

T.C.
YALOVA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

MASTEKTOMİ (GÖĞÜS KANSERİ) GEÇİRMİŞ KADINLARA
TIBBİ SOSYAL HİZMET DESTEĞİ VERİLMESİ: ALAN
ARAŞTIRMASI

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Firdevs ÖZNACAR

Enstitü Anabilim Dalı: SOSYAL HİZMET
Enstitü Bilim Dalı: SOSYAL HİZMET

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Musa ŞAHİN

HAZİRAN 2019

T.C.
YALOVA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

**MASTEKTOMİ (GÖĞÜS KANSERİ) GEÇİRMİŞ KADINLARA
TIBBİ SOSYAL HİZMET DESTEĞİ VERİLMESİ: ALAN
ARAŞTIRMASI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Firdevs ÖZNACAR (127203003)

Enstitü Anabilim Dalı: Sosyal Hizmet

Enstitü Bilim Dalı: Sosyal Hizmet

Bu tez 20/06/2019 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından oybirliği/oyçokluğu ile kabul edilmiştir.

	Adı SOYADI	Kanaati			İmza
Jüri Başkanı (Danışman)	Prof. Dr. Musa ŞAHİN	☐ Kabul	☐ Düzeltme	☐ Ret	
Jüri Üyesi	Doç. Dr. Recep YILDIZ	☐ Kabul	☐ Düzeltme	☐ Ret	
Jüri Üyesi	Prof. Dr. M. Cihangir DOĞAN	☐ Kabul	☐ Düzeltme	☐ Ret	

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS İNTİHAL YAZILIM RAPORU
BEYAN BELGESİ

Tez Başlığı: Mastektomi (Göğüs Kanseri) Geçirmiş Kadınlara Tıbbi Sosyal Hizmet Desteği Verilmesi; Alan Araştırması

Yukarıda başlığı belirtilen tez çalışmamın toplamsayfalık kısmına ilişkin aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan ve/...../tarihinde aşağıda ismi yazılı araştırma görevlisi tarafından şahsıma iletilen intihal tespit programı raporuna göre tezimin benzerlik oranı %.....'tır.

Uygulanan filtrelemeler:

1. Kaynakça hariç,
2. Alıntılar dâhil,
3. 5 kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç.

Bu bilgiler doğrultusunda tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespiti halinde doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

İmza

Adı SOYADI : Firdevs ÖZNACAR
Öğrenci Numarası : 127203003
Ana Bilim Dalı : Sosyal Hizmet
Programı : Sosyal Hizmet
Türü : () Proje (X) Yüksek Lisans Tezi () Doktora Tezi

Taramayı Yapan Arş. Gör.
(Adı Soyadı, İmzası, Tarih)

Danışman
(Adı Soyadı, İmzası, Tarih)

Prof. Dr. Musa ŞAHİN
...../...../2019

ÖNSÖZ

"Mastektomi Geçirmiş Kadınlara Tıbbi Sosyal Hizmet Desteği Verilmesi "adındaki bu çalışma, meme kanseri nedeniyle mastektomi geçirmiş kadınların ihtiyaçlarını belirlemeyi ve bu ihtiyaçları tıbbi sosyal hizmet bakış açısıyla değerlendirmeyi ortaya koymak açısından araştırılmaya değer bulunmuştur.

Yüksek lisans süresince ve tezimi hazırlamamda bana destek olup, deneyimlerini benden esirgemeyen danışman hocam Prof. Dr. Musa Şahin'e, çalışmam esnasında her türlü konuda yardımcı olan Öğr. Gör. Metin Öksüz 'e ve Fikri Keleşoğlu'na, fikir alış verişinde bulunduğum kardeşim GÜNGÖR GÜNER GÜR'e, hayatımın her aşamasında arkamda olan canım anneme, abime, evliliğimle hayatıma giren kayınvalidem ve kayınpederime, varlığıyla güç bulduğum kıymetli eşim Dr. Ahmet GÜNGÖR ÖZNACAR 'a ve biricik kızıma teşekkür ederim. Tezimin araştırılmasında anketleri cevaplayarak vakit ayıran ve içtenlikle yardımcı olan ve olamayan tüm meme kanserli kadınlara teşekkür ediyorum.

Firdevs ÖZNACAR

İÇİNDEKİLER

BEYAN BELGESİ	i
ÖNSÖZ	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar	v
ŞEKİLLER	vii
KISALTMALAR	viii
ÖZET	ix
SUMMARY	x
GİRİŞ	1
BİRİNCİ BÖLÜM: KAVRAMSAL ve KURAMSAL ÇERÇEVE	4
1.1. Kavramlar ve Tanımlar	4
1.1.1. Kanser	4
1.1.2. Meme Kanseri	4
1.1.3. Meme Kanseri Tedavi Yöntemleri	4
1.1.4. Mastektomi	5
1.1.5. Tıbbi Sosyal Hizmet	6
1.1.6. Onkolojik Sosyal Hizmet	6
1.2. Kuramsal Analiz	7
1.2.1. Kuramlar	7
1.2.1.1. Sistem Kuramı	7
1.2.1.2. Ekolojik Kuram	8
1.2.1.3. Genelci Sosyal Hizmet Yaklaşımı	10
1.2.1.4. Güçlendirme Yaklaşımı	11
1.3. Literatür Analizi	12
1.3.1. Tıbbi Sosyal Hizmet ve Mastektomi Geçirmiş Kadınlar	12
1.3.2. Meme Kanserinin Tarihçesi	14
1.3.3. Meme Kanserinin Dünyada ve Türkiye’de Görülme Sıklığı	16
1.3.4. Mastektomi Geçiren Kadınların Sorunları	18
1.3.4.1. Psikolojik Sorunlar	18
1.3.4.2. Sosyal Sorunlar	20
1.3.4.3. Ekonomik Sorunlar	20
1.3.5. Onkolojik Sosyal Hizmet ve İşlevleri	21
1.3.6. Onkolojik Sosyal Hizmette Sosyal Çalışmacının Rolü	22
1.3.7. Onkolojik Sosyal Hizmet ve Mastektomi Alanındaki Araştırmalar	23

İKİNCİ BÖLÜM: MASTEKTOMİ GEÇİRMİŞ KADINLARA TIBBİ SOSYAL HİZMET DESTEĞİNİN VERİLMESİ İLE İLGİLİ ALAN ARAŞTIRMASI: GEBZE ÖRNEĞİ	25
2.1. Araştırmanın Metodolojisi	25
2.1.1. Araştırmanın Konusu ve Önemi	25
2.1.2. Araştırmanın Amacı	25
2.1.3. Araştırmanın Problemi	25
2.1.4. Araştırmanın Hipotezleri	26
2.1.5. Araştırmanın Yöntemi	26
2.1.5.1. Veri Toplama Süreci	26
2.1.5.2. Evren ve Örneklem	26
2.1.5.3. Veri Analiz Süreci	27
2.2. Bulgular ve Yorumlar	27
2.2.1. Sosyo-Demografik Verilere İlişkin Bulgular	27
2.2.2. Hastalığa Dair Tanımlayıcı Verilere İlişkin Bulgular	30
2.2.3. Tıbbi Sosyal Hizmet Desteğine Dair Verilere İlişkin Bulgular	33
2.2.4. Tedavi Ekibi ve Hastane Memnuniyetine Dair Verilere İlişkin Bulgular	34
2.2.5. Hastaların Devletten Beklentilerine Dair Verilere İlişkin Bulgular	36
2.2.6. Sosyo-Demografik Değişkenlere İlişkin Çapraz Tablo (Crosstab) Bulguları	36
SONUÇ ve TARTIŞMA	43
ÖNERİLER	46
KAYNAKÇA	48
EKLER	52
ÖZGEÇMİŞ	56

TABLÖLAR

Tablo 1. Katılımcıların yaşlarına göre tanımlayıcı istatistik sonuçları	27
Tablo 2. Katılımcıların eğitim durumlarına ilişkin tanımlayıcı istatistikler.....	28
Tablo 3. Katılımcıların medeni durumlarına göre tanımlayıcı istatistikler	28
Tablo 4. Katılımcıların çocuk durumlarına göre tanımlayıcı istatistikler	28
Tablo 5. Katılımcıların çalışma durumlarına göre tanımlayıcı analiz sonuçları	29
Tablo 6. Katılımcıların gelir durumlarına göre gerçekleştirilen tanımlayıcı analiz sonuçları	29
Tablo 7. Katılımcıların ikamet durumlarına ilişkin tanımlayıcı/betimsel analiz sonuçları	29
Tablo 8. Katılımcıların sosyal güvence durumlarına ilişkin tanımlayıcı analiz sonuçları	30
Tablo 9. Hastalığın kim tarafından fark edildiğine ilişkin tanımlayıcı analiz sonuçları ...	30
Tablo 10. Hastalığın kim tarafından teşhis edildiğine yönelik tanımlayıcı analiz sonuçları	31
Tablo 11. Katılımcıların tanıyı kimin söylemesini istemelerine yönelik tanımlayıcı analiz sonuçları.....	31
Tablo 12. Hastaların kemoterapi alma durumlarına ilişkin analiz sonuçları.....	31
Tablo 13. Mastektomiye karar vermede etkili olanlara ilişkin tanımlayıcı analiz sonuçları	32
Tablo 14. Mastektomi öncesinde hastaların hangi konuda destek almak istediklerine ilişkin tanımlayıcı analiz sonuçları	32
Tablo 15. Tedavi sürecinde sosyal hizmet uzmanından herhangi bir yardım alıp-almama durumuna ilişkin tanımlayıcı analiz sonuçları	33
Tablo 16. Tedavi sürecinde sosyal hizmet uzmanından nasıl bir yardım alındığına ilişkin tanımlayıcı analiz sonuçları	33
Tablo 17. Tedavi sürecine ilişkin katılımcıların memnuniyet durumlarına ilişkin tanımlayıcı istatistikler.....	34
Tablo 18. Tedavi ekibi ve hastane memnuniyetine ilişkin bulgular	34
Tablo 19. Hastalığı ilk fark eden kişi ve yaş arasında Crosstab sonuçlar	37
Tablo 20. Hastalığı ilk fark eden kişi ve eğitim durumu arasında Crosstab sonuçları.....	38
Tablo 21. Mastektomi öncesi ameliyat ile ilgili destek alınması istenilen konu ve yaş arasında Crosstab sonuçları.....	39
Tablo 22. Mastektomi olma kararı almada kimin etkili olduğu ve eğitim durumu arasında Crosstab analiz sonuçları	40

Tablo 23. Mastektomi olma kararı almada kimin etkili olduğu ve medeni durum arasında Crosstab analiz sonuçlar41

Tablo 24. Mastektomi öncesi ameliyat ile ilgili destek alınması istenilen konu ve gelir durumu arasında Crosstab analiz sonuçları.....42



ŞEKİLLER

Şekil 1. Çevresi içinde birey modeli.....	8
Şekil 2. 2018 Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde meme kanseri sıklığı.....	16
Şekil 3. Tüm yaş gruplarındaki kadınlarda en sık görülen bazı kanserlerin bu grup içindeki yüzde dağılımları	17
Şekil 4. Kadınlarda en sık görülen 10 kanserin yaşa göre standardize edilmiş hızları.....	17
Şekil 5. Meme kanserinin kadınlarda yaşa göre hızları.....	18



KISALTMALAR

Akt.	: Aktaran
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
KETEM	: Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi
TKİ	: Türkiye Kanser İstatistikleri
MS	: Milattan Sonra
MRM	: Modifiye Radikal Mastektomi
vb.	: ve benzeri
GLOBOCAN	: Küresel Kanser İnsidansı, Mortalite ve Prevalans (Global Cancer Insidance, Mortality and Prevalance)
yy.	: Yüzyıl



ÖZET

Yalova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tez Özeti

Tezin Başlığı: Mastektomi (Göğüs Kanseri) Geçirmiş Kadınlara Tıbbi Sosyal Hizmet Desteği Verilmesi; Alan Araştırması	
Tezin Yazarı: Firdevs ÖZNACAR	Danışman: Prof. Dr. Musa ŞAHİN
Kabul Tarihi: 20/06/2019	Sayfa Sayısı: x (ön kısım) +56 (tez)
Anabilim Dalı: Sosyal Hizmet Anabilim Dalı Bilim Dalı: Sosyal Hizmet Bilim	
Bu araştırmanın amacı meme kanseri nedeniyle mastektomi geçirmiş kadınların yaşadığı zorlukları ve ihtiyaçları belirlemek ve bunları tıbbi sosyal hizmet bakış açısıyla ele almaktır. Veri toplamak amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu, örnekleme dahilinde Kocaeli ilinin Gebze ilçesindeki 200 mastektomili kadına basit tesadüfi yöntemle uygulanmıştır. Elde edilen veriler SPSS 25.0 istatistik programı kullanılarak analiz edilmiştir. Buna göre; mastektominin ileri yaşlardaki ve eğitim düzeyi düşük kadınlarda daha fazla görüldüğü; bu nedenle yaş ve eğitim düzeyinin mastektomi uygulamasını etkileyen faktörler arasında olduğu, kadınların çoğunun mastektomi öncesinde en çok psiko-sosyal destek almak istedikleri ve verilen tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının yetersiz olduğu tespit edilmiştir. Çalışmanın son bölümünde çalışma kapsamında elde edilen bulgulara göre ortaya koyulmuş olan sonuç, tartışma ve önerilere yer verilmiştir.	
Anahtar kelimeler: Kanser, Meme Kanseri, Mastektomi, Tıbbi Sosyal Hizmet, Onkolojik Sosyal Hizmet	

SUMMARY

Yalova University, Institute of Social Sciences Master Thesis Summary

Thesis Title: Medical Social Service Support for Women Who Have Undergone Mastectomy; Field Study

Thesis Author: Firdevs ÖZNACAR **Advisor:** Prof. Dr. Musa ŞAHİN

Date of Acceptance: 20/06/2019 **Total Number of Pages:** x (pretext)+56 (main body)

Department: Department of Social Services **Field of Study:** Social Services

The aim of this study is to determine the difficulties and needs of women who have undergone mastectomy due to breast cancer and address them in terms of Medical Social Services. The survey form, which was prepared by the researcher for the purpose of collecting data, was applied to 200 mastectomized women by using simple random method in Gebze, district of Kocaeli province. The data were analyzed by using SPSS 25.0 statistical program. According to this data, it was found that mastectomy was more common in women with advanced age and education level were among the factors affecting mastectomy and it is found that vast majority of women wanted to get psycho-social support before mastectomy, but the medical social practices given were insufficient. In the last part of the study; the results, discussions and suggestions which were made according to the findings obtained in the study are included.

