilecek destek ihtiyacını karşılayabilecek en önemli kişiler olduğunuzu düşünüyorum. Bu nedenle sizlerin tedavi süreci ve sonrasına yönelik fikirlerinizi öğrenmek istiyorum. Değerli görüş, öneri ve değerlendirmeleriniz çalışmanın amaçlarına ulaşmasında büyük katkılar sunacaktır.

- Bana görüşme sürecinde söyleyeceklerinizin tümü gizlidir ve sadece bu tez çalışması kapsamında ve tarafımdan kullanılacaktır. Ayrıca isimleriniz kesinlikle çalışmada kullanılmayacaktır.
- Başlamadan önce bu söylediklerimle ilgili belirtmek istediğiniz bir düşünce ya da sormak istediğiniz bir soru var mı?

- Görüşmeyi izin verirseniz kaydetmek istiyorum. Bunu sizce bir sakıncası var mı?
- Bu görüşmenin yaklaşık 1,5 süreceğini tahmin ediyorum. İzin verirseniz sorulara başlamak istiyorum.

Demografik Bilgiler

1. Yaşınız?
2. Öğrenim durumunuz?
 - Okur-yazar değil
 - Okur-yazar
 - İlköğretim mezunu
 - Ortaöğretim mezunu
 - Yükseköğretim mezunu
3. Mesleğiniz? (Serbest meslek ya da özel sektör ise tam olarak yapılan iş nedir?)
4. Aylık geliriniz
 - 0-999 TL
 - 1000-1999 TL
 - 2000-2999 TL
 - 3000-3999 TL
 - 4000-4999 TL
 - 5000 TL veya üstü
5. Doğum yeriniz?
6. Ne kadar süredir evli ya da birliktesiniz?
7. Çocuğunuz var mı?
 - 7.1. Varsa kaç tane? Yaş ve cinsiyetleri nedir?
8. Kim/lerle birlikte yaşıyorsunuz?

Tehsis Öncesi

1. Eşinizin meme kanseri ile ilgili cerrahi müdahale ile tedavi süreci nasıl başladı? Eşinizin hastaneye başvurma sebebi neydi?
2. Eşinize meme kanseri teşhisi konulduğunda kendisi ile ilişkiniz devam ediyormuydu?
 - 2.1. Evet, ise teşhis konulduğunda ne kadar süredir ilişkiniz devam ediyordu?

3. Eşiniz meme kanseri teşhisi aldığı anda; meme kanseri ve cerrahi müdahale ile tedavi süreci hakkında yeterli bilgiye sahip miydiniz?
 - 3.1. Eğer yeterli bilgiye sahip değildiyse; bu konudaki bilgi ihtiyacınız nasıl ve kim tarafından karşılandı? (Doktor, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, psikolog vb.)
4. Eşinizin meme kanseri olduğunu öğrenmeden önce çevrenizde ya da tanıdıklarınız arasında meme kanseri olan var mıydı?
 - 4.1. Vardıysa meme kanseri olan birey ve yakınları hakkında ne düşünürdünüz?
5. Eşinizin meme kanseri olduğunu öğrenmeden önce meme kanseri ve cerrahi müdahale neticesinde uzuv kaybına uğramak hakkında düşünceleriniz nelerdi?
6. Eşinizin hastaneye başvurması ile başlayan ve meme kanseri teşhisinin eşinize açıklanmasına kadar olan süreci değerlendiriniz.
 - 6.1. Olumlu yönler nelerdir?
 - 6.2. Olumsuz yönler nelerdir?

Teshis

1. Teşhisi eşinize kim ya da kimler açıkladı? Teşhisi size açıklayanlar arasında sosyal hizmet uzmanı ya da psikolog var mıydı?
2. Eşinizin meme kanseri olduğu teşhisine tepkisi ne oldu?
3. Eşiniz teşhisi öğrendiğinde yanında kim ya da kimler vardı?
4. Eşiniz meme kanseri olduğu teşhisini öğrendiğinde yanında mıydınız?
 - 4.1. Eğer evet ise; eşinize teşhisi açıklandığında sizin orada olmanızın eşinize olumlu ve olumsuz etkileri neler olmuştur?
5. Eşinizin meme kanseri olduğunu nasıl öğrendiniz?
6. Eşinizin meme kanseri olduğunu öğrendiğinizde kendisi ile;
 Evli
 Partner
7. Eşinizin meme kanseri olduğunu öğrendiğinizde tepkiniz ne oldu, neler hissettiniz?
8. Teşhisin açıklanma şekli, yeri ve zamanı sizce uygun muydu?

