Jinekolojik Kanser Hastalarında Psiko-sosyal Yaklaşım

Psychosocial Approaches for Gynecological Cancer Patients

ASLI EKER*
ERGÜL ASLAN**

Geliş Tarihi: 10.10.2016, Kabul Tarihi: 16.05.2017

ÖZ

Jinekolojik kanserler sonucu yaşanan semptomlar ve uygulanan kemoterapi, radyoterapi ve cerrahi tedaviler kadın tarafından beden imajına, cinsel kimliğine ve üreme yeteneğine yönelik bir tehdit olarak algılanmakta olup, hasta ve ailesinin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu nedenle kadın ve ailesi tanı, tedavi, tedavi sonrası nüks ve palyatif dönem gibi hastalığın her aşamasında karmaşık emosyonel ve davranışsal tepkiler gösterebilmektedirler. Jinekolojik kanser tanısının konulması kadınların cinsel aktiviteye yönelik ilgisiz olmasına, orgazma ulaşmada yetersizlik yaşamasına, kadınlık algısı, üreme yeteneği, beden algısı ve sosyal etkileşimlerinin olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır. Ayrıca kesintiye uğrayan sosyal roller bireyin engellenme, tedirginlik, endişelenme ve bilinmezlik duygusu yaşamasına yol açmaktadır. Onkolojinin günlük sürecinde psikolojik bozukluklar sıklıkla gözden kaçırılır. Bu süreçte hasta ve ailesinin yaşam kalitesinin artırılması için desteğe gereksinim vardır. Psiko-sosyal tedavi ve bakım; hasta ve ailenin baş etme becerilerini geliştirerek, hastalığa uyumlarını arttırmaktadır. Bu nedenle hemşirelerin en ideal bakımı sağlayabilmesi için, hastanın psiko-sosyal bakım gereksinimlerini de dikkate alması gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: *Jinekolojik kanser; kanser; psiko-sosyal bakım.*

ABSTRACT

Women often perceive symptoms experienced as a result of gynecological cancers and applied chemotherapy, radiotherapy and surgical treatments as a threat to body image, sexual identity and reproduction and this can affect the quality of life of the patients and family negatively. Women and their families may show complex emotional and behavioral responses at all stages of the disease including diagnosis, treatment, post-treatment recurrence, and palliative periods. The diagnosis of gynecological cancer in women can cause a lack of interest in sexual activity, the inability to reach orgasm, and negative effects on feminine perception, reproductive ability, body sensation, and social interaction. In addition, the disruption of social roles may cause an individual to experience a sense of frustration, anxiety, worry and uncertainty. Psychological disorders are often overlooked in the daily process of oncology. In this process, patients and their families need support in order to increase their quality of life. Psychosocial treatments and care help patients and their families develop coping skills and improve their ability to adapt to the disease. Therefore, in order to provide optimal care, nurses must take into account the patient's psychosocial care needs.

Keywords: *Gynecological cancer; cancer; psychosocial care.*

Kadınlar menarştan menopoza kadar olan yaşlarda, daha ileri yıllarda ve yaşlılık döneminde üreme sistemi ile ilişkili olarak gelişebilecek rahatsızlıklar açısından risk taşımaktadırlar. Üreme organlarında fibroidler ve kistler gibi benign neoplazmlar ve malign neoplazmlar oluşabilir.[1] Benign tümörler genellikle yaşamı tehlikeye atmazlar, yavaş büyüme eğilimindedir ve invazif değildirler ancak kanser olarak adlandırılan malign tümörler hızla büyürler, sınırları düzensizdir, çevre dokulara yayılır ve istila ederler.[1]

Jinekolojik kanserlerin tüm kadın kanserlerinin yaklaşık olarak 1/5'ini oluşturduğu ve yaklaşık 78.290 kadına bir jinekolojik kanser tanısı konulduğu, bu yeni tanı konulan kadınların 11.150'unun serviks kanseri, 39.080'inin uterin korpus kanseri (uterus veya endometriyum kanseri), 22.430'unun over kanseri, 3490'ının vulva kanseri ve 2140'ının vajinal kanser olduğu ve 28.020 kadının jinekolojik kanserler nedeniyle öldüğü tahmin edilmektedir.[2,3] 2012 yılı Globocan'ın verilerine göre servikal kanserler, dünyada kadınlarda en sık görülen dördüncü kanserdir.[4]

Sağlık İstatistikleri Yıllığı'nın verilerine göre 2011 yılında kadınlarda en sık görülen 10 kanser türü arasında uterus korpusu dördüncü sırada, over kanseri sekizinci sırada, serviks kanseri dokuzuncu sıradadır.[5] 2014 yılı Türkiye Kanser İstatiskleri verilerinde uterus korpusu kanseri dördüncü sırada,

* A Eker, Öğretim Görevlisi
Mersin Üniversitesi İçel Sağlık Yüksekokulu, Mersin
Yazışma Adresi / Address for Correspondence:
Aslı Eker, Öğretim Görevlisi, Mersin Üniversitesi İçel Sağlık Yüksekokulu
Çiftlikköy Kampüsü Yenişehir / Mersin
Tel.: 0 324 361 00 01- 0 324 361 05 81 Faks: 0 324 361 05 71
e-posta: aeker25@hotmail.com