Keywords: Cancer, Breast Cancer, Mastectomy, Medical Social Service, Oncological Service

GİRİŞ

Son yıllardaki tanı ve tedavisindeki gelişmelere rağmen gerek ülkemizde gerekse de dünyada insan sağlığını tehdit eden en önemli hastalıklar içerisinde kabul edilen kanser, adının geçmesiyle dahi insanda korku, endişe ve ölümü çağrıştırmaktadır. Meme kanserinin ise ülkemizde kadınlar arasında en sık görülen kanser türü olduğu ve Türkiye İstatistik Kurumu'nun son verilerine göre kadınlarda %24, 9 olarak görüldüğü belirlenmiştir (TKİ, 2017).

Literatür araştırmalarında meme kanserinin diğer kanser türlerine göre daha fazla ele alındığı bilinmektedir (Arıkan, 2000: 41). Kuşkusuz bu sayıca üstünlükte meme kanserinin kadınlarda en sık görülen kanser türü olmasının ve kadın kimliği için önemli olan bir uzvun kaybedilmesi tehdidinin yarattığı olumsuz psiko-sosyal etkiler belirleyici olmaktadır.

Meme kanseri tedavisinde uygulanan cerrahi bir girişim olan mastektomide meme dokusu tamamen ya da kısmen alınmaktadır (Yutmaz, 2018;5). Mastektomi sonrasında kadınlar diğer kanser tedavilerinde gözlenen psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunların yanı sıra, toplumdaki "kadın" algısında bir anlamı olan uzvun kaybedilmesiyle öfke, depresyon, anksiyete, vb. ruhsal sorunlar da yaşayabilmektedir (Yılmaz, 2014: 1).

Mevcut gündelik hayatın hastalıkla sekteye uğraması, ev içindeki rollerin değişmesine yol açmaktadır. Bu noktada kendini muhtaç hissetmeye başlayan kadının mastektomi ile birlikte karşı cinse yönelik çekiciliğini yitirmiş olma düşüncesi, anne olamamak, emzirememek gibi endişeler, geleceğe dair belirsizlik, ölüm korkusu, tedavide birtakım uygulamaların (kemoterapi, ilaç, vb.) bulantı, kusma, halsizlik, vb. yan etkileri, hastayı olumsuz bir ruh haline sürüklemektedir. Bu yeni durum sadece hastayı değil aile ve yakın çevreyi de etkileyen özellikle iletişim sorunlarının yaşanmasına neden olan travmatik bir süreçtir (Kamsız, 2018: 2). Beden imajı, bireyin bedeninin ve bedenine ait tüm duyumların zihindeki tablosudur (Yavuz, 1995: 115). Beden imajı bireyin kişiliği ve diğer insanlarla olan ilişkisi üzerinde belirleyicidir. Mastektomi sonrası beden bütünlüğünün bozulduğu fikri kadınlar üzerinde kalıcı izler bırakabilmektedir.

Mastektomi sonrasında etiketlenme sorunu yaşayan kadınlar; giyinmekten, eski sosyal ortamlarına katılım göstermekten, alış-verişe çıkmaktan hatta işe gitmekten kaçınmakta ve kendi iç dünyalarında yalnızlaşmaktadır.

Meme kanseri tedavisi uzun sürmesi nedeniyle ekonomik zorluklar da barındırabilmektedir. Tedavinin her ilde yapılamaması, hasta ve refakatçi için sürekli ulaşım gerektirmektedir. Devlet hastanelerinde ücretsiz verilen kanser tedavisi, hastaların farklı nedenlerden dolayı özel kanser tedavi merkezlerini tercih etmesiyle ciddi rakamlar söz konusu olmaktadır. Bununla birlikte kadının çalışıyorsa çalışamaz hale gelmesi veya eskisi kadar iyi performans gösterememesiyle işinden çıkarılması veyahut da eşinin hastaya bakmak mecburiyetiyle işinden ayrılması da ekonomik manada evin ekonomik dengesini bozmaktadır.

Meme kanseri nedeniyle mastektomi geçirmiş kadınların ve ailesinin bu ve buna benzer sorunlarının çözümünde şüphesiz hastalara dışarıdan gelecek profesyonel bir desteğin yapıcı ve yönlendirici etkisi olacaktır. Türkiye'de sosyal hizmet mesleğinin ilk uygulama

alanlarından biri olan tıbbi sosyal hizmet, hasta ve engelli bireylere kendilerini iyi hissedebilecekleri bir ortama geri dönmelerinde ve toplumsal yaşama pozitif anlamda adapte olabilmelerinde yardımcı olmaktadır. Hastanede çalışan tıbbi sosyal hizmet uzmanı sağlık ekibinin bir üyesi olarak 'çevresi içinde birey' yaklaşımıyla hasta ve ailesini etkileyen tüm faktörlerle ilgilenir (Pak, 2018: 36). Tıbbi sosyal hizmetlerde yeni bir uzmanlaşma alanı olan onkoloji sosyal hizmeti, kanser tanısı olasılığı veya kanser tanısının etkileriyle karşı karşıya olan hastalara ve ailelerine yönelik sosyal hizmet desteği sunan profesyonel bir disiplindir (Altınova ve Duyan, 2013: 41).

Hastaların kanser ve tedavisi süresince psiko-sosyal ve ekonomik olarak yanında olan onkolojik sosyal hizmet uzmanının sadece hasta ve ailesine değil bir parçası olduğu sağlık ekibine karşı da görev ve sorumlulukları vardır. Kanserli hastalarla çalışmak da tartışmasız çalışan için yıpratıcı ve stresli olmaktadır. Söz konusu durumda sağlık personelinin kanserli hasta ve yakınları ile ilişkilerini düzenleyen onkolojik sosyal hizmet uzmanı verilecek tedavinin kalitesini de elbette arttırmaktadır. Onkoloji sosyal hizmet uygulamalarının geliştirilmesi ve hitap ettiği kitleye ulaşabilmesi adına hem devletin hem de hastanelerdeki işleyişte hâkim olan kesimin teşvik edici düzenlemeleri gereklidir. Hastaların sosyal hizmet desteğinden faydalanabilmesindeki en önemli husus hangi hizmetlerden nasıl yararlanacaklarına dair bilgi sahibi olmalarıdır.

Çalışmanın birinci bölümünde meme kanseri, tedavi yöntemleri, görülme sıklığı, mastektomi ve mastektomi geçiren kadınların sorunları, tıbbi sosyal hizmet ve onkolojik sosyal hizmet gibi kavram ve tanımlara yer verilmiştir. Ayrıca çalışmanın kuramsal olarak değerlendirilebilmesi adına sosyal hizmet kuram ve yaklaşımları hakkında genel bilgiler paylaşılmıştır.

Çalışmanın ikinci bölümünde ise çalışma konusu ve amacı doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanan ve 200 mastektomi geçirmiş kadın ile gerçekleştirilen anket uygulaması sonucunda elde edilen veriler yorumlanarak sonuçlar tartışılmış ve öneriler ortaya koyulmuştur.



BİRİNCİ BÖLÜM: KAVRAMSAL ve KURAMSAL ÇERÇEVE

1.1. Kavramlar ve Tanımlar

1.1.1. Kanser

Kanser, kromozomları yapısal değişime uğramış hücrelerin çekirdeklerinin sitoplazmaya yanlış mesajlar göndermesi sonucu hücre bölünmesindeki kontrolün kaybedilmesiyle meydana gelir. Kanser fiziksel bir hastalık olduğu gibi, ruhsal ve sosyal bileşenleri de olan bir sorundur. Tünel ve arkadaşlarına (2012: 190) göre kanser; korku, umutsuzluk, suçluluk, çaresizlik, terk edilme düşünceleriyle bir yıkım gibi algılanır ve kişinin psikolojik dengesinde krize neden olur.

1.1.2. Meme kanseri

Dünyada akciğer kanserinden sonra en sık görülen ikinci kanser türü olan meme kanseri, meme dokusundaki süt kanalını oluşturan ve süt yapıcı hücrelerin kontrolsüz şekilde çoğalmasıyla ortaya çıkmaktadır. Kanser yapıcı bu hücrelerin çoğalıp büyümesi zaman alır ancak sonrasında kan ve lenf yoluyla vücudun diğer organlarına yayılabilir.

Meme kanseri erkeklerde de görülür ancak görülme sıklığı kadınlara göre daha azdır. Bununla birlikte her 100-200 kadın meme kanserine karşılık bir erkek meme kanseri ile karşılaşılır (Aydınтуğ, 2004: 216).

Meme kanserinde belirtiler hastadan hastaya farklılıklar gösterip, vakalarda görülen en yaygın şikâyet ve belirtiler aşağıdaki gibidir:

- * Memenin derisindeki değişimler, kızarmalar, portakal kabuğu görünümü.
- * Bir ya da her iki memede de inspeksiyonla¹ görünür değişimler.
- * Meme boyutunda ve/veya şeklinde değişiklikler.
- * Meme ucundan süttten farklı bir sıvı gelişi.
- * Meme dokusunun belirli bir bölgesinde duyulan ağrı.
- * Fizik muayene ile meme dokusunda fark edilen beze ve kitleler.
- * Memede sertleşme.
- * Meme başında çekilme.
- * Meme başlarının simetrilerinin bozulması.

1.1.3. Meme kanseri tedavi yöntemleri

Meme kanseri tedavisinde farklı yöntemler kullanılmaktadır. Meme kanserinde tedavi yöntemleri hastalığın evresine, hastanın özelliklerine ve genel sağlık durumuna bağlı olarak belirlenmektedir. Meme kanseri tedavisinde başlıca 4 yöntem uygulanmaktadır:

1. Cerrahi girişim

¹ İnspeksiyon: Gözle görülür dıştan bakarak yapılan muayene, bulgu.

2. Kemoterapi
3. Radyoterapi
4. Hormonal tedavi

1. Cerrahi girişim: Bu tedavide iki tür ameliyata başvurulmaktadır. Birincisi meme koruyucu ameliyattır. Meme koruyucu ameliyatta meme dokusunun tamamı alınmaz, sadece tümoral doku çıkarılır. Meme koruyucu cerrahi genellikle hastalığın erken evrelerinde uygulanmaktadır. İkinci ameliyat türü ise mastektomidir. Mastektomide ise meme dokusunun tamamı çıkarılmaktadır (Elemiş, 2017).

2. Kemoterapi: Metastatik kanser odaklarının sistemik tedavisini sağlamak üzere, mikrometastazları yok etmek üzere ve cerrahi, radyoterapi ve/veya bu 2 tedavi yöntemine ek olarak kemoterapi uygulanmaktadır (Karadakovan ve Eti Aslan, 2017).

3. Kemoterapi sonrasında alınan ilaç ve bu ilaçların miktarına göre farklı yan etkilerden bahsetmek mümkündür. Kemoterapi sonrasında saç değişiklikleri, tat alamama, kusma, vajinal kuruluk, ishal, kilo değişiklikleri gibi belirtiler görülmektedir. Kadın için saç kaybı en az memenin kaybı kadar kadın kimliği üzerinde yıkıcı etkiler bırakabilmektedir. Fiziksel etkilerin yanı sıra bu tip psikolojik etkilerin olması kuşkusuz hastalığın zor olan şartlarına bir zorluk daha eklemektedir.