9. Hastalık, cerrahi müdahale ile tedavi ve sonrasına ilişkin süreç hakkında bilgilendirme yapıldı mı?

9.1. Yapıldı ise;

9.1.1. Bu bilgilendirme kime yapıldı?

Eşinize

Kendinize

9.1.2. Kim tarafından ve ne zaman? (Teşhis açıklandıktan hemen sonra mı yoksa biraz zaman geçtikten sonra mı?)

9.1.3. Yeterli bir bilgilendirme miydi?

10. Teşhis açıklanırken ve bilgilendirme yapılırken kullanılan dil anlaşılır mıydı?

11. Eşinize meme kanseri olduğunun açıklanması sürecini değerlendiriniz.

11.1. Olumlu yönler nelerdir?

11.2. Olumsuz yönler nelerdir?

Teşhis Sonrası

1. Teşhisin açıklanmasının eşinize duygusal ve psikolojik anlamda etkisi ne olmuştur?

1.1. Bu etki eşinizin tedavi sürecini nasıl etkilemiştir?

2. Teşhisin açıklanmasının sizin üzerinizdeki duygusal ve psikolojik anlamda etkisi ne olmuştur?

2.1. Bu etki eşinizin tedavi sürecini nasıl etkilemiştir?

3. Teşhisin eşiniz ile olan ilişkinize etkisi oldu mu? Oldu ise nasıl bir etkisi oldu?(Uzaklaşma vb./kim ve neden?)

4. Eşinizin meme kanseri olduğunu öğrendikten sonra size karşı davranışlarının değiştiğini düşünüyor musunuz?

4.1. Değişti ise ne yönde?

5. Eşinizin meme kanseri olduğunu öğrendikten sonra ona karşı davranışlarınızın değiştiğini düşünüyor musunuz?

5.1. Değişti ise ne yönde?

6. Eşiniz meme kanseri teşhisi aldıktan sonra ilişkinizi bitirmeyi düşündünüz mü? Neden?

7. Eşiniz meme kanseri teşhisi aldıktan sonra ilişkinizi bitirmeyi düşündü mü?
 - 7.1. Evet ise;
 - 7.1.1. Nedenini size açıkladı mı?
 - 7.1.2. Sizce neden?
8. Teşhis sonrası eşiniz ile ilişkinizde sorun, sıkıntı, tartışma yaşadınız mı?
 - 8.1. Evet ise;
 - 8.1.1. Meydana gelen sorun, sıkıntı ve tartışmaların nedeni sizce neydi?
 - 8.1.2. İlişkinizde meydana gelen sorun, sıkıntı ve tartışmaların üstesinden gelebildiniz mi?
 - 8.1.2.1. Evet, ise; ilişkinizde meydana gelen sorun, sıkıntı ve tartışmaların üstesinden nasıl geldiniz?
 - 8.1.2.2. Hayır, ise; ilişkinizde meydana gelen sorun, sıkıntı ve tartışmaların üstesinden neden gelemediğinizi düşünüyorsunuz?
9. Eşiniz veya siz, eşinizin meme kanseri olduğunu yakın akrabalarınıza açıklama gereği duydunuz mu?
 - 9.1. Evet, ise neden?
 - 9.1.1. Eşinizin meme kanseri olduğunu sizin ve eşinizin yakın akrabalarınıza kim açıkladı?
 - 9.1.2. Bu durumu açıklarken nasıl bir yol izlediniz? (Herkesi bir araya toplayarak, telefonla, yüz yüze vb.)
 - 9.2. Hayır, ise neden?
10. Teşhis açıklandıktan sonra herhangi bir desteğe ihtiyaç duydunuz mu?
 - 10.1. Evet ise;
 - 10.1.1. Neden?
 - 10.1.2. Ne tür bir desteğe ihtiyaç duydunuz?
 - 10.1.3. Bu ihtiyacı karşılayabildiniz mi?
 - 10.1.4. Bu ihtiyacı kim tarafından ve nasıl karşıladınız?
 - 10.1.5. Yeterli bir destek sistemine sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz?
 - 10.2. Hayır, ise neden?

