

# JİNEKOLOJİK KANSER TANISI ALMANIN PSİKOSOSYAL BOYUTU VE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARI

Dr. Funda Evcili, Dr. Mine Bekar

## ÖZET

Jinekolojik kanserler, tüm dünya kadınlarında mortalite ve morbidite açısından önemli bir halk sağlığı problemi olarak kabul edilmektedir. Hastalık yalnızca yaşamı tehdit etmekle kalmaz, aynı zamanda kadını, partnerini ve aileyi fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik yönden olumsuz olarak etkilemektedir. Tanı ve tedavi süreciyle beraber hastalar ve aileleri hastalıkla ve onun etkileriyle baş etmek zorundadırlar. Hastaların ve ailelerinin jinekolojik kanser tanısına ve tedavi sürecine psikososyal uyumlarının sağlanması ise profesyonel hemşirelik rolünün ve holistik bakımın önemli bir parçasıdır. Bu derlemede, hemşirelerin jinekolojik kanser tanısı alan bireylerin psikososyal etkilenme durumlarını değerlendirmelerine yardımcı olabilecek bilgileri verme çabası içerisine girilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Jinekolojik Kanser; Psikososyal Bakım; Hemşirelik.

## ABSTRACT

Gynecological cancers, morbidity and mortality in women worldwide is recognized as a major public health problem. It is life-threatening illness but also the woman, her partner and family physical, psychological, social and economic aspects have negative effects. As the process of diagnosis and treatment of patients and their families, they have to cope with the effects of this disease, and his. To ensure the psychosocial harmonization diagnosis and treatment process of gynecologic cancer patients and their families is an important part of holistic care and professional nursing role. In this review, the nurses who were diagnosed with gynecological cancer to evaluate the status of individuals affected by psychosocial entered into an effort to give information that can help.

**Key Words:** Gynecologic Cancer, Psychosocial Care; Nursing.

Geliş tarihi: 15/09/2012

Kabul tarihi: 2/10/2012

<sup>1</sup>Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü , Sivas

İletişim: Dr. Mine Bekar

Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, Sivas

Tel: 0537 715 37 89

E-Posta: minebekar@gmail.com

## Giriş

Kanser tüm ölümlerin %23'ünden sorumlu majör bir sağlık problemidir. 1970'lerden itibaren kansere bağlı ölümlerde yaklaşık 2 katlık bir artış söz konusu iken (1), kadına ait tüm kanser türlerinin %11'ini oluşturan jinekolojik kanserlere bağlı sağkalım oranında artış, mortalite oranında ise önemli bir azalma olduğu görülmektedir (2). "American Cancer Society" (ACS) verilerine göre; bir kadının ömür boyu kansere yakalanma olasılığı doğumdan ölüme kadar ? olarak tahmin edilmektedir (3). ACS 2007 yılı istatistiklerine bakıldığında ise 678.060 kadının kanser tanısı aldığı 270.100 kadının kansere bağlı mortalite yaşadığı belirtilmektedir. Aynı verilere göre; yaklaşık 78.290 kadının bir jinekolojik kanser tanısı aldığı, bu yeni tanı almış kadınların 11.150'ünün serviks kanseri, 39.080'inin uterin korpus kanseri (uterus veya endometrium kanseri), 22.430'unun over kanseri, 3490'ünün vulva kanseri ve 2140'ünün ise vajinal kanser tanısı aldığı, 28.020 kadının jinekolojik kanserler nedeniyle öldüğü tahmin edilmektedir (4). Ülkemizde ise kanser en fazla ölüme neden olan hastalıklar arasında ikinci sırada bulunmaktadır. Türk kadınlarının ölüm nedenleri arasında over kanseri 4., endometrium kanseri 7., servikal kanser 9. sırada yer almaktadır (5).

Jinekolojik kanserler, tanı aşamasından terminal döneme kadar, kadını, partnerini ve ailesini fiziksel, psikolojik, sosyal, ekonomik açıdan etkileyen, kısa ve uzun süreli uyum zorlukları yaratan, kişinin homeostatik dengesini doğrudan sarsan hastalıklardır (6). Jinekolojik kanser tanısının konulmasını takiben anksiyete, tanı ve tedavi sürecine bağlı stres, karmaşık, uzun, invazif ve kombine tedaviler, tedavi sürecine bağlı birçok fiziksel komplikasyon gelişmektedir. Ancak jinekolojik kanser yalnızca fizyolojik bütünlüğünü tehdit etmekle kalmaz. Aynı zamanda kadının yapısal bütünlüğü, kişilik ve benlik bütünlüğü, sosyal bütünlüğü de negatif yönde etkilemektedir. Dolayısıyla kanser tanısı almış olmak içinde bulunulan yaşa, etnik gruba veya hastalığın evresine bakmaksızın kadının ve ailesinin yaşamını etkileyen bir kriz durumu olarak da karşımıza çıkmakta hastaların tanıya uyumu etkilemektedir (6, 7, 8, 9).