4. Radyoterapi: Işın tedavisi olarak da bilinen radyoterapi, iyonize radyasyon eşliğinde hızlı büyüyen ve çoğalan kanser hücrelerini küçültmek, azaltmak, yok etmek ve tedaviden sonra hastanın kaliteli bir yaşam sürmesi için kullanılan bir metottur. Meme kanseri tedavisinde radyoterapiden 2 şekilde faydalanılır.

- a) Meme kanserinin erken evresinde meme koruyucu cerrahiyi tamamlamak üzere
- b) Mastektomi öncesi yayılmış olan tümörü küçültmek için (Uçar, 2008).
Radyoterapinin de farklı yan etkileri olmaktadır. Bunların başında ciltte görülen renk değişikliği gelmektedir. Yanı sıra bulantı, kusma, halsizlik gibi şikayetler de görülmektedir. Şüphesiz bu sayılanlar hastanın hayat kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir.

5. Hormonal Tedavi: Tümörlerin büyümesine sebep olan progesteron ve özellikle östrojen reseptörlerine karşı hormon seviyesini azaltmak ve kanser hücreleri tarafından östrojen kullanımını önlemek maksadı ile hormon tedavisi uygulanmaktadır. Yapılan çalışmalarda hormon tedavisinde de ciddi yan etkiler olduğu ortaya koyulmuştur. Saç dökülmesi, tat almada değişiklik, sıcak basması, vb. başlıca yan etkiler arasında gösterilebilir.

1.1.4. Mastektomi

Bu cerrahi uygulamada memeden çıkarılması gereken kısım meme ucu ve derinin yanı sıra, bir veya daha fazla aksiler lenf nodu da dâhil olmak üzere tüm meme çıkarılır (Eroğlu, 2017). Mastektomi, hastalar arasında en sık tercih edilen cerrahi yöntemdir. Memenin tamamen çıkarılması hastada, hastalıktan da tamamen kurtulma düşüncesine karşılık gelmektedir.

Meme kanseri tedavisinde kullanılan mastektomi çeşitleri şunlardır:

- a) Basit Mastektomi: memenin tamamının alınmasıdır. Bazı durumlarda koltuk altı lenf nodlarından bir veya daha fazlası çıkarılabilir.
- b) Radikal Mastektomi: meme dokusunun tamamının ve koltuk altı lenf bezlerinin cerrahi olarak çıkarıldığı, evre 1 ve 2 hastalarına yönelik uygulaması olan işlemdir.
- c) Modifiye radikal Mastektomi: tüm memenin, meme ucu, areola ve aynı taraftaki aksiller lenf nodüllerinin çıkarılması işlemidir. Bu işlemde pectoralis majör ve pectoralis minör kaslarına dokunulmaz.

1.1.5. Tıbbi sosyal hizmet

Özbeşler, tıbbi sosyal hizmeti “tedavi için sağlık kurumlarına başvuran bireylerin hastalık öncesi ve sonrasında yaşamında önemli rol oynayan psikoz-sosyal ve ekonomik faktörlerin değerlendirilmesi, olası risklerin, gereksinimlerin ve destek kaynaklarının belirlenerek hastanın optimum sosyal işlevselliğinin yeniden kazanılmasında profesyonel bir sosyal hizmet uzmanı tarafından yürütülen planlı mesleki müdahaleleri içeren önemli bir alan” olarak tanımlamaktadır (Özbeşler, 2017: 4).

Sosyal hizmet mesleğinin uygulama alanlarından biri olan tıbbi sosyal hizmet, hastanın ve ailesinin medikal bakım ve uygulamaları kabul etmesini, tedavinin etkili bir şekilde verilebilmesini, hastalığın beraberinde getirdiği stresi azaltmayı ve bu süreçte karşılaşılabilecek sorunları çözmeyi amaçlamaktadır.

Sağlık Bakanlığı’nın Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesinde (2011) ise tıbbi sosyal hizmet;

“Ayakta ya da yatarak tedavi gören hastaların tıbbi tedaviden etkili bir şekilde yararlanması, sosyal sağlığının korunması ve geliştirilmesi, tedavi sürecinde hastanın ailesi ve çevresi ile ilişkilerinin düzenlenmesi, tedavi sürecini etkileyen psiko-sosyal ve sosyoekonomik sorunlarının zamanında çözümlenerek sosyal işlevselliğini yeniden kazanması amacıyla yürütülen sosyal hizmet uygulaması” olarak tanımlanmıştır.

Tıbbi sosyal hizmet ile ilgili yapılan tüm tanımlamalarda hasta ve hasta yakınının psikoz-sosyal yararına vurgu yapılmaktadır. Buradan hareketle tıbbi sosyal hizmetin gerek hastanın gerekse de yakınlarının psikoz-sosyal sorunlarının, ihtiyaçlarının ve söz konusu kaynakların değerlendirilmesi, hastalık boyunca ve taburculuk sonrası gündelik hayata ayak uydurmalarında destek sağlanması ile ilgili mikro, mezzo ve makro düzeylerde yürütülen profesyonel bir meslek olduğu ifade edilebilir.

1.1.6. Onkolojik sosyal hizmet

Onkolojik sosyal hizmet, kanser tanısı olasılığı veya kanser tanısı almış hasta ve yakınlarına bu hastalığın olumsuz etkileriyle baş etmede sosyal hizmet desteği sağlamaya yönelik oluşturulmuş profesyonel bir disiplindir.

Acar (2013: 239)’a göre onkolojik sosyal hizmet; “hasta ve ailesinin tıbbi bakım ve tedaviyi kabul etmesi ve bakımın etkin bir biçimde uygulanmasını kolaylaştırmayı, hastalık nedeni

ile yaşanan stresi azaltmayı ve içinde bulunulan şartlar neticesinde ortaya çıkan psiko-sosyal ve ekonomik sorunları çözümlemeyi amaçlamaktadır” (Acar, 2013).

1.2. Kuramsal Analiz

Araştırmanın kuramsal analizi kapsamında sistem kuramı ile ekolojik kuram konularına ve genelde sosyal hizmet yaklaşımı ile güçlendirme yaklaşımının temel unsurlarına değinilecektir.

1.2.1. Kuramlar

1.2.1.1. Sistem kuramı

Sistem kuramı en pratik ve anlaşılır şekilde “sistemin bütünü, parçalarının toplamından daha fazladır” ifadesi ile özetlenebilir (Teater, 2014: 27). Bu ifadeye göre, arasında ilişki olan ve bir araya gelince anlamlı bir bütünü ifade eden sistemin, alt sistemlerin bir araya getirilerek oluşturulan toplamından daha fazla olduğu belirtilir.

Sistem kuramının odak noktasında birey ve içinde bulunduğu durumun karşılıklı ilişkisi yer almaktadır. Bu ilişkiyi bir bütün olarak ele alır. Teater (2014: 27)’a göre, “bütün, her bir parçanın katılımı ve mevcudiyeti olmadan tamam olamaz”.

Teater (2014: 30) sistem kuramının temel varsayımlarını aşağıdaki şekilde özetlemiştir:

- a) Sistemin bütünü, parçaların toplamından daha fazladır: Sistem parçalardan oluşur, ancak tüm parçaların toplamı bir bütün yani sistemin kendisini yapmaz. Bu parçalar arasında bir ilişki olması gerekir ki sistem bütünleşebilsin. Bu ilişki sistemin bütününe parçaların toplamından daha fazla yapar.
- b) Sistemin parçaları birbirine bağlı ve karşılıklı bağımlıdır: Sistemi oluşturan parçalar birbirini etkileyebilir. Bir alt sistemde oluşan değişiklik diğer bir alt sistemi etkileyebilir ve sistemin tamamını değiştirecek düzeye getirebilir.
- c) Bir sistem doğrudan ya da dolaylı olarak diğer sistemlerden etkilenir: Sistemin parçalarının birbiri ile olan etkileşimi sistemler arasında da gerçekleşebilmektedir. Örneğin ailedeki bir problem iş yerinde ortaya çıkabilecek bir problemi tetikleyebilir.
- d) Tüm sistemlerin sınırları vardır: Her sistemin kendini diğer sistemlerden ayıran bir sınırı vardır. Bu sınırlar kimi zaman geçirgen olabilir. Bu geçirgenlik sistemin açık ya da kapalı olmasına bağlıdır.
- e) Tüm sistemler dengede ve iç denge durumunda kalmaya ihtiyaç duyar: Sistem bütünlüğünü koruduğu sürece denge durumundadır. İç denge durumunda ise sistem gelişme amacıyla değişime açık haldedir (Teater:2014).

Tüm bunlardan hareketle birey hem çevresini etkiler hem de çevresinden etkilenir, denilebilir. Sosyal hizmet uzmanının bu noktadaki rolü bireylerle bireyleri etkileyen söz konusu sistemler arasındaki uyumu arttırmaktır. 1960'lardan bu yana sistem kuramından

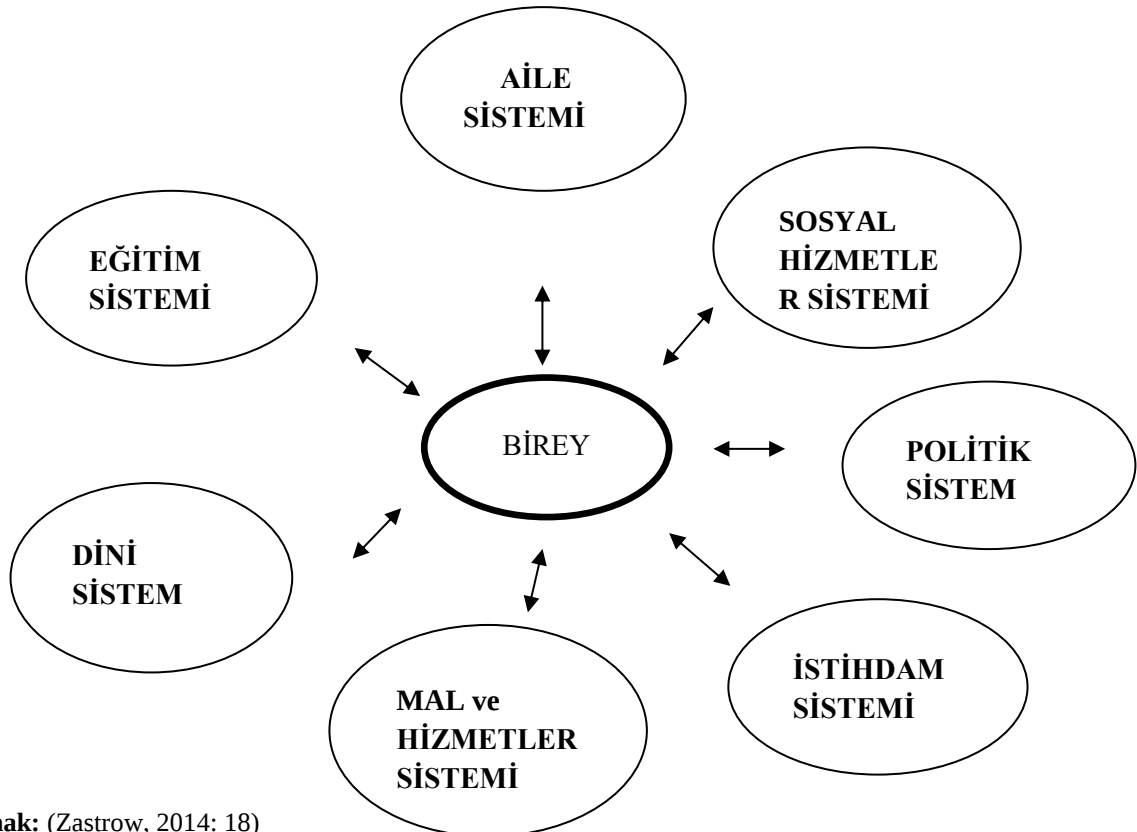
yararlanan sosyal hizmet bireyin davranışını anlamlandırmak ve bahsi geçen uyumu gerçekleştirmek amacıyla bireyi destekleyici müdahaleler geliştirmeye çalışmaktadır.

Sistem teorisine göre bireyler sosyal çevrelerindeki sistemlerle karşılıklı etkileşim halindedir. Sosyal hizmet uzmanı bu noktada mastektomi geçirmiş kadınlarla en başta ailesi olmak üzere etkileşim halinde oldukları sistemler arasındaki bütünlüğü, ilişkiyi ve dengeyi (homeostazi) düzenlemektedir. Sistem teorisi aileyi bir bütün olarak görür ve onu meydana getiren bireylerden ziyade aralarındaki etkileşime odaklanmaktadır. Dolayısıyla sadece hasta ile değil aynı zamanda aile içindeki eş ve çocukla olan ilişkideki dengeyle de ilgilenmektedir. Sosyal hizmetler, kanser gibi kronik hastalıklarda bireye yönelik müdahaleler geliştirirken salt hastayı değil hastanın ailesi ve içinde yaşadıkları toplumu da göz önünde bulundurarak karşılaştıkları olumsuzlukları belirleyerek, nedenleri tespit edip çözüm yolları bulmayı hedeflemektedir.