11. Teşhisten sonra cerrahi müdahale ile tedavi oluncaya kadar geçen süre içerisinde herhangi bir meslek elamanının desteğine ihtiyaç duydunuz mu?
 - 11.1. Evet ise;
 - 11.1.1. Nasıl bir desteğe ihtiyacınız vardı?
 - 11.1.2. Bu ihtiyacınız karşılandı mı?
 - 11.1.2.1. Evet ise;
 - 11.1.2.1.1. Bu destek kim tarafından sağlandı?
 - 11.1.2.1.2. Nasıl bir destek aldınız?
 - 11.1.2.1.3. Bu desteğe nasıl ulaştınız?
 - 11.1.2.2. Hayır, ise bu ihtiyacınız neden karşılanmadı?
 - 11.1.3. İhtiyacınız olan desteği almak için yönlendirme yapıldı mı?
 - 11.1.3.1. Evet, ise kim tarafından?
 - 11.2. Hayır, ise; neden herhangi bir meslek elemanın desteğine ihtiyaç duymadığınızı açıklayabilir misiniz?
 12. Teşhisten cerrahi müdahale ile tedaviye kadar geçen süre içerisinde bu süreci yöneten hekim dışında başka biri/başka bir meslek elamanı var mıydı?
 - 12.1. Evet ise;
 - 12.1.1. Bu kimdi?
 - 12.1.2. Bu konuda yeterli miydi?
 13. Teşhisi öğrendikten sonra eşiniz hastalık ve tedavisi hakkında internet ya da sosyal medyadan bilgi edinmeyi denedi mi? Neden?
 - 13.1. Evet, ise sizce bu faydalı oldu mu?
 14. Teşhisi öğrendikten sonra siz eşinizin hastalığı ve tedavisi hakkında internet ya da sosyal medyadan bilgi edinmeye çalıştınız mı? Neden?
 - 14.1. Evet ise sizce bu faydalı oldu mu?
 15. Cerrahi müdahale ile tedaviye kadar geçen süre içerisinde siz/eşiniz hastalığı ile ilgili sivil toplum örgütlerine başvurdu/nuz mu?
 - 15.1. Evet ise;
 - 15.1.1. Neden başvurdu/nuz?
 - 15.1.2. İhtiyaçlarını karşılayabildi/niz mi?
 - 15.2. Hayır, ise neden?
 16. Sizce bu hastalığa sahip birisinin ve yakınlarının başvurabileceği yeterli sayıda ve yeterlilikte sivil toplum örgütü mevcut mu?

17. Eşinize meme kanseri olduğu teşhisi konduktan sonra cerrahi müdahale ile tedaviye başlayana kadar geçen süreci değerlendiriniz.

17.1. Olumlu yönler nelerdir?

17.2. Olumsuz yönler nelerdir?

Cerrahi Müdahale ile Tedavi

1. Cerrahi müdahale ile tedaviye karar verirken nasıl bir yol izlediniz?

- Ortak karar olarak
- Eşinizin kararına etki etmediniz
- Eşiniz cerrahi müdahale ile tedavi olmasını istememenize rağmen tedavi olmak istedi
- Eşiniz cerrahi müdahale ile tedavi olmak istememesine rağmen sizin ısrarınız üzerine tedavi oldu
- Diğer

2. Eşinizin cerrahi müdahale ile tedavi sürecine (karar alma ve destek olma gibi süreçlere) ne derece katılabildiğinizi düşünüyorsunuz?

2.1. Yeterli bir katılım sağlayabildiğinizi söyleyebilir misiniz?

2.2. Yeterli bir katılım sağlayamadığınızı düşünüyorsanız bunun sebepleri nelerdir?

3. Cerrahi müdahale ile tedavi için size her şeyi detaylıca düşünüp tedaviye karar vermeniz için yeterli süre verildi mi?

4. Cerrahi müdahale ile tedaviye karar vermek için gerekli ve yeterli bilgiye sahip miydiniz?

5. Cerrahi müdahale ile tedaviye başlanmadan önce hekim ve meslek elamanları tarafından cerrahi müdahale ile tedavi ve sonrası süreç hakkında yeteri kadar bilgi verildiğini düşünüyor musunuz?

6. Cerrahi müdahale ile tedaviye karar verme sürecinde herhangi bir meslek elamanından bilgisel, psikolojik vb. destek aldınız mı?

6.1. Evet ise;

6.1.1. Kimden?

6.1.2. Ne tür bir destek?

6.1.3. Yeterli miydi?

6.2. Hayır, ise neden?

7. Eşiniz kaç defa meme kanseri tedavisi almıştır?

8. Eşinizin memesi kısmen mi yoksa tümünden mi alındı?

9. Kanser oluşumu eşinizin tek mi yoksa her iki memesinde de mevcuttu?

10. Cerrahi müdahale eşinizin hangi memesine yapıldı?

11. Cerrahi müdahale ile tedavi olup taburcu olana kadar geçen süre içerisinde sizin ve eşinizin ne tür ihtiyaçlarınız oldu?
12. Cerrahi müdahale ile tedavi sürecinde karşılanamayan ihtiyaçlarınız oldu mu?
 - 12.1. Oldu ise bunlar nelerdir?
 - 12.2. Bu ihtiyaçlarınız neden karşılanamadı?
13. Taburcu olmadan önce taburculuk sonrası hayata dair bilgi verildi mi?
 - 13.1. Verildi ise;
 - 13.1.1. Kim tarafından verildi?
 - 13.1.2. Ne tür bilgi verildi?
14. Eşinize cerrahi müdahale ile tedaviye uygulandıktan sonra taburcu oluncaya kadar geçen süreci değerlendiriniz.
 - 14.1. Olumlu yönler nelerdir?
 - 14.2. Olumsuz yönler nelerdir?