** E Aslan, Doç. Dr.
İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, İstanbul
e-posta: ergul34tr@hotmail.com

over kanseri yedinci sırada, serviks kanseri onuncu sırada yer almaktadır.[6]

Kanser vakalarının giderek daha sık görülmesi ve kanserden ölümlerin yaygın olması, bu konuya gerekli önemin verilmesi gerçeğini ortaya koymaktadır. Kanser gelişiminin önlenmesi, erken tanı konulmasının yanı sıra tanı konulan kadının ve ailesinin yaşam kalitesinin yükseltilmesi de oldukça önemlidir. Multidisipliner bir yaklaşımı gerektiren bu süreçte, hemşirelerin en ideal bakımı planlayabilmesi için, hastanın psiko-sosyal yönü ile ilgili veri toplama ve bakım gereksinimlerini karşılamada yeterli bilgiye sahip olmaları gerekmektedir.

Jinekolojik Kanserlerin Psiko-sosyal Boyutu

Jinekolojik kanserler sonucu yaşanan semptomlar ve uygulanan kemoterapi, radyoterapi ve cerrahi tedaviler kadın tarafından beden imajına, cinsel kimliğine ve üreme yeteneğine yönelik bir tehdit olarak algılanmakta olup, hasta ve ailesinin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir.[7] Bu nedenle kadın ve ailesi tanı, tedavi, tedavi sonrası nüks ve palyatif dönemler gibi hastalığın her aşamasında karmaşık emosyonel ve davranışsal tepkiler gösterebilmektedirler.[3,8] Bu tepkileri; depresyon yaşama durumu, beden imajı, cinsellik, infertilite, spiritualite, yaşam kalitesi, aile ve sosyal destek gibi birçok faktör etkilemektedir.[3,8]

Şüphesizdir ki kanser tanısının konulması ve sonrasındaki süreç insanların önemli bir bölümünün yaşamında büyük değişimlere yol açar.[9] Hastaların yaşam kalitesinin arttırılması, sürece uyumun sağlanması ve sağlık bakım sistemindeki yüksek maliyeti düşürmesi açısından, hastaların psiko-sosyal şikayetleri ve sürece verdiği tepkilerin öğrenilip, psiko-onkolojik tedavi gereksinimlerinin karşılanması oldukça önemlidir.[10] Psikolojik yaklaşım ve tekniklerin hasta çıktılarını iyileştirdiği yönünde de kanıtlar bulunmaktadır.[11]

Psiko-onkoloji (ya da psikiyatrik onkoloji); kanserin hasta, aile ve tedavi ekibi üzerindeki psikolojik etkilerini, kanser riskinde ya da seyrindeki psikolojik ve davranışsal faktörlerin etkilerini araştıran ve kanser hastalarına psikolojik tıp hizmetlerini sunan bir disiplindir.[12] Psiko-onkolojinin iki temel amacı vardır:[13]

- Kanser hastalığının her evresinde hastaların psikolojik tepkilerinin farkında olup bakımını ve tedavisini sağlayarak yaşam kalitesini yükseltmek ve hastalıkla başa çıkma stratejilerinde hastaları desteklemek.
- Kanser hastalığı sürecinde tedaviyi gerçekleştiren ekip ve hasta yakınlarında gelişebilecek psikolojik kökenli risk belirtilerini önceden tanımak ve önlem almak.

Psiko-onkoloji ya da psiko-sosyal onkoloji yalnızca tıp kökenli meslek gruplarıyla değil, aynı zamanda sosyal çalışma uzmanı ve din görevlisi gibi farklı meslek gruplarıyla birlikte sıkı bir işbirliğini gerektirir.[13]

Kanser Tanısının Konulması, Bilişsel Süreç ve Gösterilen Tepkiler

Kanser tanısının konulması bireyin psikolojik dengesini bozarak krize yol açar ve hastalık, yaşam tehdidi gibi durumlarla karşı karşıya kalan birey, uyum sağlamada güçlük yaşayabilir.[14] Kriz yaşayan bireyin gerçeği kabul edip başarılı baş etme yöntemleri geliştirmesi güçtür. Hastalığıyla baş etmeye çalışan birey, hastalığı kabul etme ve mümkün olan en az acı ile en iyi şartlardaki yaşamı devam ettirebilmeye ilişkin her türlü psikolojik ve davranışsal çabayı gösterir.[14] Tüm çabalara rağmen hastalar tanı konulmasını takip eden süreçte; şok, inanamama, başlangıçta kısmi inkar, kaygı, kızgınlık, isyan, suçlayıcı duygular, depresif mizaçlı uyum, uyku, iştah ve günlük faaliyetlerde bozulma gösterebilir.[15]

Avuçan ve arkadaşları çalışmalarında "Bolund'un, kanser hastalarının yaşadığı krizi dört aşamalı süreç (şok durumu, tepki aşaması, direnme, uyum) olarak ele aldığını" vurgulamıştır. Hallaç ve Öz'de[16] "Watson ve arkadaşlarının kansere karşı gösterilen tepkileri 5 ana başlık altında topladığını" belirtmişlerdir. Bunlar;