1.2.1.2. Ekolojik kuram

Ekolojik yaklaşım çevresi içinde birey modelinden hareketle, bireyle sistemler arasındaki ilişkiye odaklanarak, bireyin ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla sistemleri düzenlemeyi hedefler. Birey çevre uyumu ekolojik yaklaşımın odak noktasıdır (Teater, 2015). Bu yaklaşımla hareket eden sosyal hizmet uzmanları için amaç, birey-çevre uyumunu değerlendirerek karşılıklı etkileşimi artırıp bireyin çevresel değişimlere uyum sürecini kolaylaştırmaktır.

Şekil 1. Çevresi içinde birey modeli



Kaynak: (Zastrow, 2014: 18)

Zastrow'a (2014) göre çevresi içinde birey kavramsallaştırması ile sosyal hizmet üç bağımsız alana odaklanabilir:

Birincisi, kişiye odaklanarak kişinin problem çözme, problemle baş etme ve gelişimsel kapasitelerini geliştirme yolları arayabilir. İkincisi, birey ve iletişim içinde olduğu sistem arasındaki ilişkiye odaklanarak, gerekli olan kaynaklar, hizmetler ve fırsatlarla kişiyi birbirine bağlayabilir. Üçüncüsü, sistemlere odaklanarak bireyin gereksinimlerini daha etkili olarak karşılamak üzere değişim yapma yollarını araştırabilir (Zastrow, 2014: 17)

Ekolojik yaklaşıma göre merkezde yer alan birey; çevresindeki aile, sosyal hizmetler, politik sistem, istihdam, mal ve hizmetler, dini sistem ve eğitim sisteminin yer aldığı birçok sistemle dinamik bir etkileşim içerisinde. Turan'a (2012: 319) göre, çevre ile etkileşim bireyi geliştirebildiği gibi, birey üzerinde engelleyici de olabilir. Söz konusu durumda bireyin duygusal dünyasında zedelenmeler meydana gelecek ve çevreyle uyumu güçleşecektir.

Sosyal hizmet uzmanları kanser gibi kronik hastalıklarla çalışırken bu yaklaşımda 3 çeşit uygulama basamağını kullanırlar (Özden ve Özcan, 2017: 197).

Bunlar mikro sistem, mezosistem ve makrosistem basamaklarından oluşmaktadır. İlk basamak olan mikrosistemde bireyin kişisel özellikleri, hastalık tanısı, hastalıkla birlikte ortaya çıkan değişimler, tedaviden kaynaklanan yan etkiler, duygu dünyasındaki olumsuzluklar (belirsizlik, ölüm korkusu, hastalığın nüksedeceği korkusu, sevdiklerinden ayrılma korkusu, kendi kendine yetememe korkusu, vb.) kendisinden ayrılacağından ve başkalarına muhtaç olacağından endişelenme, ölüm korkusu, çaresizlik, umutsuzluk ve suçluluk vb.) hastanın kendi içinde bulunan güçlü yönleri gibi hususlar üzerinde durulmaktadır. Mezosistemde bireyle ilişki içinde olduğu ailesi, sosyal çevresi, iş hayatındaki kişiler ve sağlık hizmeti aldığı personel ile olan etkileşimi gibi gruplarla olan ilişkisi ele alınmaktadır. Ekolojik yaklaşımda son sıradaki makrosistemde ise hasta ve hastaya bakan kişi için siyasi ve kanuni düzenlemeler, iletişim ağlarının etkisi, ekonomik sistem ile sağlık hizmeti içerisinde hastalığın tedavisine yönelik sunulan sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetler, toplumun kanser gibi hastalığı olan kişi ve ailelerine bakış açısı, inançları, tutumları ve bu durumun aile sistemi ve hasta üzerindeki etkileri söz konusu olmaktadır.

Ekolojik yaklaşımda çevresi içinde birey modeli temelinde, bireyin yaşadığı sorunların çözümlenebilmesi için etrafındaki sistemlerle olan etkileşimine bakılarak söz konusu yeni duruma uyum sağlanması amaçlanmaktadır. Sosyal hizmet uzmanı kanser gibi ölümcül hastalıklarda tanının öğrenilmesinden itibaren hastanın hayatındaki değişimlere uyum sağlayabilmesi adına çevresindeki kaynaklar hakkında bilgi sahibi olmasını sağlamak için müdahaleler geliştirmektedir. Kanser tanısı almak hasta üzerinde travmatik bir etki oluşturmaktadır. Bu haber, sahip olunan birçok şeyin kaybedilmesi ve de geleceğe yönelik kurulan hayallerin bitmesi hissini beraberinde getirmektedir. Tüm bunlar birey üzerinde baskıcı bir stresöre dönüşmekte ve duygusal değişimlere yol açmaktadır. Mastektomi sonrası gerek ölümcül bir hastalıkla mücadele ediyor olmak gerekse de kadın kimliği ve kadının beden imajı üzerinde etkili olan bir uzvun kaybedilmiş olması hastalık sürecine

uyumu daha da zora sokmaktadır. Bu bağlamda dışarıdan verilecek her türlü destek mekanizması hayati önem taşımaktadır. Ekolojik yaklaşımda birey çevreden etkilenmekte aynı zamanda da çevreyi etkilemektedir, diğer bir ifadeyle karşılıklı bir ilişki söz konusudur. Dolayısıyla sağlıklı bir birey sağlıklı bir toplum anlamına gelmektedir.

1.2.1.3. Genelci sosyal hizmet yaklaşımı

Genelci sosyal hizmet yaklaşımı,” fertlerin, sosyal grupların ve toplulukların işlevlerini geliştirmeye teşebbüs eden hem fertlerle hem de onların sosyal çevreleriyle ilgilenen bir yaklaşım” olarak tanımlanmaktadır (Seyyar ve Genç, 2010: 260)

Zengin’e (2011: 31) göre;” tüm sosyal hizmet alan ve uygulamaları için genel bir çatı teşkil eden genelci sosyal hizmet yaklaşımı, bütüncül bir bakış açısıyla belli bir alan ya da yöntemden ziyade problem çözme odaklı olan ve tüm sosyal hizmet alanlarına uygulanabilecek ortak bir modeli ifade etmektedir (Zengin, 2011: 31)

Genelci tabiri diğer disiplinlerde olduğu gibi sosyal hizmet mesleğinde de geniş bir bilgi birikimine ve çok yönlü bakış açısına vurguda yapmaktadır. Buradan hareketle genelci sosyal hizmet farklı değerlendirmeleri, teorileri ve yaklaşımları ustalıkla kullanan bir bakış açısını ifade etmektedir. Sosyal hizmet uygulamasında genelci yaklaşımın dört temel dayanağı vardır. Birincisi, insan davranışı kaçınılmaz olarak sosyal ve fiziksel çevre ile ilişkilidir. İnsan ve çevresi arasındaki bu ilişkiye dayanarak müracaatçı sistemlerinin işlevselliğini geliştirme gayreti, sistemin (insanın) özellikle kendisini değiştirmeyi, onun çevresi ile etkileşiminde değişiklikler yapmayı, onu çevreleyen diğer sistemlerde değişiklikler yapmayı kapsamaktadır. İkincisi, genelci uygulamacı, değişime yönelmek için çok yönlü değerlendirmeler ve çok yöntemli müdahaleler gerçekleştirir. Üçüncü olarak, benzer sosyal hizmet sürecini kullanarak bireyden topluma kadar her kesimdeki müracaatçı sistemleri ile çalışır. Tüm müracaatçı sistemleri ile sosyal hizmet müdahalesi, bir diyalog biçimi ile bilginin karşılıklı değişimini, değişim için gerekli kaynakların keşfi sürecini ve çalışmanın amacını gerçekleştirmek için gelişme aşamasını gerektirir. Dördüncü olarak, genelci uygulamacı, araştırma yapmak ve adil sosyal politikalara yönelmekle sorumludur (Şahin, 2002: 4).

Genelci sosyal hizmet birey ve çevreyi temele alarak bina edilmiştir. Bu yaklaşımı uygulayan sosyal hizmet uzmanı için nihai hedef, insana hizmet veren kaynakların sayısını ve toplumsal refahı artırmak için birey ve çevresindeki sistemlere yönelik çeşitli müdahaleler geliştirmektir. Genelci uygulamacı, söz konusu bir problemin çözümü için birden çok rol üstlenebileceği donanıma sahiptir. Örnek vermek gerekirse, mastektomi geçiren bir kadının psikolojik sorunlarının çözümünde hastanın ailesi ve sağlık ekibi ile de çalışır.

Genelci sosyal hizmet uygulamaları kapsamında mastektomi geçirmiş kadınlara sosyal hizmet uzmanları danışmanlık yaparak gerek hastalık gerekse de ameliyat sonrası süreç hakkında bilgi vermekle sorumludur. Bununla birlikte mastektomi ile meme kaybına uğramış kadın ve eşi arasında aracılık rolü üstlenerek söz konusu olabilecek iletişim sorunlarını ortadan kaldırabilmektedir. Ameliyat sonrası bakım gerektiren iyileşme

sürecinde hastaya refakat edebilecek kişilere ulaşmakta ve hasta için en iyi olabilecek alternatife işlerlik kazandırmaktadır. Mastektomi sonrası toplumsal alana katılım göstermekten imtina eden kadın için davranış değiştirici rolü ile kadının sosyal hayata geri dönmesi sağlanmaktadır.

1.2.1.4. Güçlendirme yaklaşımı

Güçlendirme yaklaşımının amacı birey, grup ya da topluluğun kendilerini iktidarsız değil güçlendirilmiş hissetmeleri ve buna bağlı olarak da kendi durumlarının ve/veya kişisel kontrollerini ele geçirmeleri için kişisel, kişilerarası ve siyasi iktidarını artırmaktır (Greene vd. 2005'ten aktaran: Çakar, 2014). Bu bağlamda kavram olarak güçlendirmenin üç alt boyutundan bahsedilebilir:

1. Kişisel güç; insanların benlik saygısı, öz yeterlilik ve iyi olma durumu ve denetim (kontrol) duygusu ile ilgilidir.
2. Kişilerarası güç; karşılıklı bağımlılık, sosyal destek, etkileme gücü, saygın bir statü ile ilgilidir.
3. Sosyo-politik ise; tanınma (imtiyaz), vatandaşlık hakları, kaynakların kontrolü, olanaklara erişme ve sosyal adaletle ilgilidir.

Güçlendirme yaklaşımı, müracaatçıları sorun çözme sürecine dâhil etmeyen ve onu bir öznenen çok nesne olarak gören yaklaşımların alternatifi olarak ortaya çıkmıştır.

Bu yaklaşıma göre tüm müracaatçıların -ciddi davranış bozuklukları olanların bile- güçleri vardır (Sheafor ve Horejsi, 2016: 114). Sosyal hizmet uzmanının asli görevi müracaatçının var olan güçlerini tespit etme ve geliştirme noktasında yardımcı olmaktır. Bireyin yaşamındaki travmatik deneyimler, hastalıklar veya engellilik hali gündelik işlevlerini kısıtlamakla birlikte bu olumsuzluklar onu daha güçlü olmak adına teşvik de edebilir. Ayrıca güçlendirme yaklaşımı, müracaatçının sorunun çözümünde aktif rol almasını sağlayarak, müracaatçıların baş etme kapasitelerini arttırıp gelişmiş güçlü bireyler olmalarını sağlama maksadındadır (Erbay ve Tuncay, 2010: 157).

Duyan'ın da ifade ettiği gibi "güçlendirici bir yaklaşım çaresizlikler üzerine değil, zorlukları yenme gücüne vurgu yapmaktadır" (Duyan, 2010: 4). Sosyal hizmet uzmanının aracılığı ile müracaatçı bazı olumsuzlukları değiştirebileceğini görür, güçlenir ve kendi dinamiklerini keşfetmeye başlar.

Müracaatçıların kendi becerilerini kullanabilmeleri için güçlendirme yaklaşımı çerçevesinde sosyal hizmet uzmanlarının öne çıkan görevleri şu şekilde sıralanabilir:

1. Müracaatçıları olumsuz yargılardan uzaklaştırmak ve damgalamaları ortadan kaldırmak.
2. Toplumdaki kaynaklardan bireylerin farkında olmasını sağlamak.
3. Müracaatçıların değişimi ve güçlenmeyi mümkün olarak görmelerine yardımcı olacak bir zihinsel yapıya ortam hazırlamak.
4. Müracaatçılara ve onların güçlerine, kaynaklarına, becerilerine ve hedeflerine saygı duymak.