Holistik ve aile merkezli bakım veren sağlık profesyonelleri tarafından kadının, partnerinin ve diğer aile üyelerinin hastalık tanısına uyumunun sağlanması hastalığın prognozu açısından son derece önem-

lidir. Tanı, tedavi ve rehabilitasyon süreçlerine psiko-sosyal uyumu sağlamak amacıyla kanser hastalarına verilecek danışmanlık ve rehberlik programlarının oluşturulmasında multidisipliner bir ekibin (medikal onkolojist, radyoterapist, patolog, hemşire, ebe, psikolog, sosyal çalışma uzmanı, fizyoterapist, iş ve uğraşı terapisti, mesleki danışman, ortez/protez uzmanı, eczacı, enterostomi terapisti, diyetisyen) bakım vereceği kliniklere ihtiyaç duyulmaktadır (10). Ayrıca kanser tanısı alan, tedavi gören ve sağ kalan bireylerin uzun ve sağlıklı yaşam şansını artırmak amacıyla kanser tanı ve tedavisine bağlı gelişen fiziksel / psikolojik etkilenimlerin incelenmesine olan gereksinim de giderek artmaktadır (11). Dünyada 1950'li yılların başından itibaren kanser tanısının neden olduğu davranışsal ve psikososyal etkiler üzerine araştırma sayısında artış yaşanmaya başlanmasına rağmen ülkemizde jinekolojik kanser tanısı alan kadının ve ailesinin psikososyal etkilenimini değerlendirecek yeterli düzeyde çalışma bulunmamaktadır (12). Oysa yapılacak çalışmalar kanser tanısı konan hastalardan, hastalık ve tedavisinin olumsuz psikolojik sonuçlarına yakalanma tehlikesi yüksek olanların belirlenmesi, hastaların kansere uyumlarını sağlayıcı / kolaylaştırıcı tedavilerin geliştirilmesinde yol gösterici olacaktır. Bütün bunları ortaya koyabilmek, etkenlerin rolünü saptayarak tedaviye yardımcı olma şeklini belirleyebilmek ve kanser hastaları için yararlı olabilecek sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi için hastaların kanserden ne şekilde etkilendiklerini anlayabilmek gerekmektedir (12).

## Jinekolojik Kanser Tanısının Psikososyal Etkileri

Kanser gibi yaşamı ve geleceği tehdit eden bir hastalık tanısı almak bireyde emosyonel bir yanıt oluşturmakta ve kayıp olarak algılanmaktadır. Jinekolojik malignansilerde de kadın ve ailesi tanı, tedavi, tedavi sonrası nüks ve palyatif dönemler gibi hastalığın her aşamasında karmaşık emosyonel ve davranışsal tepkiler gösterebilmektedirler (13,14).

**Depresyon:** Jinekolojik kanser tanısı alan kadının beden imajı değişiklikleri, hastalığın ortaya çıkan etkileri, tedavinin prognozu ve kayıp durumuna vereceği tepkilerden birisinin depresyon olduğu düşünülmektedir. Depresyonun ortaya çıkmasında etkili olan birçok faktör bulunmaktadır. Birçok çalışmada kanser tanısının oluşturduğu duygusal karmaşanın ve fiziksel disfonksiyonun bireyde, şok, güvensizlik, depres-

yon yarattığı ortaya konulmuştur (15, 16, 17). Valentine (2003)'nin çalışmasında ise hastalarda fiziksel (tümörün yeri, ağrı varlığı), psikososyal (stres, bireyin matüritesi) ve sosyal (hastalığın maliyeti, kişilerarası ilişkiler) faktörlere bağlı olarak depresyon yaşanma sıklığında %25 ile %42 arasında artış olduğu belirtilmektedir (14).

Kanser tanısının konulmasının ardından kadının hastalığa uyumunu kolaylaştıran en önemli faktörlerden birisi güçlü sosyal destek kaynaklarının varlığıdır. Jinekolojik kanser tanısı alan kadınların %17'sinin depresif semptomları olduğunun belirlendiği bir çalışmada, destek gruplarına dahil olan kadınlarda antidepressan kullanımının daha az olduğu, düşük sosyoekonomik düzey, yetersiz psikososyal desteği olan kadınlarda depresyon görülme sıklığının arttığı sonucuna ulaşılmıştır (18). Bir diğer çalışmada ise servikal kanser tanısı alan kadınların %21.3'ünün depresyon yaşadıkları, eş, iş ve maddi olarak değişiklik yaşayan kadınların daha fazla depresyona eğilimli oldukları (19), over kanser tanısı almış ve sağ kalan kadınların % 6'sının depresif semptomlar taşıdığı sonucuna ulaşılmıştır (20).

Kanser tanısı alan hastaların %5-7'si tanı / tedavi sürecindeki travma ve emosyonel strese bağlı tüm yaşam boyunca korku yaşayabilmektedir. Bu durum post travmatik stres bozukluğu olarak tanımlanmaktadır (21). Jinekolojik kanser tanısı alıp tedavi sonrası sağ kalan kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada kadınların yaklaşık %24'ünün hastalığın nüks edebileceğine yönelik kaygılar yaşadığı, yaklaşık beşte birinin (% 19), ileri evre sağ kalanların üçte birinin (% 29) travma sonrası stres bozukluğu belirtileri yaşadığı rapor edilmiştir (22). Parker ve ark. (2003), jinekolojik kanser tanısından sonra sağ kalanların diğer kanser türlerinden sonra sağ kalanlara göre daha yüksek anksiyete ve depresyon skorları ve daha düşük iyilik hallerinin olduğunu belirtmektedir (23).