- **Mücadeleci ruh:** Mücadele edilebileceğini, hastalığın kontrol edilebileceğini düşünür, geleceğe olumlu bakar.
- **Çaresizlik, ümitsizlik:** Hastalığın kontrol edilebileceğine inanmaz, bir kayıp olarak görür, sonunun kaçınılmaz olduğunu düşünür ve hastalıkla savaşmak istemez.
- **Endişeli bekleyiş:** Hastalığı çok büyük tehdit olarak algılar, prognoz konusunda belirsizlikler vardır. Hastalıkla ilgili bilgi araştırır ve edindiği bilgileri olumsuz değerlendirir.
- **Kadercilik:** Hasta teşhisi daha az bir tehdit olarak algılar, yüzleşmekten kaçınır ve kabul etme eğilimindedir. Hastalıkla ilgili tüm sonuçları kabul eder ve kanseri kontrol altına alınabileceğine inanmaz.
- **İnkâr ve kaçınma:** Hastalığın prognozunu daha olumlu karşılar ve hastalık tanısını daha az tehdit olarak algılar.[14,16]

Kanser tanısı konulan bir kişide en sık görülen tepki öfkedir, önceleri hastalığa karşı öfke duyan birey sonrasında bunu sağlık çalışanlarına ve kendi yakınlarına yansıtabilmektedir. Bir diğer sık görülen tepki ise suçluluk duygusudur, kişi bu hastalığı hak etmek için ne gibi bir hata yapmış olduğunu sorgulamaya başlar ve hastalığı, bir cezalandırma gibi görebilir. Öte taraftan, beden imgesi bozulan hasta bundan sonra hiçbir zaman fiziksel olarak bir bütün olamayacağını düşünebilir ve fiziksel bütünlüğü kaybetme endişesi, hastanın ruhsal açıdan incinebilirlik riskini artırır.[17]

Kanser hastalarında ortaya çıkan, hastanın yaşam kalitesini, kendine bakımını, tedaviye uyumunu, zamanla kanserin şiddetini, gidişini ve tedaviye yanıtını etkileyen psikiyatrik bozuklukların oranının yüksek (%30-40) olduğu belirtilmektedir.[17] En sık görülen psiko-patoloji majör depresyondur. Ateşçi ve ark.nın yaptığı çalışmaya göre kanser hastalarının %48.8'inde

depresif duygu durum ile giden uyum bozukluğu, %39.5'inde majör depresif bozukluk, %7'sinde anksiyete ile giden uyum bozukluğu, %2.3'ünde yaygın anksiyete bozukluğu ve %2.3'ünde somatizasyon bozukluğu oluştuğu, hastaların %12'sinde özkıyım düşüncelerinin olduğu tespit edilmiştir.[17,18] Daniels ve Kissane[19] kanser hastalarında sıkıntı, endişe ve depresyonun yaygın olarak görüldüğünü belirtmiştir. Kanser hastalarında yaygın olarak görülen depresyon, yorgunluğa neden olan en önemli etmendir ve depresyonun, yorgunluğun oluşumunda, süresinde, yaşanma sıklığında ve şiddetinde önemli etkinliğinin olduğunu gösteren pek çok araştırma vardır.[20] Tada ve ark.[21] da kanser hastalarının en yaygın olarak sırasıyla uyum bozukluğu, delirium ve majör depresif bozukluk yaşadığını, Aktaş yapmış olduğu çalışmasında psikolojik iyilik halinin, jinekolojik kanserli hastalarda en çok etkilenen alan olduğunu belirtmiştir.[22]

Genel olarak jinekolojik organ kanseri tanısı konulan kadınlarda vajinal kuruluk ve darlık, disparoni, ağrı, erken menopoz, bebek sahibi olamamak gibi son derece ciddi sıkıntılar ve kaygılar ortaya çıkmaktadır.[16] Kadınların cinselliği ve cinsel aktivitesi değişebilmekte, cinsel aktiviteye yönelik ilgisizlik, orgazma ulaşmada yetersizlik gelişebilmektedir.[16] Wenzel ve ark.[23] yaptığı çalışmada benzer sonuçlara ulaşmıştır. Ayrıca kadınlık algısı, üreme yeteneği, beden algısı ve sosyal etkileşimleri hastalıktan olumsuz etkilenebilmekte ve kadınlar beden görünümü ile ilgili olarak; özellikle vücut kıllarının dökülmesi, kilo artışı veya kaybı, kendilik değeri kaybı, korku, kaygı ve depresyon duyguları, yorgunluk hissi, üstlendiği aile içi roller ve sosyal rollerine ilişkin değişimler de yaşamaktadır.[16] Kesintiye uğrayan sosyal roller, bireyde engellenme, tedirginlik, endişelenme ve bilinmezlik duyguları yaşamasına neden olmakta ve uygun bir sosyal destek göremediğinde ise kendini işe yaramaz hissetme, kendine ve başkalarına yetememe hatta bu nedenlerle suçluluk duygusu yaşama, kendini üzüntülü, gergin, kaygılı ve öfkeli hissedebilmektedir.[16] Lim ve ark.nın[24] meme ve jinekolojik kanser tanısı konulan hastalar üzerinde yaptığı çalışmada, pozitif sosyal ağ yapıları ve iyi bir emosyonel desteğin arasında kuvvetli bir ilişki olduğunu ve bu durumunda depresif belirtileri azaltmada etkili olduğu belirtilmiştir. Lin ve Bauer'in[25] yaptığı metaanalizde; birçok araştırmada aile, arkadaşlar, sağlık bakım profesyonelleri ve diğer hastalarla bağlılık duygusu ve pozitif ilişkilere sahip olmanın psiko-ruhsal iyilik halinin arttırılmasında önemli olduğu saptanmıştır.