5. Müracaatçıların güçlerini fark etmelerini ve kullanmalarını engelleyecek korumacı görüşleri reddetmek olarak sıralanabilir (Duyan, 2010: 49).

Güçlendirme yaklaşımı kanser gibi kronik hastalıklarda oldukça sık tercih edilen bir sosyal hizmet uygulamasıdır. Mastektomi geçirmiş kadınların sosyal hizmet uzmanı tarafından güçlü yönlerine vurgu yapılarak, sahip olduğu potansiyel güçlerinin keşfedilmesi sağlanır. Bu amaç ışığında geleceğe yönelik daha ümitli ve pozitif düşünceler geliştirilir ve hasta hayata bağlanma gücünü yine kendi içinde bulur. Hasta için önemli unsurlar (eş, çocuk, anne-baba, vb.) tespit edilir ve bir araya gelebilmeleri için çözüm yolları üretilir.

1.3. Literatür Analizi

1.3.1. Tıbbi sosyal hizmet ve mastektomi geçirmiş kadınlar

Tıbbi sosyal hizmetin ne olduğunu anlamak için tarihsel gelişimine bakmak faydalı olacaktır. Tıbbi sosyal hizmetlerin gelişmesinde başlıca dört aşamadan söz etmek mümkündür: İlk sırada 1880 yılında İngiltere de başlatılan bir uygulama yer almaktadır. Bu uygulamada ağır hastalıkları nedeniyle evlerinden uzak kalan hastalara manevi olarak destek vermenin önemi fark edilmiştir.

İkinci uygulama ise “Lady Almonerler” tarafından muhtaç ailelerin saptanarak yardım edilmesi ve yoksulların evlerine giden gönüllü kadınların hastanelerde görev almasıdır (Aydemir, 2003: 7).

1890 da Sir Charles S. Loch’ın önderliğinde çalışan Almonerler sayesinde hastaların hastanede ücretsiz tedavi olup olmayacakları konusunda da sosyal inceleme ve değerlendirmeler yapılmıştır (Özden ve Özcan, 2017: 4).

Tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının gelişimdeki üçüncü faktör ise, 1893 yılında Lilian Wald ve Mary Brevvster’ in Amerika da hastaneler ve toplum merkezlerince tedavi edildikten sonra evlerinde hastaların hem takibini hem de hemşirelik bakımlarını gerçekleştirdikleri uygulamadır. Aydemir’ in 2003 yılındaki çalışmasındaki ifadeye göre “bu ziyaretler tedaviyi kolaylaştırdığı gibi, hastalığın aile hayatında da yarattığı bireysel ve sosyal sorunları tanımlamaya da yararlı olmaktadır (Aydemir, 2003: 8).

Aynı zamanda bu çalışmalarla Özden ve Özcan’ın (2017) ifadesine göre “hastaların evlerine döndüklerinde yeniden hastalanarak hastaneye geri dönmeleri de önlenmiş ve zamanında tedaviden yararlanarak daha kısa zamanda sağlıklarına kavuşmaları sağlanmıştır” (Özden ve Özcan, 2017: 5).

Tıbbi sosyal hizmetin gelişimindeki dördüncü faktör, tıp öğrencilerinin eğitimleri sırasında sosyal kurumlardaki çalışmaları olmuştur. Turan’a (1978) göre, Amerika da John Hopkins üniversitesi hastalığa yol açan psikolojik ve sosyal sorunların tıp eğitimi içinde ele alınmasına gerek duyarak öğrencilerinin söz konusu kurumlarda hastanın sosyal, ekonomik ve meslek sorunlarını incelemekle görevlendirmiştir (Akt., Aydemir, 2003: 8).

1900’lerin başında Dr. Richard Cobat tarafından hastaların sadece tıbbi tedavi ile iyileşemeyeceği, sosyal durumu ihmal edilen hastalar ve aileleriyle ilişki kuracak,

sorunların çözümlenmesine yardımcı olacak birisinin istihdam edilmesi gerekliliğine inanılmış ve bu doğrultuda ABD Massachusetts Genel Hastanesi'nde tıbbi sosyal hizmet resmen uygulanmaya başlanmıştır.

Türkiye'de tıbbi sosyal hizmetin başlangıcı olarak 12. 06. 1959 tarih ve 7355 sayılı kanun olan sosyal hizmetler enstitüsü nün kurulmasına dair kanun kabul edilebilir. Duyan' a göre bu kanunda “tıbbi sosyal hizmetler şubesinin görevinin, sosyal hizmetin koruyucu, terbiye ve tedavi edici tıbbi sosyal cephelerini (sosyal intibaksızlıklarını giderme, rehabilitasyon vb. gibi). İhtisas bakımından tetkik ve bunların memlekette tatbikine dair olan esasları yerine getirmek olduğu ifade edilmektedir” (Duyan, 2003: 40).

1961 yılında sosyal hizmetler uzmanı yetiştirmek üzere sosyal hizmetler akademisi kurulmuştur.

1963 yılında 225 sayılı kanunla sağlık ve sosyal yardım bakanlığı bünyesinde sosyal hizmetler genel müdürlüğü faaliyete geçmiştir.

Çakmaklı'ya (1976) göre ilk bilimsel tıbbi sosyal hizmet uygulaması, “1964 yılında bir grup stajyer sosyal hizmet uzmanı öğrenci ile Miss Violet Bemmels yönetiminde Hacettepe Üniversitesi Hastanesi'nde başlamıştır” (Akt., Özden ve Özcan, 2017: 9).

1967'de sosyal hizmet alanına sosyal hizmet uzmanı yetiştirmek üzere Hacettepe Üniversitesi bünyesinde Hacettepe Üniversitesi Sosyal ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal Hizmetler ve Sosyal Çalışma Bölümü kurulmuştur.

26 Kasım 1973 tarih ve 14724 sayılı Resmî Gazetede yayımlanan Tedavi Kurumları Yönetmeliği içinde, 33., 34., ve 35. maddelerde Tıbbi Sosyal Hizmetler konusuna yer verilmiştir.

1982 yılında Sosyal Hizmetler Akademisi ile Hacettepe Üniversitesi Sosyal ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal Hizmetler ve Sosyal Çalışma Bölümü birleştirilmiş ve bu iki bölüm Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu haline getirilmiştir (Duyan, 2003: 41).

Sağlık Bakanlığı ve Taşra Teşkilatı arasındaki hizmet koordinasyonunu sağlamak amacıyla 17. 04. 1992 tarihli makam onayı ile Sağlık Bakanlığı bünyesinde Sosyal Hizmetler Koordinatörlüğü kurulmuştur.

Mastektomi geçirmiş kadınlarda en sık karşılaşılan sorunlar depresyon, anksiyete, kızgınlık, suçluluk, korku ve sosyal izolasyondur. Bu uygulama değişik korku reaksiyonlarına da yol açmaktadır (Okanlı, 2004: 3). Bunlar:

1. Ciddi bir ameliyatın yaratabileceği anksiyete
2. Beden imajı algısındaki değişim
3. Kişiler arası ve cinsel ilişkilerde bozulma korkusu
4. Evliliğin biteceği ve yalnız kalma korkusu
5. Ölüm korkusu

Bu ve benzer durumları yenmek, onarmak ve duruma uyum sağlamaları noktasında hastaya profesyonel bir ekip tarafından psiko-sosyal destek verilmelidir. Tıbbi bakım ekibinin bir

üyeyi olan tıbbi sosyal hizmet uzmanının amacı hastanın bu süreçten en az kayıpla çıkmasına yardımcı olmaktır.

Kanser hastasının ailesiyle ve çevresiyle iletişimi, algılayışı, sosyal desteğe yönelik tepkileri ve kendilerini ifade etmede yaşadıkları güçlükler sosyal hizmet açısından oldukça önemlidir (Işıkhana, 2007: 27). Tıbbi sosyal hizmetin içerisinde yeni bir uzmanlaşma alanı olan onkolojik sosyal hizmet, kanser hastalarının ihtiyaç duyduğu birçok konuda destek verme amacındadır. Onkoloji sosyal hizmet uzmanı hastalığın tanı aşamasından itibaren hastaya hastalığı ile ilgili bilgilendirme yaparak, tedaviye uyum sağlamasını kolaylaştırmak, hastaneye yatış durumunda boş zamanları değerlendirerek moral gücünü arttırmak ve oluşabilecek olumsuz duygu boşalmalarını dinleyerek hastaya yardımcı olmaktadır. Sağlık ekibine hastanın bu zorlu sürecinde birtakım hassasiyetlerini anlamaları hususunda bilgilendirme yaparak dolaylı yoldan hastanın iyilik halini gözetmek de onkoloji sosyal hizmet uzmanının işlevleri arasındadır.

Kanser, hastanın homeostatik dengesini olumsuz yönde etkilediği kadar ailesinin ve yakınlarının da psiko-sosyal ve ekonomik açıdan zorlanmalarına neden olmaktadır (Zengin ve ark. 2012: 3). Mastektomi sonrasında kadının evdeki rolü değişmekte, ev işlerinde yardım alma zorunluluğu ortaya çıkmaktadır. Yakınlarına muhtaç olma duygusu hastada gerginlik, çabuk öfkelenme, içine kapanma, vb. psikolojik sıkıntılar meydana getirmektedir. Ayrıca çalışamamak veya kadının bakımı için eşin bu sürede çalışamaması, zaten var olan tedavi masraflarına ek bir ekonomik yük de getirebilmektedir. Onkoloji sosyal hizmet uzmanı; ihtiyaç doğrultusunda tedavi, ulaşım, vb. giderleri karşılamaları noktasında hasta ve ailesine mevcut kaynakları bulmalarında yardımcı olmaktadır.

Mastektomi ile birlikte bedenden bir uzvun kaybedilmesi, özellikle kadın için annelik ve cinsiyet rollerini temsil eden bir uzvun kaybedilmesi, hastada olumsuz düşünce ve tepkilerin gelişmesine yol açmaktadır. Bu bağlamda tıbbi sosyal hizmet uzmanı hastaya yönelik kapsamlı psiko-sosyal değerlendirmeler yaparak özel programlar geliştirir. Ayrıca moral arttırıcı konuşmalarla hastayı rahatlatır, yalnızlık duygusunu hafifletir ve kendine güvenini kazanmasına yardımcı olur (Işıkhana, 2007: 26).

Gerek diğer hastalıklarda gerekse de kanser gibi adının dahi insanda korku uyandırdığı travmatik etkileri olan hastalıklarda şüphesiz sosyal destek çok önemlidir. Hatta Işıkhana'nın (2007) ifadesiyle; "kanseri hastaları için gerektiğinde yaşamlarını uzatıcı etkilere neden olabilecek kadar önemli bir kaynaktır" (Işıkhana. 2007: 27). Bu anlamda mastektomi geçirmiş kadınlara verilen sosyal desteğin her türlü, kadın için hem içinde bulunulan süreçte hem de sonrasında olumlu etkiler bırakmaktadır.

1.3.2. Meme kanserinin tarihçesi

Meme kanserinin tarihçesi bilinenin aksine milat öncesi dönemlere rastlamaktadır. Meme kanserinde cerrahi tedavi yöntemlerindeki gelişmeler ise son yüzyılda daha çok yer alır. Önceleri tedavinin lokal ve cerrahi olduğu düşünülmüş, ancak hastalığın biyolojisinin anlaşılması ve mamografi ile daha küçük tümör tespitleri nihayetinde sistemi k tedaviyi getirmiştir. Günümüzde meme kanseri tedavisi; cerrah, radyasyon onkoloğu, plastik cerrah,

medikal onkolog, radyolog, patoloğun beraber çalışmasıyla mümkündür. Eski mısırdan orta çağ batısına kadar birçok medeniyette meme kanseri tanımlanmış, ancak hastalığın nedenine ilişkin bir bilgi bulunamamıştır. Hipokrat ve Galen kan, balgam, sarı ve siyah safra gibi biyolojik dengesizlik temeline dayalı “hümorale teori” yi savunmuşlardır. (Ünal, 2006) Hipokrat menopo ve meme kanseri arasındaki ilişkiden bahsetmiştir. (Ünal, 2006) meme tümörlerine benign ve malign olarak ayırmış, meme kanserine malign, yayılan ve ölüme neden olan diye tarif etmiştir. Galen e göre ise, siyah safranın artışı sonucu oluşan “melancholia” nın bir belirtisi olarak görülen kanserde hastalıklı memenin eksizyonu (çıkarılması, alınması) önerilmiştir.

Dr. Leonides (MS 80) ise mastektomi ameliyatını detaylı olarak anlatmış ve elektrokoter kullanıldığını önermiştir.

Orta çağ döneminde Paul ve Lanfranc tarafından yazılan meme cerrahisini ayrıntılı olarak anlatan kitaplar mevcuttur. Bu dönem de yine Galen etkisi altında kalmıştır.