Cerrahi Müdahale ile Tedavi Sonrası

1. Eşinize cerrahi müdahale ile tedaviden başka bir tedavi yöntemi uygulandı mı?
2. Eşiniz cerrahi müdahale ile tedaviden kaç gün sonra hastaneden taburcu oldu?
3. Eşiniz taburcu olduktan sonra gündelik hayatına dönebildi mi?
 - 3.1. Evet, ise ne kadar süre sonra gündelik hayatına dönebildi?
 - 3.2. Hayır, ise neden?
4. Cerrahi müdahale ile tedavi sonrası herhangi bir desteğe ihtiyaç duyduunuz mu?
 - 4.1. Evet ise;
 - 4.1.1. Ne tür bir desteğe ihtiyaç duyduunuz?
 - 4.1.2. Neden?
 - 4.1.3. Bu ihtiyacı karşılayabildiniz mi?
 - 4.1.4. Bu ihtiyacı kim tarafından ve nasıl karşıladınız?
 - 4.1.5. Yeterli bir destek sistemine sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz?
 - 4.2. Hayır, ise neden?
5. Taburculuk sonrası süreçte size destek olan bir meslek elamanı var mıydı? Evet ise;
 - 5.1. Evet ise;
 - 5.1.1. Bu kişinin mesleği neydi?
 - 5.1.2. Bu konuda yeterli miydi?
 - 5.1.3. Nasıl bir destek sağlıyordu?

- 5.1.4. Bu desteği sağlarken nasıl bir yol izliyordu?
6. Cerrahi müdahale ile tedavi sonrası süre içerisinde herhangi bir meslek elemanından destek almaya ihtiyaç duydunuz mu? Evet ise;
- 6.1.1. Bu destek ihtiyacı karşılandı ise;
- 6.1.1.1. Bu destek kim tarafından sağlandı?
- 6.1.1.2. Nasıl bir desteğe ihtiyacınız vardı?
- 6.1.1.3. Nasıl bir destek aldınız?
- 6.1.1.4. Bu destek yeterli miydi?
- 6.1.2. Bu destek ihtiyacı karşılanmadı ise sizce neden karşılanmadı?
- 6.2. Hayır, ise neden?
7. Cerrahi müdahale ile tedavinin ilişkinize etkisi ne olmuştur?
8. Eşinizin memesinin cerrahi müdahale ile kısmen ya da tamamen alınması sizin için ne alam ifade ediyor?
- 8.1. Annelik figürü bakımından.
- 8.2. Beden imajı ya da vücut bütünlüğü bakımından,
- 8.3. Cinsellik açısından
- 8.4. Cinsiyet rolleri bakımından,
9. Cerrahi müdahale neticesinde eşinizin memesinin alınmasının sizin üzerinizdeki etkileri neleri nelerdir?
10. Cerrahi müdahale sonucu eşinizin memesi alındıktan sonra ilişkinizi bitirmeyi düşündünüz mü? Neden?
11. Eşiniz cerrahi müdahale sonucu memesi alındıktan sonra ilişkinizi bitirmeyi düşündü mü? Evet ise;
- 11.1.1. Nedenini size açıkladı mı?
- 11.1.2. Sizce neden?
12. Eşinize uygulanan cerrahi müdahale sonucunda memesinin alınmasının kendisi üzerinde gözlemleyebildiğiniz etkileri neler olmuştur?
- 12.1. En olumlu üç etki ne olmuştur?
- 12.2. En olumsuz üç etki ne olmuştur?