Tedavi Sürecine Uyum ve Psiko-Onkolojik Tedavi

Kanser hastalarının hastalığın her sürecinde, özellikle de tedavi döneminde bilgi gereksinimlerinin arttığı görülmektedir. Genel olarak hastaların bilgi gereksiniminin olduğu konular; gelecekteki durumları, hastalıkları, geçireceği muayeneler ve tedavi hakkındadır. Sağlık profesyonelleri tarafından hastalara verilecek bilginin tipi, miktarı ve nasıl tanımlanacağı önemli bir konudur, ayrıca tedavi ve süreç hakkındaki bilgilendirme hastanın sürece uyumunu olumlu yönde etkileyecektir.[26]

Kanser tanısı konulan kişi, tanı öncesi, tanı aşaması, tedavi aşaması, tedavi sonrası, hastalığın seyri, ilerlemesi ve kanserin ağırlaştığı dönemlerde farklı psikolojik tepkiler verebilir ve bu tepkiler çeşitlilik gösterebilir. Hasta kişilerde psikolojik sıkıntı görülme sıklığında artış olduğu ve psikiyatrik hastalık tanısı konulma sıklığının %9-60 aralığında değişim gösterdiği belirtilmektedir. Kanser tanısı konulan hastaların tamamına yakınında psikiyatrik bozukluklar, hastalığın tanısının konulması ile beraber sürece bağlı olarak gelişirken, hastaların çok az kısmında kanser tanısı konulmadan önce psikiyatrik bir sorunu olduğu bildirilmektedir. Bireye cerrahi tedavi uygulanması planlanıyorsa kişi cerrahi girişimi geciktirebilir, cerrahi dışı tedaviler deneyebilir, beden imgesi değişikliğine bağlı kayıp tepkisi verebilir, cerrahi girişim sonrası tepkisel depresyon yaşayabilir, beden imgesi değişiklikleri ve uzamış ağır üzüntü tepkisi verebilir. Radyoterapi ve kemoterapi uygulanıyorsa; tedavilerin yan etkilerinden korkabilir ve terk edilme korkusu yaşayabilir, beden imgesi değişiklikleri olabilir, kaygı, izolasyon eğilimi, hafif depresif duygu durumu yaşayabilir, organlarını bağışlama vb. duygulara sahip olabilir. Reis ve ark. yaptıkları çalışmada jinekolojik kanserlerin ve uygulanan tedavilerin çeşitliliğinin kişi üzerinde yarattığı etkilerin çok boyutlu olduğunu saptamış ve komplex tedavi (cerrahi + kemoterapi + radyoterapi) uygulanan hastaların genel yaşam kalitesi düzeyinin, psikolojik ve sosyal iyilik durumlarının daha kötü olduğu belirlenmiştir. Tuncay yaptığı araştırmada, kanser tedavisinin (özellikle kemoterapinin) yan etkileri, bireyin psikolojik, duygusal ve manevi alanındaki baskıları artırarak, bireyi sürekli güçsüzleştirme tehdidi yarattığını tespit etmiştir.[15,27-29]

Jinekolojik kanserli olgularda tedavi ve izlem multidisipliner yapılmalıdır. Hastalığın yeniden ortaya çıkmasında ve metastazında birden fazla tedavi kombine olarak kullanılabilir ve kullanılan cerrahi, tıbbi girişimler üreme yeteneğinin etkilenmesine ve buna bağlı birtakım sorunların ortaya çıkmasına neden olabilir.[30] Bu sorunlar;

- Üreme yeteneğini kaybetme ve ailesini tamamlayamama hissi,
- Üreme yeteneğinin kaybına bağlı olarak kendini eksik, yetersiz ve kusurlu hissetme,
- Beden imgesi ve öz saygının azalması,
- Karşı cinsle yakın ve yeni ilişkilere girmekten çekinmedir.[30]

Uygulanan tıbbi tedaviler ve cerrahi girişimler bireyin vücut bütünlüğünü, yaşamını ve sosyal durumunu tehdit eden önemli bir stres faktörüdür. Üreme organ kanserlerinin kadın sağlığı üzerindeki etkileri, büyük yıkım ve hasar yaratma şeklindedir. Jinekolojik cerrahide bu streslere, bireyin üreme kapasitesi ve seksüel fonksiyonları ile ilişkili değişik kaygı/endişeler de eklenir.[31]

Jinekolojik kanserlerde uygulanan cerrahi girişimler,

kemoterapi ve radyoterapinin etkileri kadının beden imajı, cinsel kimliği ve üreme yeteneğine yönelik algılamasını, hastanın ve ailesinin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir.[30] Pınar ve ark.nın[32] yaptığı çalışmada yaş, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, birlikte yaşadığı kişiler, diğer sağlık sorunları ve tedaviye devam etme durumunun da yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğu saptanmıştır. Diane ve ark.nın[33] meme ve jinekolojik kanserli kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada, tedavinin sonlandırılmasını takip eden 3-4 ay içinde, vücutla ilgili tutumlar, ölüm yada ölüm oranı ile ilişki, ihtiyaç duyulan rahatlama teknikleri, konsantre olmada ve partnerle iletişim kurmada zorluğun çok daha fazla sıklıkla görüldüğü tespit edilmiştir.