Jinekolojik kanserde kullanılan tedavi metotlarının depresif semptomlar üzerine etkisi olduğunu gösteren araştırma sonuçları da bulunmaktadır. Jinekolojik kanser tanısı konulan kemoterapik tedavi alan ve kemoterapik tedavi almayan hastaların emosyonel iyilik halinin değerlendirildiği bir çalışmada, kemoterapik tedavi alan kadınların daha fazla depresif semptomlar gösterdiği belirlenmiştir (24). Bu bulgunun kemoterapi tedavisine bağlı gelişen komplikasyonlara bağlı olduğu düşünülebilir. Jinekolojik kan-

serlerde uygulanan tedaviye yönelik girişimler, beden imajını, cinselliği, fertilitiyi, ailevi, mesleki ve sosyal yaşantıyı olumsuz yönde etkilemekte ve yaşam kalitesini düşürmektedir (25, 26, 27). Bu nedenle tedavi sürecinde, bireyin hastalığa psikososyal uyumunu sağlamaya yönelik girişimler fiziksel bakımından ayrı düşünülemez. Çünkü her kanser hastasının fiziksel rehabilitasyona olduğu kadar korku ve endişelerinin giderilmesi için emosyonel desteği ve psikososyal uyumu sağlamaya yönelik girişimleri içine alan holistik bakıma gereksinimi bulunmaktadır (28).

**Beden İmajı:** Jinekolojik kanserde hastalığın türü ve uygulanan tedavilerin bir sonucu olarak kadın kimliğini oluşturan organlar üzerinde yaşanan kayıplar, fiziksel değişimler, beden imgesi ve benlik saygısı üzerinde negatif bir etkiye neden olmaktadır. Birçok kadının özgüveni ile fiziksel görünümünün yakından ilişkili olduğu düşünülebilir. Önemli psikososyal destek kaynakları olarak kabul edilen partner ve arkadaşların kadının yaşadığı fiziksel değişime verdiği tepkiler, kadının beden imgesini algılamasına büyük ölçüde etki etmektedir. İlerlemiş evre over kanseri tanısı alan 143 kadını içine alan bir çalışmada yetersiz psikososyal desteğin düşük benlik saygısı ve beden imgesi, yüksek düzeyde stres ile ilişkili olduğu saptanmıştır (29).

**Cinsellik:** Karmaşık ve öznel bir kavram olan cinsellik, bireyin kişisel gelişimini besleyen, yaşam kalitesini arttıran biyolojik, psikolojik ve sosyal yaşantısının önemli bir yönüdür. Aynı zamanda bireyin kendi bedeni hakkındaki değerlendirmelerinden önemli ölçüde etkilenmektedir. Yaşamı tehdit eden, beden imajını etkileyen ve/veya bozan hastalıkların varlığında ise cinsel problemlerin / disfonksiyonların ortaya çıkması kaçınılmazdır. Uzun süreli jinekolojik kanser tedavisi alan kadınların cinsel sağlığının değerlendirildiği çalışmalarda kadınların cinsel yaşamlarına ilişkin kaygı, libido kaybı, disparoni, cinsel ilişki sırasında orgazma ulaşmada zorluk, cinsel yaşamından memnuniyetsizlik yaşadıkları belirlenmiştir (20,30,31,32,33).

Jinekolojik kanser tanısı alan ve tedavi sürecinden geçen kadınların ve eşlerinin cinsel yaşamlarının değerlendirilmesinde, tanı-tedavi sürecinin seksüel fonksiyonlar üzerine olan etkilerinin belirlenmesinde, seksüel konularla ilgili yaşanabilecek problemlerin saptanmasında ve bu problemlerle baş etmelerin sağlanmasında, tüm sağlık çalışanlara özellikle de

hemşirelere danışman ve rehber olarak önemli görevler düşmektedir. Ancak yapılan araştırmalar sağlık profesyonellerinin cinsel sağlık ve cinsel fonksiyon değerlendirmesini hasta bakımının önemli bir yönü olarak kabul etmelerine rağmen bu rollerini yerine getirmede yetersiz kaldığını göstermektedir. Sağlık profesyonellerinin hastaların tedaviden kaynaklanan cinsel yaşam deneyimlerini önemsememeleri, hasta ve ailesini holistik bakış açısıyla ele almamaları, hastaların cinsellikle ilgili problemlerine yönelik bilgi, beceri ve davranışlarını geliştirmek için kendilerini yeterince donanımlı görmemeleri gibi nedenler hastaların cinselliklerinin doğru bir şekilde değerlendirilmesine ya da bu problemlerin göz ardı edilmesine neden olmaktadır (21, 34, 36, 37, 38,39). Ayrıca birçok sağlık bakım çalışanı için cinselliğin bir tabu olarak algılanması nedeniyle cinsellikle ilgili konularda konuşmanın rahatsızlık hissi yaratması, hastalardan toplanılan verilerin eksik olması ve güvenilir olmaması sonucu cinselliğin bakım planları içine dahil edilememesi, jinekolojik kanser tedavisine ilişkin kaygıların ya da ölüm riskinin cinsel sorunlardan çok daha önemli olduğuna yönelik bakış açısının da cinselliğin göz ardı edilmesinde etkili olduğu düşünülebilir. Burada önemli olan nokta ise kadın ve aileye bakım verecek olan hemşirenin öncelikli olarak kendi duygularının farkında olması, iletişime açık olması, yargılayıcı bir yaklaşım içinde bulunmamasıdır. Hemşire hastalığın cinsel yaşam üzerine etkilerinin değerlendirilmesine yönelik verileri doğru ve eksiksiz toplamalı, partnerlerin cinsel yaşama ilişkin kaygılarını paylaşması için uygun bir ortam oluşturmalı, problemlerin tanımlanması ve çözüm yollarının geliştirilmesine yönelik stratejiler belirlemelidir (36,37,39,40,41).