13. Eşinizin taburculuk sonrası günlük hayata uyum sağlayabildiğini düşünüyor musunuz?
- 13.1. Evet ise;
- 13.1.1. Cerrahi müdahale ile tedavi sonucunda memesi alındıktan sonra eşinizin gündelik yaşama uyum sağlaması ile ilgili olarak herhangi bir şeye ihtiyaç duyduğunu düşünüyor musunuz?
- 13.1.1.1. Evet ise;
- 13.1.1.1.1. Nelere ihtiyaç duymuştur?
- 13.1.1.1.2. Bu ihtiyaçları karşılanmış mıdır?
- 13.1.1.1.2.1. Evet ise;
- 13.1.1.1.2.1.1. Kim tarafından karşılanmıştır?
- 13.1.1.1.2.1.2. Nasıl karşılanmıştır?
- 13.1.1.1.2.2. Hayır, ise neden bu ihtiyaçlar karşılanmamıştır?
- 13.2. Hayır, ise eşinizin gündelik yaşama neden uyum sağlayamadığını düşünüyorsunuz?
14. Cerrahi müdahale ile tedavi sonrasında eşiniz ile ilişkinizde tedaviye bağlı olarak meydana gelen sorun, sıkıntı, tartışma yaşadınız mı? Evet ise;
- 14.1.1. Meydana gelen sorun, sıkıntı, tartışmanın nedeni sizce neydi?
- 14.1.2. İlişkinizde meydana gelen bu sorun, sıkıntı ve tartışmanın üstesinden gelebildiniz mi?
- 14.1.2.1. Evet, ise; ilişkinizde meydana gelen sorun, sıkıntı ve tartışmaların üstesinden nasıl geldiniz?
- 14.1.2.2. Hayır, ise; ilişkinizde meydana gelen sorun, sıkıntı ve tartışmaların üstesinden neden gelemediğinizi düşünüyorsunuz?
15. Cerrahi müdahale ile tedavi sonrasında eşiniz ile aranızda bir uzaklaşma yaşandı mı? Yaşandı ise;
- 15.1.1. Sizce uzaklaşan taraf kimdi?
- 15.1.2. Uzaklaşmanın sebebi neydi?
16. Eşinizin cerrahi müdahale ile tedavi sonucunda memesi alındıktan sonra size karşı davranışlarının değiştiğini düşünüyor musunuz?
- 16.1. Değişti ise ne yönde?

17. Eşinizin cerrahi müdahale ile tedavi sonucunda memesi alındıktan sonra ona karşı davranışlarınızın değiştiğini düşünüyor musunuz?
 - 17.1. Değişti ise ne yönde?
18. Eşinizin cerrahi müdahale ile tedavi sonucunda memesi alındıktan sonra ilişkinizi bitirmeyi düşündünüz mü? Neden?
19. Eşiniz cerrahi müdahale ile tedavi sonucunda memesi alındıktan sonra ilişkinizi bitirmeyi düşündü mü?
 - 19.1. Nedenini size açıkladı mı?
 - 19.2. Sizce neden?
20. Cerrahi müdahale ile tedavi olduktan sonra eşiniz tedavi sonrası hayat hakkında internet ya da sosyal medyadan bilgi edinmeyi denedi mi? Neden?
 - 20.1. Evet, ise sizce bu faydalı oldu mu?
21. Cerrahi müdahale ile tedavi olduktan sonra siz eşinizin tedavi sonrası hayata uyumu hakkında internet ya da sosyal medyadan bilgi edinmeyi denediniz mi? Neden?
 - 21.1. Evet, ise sizce bu faydalı oldu mu?
22. Cerrahi müdahale ile tedavi sonrası süre içerisinde siz/eşiniz hastalığı ile ilgili sivil toplum örgütlerine başvurdu/nuz mu?
 - 22.1. Evet ise;
 - 22.1.1. Neden başvurdu/nuz?
 - 22.1.2. İhtiyaçlarını karşılayabildi/niz mi?
 - 22.2. Hayır, ise neden?
23. Eşinize cerrahi müdahale ile tedaviye olup taburcu olduktan sonra geçen süreci değerlendiriniz.
 - 23.1. Olumlu yönler nelerdir?
 - 23.2. Olumsuz yönler nelerdir?

Tedavi Sürecinin İlişkiye Etkisini İzleme Formu

| 1. Aşağıdaki ifadelerden hangileri eşinizin belirtilen tedavi süreçlerinde size karşı sergilediği tutum ve sizinle kurduğu ilişki tarzını ifade eder? (Birden fazla seçenek seçilebilir.) | | | |
|--|----------------------|-----------------------|---------------------------------|
| | Teşhis Öncesi | Teşhis Sonrası | Cerrahi Müdahale Sonrası |
| Mutlu | | | |
| Umutlu | | | |
| Etkin | | | |
| Sevecen | | | |
| Bağımsız | | | |
| Hoşgörülü | | | |
| Anlayışlı | | | |
| Mutsuz | | | |
| Agresif | | | |
| Umutsuz | | | |
| Pasif | | | |
| Bağımlı | | | |
| Hoşgörüsüz | | | |
| Anlayışsız | | | |
| Tepkili | | | |
| Suçlayıcı | | | |
| Diğer | | | |