Psiko-sosyal Bakım

Onkolojide günlük tedavi ve bakım sürecinde psikolojik bozukluklar sıklıkla gözden kaçırılır. Psikolojik sıkıntılar hastalardan ya da ekip üyelerinden kaynaklanan sebeplerle hemen tespit edilememektedir.[13] Psikolojik sıkıntılar olabilecek en erken dönemde tespit edilmeli, tedavi ve bakım bu doğrultuda planlanmalıdır.

Psiko-sosyal tedavi ve bakımın odak noktası, hasta ve ailenin baş etme becerilerini geliştirerek hastalığa uyumlarını artırmaktır ve kronik hastalıklar bireylerin yaşamını her açıdan etkilediği için sağlık çalışanları tarafından uzun süreli olarak izlemi gerektirmektedir.[34] Psikolojik bakım dört düzeyde ele alınmaktadır:[34]

- **Psikolojik bakımın ilk düzeyi:** İyi bir iletişim, psiko-sosyal problemlerin en aza indirilmesini sağlar, hastanın bilgisini, anlamasını ve hatırlamasını artırır. Bu düzey için temel iletişim ve tanılama becerilerini kullanmak önemlidir.
- **İkinci düzeydeki beceriler:** Hastalık sürecinde hastayla terapötik ilişki kurularak, hem hasta hem de ailesinin stresle baş etme yeteneğini arttırmayı, duygularını ifade etmeleri için cesaretlendirmeyi içerir.
- **Üçüncü düzeydeki beceriler:** Hastanın sorun çözme becerisinin geliştirilmesi ve anksiyete ile baş etme tekniklerinin kazandırılmasını içerir.
- **Dördüncü düzeydeki beceriler:** Uzman kişiler tarafından verilmesi gereken, bilişsel terapi, davranışçı yöntemler, aile terapisi gibi psikolojik tedavileri içerir.

Psiko-Onkolojik Girişimler ve Hemşirelik Yaklaşımları

Pre-operatif ve post-operatif dönemde fiziksel bakımı ve hastanın hazırlığının yapılması bakımın önemli unsurlarıdır.[31] Jinekoloji hastalarının rutin bakım uygulamaları dışında, daha çok destek ve bilgiye ihtiyaçları vardır, bu nedenle hastaya, mümkünse eşine ve aile bireylerine, cerrahi işlemin amacı, tedavinin yararları ve sonraki süreçte gelişebilecek etkiler anlatılmalıdır.[31] Kadın ve ailesi endişelerini ifade etmeleri için desteklenmeli, kadının kişiliğinin güçlü yönleri öne çıkartılarak yaşamını yeniden kontrol altına alabilmesi için güçlendirilmeli, müdahale ve tedaviler neticesinde gelişebilecek menopoz semptomlarının giderilmesinde kadına destek olunmalı ve bilgi verilmeli, cinsel ve özel yaşamla ilişkili potansiyel korkularını ifade etmesi sağlanmalıdır.[31] Ekwall ve ark.'nın[35] yaptığı çalışmada jinekolojik kanserli kadınlar hastalık ve tedavinin nasıl olacağına ilişkin iyi iletişim ve bilgi ihtiyacının karşılanmasının günlük yaşam kalitelerini etkileyebileceğini vurgulamıştır.

Jinekolojik kanserlerde çoğunlukla yan etkileri oldukça fazla olan kemoterapi ve radyoterapi tedavisi uygulanır. Hemşirelerin hastanın fizyolojik ve psikolojik bakım gereksinimini tam olarak karşılaması için bu yan etkileri bilmeleri ve tedavilerden önce hastalara emosyonel destek sağlayıp, bilgilendirmeleri oldukça önemlidir. Ayrıca bu hastalara verilecek hemşirelik bakımında komplikasyonları önlemek, erken dönemde saptayıp, müdahale etmek bakımın önemli unsurlarıdır. Hemşirelerin kemoterapi ve radyoterapi uygulamaları esnasında, hastalara bu bakımın sağlanabilmesi için; hastanın hazırlanması, ilacın uygulanması, hastanın ilaca yanıtının izlenmesi ve uygulanan tedaviye yönelik hastanın dikkat edeceği unsurlar ve bakımı da içeren uygulama rehberi oluşturma, yazılı materyal verme ve rehberlik yapma sorumlulukları bulunmaktadır.[31,36]