**İnfertilite:** Toplum tarafından kadına biçilen anne, eş ve doğurganlık gibi roller, jinekolojik kanser tanısından itibaren uygulanan tedavilerle olumsuz şekilde etkilenmektedir. Hastalık ve tedavi sürecine bağlı fertilitate kaybı yaşlı hastalarda korkuya neden olmazken birçok genç kadın için bu durum kadınlığın kaybı ile eşdeğer olabilmektedir. Bu nedenle fertilitenin kaybı gelecekte çocuk sahibi olmak isteyen kadınlar için önemli bir problemidir (42). Carter ve ark. (2005) yaptıkları çalışmaya göre jinekolojik kanser tanısı alan kadınların %35'inin tedavi sürecinde infertiliteyle ilişkili kaygı yaşadıkları, kanser tedavisi tamamlandıktan sonraki bir yıl boyunca kadınların yaklaşık ya-

rısının kendi çocuğuna sahip olabileme yeteneklerine ilişkin stres yaşadıkları belirlenmiştir (33). Bir diğer çalışmada ise kanser tedavisi alan kadınlardan çocuk doğurma yaşını geçmiş kadınların dışında en genç yaşta bulunan kadınların infertiliteye ilişkin kaygılarını ifade ettikleri saptanmıştır (31). Kanser tedavisine bağlı infertiliteden korunma seçenekleri hastanın yaşı, evli olup olmaması ve kanserin türü gibi faktörlere bağlıdır. Hemşire, tüm bu faktörleri göz önüne alarak embriyo dondurma, over dondurma, oosit dondurma gibi seçenekleri hasta ve ailesi ile paylaşabilir.

**Spiritüalite:** Kanser tanısı almak bireylerin yaşam felsefelerini değiştiren, rollerini ve hedeflerini yeniden tanımlatan bir olgudur. Literatürde spiritüalitenin kanser gibi yaşamı tehdit eden hastalıklarla başetmede önemli bir rol oynadığı, huzur, inanç, güven gibi spiritual faktörlerin kanserle yaşamada önemli bir rol oynadığını, spiritüalitenin yaşam kalitesi ve iyilik halinin sürdürülmesinde etkili olduğu belirtilmiştir (20,43). Camperson (2009)'nun çalışmasında katılımcılar jinekolojik kanser tanısı aldıklarında güçlü maneviyatın tanıya uyumlarını kolaylaştırdığını ifade etmişlerdir (31). Meyerowitz (2000), emosyonel destekten sonra, güçlü dini inançların kanser tanısı ile başa çıkmada en önemli ikincil güç olduğunu savunmaktadır (44). Meme kanseri ve jinekolojik kanser tanısı olarak tedavisi tamamlanmış kadınları kapsayan bir çalışmada ise din birincil baş etme mekanizması olarak gösterilmiştir (45). Hemşire, kadının ve ailesinin ilişkilerini, yaşamın anlamını anlama ve kabul etme güçlerini değerlendirmeli, bireye ve aileye anlamlı gelen değerli olan unsurları kabul etmeli, gözardı etmemeli ve hasta yararına olacaksa kullanımını teşvik etmelidir.

**Yaşam Kalitesi:** Jinekolojik malignansiler ve tedavileri kadını/ailenin yaşam biçimini, iyilik algılarını ve yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir. Kanser tanısı alan ve tedaviye başlayan hastaların; fiziksel, emosyonel, sosyal ve ekonomik dengelerinin bozulduğu ve yaşam kalitelerinin düştüğünü gösteren araştırma bulguları mevcuttur (46).

Jinekolojik kanser tedavisi alan kadında tedaviye bağlı komplikasyonlar yaşam kalitesinin düşmesine neden olabilmektedir. Over kanser tanısı almış 246 hastanın değerlendirildiği çalışmada tedavi sürecine bağlı fiziksel problemleri yaşayan kadınların daha fazla depresyon / anksiyete yaşadıkları ve daha dü-

şük yaşam kalitesine sahip oldukları saptanmış, hastaların sürekli tedavi altında olmalarının düşük yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır (47). Hemşire verdiği bakım ile bireyin yaşam kalitesini artırmaya yönelik girişimlerde bulunmalı, bu bakım süreci içerisine kadını, aileyi katmalı ve bakıma ilişkin tercihlerine öncelik vermelidir.

**Kadın-Aile:** Kadının aile içinde önemli rol ve sorumluluklara sahip olması nedeniyle jinekolojik kanser tanısı hem kadının hem de ailenin yaşamında önemli değişikliklere neden olmaktadır. Bu yeni durumda birlikte aile içerisinde rollerin ve sorumlulukları değiştiği baş etme becerilerinin yetersiz kaldığı, duygusal çözümler ve ekonomik problemlerin olabileceği bir süreç başlayabilecektir. Hastalık sürecinde eş ve çocukların desteği kadın için en önemli güçlerden birisi olarak kabul edilmektedir (48). Tanı ve tedavi sürecinde birçok kadın bu destek sistemlerini kaybetmeye yönelik korku yaşayabilir. Yapılan bir araştırmaya göre jinekolojik kanserli kadınların tedavi süreciyle birlikte seksüalite ve fertilitate ilişkin kayıplar yaşama durumu ile evlilik ilişkisini de kaybetmeye yönelik korku yaşama durumu arasında ilişki olduğu saptanmıştır (49,50).