| 2. Aşağıdaki ifadelerden hangileri sizin belirtilen tedavi süreçlerinde eşinize karşı sergilediğiniz tutum ve onunla kurduğunuz ilişki tarzını ifade eder? (Birden fazla seçenek seçilebilir.) | | | |
|---|----------------------|-----------------------|---------------------------------|
| | Teşhis Öncesi | Teşhis Sonrası | Cerrahi Müdahale Sonrası |
| Mutlu | | | |
| Umutlu | | | |
| Etkin | | | |
| Sevecen | | | |
| Bağımsız | | | |
| Hoşgörülü | | | |
| Anlayışlı | | | |
| Mutsuz | | | |
| Agresif | | | |
| Umutsuz | | | |
| Pasif | | | |
| Bağımlı | | | |
| Hoşgörüsüz | | | |
| Anlayışsız | | | |
| Tepkili | | | |
| Suçlayıcı | | | |
| Diğer | | | |

| 3. Aşağıdaki ifadelerden hangileri eşinizin belirtilen tedavi süreçlerinde ilişkiniz hakkında hissettiklerini ifade eder? (Birden fazla seçenek seçilebilir.) | | | |
|--|----------------------|-----------------------|---------------------------------|
| | Teşhis Öncesi | Teşhis Sonrası | Cerrahi Müdahale Sonrası |
| Rahat | | | |
| Umutlu | | | |
| Mutlu | | | |
| İstekli | | | |
| Gerekli | | | |
| Faydalı | | | |
| Yeterli | | | |
| Kaygılı | | | |
| Umutsuz | | | |
| Mutsuz | | | |
| İsteksiz | | | |
| Gereksiz | | | |
| Faydasız | | | |
| Yetersiz | | | |
| İlişimize olan inancını yitirmiş | | | |
| İlişimize olan inancı devam ediyor | | | |
| İlişimizin gerçek bir ilişki olduğunu düşünüyor | | | |
| İlişimizin yapmacık olduğunu düşünüyor | | | |
| Diğer | | | |
| 4. Aşağıdaki ifadelerden hangileri sizin belirtilen tedavi süreçlerinde ilişkiniz hakkında hissettiklerinizi ifade eder? (Birden fazla seçenek seçilebilir.) | | | |
| | Teşhis Öncesi | Teşhis Sonrası | Cerrahi Müdahale Sonrası |
| Rahat | | | |
| Umutlu | | | |
| Mutlu | | | |
| İstekli | | | |
| Gerekli | | | |
| Faydalı | | | |
| Yeterli | | | |
| Kaygılı | | | |
| Umutsuz | | | |
| Mutsuz | | | |
| İsteksiz | | | |
| Gereksiz | | | |
| Faydasız | | | |
| Yetersiz | | | |
| İlişimize olan inancımı | | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| yitirmiş | | | |
| İlişkimize olan inancım devam ediyor | | | |
| İlişkimizin gerçek bir ilişki olduğunu düşünüyorum | | | |
| İlişkimizin yapmacık olduğunu düşünüyorum | | | |
| Diğer | | | |

5. Eşiniz belirtilen tedavi süreçlerinde duygu ve düşüncelerinin sizinle paylaşımı konusunda nasıl bir tutum sergilerdi? (Birden fazla seçenek seçilebilir.)

| | Teşhis Öncesi | Teşhis Sonrası | Cerrahi Müdahale Sonrası |
|--|---------------|----------------|--------------------------|
| Açık | | | |
| Samimi | | | |
| Dürüst | | | |
| Etkin | | | |
| Dikkatli | | | |
| Dolaylı | | | |
| Pasif | | | |
| Tepkili | | | |
| Dikkatsiz | | | |
| Minnettar | | | |
| Doğrudan (Direkt) | | | |
| Açık olmayan | | | |
| Suçlayıcı | | | |
| İçten pazarlıklı | | | |
| Bir şey hissetmiyormuş gibi | | | |
| Dürüst olmayan | | | |
| Duygu ve düşüncelerini benimle paylaşmazdı | | | |
| Diğer..... | | | |

6. Belirtilen tedavi süreçlerinde duygu ve düşüncelerinizin paylaşımı konusunda eşinize karşı nasıl bir tutum sergilerdiniz? (Birden fazla seçenek seçilebilir.)

| | Teşhis Öncesi | Teşhis Sonrası | Cerrahi Müdahale Sonrası |
|----------|---------------|----------------|--------------------------|
| Açık | | | |
| Samimi | | | |
| Dürüst | | | |
| Etkin | | | |
| Dikkatli | | | |
| Dolaylı | | | |
| Pasif | | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| Tepkili | | | |
| Dikkatsiz | | | |
| Minnettar | | | |
| Doğrudan (Direkt) | | | |
| Açık olmayan | | | |
| Suçlayıcı | | | |
| İçten pazarlıklı | | | |
| Bir şey hissetmiyormuş gibi | | | |
| Dürüst olmayan | | | |
| Duygu ve düşüncelerimi eşimle paylaşmazdım | | | |
| Diğer..... | | | |