Kanser hastalarının rehabilitasyon gereksinimi; hekim, hemşire, psikolog, sosyal çalışma uzmanı, fizyoterapist, iş ve uğraşı terapisti, mesleki danışman, ortez/protez uzmanı, eczacı, enterostomi terapisti, diyetisyen, hasta ve ailesininde içinde bulunduğu multidisipliner bir yaklaşımla karşılanması gereken bir durumdur. Rehabilitasyonun amacı, kayba odaklanmadan, hastanın potansiyel gücü ve yeteneklerinin ortaya çıkarılarak fiziksel fonksiyonların düzeltilmesi, oluşabilecek komplikasyonların önlenmesi ve destek sistemlerinin devreye girmesini sağlamaktır.[31,37] Jinekolojik kanserli kadınların rehabilitasyonunda hemşirelik bakımının yanı sıra ailelerin sağladığı sosyal destek de oldukça önemlidir. Çünkü kanser tanısı, var olan sosyal destek ağının sarsılmasına ve bu ağ içinde yeni düzenlemeler yapılmasına neden olmaktadır. Ertem ve ark.nın yaptığı çalışmada hastaların en fazla kognitif ve sosyal alanlarda yaşam kalitesinin düştüğü saptanmıştır.[30] Hasta tarafından gereksinim duyulan desteğin tipi kişiye, zamana ve koşullara göre değişmektedir. Dedeli ve ark.nın yaptığı çalışmada, kanserli hastaların sosyal destek puanları oldukça yüksek bulunmuştur.[38] Ayaz ve ark.nın[39] yaptığı çalışmada da orta okul/lise ve üzeri mezunu olanların, çalışanların, ekonomik durumunu iyi düzeyde algılayanların ve tanısını bilenlerin çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinden aldıkları ortalama puanların daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hye Yoo ve ark.nın.[40] araştırmasının bulguları da bu sonuçlarla paralellik göstermektedir.

Sosyal destek olarak, aile çok önemli bir unsurdur ancak kanserli hastaya bakım veren ailelerin de psiko-sosyal desteğe ihtiyaçları vardır. Hem kanser tanısı konulan hastanın hem de

hastaya bakım veren ailenin günlük rutinleri bozulmaktadır. Yaşamı tehdit eder nitelikte olan ve aileyi de etkileyen bu hastalığın uzun sürmesi, günlük yaşamrutinlerinin gerçekleştirilememesi, işten ve sosyal yaşamdan mahrum kalma gibi nedenlerlehasta yakınları; kendine üzülme, kendi kayıplarının yasını tutma, hastası için kaygı, çaresizlik, umutsuzluk gibi depresif duygular yaşayabilmektedir.[41] Çivi ve ark.nın[42] çalışmasında hasta yakınlarının depresyon durumunun yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, hastaya yakınlık derecesinden etkilenmediği ancak ilkokul mezunlarında depresyonun daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir. Aile bireylerinde yaşanan kayıplara bağlı olarak yas tepkileri de gözlenebilmektedir.[42] Yas sürecinde sırasıyla şok ve inkar, sıkıntı, huzursuzluk hali ve geri çekilme, yeniden yapılanma gerçekleşmekte ve yeniden yapılanma süreci başarı ile tamamlandığında sosyal rollere dönüş söz konusu olmaktadır. Hemşirelerin, hastaların tedavi ve bakımlarını gerçekleştirdiği süreçte, hastaya sosyal destek olmakla yükümlü olan hasta yakınlarını da psiko-sosyal anlamda desteklemesi önemlidir.[41]

Hastalığın, metastaz yaptığı ve tedavilere cevap vermediği dönemde, onkoloji ekibi hastanın yaşam için çok az zamanı kaldığının farkındadır ve bakımın ana unsurlarını; semptomların kontrolü, ağrının giderilip hastanın rahatlatılması, psikososyal danışmanlık oluşturmaktadır. Süreç hakkında hastanın tam olarak bilgilendirilmesi, kararlara katılımının sağlanması, bireysel ihtiyaçlarını yerine getirme fırsatının verilmesi, kalan zamanını en iyi şekilde planlaması için hasta ve ailesine yardımcı olunması önemlidir.[31]

Sonuç

Tanı konulduğu andan itibaren, birey ve ailesinde psiko-sosyal yönden değişimlere yol açan ve hayatı tehdit eden kanser, bireyin bedensel, ruhsal ve sosyal yönden pek çok sorunla karşılaşmasına neden olmaktadır. Kanser hastalığı ile mücadele ederken hastaların yaşadığı sosyal, fiziksel ve psikolojik kayıplar için, rehabilitasyona ve psiko-sosyal adaptasyonun sağlanması için desteğe ihtiyaçları olacaktır.[31,37]

Jinekolojik kanserli kadınların psiko-sosyal yönünün bilinmesi, bakımın ve psiko-onkolojik tedavinin bu doğrultuda planlanması oldukça önemlidir. Son yıllarda yapılan araştırmalar psiko-onkolojik tedavinin her bir kanser hastası için önemli bir gereksinim olduğunu ortaya koymuştur.[13] Bu gereksinimlerin somut olarak ortaya konulabilmesi için de onkoloji servislerinde bilimsel çalışmaların yapılıp, sonuçlarına göre girişimlerin planlanması gerekir. Ayrıca hizmet içi eğitimlerle bu alanda duyarlılığı artırılmış bir onkoloji ekibinin, hastalarda ortaya çıkan belirtileri önceden bilip tanıması, erken müdahale açısından bir hastanın hastalığıyla başa çıkmasında ve oluşabilecek masrafların azaltılmasında oldukça önemlidir.[13,10]