Hastalıkla birlikte kadının yaşadığı duygusal çalkantıların her biri aile bireyleri tarafından da yaşanabilmektedir. Özellikle evde küçük çocukların olduğu ailelerde annenin kanser olması daha fazla zorluklar yaşanmasına zemin hazırlayabilmektedir. Hastalık sürecinde aile üyelerinin ilişkileri de farklı şekillerde değişiklik göstermektedir. Aile üyeleri birbirine daha çok yakınlaşabilmekte ya da birbirinden uzaklaşabilmektedir. Araştırmalarda kanser hastası ile aile üyeleri arasında en sık yaşanan problemler sevgisizlik, izolasyon ve rol kaybı olarak sıralanmaktadır (51,63). Oysa aile, hastalığın süresi, prognozu, hastanın yaşadığı stres, evlilik içi iletişim gibi birçok değişkeni olumlu yönde etkileme gücüne sahiptir.

Aile bireylerinin yanı sıra sosyal çevrenin de kadının hastalığa uyumunu önemli ölçüde etkilediği bilinmektedir. Jinekolojik kanser tanısı alan 113 kadının tedavilerinin 3., 6., ve 9. aylarında tanısı konulan hastalığa yönelik psikososyal adaptasyonlarının değerlendirildiği araştırmada zayıf ailesel ve arkadaş ilişkileri olan kadınların uzun süreli psikososyal adaptasyonun yeterli olmadığı belirlenmiş ve sağlık profesyonellerinin destek kaynakları yetersiz olan risk altındaki kadınları daha yakından değerlendirmesi ge-

rektiği vurgulanmıştır (52). Kadının hastalık ve tedavi sürecine psikososyal uyumunu sağlamada aile bireyleri dinleme, bakım verme gibi destekleyici yaklaşımlarda bulunarak, hasta birey ve sağlık profesyonelleri arasında iletişimi destekleyerek ve güçlendirerek, sağlık profesyonellerinin saptayamadığı sorun ve gereksinimlerin ortaya çıkarabilmesine katkı sağlayarak hastalık sürecine olumlu yönde etki edebilirler. Hemşireler ise kadın ve ailenin destek sistemlerinin belirlenmesi, güçlendirilmesi ve bu desteklerin sürekliliğinin sağlanmasında tüm aile üyelerinin gereksinimlerine cevap verecek nitelikte bakım vermeli, hasta ve aile arasında iletişim çabalarının desteklenmesinde rol modeli olmalıdır.

**Sosyal Destek:** Hastanın yaşam kalitesi ve hastalığın prognozu üzerinde etkili olduğu bilinmesine rağmen özellikle gelişmekte olan ülkelerde kanser tanısı alan hastanın psikososyal yönü ihmal edilmektedir (10). Literatürde de jinekolojik kanser tanısı alan ve tedavi gören hastaların psikososyal boyuttan daha çok seksüel problemlerinin ve yaşam kalitelerinin değerlendirildiği görülmektedir. Oysa jinekolojik kanser tanısı ile uzun süren tedavi sonrası en sık karşılaşılan problemler psikolojik morbidite ile ilişkilidir (53).

Kanser tanısı, uzun ve zor tedavi süreci, yorgunluk, fiziksel değişiklikler nedeniyle kadının özbakım gücünü ve öz güvenini olumsuz olarak etkileyerek sosyal izolasyonuna neden olabilmektedir (10). Özellikle kadının sosyal ilişkilerinde toplumsal izolasyon, stigma, acıma, gözardı etme, suçlama, aşırı koruma gibi yaklaşımlar sıklıkla karşılaşılan problemlerdir. Bu süreçte hasta ile aile bireylerinin / arkadaşların duygu/düşüncelerinin karşılıklı paylaşılabilmesi iletişimi güçleştirmekte, hastalardaki yalnızlık duygusunu arttırmakta ve azalmış sosyal destek, kişiler arası ilişkilerdeki problemler, hastanın en fazla gereksinim duyduğu sosyal destekten mahrum kalmasına neden olabilmektedir. Jinekolojik kanserli düşük sosyal desteği olan kadınların daha düşük yaşam kalitesine (54), hastalık durumu stabil ve sosyal desteklere sahip kanser hastalarının tedavi sürecinde daha yüksek bir yaşam kalitesine sahip olduklarını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (55). Önemli olan bir diğer nokta ise etkili bir psikososyal desteğin "süreklilik" göstermesidir (44). Güçlü ve sürekli sosyal desteğin immün yararı olduğunu gösteren çalışma sonuçları mevcuttur (56, 57).

Bu bilgiye göre, yeni tanı almış, yetersiz sosyal destekleri olan, işsiz, düşük eğitim düzeyine sahip ve yalnız yaşayan jinekolojik kanser tanısı alan kadınların düşük yaşam kalitesi ve yüksek düzey distres açısından risk grubu olduğu düşünülebilir. Hemşire risk grubundaki kadınların hastalığa psikososyal uyumunu sağlamada, sosyal destek gereksinimlerinin değerlendirilmesinde, verilecek sosyal desteğin kim tarafından, ne sıklıkta, ne şekilde verileceğinin belirlenmesinde rehberlik ve danışmanlık rollerini etkin şekilde kullanmalıdır (58, 59, 60).