7. Aşağıdaki ifadelerden hangisi ya da hangileri sizin, belirtilen tedavi süreçlerinde rolünüzün ne olduğunu ifade eder? (Birden fazla seçenek seçilebilir.)

| | Teşhis Öncesi | Teşhis Sonrası | Cerrahi Müdahale Sonrası |
|---|---------------|----------------|--------------------------|
| Eşine duygusal yönden destek olan | | | |
| Eşine maddi açıdan destek olan | | | |
| Eşini yalnız bırakmayan | | | |
| Eşini çevreden gelebilecek olumsuz etkilerden koruyan | | | |
| Eşinin gündelik hayattaki sorumluluklarını yerine getiren | | | |
| Eşinin içinde bulunduğu yeni duruma duyarlı olan | | | |
| Eşinin sevgi ihtiyacını karşılayan | | | |
| Eşinin sorunlarının üstesinden gelmesine destek olan | | | |
| Eşinin duygusal ihtiyaçlarını karşılayamayan | | | |
| Eşinin maddi ihtiyaçlarını karşılayamayan | | | |
| Eşini bu süreçte yalnız bırakan | | | |
| Eşini çevreden gelebilecek olumsuz etkilerden korumayan | | | |
| Eşinin içinde bulunduğu bu yeni duruma dikkat etmeyen | | | |
| Eşinin sevgi ihtiyacını karşılamayan | | | |
| Diğer..... | | | |

Araştırmaya sağladığınız katkılardan dolayı teşekkür ederim.


KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMA ETİK KURUL DEĞERLENDİRME FORMU

| | |
|------------------|--|
| ETİK KURULUN ADI | KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU |
| AÇIK ADRES | Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Birimi Ümuttepe Yerleşkesi /KOCAELİ |
| TELEFON | 0262 303 71 64 – 74 50 |
| FAKS | 0262 303 74 63 |
| E-POSTA | etikkurul@kocaeli.edu.tr |

| | | | | | |
|-------------------|---------------------------------------|--|---------------------------------------|--|---------------------------------------|
| BAŞVURU BİLGİLERİ | ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI | Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde Meme Kanseri Tedavisi Gören Kadınların Eş/Partnerleri İle Toplumsal Cinsiyete Duyarlı Sosyal Hizmet Müdahalesi Önerisi | | | |
| | ARAŞTIRMA PROTOKOLÜNÜN KODU | KOÜ KAEK 2015/269 | | | |
| | EUDRACT NUMARASI | | | | |
| | KOORDİNATÖRÜN ÜNVANI/ADI/SOYADI | Doç. Dr. Burcu Yakut Çakar | | | |
| | KOORDİNATÖRÜN UZMANLIK ALANI | Sosyal Hizmet | | | |
| | SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI | Araş. Gör. Cihan Aslan | | | |
| | SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI | Sosyal Hizmet | | | |
| | ARAŞTIRMA MERKEZİ | Kocaeli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Sosyal Hizmet Bölümü | | | |
| | DESTEKLEYİCİ | - | | | |
| | DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ | - | | | |
| | ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ | - | | | |
| | ARAŞTIRMANIN TÜRÜ | İLAÇ DIŞI ARAŞTIRMA (YÜKSEK LİSANS TEZİ) | | | |
| | ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER | TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/> | ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/> | ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/> | ULUSLARARASI <input type="checkbox"/> |

| | Belge Adı | Tarihi | Versiyon Numarası | Dili |
|--------------------------|-------------------------------------|------------|-------------------|---|
| DEĞERLENDİRİLEN BELGELER | ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI | 24/08/2015 | | Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer |
| | BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU | 24/07/2015 | | Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer |
| | OLGU RAPOR FORMU | | | Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer |

| | Belge Adı | | Açıklama |
|--------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|----------|
| DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER | TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ | <input type="checkbox"/> | |
| | SİGORTA | <input type="checkbox"/> | |
| | ARAŞTIRMA BÜTÇESİ | <input type="checkbox"/> | |
| | BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU | <input type="checkbox"/> | |
| | HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ | <input type="checkbox"/> | |
| | İLAN | <input type="checkbox"/> | |
| | YILLIK BİLDİRİM | <input type="checkbox"/> | |
| | SONUÇ RAPORU | <input type="checkbox"/> | |
| | GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ | <input type="checkbox"/> | |
| | DİĞER | <input type="checkbox"/> | |

| | | | |
|-----------------|---|-----------------------------|--------------------|
| KARAR BİLGİLERİ | Karar No: 11/15 | Proje No: KOU KAEK 2015/269 | Tarih : 01/09/2015 |
| | Doç. Dr. Burcu Yakut Çakar sorumluluğunda yapılan ve yukarıda bilgileri verilen Klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. | | |