KAYNAKLAR

1. Bekar M. Kadın genital sisteminin iyi ve kötü huylu tümörleri. İçinde: Şirin A, Kavlak O. editör. Kadın Sağlığı. Birinci baskı. İstanbul: Bedray Basın Yayıncılık; 2008: 409-418.
2. Gürgan T, Tuncer Z. S. Yaşlanan kadın ve jinekolojik sorunlar. Turkish Journal of Geriatrics. 2000; 3(3): 107-118. http://geriatri.dergisi.org/pdf/pdf_TJG_44.pdf
3. Evcili F, Bekar M. Jinekolojik kanser tanısı almanın psikososyal boyutu ve hemşirelik yaklaşımları. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi. 2013; 16(1): 21-28. http://www.trsgo.dergisi.org/summary.php3?id=238
4. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı. Türkiye Kanser İstatistikleri Web sayfası. http://kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/2009kanseraporu.pdf Yayınlanma Tarihi: 2014. Erişim Tarihi: 3.05.2016.
5. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı Web sayfası. http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-87578/h/istaturk2012.pdf Yayınlanma Tarihi: 2012. Erişim Tarihi: 17.05.2016.
6. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Kanser İstatistikleri. http://kanser.gov.tr/Dosya/2017Haberler/2014-RAPOR._uzun.pdf Yayınlanma Tarihi: 2017. Erişim Tarihi:13.04.2017.
7. Ertem G. Jinekolojik kanserlerde evde bakım. Türk Onkoloji Dergisi. 2010; 25(3): 124-132. http://onkoloji.dergisi.org/pdf/pdf_TOD_759.pdf
8. Gregurek R, Bras M, Dordevic V, Ratkovic A.S, Brajkovic L. Psychological problems of patients with cancer. Psychiatria Danubina. 2010; 22(2): 227–230. http://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=84634
9. Karabinis G, Koukourikos K, Tsaloglidou A. Psychological support and quality of life in patients with gynecological cancer. IJRMS. 2015; 3(11):2992-2997 doi: doi/10.18203/2320-6012.ijrms20150948
10. Carlson LE, Bultz DB. Benefits of psychosocial oncology care: improved quality of life and medical cost offset. BioMed Central; Health and Quality of Life Outcomes. 2003; Apr 17: 1-9. http://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-1-8
11. Velikova G. Patient benefits from psychosocial care: screening for distress and models of care. Journal of Clinical Oncology. 2010; 4871-4873. doi: http://ascopubs.org/doi/full/10.1200/JCO.2010.31.0136
12. Özkan S. Kanserde psikososyal destek ve psikoonkoloji. Turkiye Klinikleri J Int Med Sci. 2006; 2(10): 20-25.
13. Bag B. Psiko-onkoloji, psikososyal sorunlar ve ölçüm yöntemleri. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2012; 4 (4): 449-464. doi: doi/10.5455/cap.20120427
14. Avuçan E, İmrek M, Karaboğa I. Kanserin psikossoyal yönleri. Türk Psikoloji Bülteni. 2006; 12 (38): 81-91. http://www.turkpsikolojidergisi.com/PDF/TPB/38.pdf#page=91
15. Ülger E, Alacacıoğlu A, Gülseren ŞA, Zencir G, Demir L, Tarhan MO. Kanserde psikososyal sorunlar ve psikososyal onkolojinin önemi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2014; 28(2): 85–92. http://dergipark.ulakbim.gov.tr/deutip/article/view/5000137489/5000126440
16. Hallaç S, Öz F. Genital kanser tanı sürecinde varoluşsal kaygı. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2011; 3(4): 595-610. doi: http://dx.doi.org/10.5455/cap.20110326
17. Koyun A, Taşkın L, Terzioğlu F. Yaşam dönemlerine göre kadın sağlığı ve ruhsal işlevler: hemşirelik yaklaşımlarının değerlendirilmesi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2011; 3(1): 67-99. http://dergipark.ulakbim.gov.tr/pskguncel/article/view/5000076377/5000070433
18. Ateşçi F, Oğuzhanoğlu NK, Baltalarlı B, Karadağı F, Özdel O, Karagöz N. Kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklar ve ilişkili etmenler. Türk Psikiyatri Dergisi. 2003; 14(2): 145-152. https://www.researchgate.net/publication/239928257_Kanser_Hastalarnda_Psikiyatrik_Bozukluklar_ve_Iliskili_Etmenler
19. Daniels J, Kissane DW. Psychosocial interventions for cancer patients. Current Opinion in Oncology. 2008; 20: 367–371. http://journals.lww.com/co-oncology/Abstract/2008/07000/Psychosocial_interventions_for_cancer_patients.4.aspx
20. Karakoç T. Kanser hastalarında yorgunluk ve hemşirelik bakımı. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2008; 3 (8): 99-118.