15. yy. Paracelsus tarafından vücutta humor dengesizliğinden ziyade, vücuttaki eksik veya fazla üretilen sıvı sonucu kansere neden olduğu (Donegon, 2006) fikrinin benimsenmesiyle 1500 yıllık hümorale teori yerini “lenf teorisi” ne bırakmaya başlamıştır. Böylelikle kanser hücrelerinde kan dolaşımına invazyon olarak tanımlanan metastaz terimi de tanımlanmaya başlanmıştır.

Fransız cerrah Lanfranc mastektominin Avrupa'daki tıp okullarında standart tedavi olarak kabulünü sağlamıştır.

Diğer bir Fransız cerrah Henri Francois Le Dron 1757 yılında meme kanserinin başlangıçta lokal, büyüdükçe koltuk altı lenfatikleri ve genel dolaşıma geçerek uzak organlara yayıldığını savunmuştur.

Jean Louis Petit (1674-1750) meme kanseri cerrahi tedavisinde meme ile lenf nodüllerinin hatta invazyon varsa pektoralis majör kasının da çıkarılmasını önermiştir. Bu girişim, radikal mastektominin başlangıcı kabul edilir.

1850'li yıllarda genel anestezinin gelişmesi geniş cerrahi girişim yapılmasına; mikroskop kullanılması da hücre patolojisinin öğrenilmesine olanak sağlamıştır.

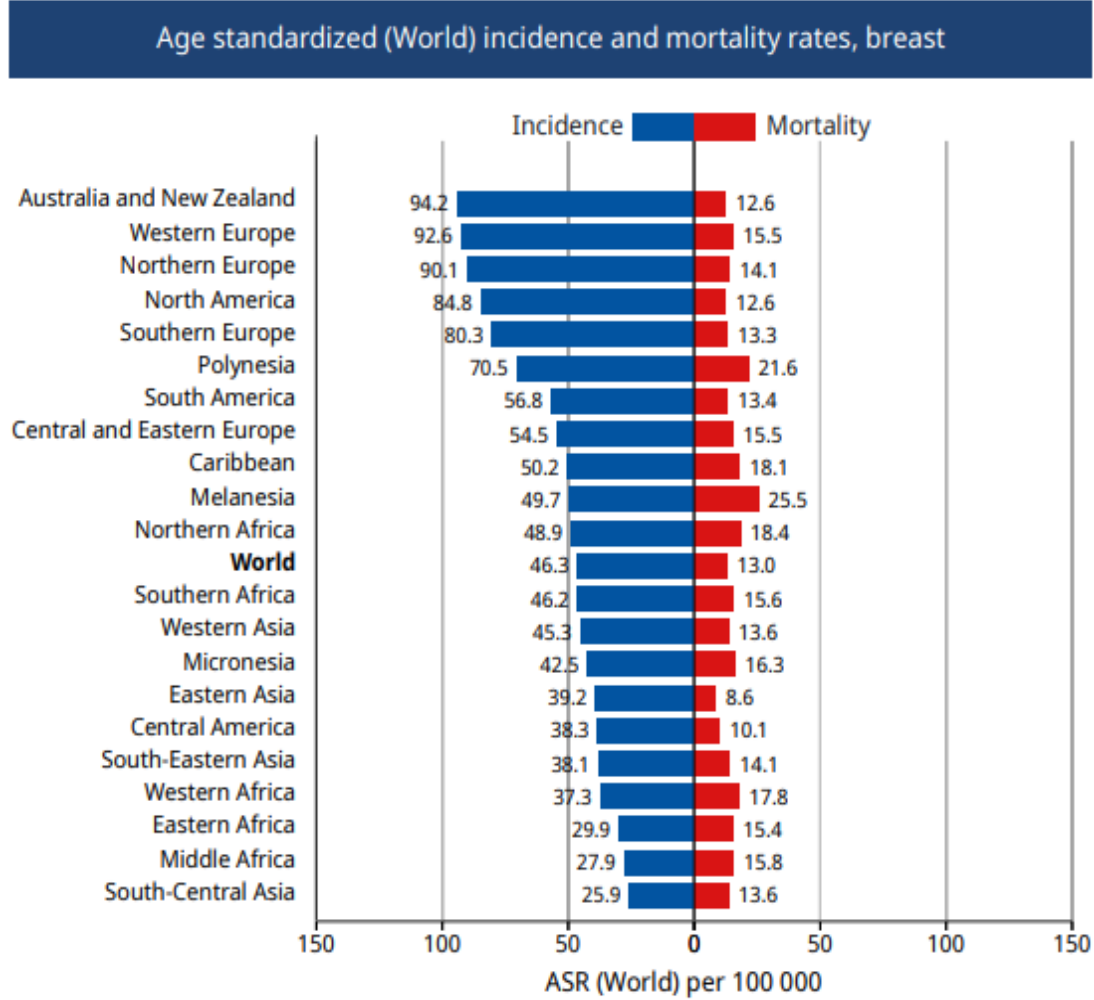
Hagensen ve Stout ise 1943 yılında meme dokusunda ödem, ülserleşme, lenf nodu ve göğüs duvarına fiksasyon gibi ileri evre bulguları tanımlamışlardır.

2. Dünya savaşı sonrası yüksek voltaj eksternal radyasyon gelişmesiyle etkili ve güvenli radyoterapi imkanları doğmuştur. İskoçya dan McWhirter 1948 yılında mastektomi+aksilladiseksiyonu ve radyoterapi uygulamış ve bu hastalarda yaşam süresinin radikal mastektomi yapılan hastalardan daha uzun olduğunu görmüştür. 1958 yılında Madden meme kanserinde MRM yapmaya başlamış; pektoral fasya, meme ve aksillerdiseksiyonu yapmıştır. Roses ve arkadaşları 1981 de MRM'yi geliştirmiş, yaptıkları ameliyata ‘total mastektomi+lateralaksillerdiseksiyon’ adını vermişlerdir.

1.3.3. Meme kanserinin dünyada ve Türkiye’de görülme sıklığı

Meme kanseri, kadınlarda en sık görülen kanser türü olup tüm kadın kanserlerinin %25'ini, tüm kanserlerin ise %12'sini oluşturmaktadır (Özmen, 2017: 30).

Şekil 2. 2018 Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde meme kanseri sıklığı

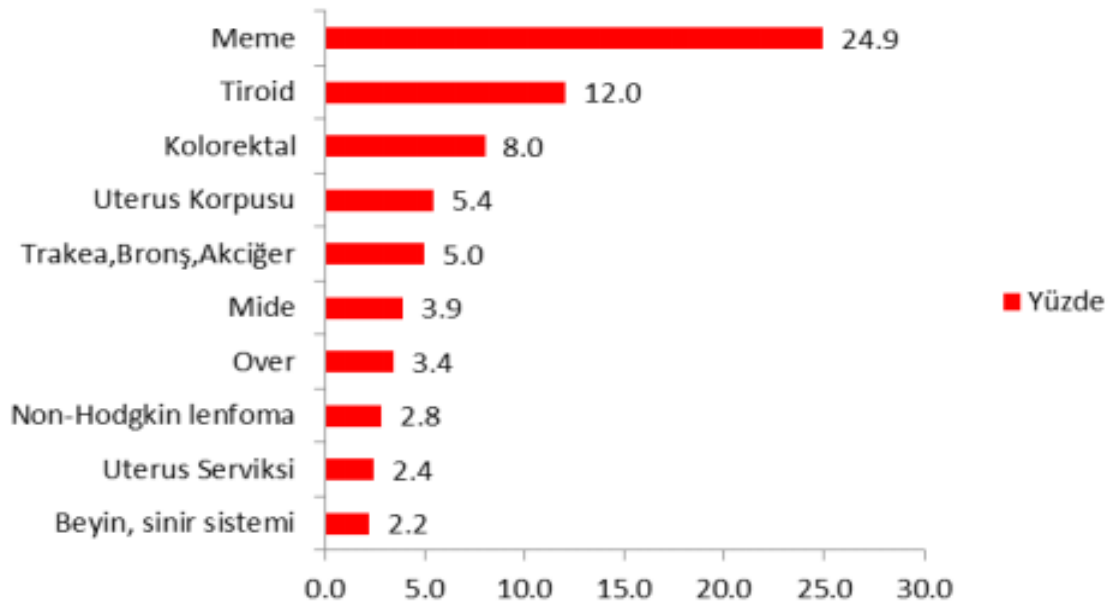


Kaynak: GLOBOCAN (2018: 2)

Meme kanseri sıklığı dünyada ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Görülme sıklığı gelişmiş bölgelerde (Batı Avrupa 96/100. 000; Orta Afrika ve Doğu Asya'da 27/100. 000) 4 kat daha fazladır (Özmen, 2017, s.30). Japonya ve Çin'de ekonomideki batılılaşma ve doğurganlığın batıya benzemesi nedeniyle meme kanseri görülme oranındaki fark giderek azalmaktadır (Topuz vd. 2003).

Türkiye'de meme kanserinin sağlık bakanlığının 2014 verilerine göre kadınlarda görülme oranı %24,9 (%12 tiroid, %8 kolorektal) ile en fazla görülen kanser türü olmuştur.

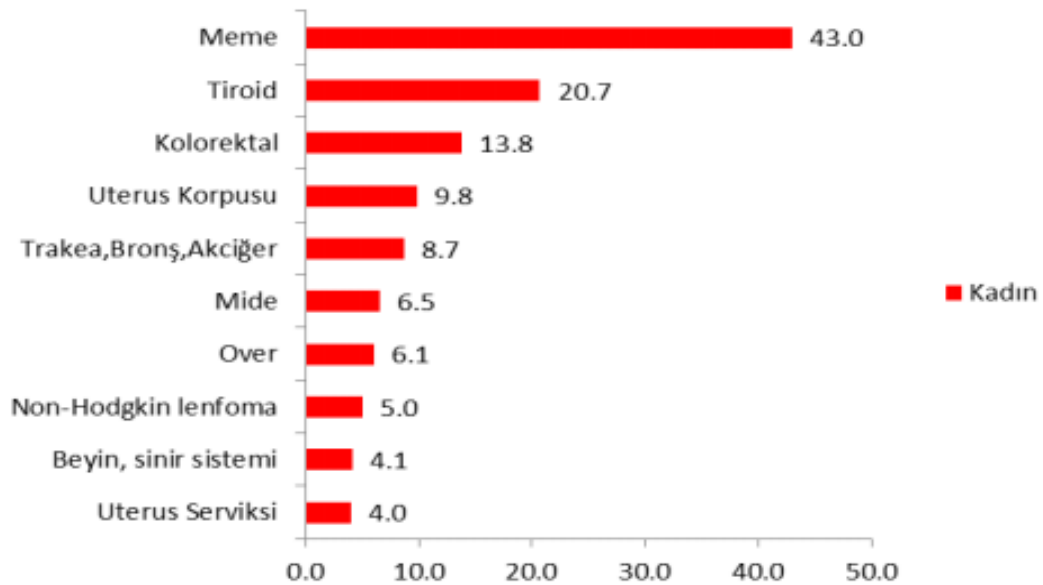
Şekil 3. Tüm yaş gruplarındaki kadınlarda en sık görülen bazı kanserlerin bu grup içindeki yüzde dağılımları



Kaynak: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Türkiye Kanser İstatistikleri (2017: 20)

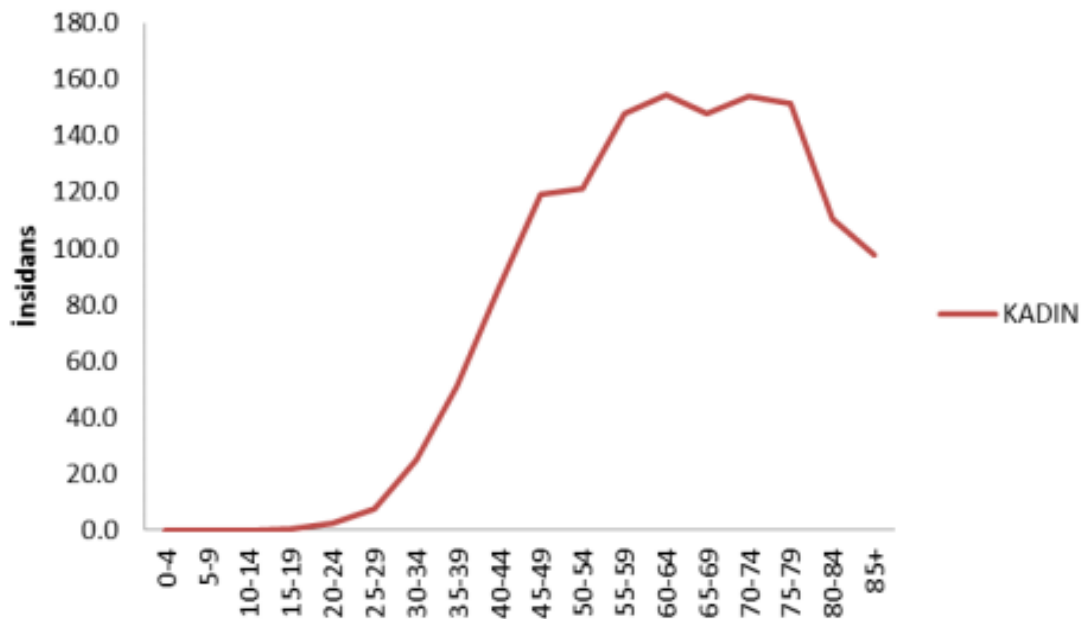
Tanı konulan her 4 kadın kanserinden 1'i meme kanseridir. Ülkemizde meme kanseri tanısı alan kadınların %44,5 i 50-69 yaş aralığında olduğu, %40,4 ünün de 25-49 yaş aralığında olduğu saptanmıştır.