ETİK KURUL BİLGİLERİ

| | |
|---------------|--|
| ÇALIŞMA ESASI | Hasta Hakları Yönetmeliği (01.08.1998/23420), Hasta Hakları Yönetmeliği Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (8 Mayıs 2014/ 28994), Helsinki Bildirgesi (2008), İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu (Nisan 2013),ICH/GCP-Guideline for Good Clinical Practice (10 Haziran 1996)İnsan Denekleri İçeren Biyomedikal Araştırmaların Uluslar arası Rehber Kuralları (CIOMS, 2002), Biyotıp Araştırmalarına İlişkin İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesine Ek Protokolün Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (10 Mart 2011/6212), Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi (4 Nisan 1997), Ek Madde - 10 (6 Nisan 2011, 6225)) Resmî Gazetede 13.04.2013 tarih ve 28617 sayı ile yayınlanan Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik (25 Haziran 2014/29041) |
|---------------|--|

| |
|--|
| ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI: PROF. DR. NERMIN ERSOY |
| ETİK KURUL ÜYELERİ |

| Unvanı/Adı/Soyadı | Uzmanlık Alanı | Kurumu | Cinsiyet | | Araştırma ile ilişki | | Katılım * | | İmza |
|----------------------------------|-------------------------------|--|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-----------|
| | | | E | K | E | H | E | H | |
| Prof. Dr. Nermin ERSOY Başkan | Tıp Tarihi ve Etik | KOÜ Tıp Fak. Tıp Tarihi ve Etik AD | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | N. Ersoy |
| Prof. Dr. Dilek URAL Başkan Yrd. | Kardiyoloji | KOÜ Tıp Fak. Kardiyoloji AD | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Katılmadı |
| Prof. Dr. B. Faruk ERDEN Üye | Farmakoloji | KOÜ Tıp Fak. Farmakoloji AD | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Prof. Dr. Gülecan TÜRKER Üye | Pediyatri | KOÜ Tıp Fak. Çocuk Sağ. ve Hst.AD | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Prof. Dr. Yavuz GÜRKAN Üye | Anesteziyoloji ve Reanimasyon | KOÜ TF Anesteziyoloji ve Reanimasyon | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Katılmadı |
| Prof. Dr. Hale M. KIR Üye | Biokimya | KOÜ Tıp Fak. Biokimya AD | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Katılmadı |
| Doç. Dr. Ayşe KARSON Raportör | Fizyoloji | KOÜ Tıp Fak. Fizyoloji AD | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Uzm. Dr. Murat GÜVEN Üye | Genel Cerrahi | Kocaeli Derince Eğt. ve Arş. Hastanesi | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Uzm. Dr. Berna A. ŞERİFİ Üye | Halk Sağlığı | İzmit 1 Nolu AÇSAP | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Ersayın IŞIK Üye | Avukat | Kocaeli Barosu | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Yasemin ÜLSOY Üye | Hasta Hakları Temsilcisi | Ev Hanımı | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Yrd. Doç. Dr. Önjen TAK | Danışman Diş Hekimi | KOU . Diş Hekimliği Fak. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Katılmadı |

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Değerlendirme Formu
28 Nisan 2009 Versiyon No:1

2

ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı 1990 yılında Erzincan'da doğmuş olup üniversiteye kadar eğitimini burada tamamlamıştır. 2008 yılında Hacettepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü'ne başlamıştır. Hazırlık da dahil olmak üzere toplam 5 yılda eğitimini tamamlayan araştırmacı 2013 yılında üniversiteden mezun olup aynı yıl içerisinde Muğla Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü'ne bağlı bir bakım ve rehabilitasyon merkezinde sosyal çalışmacı olarak çalışmaya başlamıştır. Araştırmacı 2013 yılı içerisinde Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans programına başlamıştır. Araştırmacı 7 ay sosyal çalışmacı olarak çalıştıktan sonra ÖYP kapsamında Kocaeli Üniversitesi, Kocaeli Sağlık Yüksekokulu, Sosyal Hizmet Bölümü'nde Araştırma Görevlisi olarak çalışmaya başlamış olup, Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Tezli Yüksek Lisans programına yatay geçiş yapmış ve eğitimine burada devam etmiştir.