Jinekolojik kanser tedavisinde kadının kullandığı baş etme mekanizmaları da hastalığa psikososyal uyumu önemli ölçüde etkilemektedir. Bu nedenle kadının ve ailenin bir yaşam krizi olan hastalık sürecinde kullandığı baş etme mekanizmalarını belirlemek ve güçlendirmek ayrı bir önem kazanmaktadır. Birçok araştırmada kanser tanısı almış kadınların kullandığı baş etme yöntemlerinin yaşam kalitesi ve hastanın moodu üzerine olan etkinliği değerlendirilmiştir. Ancak baş etme mekanizmalarını değerlendirmek amacıyla kullanılan yöntemlerin heterojen olması, bireylerin kanser tanısı ile ilişkili stresörleri algılamalarındaki farklılıklar, kullanılan yöntemin tipi ve süresine ilişkin belirsizlikler nedeniyle tutarlı sonuçlar elde edilememiştir. Aynı çalışmalarda kanser tanısının fazı, bireyin tanıya uyumu, kullanılan baş etme stratejisinin sıklığı ve tipinin değerlendirilmesinin öneme vurgu yapılmıştır (61, 62, 63).

Jinekolojik kanserli hastalarda baş etme stratejilerinin etkin kullanımına bağlı ortaya çıkan olumlu sonuçlar da rapor edilmiştir. Örneğin; etkili sosyal desteklerin varlığı, tanı ve tedavi sürecinde yüksek yaşam kalitesi ve sosyal iyilik hali, düşük stres düzeyi gibi pozitif sonuçların elde edilmesinde önemli bir baş etme mekanizması olarak kabul edilmiştir. Bu bulgunun tersine baş etme stratejilerinin etkin kullanılmamasının yüksek düzeyde anksiyete, stres, depresyon ve tanıyı takip eden bir yıllık sürede daha düşük yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu saptanmıştır (56, 64).

Jinekolojik kanser tanısı alan kadınların bakımlarını ve tedavilerini sağlayan hemşireler, aktif dinleme, rehberlik ve danışmanlık, multidisipliner ekip çalışması ile düzenli izlemlerin yapılmasında rol oynayabilirler. Kadınlar, benzer tanı alan diğer hastalarla deneyimlerini paylaşmaları için desteklenebilir. Kadına özbakım ve özgüveninin kazandırılmasında

stresle baş etme, stres yönetimi, depresyona yönelik relaksasyon teknikleri, yaşam biçiminin yeniden düzenlenmesi, bağımsızlığı artırıcı teknik ve uygulamalar konusunda yardımcı olunabilir. Bu şekilde, kadın ve aile / arkadaşlar arasında hasta yararına bir destek grubu yaratılması, aile bireylerinin paylaşımlarının artması ve aile içi bağların güçlendirilmesi sağlanabilir (58,59,60).

## SONUÇ

Jinekolojik kanser tanısı alan kadının, partnerinin ve diğer aile üyelerinin hastalık tanısına ve tedavi sürecine uyumunun sağlanması zorlu tedavi sürecinin ilk basamağını oluşturmaktadır. Psikososyal uyumunun sağlanması sürecinde ise holistik ve aile merkezli bakım veren hemşirelere önemli görevler düşmektedir. Hemşire, kadının, partnerinin ve ailenin hastalığa yüklediği anlamı belirlemeli, kullanılan baş etme yöntemlerinin etkinliğini değerlendirmeli, etkili baş etme metotlarını desteklemeli ve yenilerinin geliştirilmesine katkı sağlamalıdır. Ayrıca tanı, tedavi ve rehabilitasyon aşamalarının her birinde iletişim kanallarının güçlendirerek kadının, partnerinin ve diğer aile üyelerinin korku ve kaygılarının ifade edilmesinde, bilgi gereksinimlerinin karşılanmasında, tedavi sürecine bağlı ortaya çıkabilecek komplikasyonların yönetiminde, kadının, partnerinin / ailenin gereksinim duyduğu destek kaynaklarının ve bu kaynaklara ulaşma yollarını belirlenmesi ve yaşamları üzerine olan kontrol duygularının güçlendirilmesinde hemşireler enstrümantal roller üstlenebilirler. Yaşamının ve hastalığının kontrolü yeniden eline alan hastaların ise hastalıklarıyla daha etkili baş ettikleri bilinen bir gerçektir.

## KAYNAKLAR

1. Jemal A, Siegel R, Ward E. Cancer statistics. *Cancer J Clin* 2008; 58(2): 71-96.
2. Reis LAG, Eisner MP, Kosary CL. 1975-2002 SEER Cancer Statistics Review. National Cancer Institute 2004.
3. American Cancer Society (ACS). Probability of developing invasive cancers over selected age intervals by sex. USA 2001-2003; Available from: <http://www.cancer.org/downloads/stt/CFF2007ProbDevelInvCancer.pdf> (Accessed 2011, June 16)
4. American Cancer Society (ACS). Statistics for 2007. Estimated new cancer cases and deaths by sex for all sites. USA 2007; Available from: <http://www.cancer.org> (Accessed 2011, May 12)