21. Tada Y, Matsubara M, Kawada S, Ishida M, Wada M, Wada T, et al. Psychiatric disorders in cancer patients at a university hospital in japan: descriptive analysis of 765 psychiatric referrals. Japanese Journal of Clinical Oncology. 2012; 42: 183-188. doi: http://dx.doi.org/10.1093/jjco/hyr200
22. Aktaş D. jinekolojik kanserli hastalarda evde bakım hizmetinin yaşam kalitesine etkisi. Hacettepe Üniversitesi: Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi. Ankara: 2012.
23. Wenzel BL, Donnelly PJ, Fowler MJ, Habbal R, Taylor HT, Aziz N, et al. Resilience, reflection, and residual stress in ovarian cancer survivorship: a gynecologic oncology group study. Psycho-Oncology. 2002; 11: 142–153. doi: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pon.567/pdf
24. Lim JW, Yi J, Zebrack B. Acculturation, social support, and quality of life for korean immigrant breast and gynecological cancer survivors. Ethnicity & Health. 2008; 13 (3): 243-260. doi: http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13557850802009488
25. Lin HR, Bauer MS. Psycho-spiritual well-being in patients with advanced cancer: an integrative review of the literature. Journal of Advanced Nursing. 2003; 44(1): 69–80. doi: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.2003.02768.x/full
26. Yıldırım NK. Yetişkin kanser hastalarının destekleyici bakım gereksinimleri ve verilen hizmet arasındaki boşluk. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi. 2013; 6 (4): 231-240. http://dspace.deu.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/12345/4659/23-82-1-PB.pdf?sequence=1&isAllowed=y
27. Reis N, Coşkun A, Beji KN. Jinekolojik kanserlerde yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2006; 9(2): 25-35. http://e-dergi.atauni.edu.tr/ataunihem/article/view/1025000458/1025000452
28. Tuncay T. Genç kanser hastalarının hastalık anlatılarının güçlendirme yaklaşımı temelinde analizi. Toplum ve Sosyal Hizmet. 2009; 20 (2): 69-87. http://rizeonkoloji.org/wp-content/uploads/2013/09/Genc_kanser_hastalari.pdf
29. Güleç G, Büyükkınacı A. Kanser ve psikiyatrik bozukluklar. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2011; 3(2): 343-367. http://dergipark.ulakbim.gov.tr/pskguncel/article/view/5000076373/5000070429
30. Ertem G, Kalkım A, Bulut S, Sevil Ü. Radyoterapi alan hastaların evde bakım gereksinimleri ve yaşam kaliteleri. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2009; (2)2: 3-12. https://www.researchgate.net/profile/Asli_Kalkim/publication/237694030_Radyoterapi_Alan_Hastalarin_Evde_Bakim_Gereksinimleri_Ve_Yasam_Kaliteleri/links/561fa43f08aea35f267df273.pdf
31. Reis N. Jinekolojik kanserli hastaların bakım ve rehabilitasyonunda hemşirenin rolü. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2006; 9(3): 88-97. http://e-dergi.atauni.edu.tr/ataunihem/article/view/1025000495/1025000488
32. Pınar G, Algıer G, Çolak M, Ayhan A. Jinekolojik kanserli hastalarda yaşam kalitesi. Uluslar arası Hematoloji-Onkoloji Dergisi. 2008; 18(3): 141-149. http://www.thod.org/pdf/PDF_325.pdf
33. Diane RL, Nelson KC, Vang P. Stressors and coping strategies among female cancer survivors after treatments. Cancer Nursing. 2007; 30(2): 101-111. doi: 10.1097/01.NCC.0000265003.56817.2c
34. Özdemir Ü, Taşçı S. Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2013; 1(1): 57-72. http://sbfe-dergi.erciyes.edu.tr/article/view/1051000090/1051000013
35. Ekwall E, Ternestedt BM, Sorbe B. İmportant aspects of health care for women with gynecologic cancer. Oncology Nursing Forum. 2003; 30(2): 313-317. https://onf.ons.org/onf/30/2/important-aspects-health-care-women-gynecologic-cancer. doi: 10.1188/03.ONF.313-319.
36. Taşkın L. Endometriyal kanser tedavi yaklaşımı ve hemşirelik bakımı. İçinde: Taşkın L. editör. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Genişletilmiş 13. Baskı. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 2016: 790-795.
37. Carlsson ME, Strang PM. Educational group support for patients with gynaecological cancer and their families. Acta Oncologica. 1998; 37(3): 269-275. doi: http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/028418698429577
38. Dedeli Ö, Fadıloğlu Ç, Uslu R. Kanserli bireylerin fonksiyonel durumları ve algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi. Türk Onkoloji Dergisi. 2008; 23(3): 132-139. http://www.journals.istanbul.edu.tr/iuonkder/article/view/5000064587/5000060292
39. Ayaz S, Efe YŞ, Korukluoğlu S. Jinekolojik kanserli hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyleri ve etkileyen faktörler. Türkiye Klinikleri. 2008; 28(6): 880-885. http://www.turkiyeklinikleri.com/article/en-jinekolojik-kanserli-hastalarin-algiladiklari-sosyal-destek-duzeyleri-ve-etkileyen-faktorler-52677.html
40. Yoo SH, Yun YH, Park S, Kim AY, Park SY, Bae DS, et al. The correlates of unemployment and its association with quality of life in cervical cancer survivors. Journal of Gynecologic Oncology. 2013; 24(4): 367-375. doi: http://synapse.koreamed.org/DOIx.php?id=10.3802/jgo.2013.24.4.367
41. Terakye G. Kanserli hasta yakınlarıyla etkileşim. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi. 2011; 4 (2): 78-82. http://acikerisim.deu.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/12345/4588/78-82_terakye.pdf?sequence=1&isAllowed=y
42. Çivi S, Kutlu R, Çelik HH. Kanserli hasta yakınlarında depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. Gülhane Tıp Dergisi. 2011; 53: 248-253. https://www.ejmanager.com/mnstemps/7/7-1325581940.pdf