5. Sağlık Bakanlığı, Kansere Savaş Dairesi Başkanlığı (Epidemiyoloji ve Koruma Şube Müdürlüğü). 2005 yılı Türkiye Kansere İstatistikleri. Erişim Adresi: <http://www.kanser.gov.tr/> (Erişim 2010, 20 Mayıs)
6. Patterson P, Moylan E, Bannon S, Salih F. Needs analysis of cancer education program in South Western Sydney. *Cancer Nursing* 2000; 23(3):186-192.
7. Holmberg SK, Scott LL, Alexy W, Fife BL. Relations issues of women with breast cancer. *Cancer Nursing* 2001; 24(1):53-60.
8. Kara B, Fesci H. Kanserde Öz-Bakım ve Yaşam Kalitesi. *Hematoloji-Onkoloji* 2004; 6(3):124-129.
9. Lancaster T, Nattress K. *Gynaecological Cancer Care: A Guide to Practice*. Australia: Ausmed Pub 2005; 438.
10. Hemida R. Proposal to Improve Treatment of Patients with Gynecologic Cancer in Developing Countries. *Clinical Ovarian Cancer* 2009; 2 (1): 38-43.
11. Dow KH. Challenges and opportunities in cancer survivorship research. *Oncology Nursing Forum* 2003; 30(3): 455-469.
12. Acar M. Yetişkin Kansere Hastalarının Kansere Tepkileri. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Bölümü, Yayınlamamış Yüksek Lisans Tezi 2006.
13. Özkan S. Hastalıklara Psikolojik Tepkiler. 5. Ulusal Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi 1998-1999 Kongre Kitabı 2001; İstanbul, 27-30.
14. Valentine A. Depression, anxiety, & delirium. In Pazdur R, Coia LR, Hoskins WJ, & Wagman LD (Eds.). *Cancer management: A multidisciplinary approach*. The Oncology Group, New York 2003; p: 865-879.
15. Ferrell B, Smith, S, Cullinane C, Melancon C. Symptom concerns of women with ovarian cancer. *Journal of Pain and Symptom Management* 2003; 25(6): 528-538.
16. Leake RL, Gurrin LC, Hammond IG. Quality of life in patients attending a low risk gynecological oncology followup clinic. *PsychoOncology* 2001 Sep-Oct; 10(5):428-435.
17. Weisman AD, Worden JW. The existential plight in cancer: Significance of the first 100 days. *Int J Psychiatry Med* 1976-1977; 7(1):1-15.
18. Ell E, Sanchez K, Vourlekis B, Lee P. Depression, correlates of depression, and receipt of depression care among low-income women with breast or gynecological cancer. *Journal of Clinical Oncology* 2005; 23 (13): 3052-3060.
19. McCorkle R, Tang ST, Greenwald H, Holcombe G, Lavery M. Factors related to depressive symptoms among long-term survivors of cervical cancer. *Health Care for Women International* 2006; 27(1):46-58.
20. Wenzel LB, Donnelly JP, Fowler JM, Habbal R, Taylor TH, Aziz N, Cella D. Resilience, reflections, and residual stress in ovarian cancer survivorship: A gynecologic oncology group study. *Psycho-Oncology* 2002 Mar-Apr; 11(2):142-53.
21. Smith DB. Sexual rehabilitation of the cancer patient. *Cancer Nursing* 1989; 12(1):10-15.
22. Hodgkinson K, Butow P, Fuchs A. Long-term survival from gynecologic cancer: Psychosocial outcomes, supportive care needs and positive outcomes. *Gynecologic Oncology* 2007 Feb; 104(2):381-389.
23. Parker PA, Baile WF, De Moor C, Cohen L. Psychosocial and demographic predictors of quality of life in a large sample of cancer patients. *Psycho-Oncology* 2003;12(2):183-193.
24. Lutgendorf SK, Anderson B, Rothrock N, Buller RE, Sood AK, Sorosky JI. Quality of life and mood in women receiving extensive chemotherapy for gynecologic cancer. *Cancer* 2000; 89(6):1402-1411.
25. Bekar M, Kadın genital sisteminin iyi ve kötü huylu tümörleri. In: Şirin A, Kavlak O, (Ed). *Kadın Sağlığı*. 1. Baskı: İstanbul: Bedray Basın Yayıncılık 2008; s. 409-38.
26. Pınar G, Algier L, Çolak M, Ayhan A. Jinekolojik kanserli hastalarda yaşam kalitesi. *Uluslararası Hematoloji Onkoloji Dergisi* 2008; 3(18):141-9.
27. Reis N. Jinekolojik kanser ve tedavilerinin kadın cinsel sağlığına etkileri. *Cumhuriyet Üniv Hemşirelik YO Dergisi* 2003; 7(12):35-40.
28. Eyigör S. Palyatif Bakımda Fizik Aktivite ve Egzersizin Önemi. Erişim Adresi: [www.palyatifbakim.org/ppt/sibel\\_eyigor.pdf](http://www.palyatifbakim.org/ppt/sibel_eyigor.pdf), (Erişim 2010, Mayıs 15)
29. Norton TR, Manne SM, Rubin S, Hernandez E, Carlson J, Bergman C, Rosenblum N. Ovarian cancer patients' psychological distress: The role of physical impairment, perceived unsupportive family and friend behaviors, perceived control, and self-esteem. *Health Psychology* 2005; 2(2):143-152.
30. National Cancer Institute. (2004). *Living beyond cancer: Finding a new balance*. President's cancer panel 2003-2004 Annual report.
31. Camperson C. *Women's Emotional Experiences with Gynecological Oncology*, Doctor Of Philosophy, The University Of Texas At Arlington, May 2009.
32. Jensen PT, Groenvold M, Klee MC, Thranov I, Petersen MA, Machin D. Longitudinal study of sexual function and vaginal changes after radiotherapy for cervical cancer. *International Journal of Radiation Oncology* 2003; 56(4):937-949.
33. Carter J, Rowland K, Chi D, Brown C, Abu-Rustum N, Castiel M, Barakat R. Gynecologic cancer treatment and the impact of cancer-related infertility. *Gynecologic Oncology* 2005; 97(1):90-95.
34. Shipes E. Sexual function following ostomy surgery. *Nursing Clinicians of North America* 1987; 22(2):303-310.

35. Smith MY, Redd WH, Peyser C, Vogl D. Post-traumatic stress disorder in cancer: A review. *Psycho-oncology* Nov-Dec 1999; 8(6):521-537.
36. Rice AM. Sexuality in cancer and palliative care 2: Exploring the issues. *International Journal of Palliative Nursing* 2000; 6(9):448-453.
37. Katz A. Do ask, do tell: Why do so many nurses avoid the topic of sexuality? *American Journal of Nursing* 2005; 105(7):66-68.
38. Stilos K, Doyle C, Daines P. Addressing the Sexual Health Needs of Patients With Gynecologic Cancers. *Clinical Journal of Oncology Nursing* Jun 2008;12(3):457-463.
39. Verkuyl DA. Self-reported sexual and reproductive behavior of male and female student nurses and midwives in Bulawayo. *Central African Journal of Medicine* 2000; 46(12):325-329.
40. Fisher JA, Bowman M, Thomas T. Issues for South Asian Indian patients surrounding sexuality, fertility, and childbirth in the U.S. healthcare system. *Journal of the American Board of Family Practice* 2003; 16(2):151-155.
41. Tsai YF. Aboriginal nurses' beliefs, attitudes, and values about sexuality in Taiwan. *Western Journal of Nursing Research* 2002; 24(5):803-814.
42. Molassiotis A, Chan CWH. Life after cancer: Adaptation issues faced by Chinese gynecological cancer survivors in Hong Kong. *Psycho-Oncology* 2002; 11(2), 114-123.
43. Cimete G. Yaşam Sonu Bakım. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2002; p:125-135.
44. Meyerowitz BE, Formenti SC, Ell KO. Depression among Latina cervical cancer patients. [Electronic version]. *Journal of Social and Clinical Psychology* 2000; 19(3), 352-371.
45. Lauver DR, Connolly-Nelson K. Stressors and coping strategies among female cancer survivors after treatments. *Cancer Nursing* 2007; 30(2), 101-111.
46. Fitch MI. Psychosocial management of patients with recurrent ovarian cancer. Treating the whole patient to improve quality of life. *Seminars in Oncology Nursing* 2003; 19(3):40-53.
47. Bodurka-Bervers D, Basen-Engquist K, Carmack CL, Fitzgerald MA, Wolf JK. Depression, anxiety, and quality of life in patients with epithelial ovarian cancer. [Electronic version]. *Gynecologic Oncology* 2000; 78:302-308.
48. Baider L, Sarell M. Couples in crisis: Patient-spouse differences in perception of interaction patterns and the illness situation. *Fam Ther* 1984; 11: 115.
49. Andersen BL, Anderson B, DeProse C. Controlled prospective longitudinal study of women with cancer: II. Psychological outcomes *J Consult Clin Psychol* 1989; 57: 692.
50. Taylor-Brown J, Kilpatrick M, Maunsell E, Dorval M. Partner abandonment of women with breast cancer: Myth or reality? *Cancer Pract* 2000; 8: 160
51. Sales E, Schulz R, Biegel D. Predictors of strain in families of cancer patients: A review of the literature. *J Psychosoc Oncol* 1992; 10: 1
52. Manne S, Rini C, Rubin S. Long-Term Trajectories of Psychological Adaptation Among Women Diagnosed With Gynecological Cancers *Psychosomatic Medicine* 2008; 70:677-687
53. Carpenter KM, Andersen BL. Psychological and sexual aspects of gynecologic cancer. *Global Library of Women's Medicine* 2008. Erişim Adresi: <http://www.glowm.com>.
54. Miller BE, Pittman B, Case D, McQuellon RP. Quality of life after treatment for gynecologic malignancies: A pilot study in an outpatient clinic. *Gynecol Oncol.* 2002; 87: 178-184.
55. Awadalla AW, Ohaeri JU, Gholoum A. Factors associated with quality of life of outpatients with breast cancer and gynecologic cancers and their family caregivers: a controlled study. *BMC Cancer* 2007; 7:102.
56. Lutgendorf SK, Anderson B, Sorosky JL, Buller RE, Lubaroff DM. Interleukin-6 and use of social support in gynecologic cancer patients. *Int J Behav Med.* 2000; 7: 127-142.
57. Lutgendorf SK, Lamkin DM, DeGeest K, et al. Depressed and anxious mood and T-cell cytokine expressing populations in ovarian cancer patients. *Brain Behav Immun.* 2008; 22: 890-900.
58. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol Bull.* 1985; 98: 310-357
59. Scott JL, Halford WK, Ward BG. United we stand? The effects of a couple-coping intervention on adjustment to early stage breast or gynecological cancer. *J Consult Clin Psychol.* 2004; 72: 1122-1135.
60. Spiegel D, Classen C. *Group Therapy for Cancer Patients: A Research-based Handbook of Psychosocial Care.* New York: Basic Books; 2000.
61. Ben-Zur H, Gilbar O, Lev S. Coping with breast cancer: Patient, spouse, and dyad models. *Psychosom Med.* 2001; 63: 32-39.
62. Epping-Jordan JE, Compas BE, Osowiecki DM. Psychological adjustment in breast cancer: Processes of emotional distress. *Health Psychol.* 1999; 18: 315-326.
63. Manne SL, Pape SJ, Taylor KL, Dougherty J.. Spouse support, coping, and mood among individuals with cancer. *Ann Behav Med.* 1999; 21: 111-121.
64. Lutgendorf SK, Anderson B, Ullrich P. Quality of life and mood in women with gynecologic carcinoma. *Cancer* 2002; 94: 131-140.