Şekil 4. Kadınlarda en sık görülen 10 kanserin yaşa göre standardize edilmiş hızları



Kaynak: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Türkiye Kanser İstatistikleri (2017: 19)

Şekil 5. Meme kanserinin kadınlarda yaşa göre hızları



Kaynak: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Türkiye Kanser İstatistikleri (2017: 27)

1.3.4. Mastektomi geçiren kadınların sorunları

1.3.4.1. Psikolojik sorunlar

Kanser bedensel bir hastalık olmasının yanı sıra ruhsal ve psiko-sosyal açıdan birçok problemi de beraberinde taşıyan kronik bir olgudur. Kanser kelimesi dahi toplumda acıyı, umutsuzluğu, korku ve ölümü çağrıştırmaktadır. Bazı kanser tiplerinin daha fazla ruhsal sorunlara yol açtığı, örneğin mastektomi sonrası özellikle kemoterapi de eklenirse psikiyatrik bozukluk oranında artış gözlemlendiği belirtilmiştir (Hardman vd., 1989'dan aktaran: Arıkan, 2000).

Mastektomi yapılan hastaların birçoğu ameliyat sonrası kemoterapi, radyoterapi veya hormon tedavisi almak durumunda kalır. Bu tedavilerin olumsuz yan etkileriyle birlikte, hastalığın klinik seyrinin belirsizliği ve tedavinin kesin iyileşme garantisi vaat edemeyişi hastada korku ve kaygı uyandırmaktadır (Karamanoğlu ve Özer, 2008).

Ayrıca mastektomi sonrası kadının zihninde kayıp olgusuna yönelik birçok soru işareti oluşur. Hasta sevdiklerinden ayrılma korkusunun yanı sıra ölüm gerçekliğinin kendisinden de şiddetle korkmaktadır. Bu ölüm korkusu Yalom'a göre kişiyi intihara kadar sürükleyebilir. Yalom Varoluşçu Psikoterapi adlı kitabında şöyle yazar: “Birçok insan ‘ölmekten o kadar korkuyorum ki, intihar etmeyi düşünüyorum’ anlamına gelen sözler söylemiştir. İntihar fikri korkudan bir nebze olsun kurtuluş sağlar. Bu aktif bir harekettir, kişiye kendisini kontrol eden şeyi kontrol etme fırsatı verir (Yalom, 2018: 171).

Mastektomi uygulaması ile ortaya çıkan psikolojik durumun düzeyi kadının beden imajı algısı ile doğrudan ilişkilidir. Öz'ün (2010) Schilder'den aktardığına göre; beden imajı

algısı “kendi bedenimizin zihnimizde canlandırdığımız resmi” olarak tanımlamaktadır (Öz, 2010). Beden imajı algısı, kişinin kendi bedenini fiziksel görünüm, sağlık durumu, vücut bütünlüğü ve cinsel kimlik boyutuyla değerlendirmesidir.

Yapılan çalışmalarda mastektomi sonrası fiziksel görüntüsü değişen kadının benlik saygısında da bir düşüşün gözlemlendiği, kişinin kendini sevmeye, kendini kabul etme ve yeterli görme konularında sorun yaşamasına sebep olduğu dile getirilmiştir (Yıldız, 2015: 11). Beden imajı algısındaki değişiklik kadın kimliğinde cinsel bir sembol durumunda olan memenin kaybı cinsel sorunlara da neden olmaktadır. Kadının hayatında hastalıktan önce memeye yüklediği anlam ile ameliyat sonrasında yaşadığı duygusal çöküntü birbirine çok yakındır. Yani kadının eş, anne ve toplumsal hayattaki kadın imgesinde meme uzvu önemli bir yere sahipse ameliyat sonrası tüm bu rollerde eksiklik hissetmektedir. Cinsellik sağlıklı hayatın ayrılmaz bir parçasıdır. Yapılan araştırmalarda mastektomi sonrasında kadınların birçoğunun cinsel yaşantısında sorun yaşadıkları görülmüştür. Bu durumda eşyle iletişim kuramayan kadınlar için dışarıdan verilecek bir destek hem sorunun çözümünde hem de medikal tedavisi süren hastanın iyileşmesinde çok önemlidir.

Kadın için anneliğin, beslenmenin ve üremenin de sembolü olan memenin kaybı ile hastada ruhsal bozukluklar, özellikle depresyon görülme sıklığı artmıştır. Kısa vadede negatif etkiler cinsellikte, evlilik hayatında, toplumsal ve çevresel ilişkilerde yoğunlaşırken, uzun vadede protez ve kıyafete yönelik sorunlar ortaya çıkmaktadır (Arıkan, 2000: 41). Mastektomi sonrası kadınların çoğunun karanlıkta giyinip soyunduğu, değil eşlerine kendileri dahi ameliyat bölgesine bakıp dokunamadıkları ve ameliyat öncesi kullandıkları çoğu kıyafeti kullanamadıkları bilinmektedir.

Mastektomi, meme kanserli bireylerde anksiyete, korku ve öfke gibi duygular da yaratabilmektedir. Hastalık ve cerrahi işlemle birlikte gelen ağrı, acı vb. etkiler gerek iş hayatında gerekse de evde rol kayıplarına, iletişimin aksamasına ve birilerine bağımlı hale gelme durumuna yol açmaktadır. Tüm bu etkiler kadınların hem evliliklerinde hem de yaşantılarında bir kriz ortamı oluşturmaktadır. Mastektomi sonrasında kadının aldığı kemoterapi ve radyoterapi gibi tedaviler hastayı güçsüz bırakmakta ve hastanın gündelik yaşantısında bir başkasına muhtaç olmasına neden olmaktadır. Yetersizlik hissi, evdeki basit işlerde bile (yemek yapma, ev işleri yapma, çocuklarla ilgilenme, vb.) kendini göstermekte ailedeki dengeyi bozmaktadır. Eşlerin var olan sorumluluklarına yenilerinin eklenmesi, sevdiği kadının kanser gibi ölümcül hastalıkla mücadele etmesi, hastalığın belirsizliği, vb. problemler eş üzerindeki baskıyı artırmaktadır. Bu yüklerle devam etmeye çalışan eş, hasta ile genellikle farkında olmadan duygusal olarak uzaklaşmakta ve kadın yalnızlaşmaktadır.

Gerek sağlık ekibinde gerekse de hastanın ailesi ve yakın çevresinde meme kanserinde yapılan cerrahi tedavinin ön planda tutularak beraberinde getirdiği psikolojik rahatsızlıkların göz ardı edilmesi tedavinin seyri için olumsuz bir tutumdur.

1.3.4.2. Sosyal sorunlar

Mastektomi sadece kadını değil, onunla birlikte aile üyelerini, arkadaşlarını ve yakın çevresini de olumsuz şekilde etkilemektedir. Aile üyelerinin rutin yaşamlarına ilişkin sorumlulukları mastektomi sonrası değişmekte, var olan sorumluluklara bir de hasta bakımı eklenmektedir.

Aile bireyleri hastalık ve bakım sürecinde ya çok ilgi gösterir ya da ilgisiz kalarak hastayı yalnız bırakır. Bazı aile bireyleri ve arkadaşlar kendi alışkanlıkları ve hastaya karşı nasıl davranacakları hakkındaki belirsizlik yüzünden hastaya yakın olmaktan kaçınabilir, bu da sosyal izolasyona neden olmaktadır (Ülger vd., 2014: 87).

Hasta kanser olmasından dolayı toplum tarafından etiketlenme sorunu yaşayabilir. Toplumların gelişmişlik düzeylerine göre hastalıklara bakış açısı farklı olsa bile kanser gibi ölümcül hastalıklarda kişiler kendini hastadan uzak tutma davranışı sergileyebilmektedir. Kemoterapi ve radyoterapi gibi tedavi süreçlerindeki fiziksel değişimler (saç dökülmesi, cilt rengindeki değişiklikler, vb.) hastanın sosyal yaşantısından uzaklaşmasına neden olmaktadır. Kadınların bu durumlarda sosyal yaşantıya var olan şekliyle entegre olabilmesi için profesyonel destek alması oldukça önemlidir.

Çalışan kadınlarda performans eksikliği, tedavi dönemindeki bulantı, ağrı, yorgunluk gibi hastalık semptomları nedeniyle işe gidememe, bunun sonucunda da iş kayıpları söz konusu olmaktadır. Mastektomi ile kaybedilen unsurlara iş kaybı ile bir yenisinin eklenmesi kadını çaresizliğe ve ümitsizliğe düşürmektedir.

Tüm bu sıraladıklarımız ve tedavinin belirsizliği hastanın gerek yakın çevresiyle gerekse de tedavi ekibiyle iletişim sorunları yaşamasına neden olmakta, hastada anksiyete, depresyon, öfke, umutsuzluk, çaresizlik vb. sorunları beraberinde getirmektedir.

1.3.4.3. Ekonomik sorunlar

Meme kanseri tedavisi uzun süren ve yıpratıcı bir süreçtir. Bu süreçte gerek hasta gerekse de aileye maddi-manevi görev ve sorumluluklar yüklenmektedir. Hasta gündelik hayatında hastalıkla beraber köklü değişiklikler yapmak zorunda kalabilir.

Tedavi döneminde hastalar izin alma, ücret yetersizliği, istenmeyen nakillerin olması, işteki yararlarının inkâr edilmesi vb. sorunlarla karşılaşabilmektedirler. Mastektomi sonrası kemoterapi sürecinde bulantı, kusma, ağrı vb. yan etkiler nedeniyle performanslarındaki azalma iş hayatında hastayı güç durumda bırakabilmektedir. Bu süreçte işten çıkarıldığı için sağlık güvencesini kaybeden veya hasta olduğu için düşük ücret karşılığı çalıştırılan hastalar tedavi giderlerini karşılamakta zorlanmaktadır (Aslan, 2017: 30). Bunun yanı sıra sağlık güvencesi veya sağlık sigortası olmayan hastalar da kanserde uygulanan uzun tedavilerin yüksek maliyetleri nedeniyle ekonomik güçlükler yaşamaktadır (Gümüş, 2006: 111).

1.3.5. Onkolojik sosyal hizmet ve işlevleri

Onkolojik sosyal hizmet; kanser olasılığı ya da kanser tanısı etkileri ile karşılaşan hasta ve ailelerine yönelik sosyal hizmetler sunan profesyonel bir disiplindir. Acar (2013)'a göre” onkolojik sosyal hizmet; hasta ve ailesinin tıbbi bakım ve tedaviyi kabul etmesi ve bakımın etkin bir biçimde uygulanmasını kolaylaştırmayı, hastalık nedeni ile yaşanan stresi azaltmayı ve içinde bulunulan koşullar nedeni ile ortaya çıkan psiko-sosyal ve ekonomik sorunları çözümlmeyi amaçlamaktadır” (Acar, 2013: 239). Bu tanımdan hareketle onkolojik sosyal hizmetin işlevlerini aşağıdaki gibi sıralayabiliriz:

- Hasta ve ailesinin eski durumlarına dönmelerini ve rehabilitasyonlarını sağlamak, psiko-sosyal bakım planı geliştirmek ve psiko-sosyal desteğe ihtiyacı bulunan hasta ve aileleriyle çalışmalarda bulunmak,
- Hasta ve ailede gözlenen tepkileri anlayışla karşılayarak dinleme yolu ile duygusal boşalımı sağlamak,
- Moral artırıcı konuşmalarla hastayı rahatlatmak, yalnızlık duygusunu hafifletmek ve kendine güvenini arttırmak,
- Hastaların hastaneye yatışlarının yarattığı olumsuz havayı yumuşatmak ve boş zamanlarını değerlendirmek üzere etkinlikler düzenlemek, hastaların moral gücünü artırmak,
- Hastalığın tetkik ve tedavisinde hasta ve ailesinin uyumlarını kolaylaştırmak,
- Hastane içinde bulunan gönüllü kişilerin çalışmalarını düzenlemek, böyle bir çalışma yoksa bu tip çalışmaların kuruma yönelmesini sağlamak,
- Taburculuk sonrasında oluşabilecek kişisel, toplumsal ve ekonomik koşulların yeniden düzenlenmesine yardımcı olmak,
- Ameliyat sonucunda bazı yetenek ve işlevlerini kaybeden hastaların rehabilitasyon programlarına katılması ve gerekli ise yeni bir işe yerleştirilmeleri konularında yardımcı olmak,
- Hastaların gerektiğinde sosyo-ekonomik durumlarının tetkikini yaparak hastane harcamalarına katılıp katılamayacağını araştırmak ve değerlendirmek, maddi yetersizliği olanlara diğer kurumlardan sürekli veya geçici destek sağlanmasına yardımcı olmak, sağlık bakım olanaklarının ve kaynaklarının kullanımını kolaylaştırmak, fiziksel ve psikolojik fonksiyonların değerlendirilmesinin ve işe yarar destekleyici kaynakları bulmak, tedavi masraflarını karşılamaya ilişkin sorunlara hasta, ailesi, hastane ve varsa toplum olanakları ile çözüm aramak, ulaşım ya da finansal yardım gibi hizmetlerde hasta ve ailesinin önüne çıkan engelleri aşmalarına yardımcı olmak,
- Hastaların kişisel ve ailevi sorunlarının çözümlenmesinde ailesi ve yakın çevresiyle iş birliği yapmak, bunun için kuruma başvuruda bulunan hasta yakını ve ziyaretçilerinin sorunlarının çözümlenmesinde gerekli görülen her türlü önlemi almak ve aldirmek,
- Sağlık ekibinin, hastanın hastalığıyla, tedavisiyle, iyileşmesiyle ilgili sosyal, ekonomik ve duygusal faktörlerin önemini anlamalarına yardımcı olmak, gerektiği anlarda sağlık ekibini bu konularda bilgilendirmek,

- Sağlık personelinde oluşan tükenme, bıkkınlık, işten soğuma, iş doyumsuzluğu gibi durumları azaltmak üzere görüşmeler yapmak, sosyal etkinlikler düzenlemek, hastane personelinin karşılıklı ilişkilerinde ve sorunlarında danışma ve yardım sağlamak (Işıkhani, 2007: 26-27).

1.3.6. Onkolojik sosyal hizmette sosyal çalışmacının rolü

Mastektomi geçirmiş kadın hasta ve yakınlarının iletişimleri, sosyal destek hizmetlerine yönelik tepkileri, kendilerini ifade etmede yaşadıkları zorluklar, beden imajı algısı ve benlik saygısı ile ilgili duygusal çalkantıları sosyal hizmet açısından önemle üzerinde durulması gereken konulardır. Onkoloji alanında çalışan tıbbi sosyal hizmet uzmanları ayakta ya da yatarak tedavi gören hastalara ve ailelerine doğrudan ve dolaylı olarak hizmetler sunmaktadır. Altınova ve Duyan (2013: 43, 44)'a göre onkolojide çalışan sosyal hizmet uzmanları aşağıda belirtilen görev yetki ve sorumluluklara sahiptirler:

a) Onkoloji Hastalarına ve Ailelerine Yönelik Görev ve Sorumluluklar

1. Psiko-sosyal ve ekonomik açıdan inceleme ve değerlendirme yapmak,
2. Onkoloji tedavisi ve sonuçları çerçevesinde; hasta ve ailesinin psiko-sosyal işlevselliğini korumak ve güçlendirmek amacıyla bireylerle ve grupla sosyal hizmet uygulaması yapmak,
3. Ailelerin psiko-sosyal ihtiyaçlarını temel alan aile danışmanlığı yapmak,
4. Tedaviye katılım, tedavinin etkinliğini artırma ve tedaviyi sürdürme konusunda davranış değişikliklerine yönelik çalışmalar yapmak,
5. Onkolojik hastalıklar sonucunda yaşanan kayıplara ve kriz durumlarına yönelik çalışmalar yapmak,
6. Toplum kaynakları konusunda bilgilendirme yapmak, kaynakların kullanılmasına yardımcı olmak
7. Hasta hakları konusunda bilgilendirme ve savunuculuk çalışmaları yapmak
8. Taburculuk aşamasında karşılaşılan sorunlara yönelik psiko-sosyal çalışmalar yapmak
9. Özel gruplara (çocuklar, mastektomi hastaları gibi) yönelik programlar geliştirmek
10. Taburculuk sonrası izleme çalışması yapmak.

b) Kuruma Yönelik Görev ve Sorumluluklar

1. Kurum personeline onkolojik tedaviye etki eden psiko-sosyal, çevresel ve kültürel etmenler konusunda konsültasyon hizmetleri sağlamak,
2. Onkolojik uygulamaların yarattığı stres ve tükenmişlik konularında personele yönelik destek çalışmaları yapmak,
3. Sosyal hizmet bölümünün program planlamasına katılmak,
4. Sosyal hizmet bölümünün eğitim programına (servis içi, personel yetiştirme, öğrenci eğitimi gibi) katılmak,

5. Sosyal hizmet bölümünün araştırma etkinliklerine (araştırma yapma, yayınlama, akademik çalışma yapma gibi) katılmak,
6. Sosyal hizmet bölümünün yönetsel taleplerini (verilen hizmetlere ilişkin istatistikleri hazırlama, zaman çizelgesi düzenleme, genel personel toplantılarına katılma gibi) yerine getirmek,
7. Sosyal hizmet bölümü/ servisini yönetmek.

c) Topluma Yönelik Görev ve Sorumlulukları

1. Gönüllülük çalışmalarını düzenlemek,
2. Tanıtım ve bilgilendirme çalışmaları yapmak,
3. Diğer kurum ve kuruluşlarla iş birliğine girmek.

d) Ekip Çalışması ve İşbirliğine Yönelik Görev ve Sorumluluklar

1. Tıbbi bakım ekibinin bir üyesi olarak bütüncül tedavi, araştırma ve psiko-sosyal eğitim konularında ekip çalışmalarında yer almak.

e) Kayıt Tutma ve Belgelemeye Yönelik Görev ve Sorumlulukları

1. Sosyal hizmet müdahalesi çerçevesinde yapılan çalışmaları hasta dosyasına yazmak,
2. Hizmetlerin kalitesini artırmak ve kalite güvencesini sağlamak amacıyla programlar geliştirmek, istatistikî veriler sağlamak ve ilgili kayıtları tutmak.

f) Mesleki Gelişim ve Yetiştirmeye Yönelik Görev ve Sorumlulukları

1. Onkolojide sosyal hizmet konularında klinik, eğitimsel ve araştırma becerilerini geliştirme,
2. İlgili konularda sempozyum, kongre ve konferans gibi bilimsel etkinliklere katılmak,
3. Süpervizyon almak.

1.3.7. Onkolojik sosyal hizmet ve mastektomi alanındaki araştırmalar

Kanser, uzun ve meşakkatli bir yolu olan kronik bir hastalıktır. Tanı alınması ile başlayan bu yolculuk tedavi, taburculuk ve hatta taburculuk sonrasında dahi, psiko-sosyal ve ekonomik destek mekanizmalarının devreye girmesiyle verimli olabilir. Tüm bunlar ve de medikal tedavi ne kadar uyumlu bir şekilde hastaya sunulursa hasta ve ailesinin de hastalıkla mücadele süreci o kadar hafifletilmiş olacaktır. Kuşkusuz bu uyumu sağlamada, Elçigil'in vd. (2011: 138) de ifade ettiği gibi, hastanın gereksinim duyduğu hizmetleri alabilmesi adına danışmanlık yapan ekibin bir parçası da sosyal hizmet uzmanıdır.

Özçelik'in vd. (2010:5) yapmış olduğu bir çalışmada da palyatif bakım hizmetlerindeki ekibin içinde sosyal hizmet uzmanının yer alması gerektiğinden bahsedilmektedir.²

Kanserin üstesinden gelme noktasında aile desteği çok önemlidir. Hasta kadar ailesinin de hastalık nedeniyle birçok olumsuzluk yaşaması her iki tarafın da duygularını yoğun yaşamasına sebep olmaktadır. Tuncay (2009: 143) da 20 kanser hastası ile yapmış olduğu araştırmada bu konunun üzerinde durmakta ve hasta ile ailesinin arasındaki etkileşimin arttırılmasında sosyal hizmet uzmanının aktif rol alarak hem hastayı hem ailesini güçlendireceğini anlatmaktadır. Bu bağlamda yapılmış birçok çalışmada, meme kanserli kadınlarda algılanan sosyal desteğin yaşam kalitesi ile paralel olduğu ve aile iletişiminin kansere uyum sürecinde etkin bir rolü olduğu ortaya koyulmuştur (Çalışkan vd.; 2015: 34).

Literatüre bakıldığında meme kanserli kadınların tanılarını öğrenme ve hastalıkla ilgili bilgi edinme durumlarının psikolojilerini etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Soysal'ın vd. (1991: 49) meme kanserli kadınlardaki psikiyatrik bozuklukların neler olduğunu saptamak amacıyla yapmış olduğu çalışmada, kanser tanısını hastaların kendi çabalarıyla edindikleri ifade edilmektedir. Kanser tanısının hastaya söylenmeli mi yoksa söylenmemeli mi tartışması halen sürmekle beraber, söylenme aşamasında bir onkolog ve yakınlarının yanı sıra bu ekipte psikiyatrist, psikolog ya da sosyal hizmet uzmanının da eşlik etmesinin olumlu katkısı olacağı savunulmaktadır (Avucan vd.; 2006).

Bireyin bedenine ve bedeninin işleyişine karşı geliştirdiği olumlu ve olumsuz duyguların kendisi tarafından anlamlandırılması şeklinde ifade edebileceğimiz beden imajı, kanser tedavisinde hastalıkla baş etmede önemli bir misyona sahiptir. Beden imajındaki olumsuz algı hastalığın seyrini de kuşkusuz olumsuz etkilemektedir. Türk'ün (2017; 64) yapmış olduğu bir çalışmada meme kanseri ve mastektominin beden imajı algısını zedelediği ve rahatsızlık duygusuna neden olduğu ortaya koyulmuştur. Yine benzer bir araştırmada Uçar ve Uzun (2008) mastektomi geçiren kadınların beden algısına yönelik şikâyetlerinin fazla olduğu ve benlik saygısının da düşük olduğu saptanmıştır.

² Palyatif bakım: Hastanın acı çekmesinin giderilmesi ve yaşam kalitesinin arttırılmasına odaklı bir bakım şeklidir.

İKİNCİ BÖLÜM: MASTEKTOMİ GEÇİRMİŞ KADINLARA TIBBİ SOSYAL HİZMET DESTEĞİNİN VERİLMESİ İLE İLGİLİ ALAN ARAŞTIRMASI: GEBZE ÖRNEĞİ

2.1. Araştırmanın Metodolojisi

2.1.1. Araştırmanın konusu ve önemi

Bu araştırmada meme kanseri nedeniyle mastektomi ameliyatı geçirmiş kadınların yaşadığı zorluklar ve ihtiyaçları konu edinilmiştir. Kanser türleri içerisinde kadınlarda en sık görülen meme kanseri, kanser olmanın verdiği yıkıcı etkinin ve korkunun yanı sıra kadının kimliği için de tehdit olarak algılanmaktadır. Tıbbi sosyal hizmet alanında son zamanlarda modern bir uzmanlaşma alanı niteliğindeki onkolojik sosyal hizmet çalışmaları kanser tanısı olasılığı veya kanser tanısı almış kişilere ve ailelerine yönelik hizmetler sunmaktadır. Literatürde mastektomi geçirmiş kadınların sorunlarını ve ihtiyaçlarını tıbbi sosyal hizmet odağında ele alan, hastaların bu süreçte tıbbi sosyal hizmet uygulamalarından memnuniyetini araştıran bir araştırma olmadığı tespit edilmiştir. Dolayısıyla araştırma bu alanda yapılacak diğer çalışmalara kaynaklık etmesi noktasında önemlidir.

2.1.2. Araştırmanın amacı

Bu araştırmanın genel amacı, meme kanseri nedeniyle mastektomi geçirmiş kadınların yaşadığı zorlukları bütüncül bir yaklaşımla değerlendirmek ve ihtiyaç duydukları tıbbi sosyal hizmet desteğinin yeterli olup olmadığını belirlemeye çalışmaktır.

2.1.3. Araştırmanın problemi

Meme kanseri ve tedavisi kadınlar üzerinde birçok olumsuz etki yaratmaktadır. Bu süreçte derin fiziksel etkiler söz konusudur. Tedaviyle birlikte ağrı, mide bulantısı, uykusuzluk, halsizlik, saç dökülmesi, memenin alınması (mastektomi), vb. gözlenmektedir. Tüm bunlar hastaların günlük yaşantılarını olumsuz yönde etkilemekte ve hastalar daha önce yapabildikleri birçok rutin iş için yardım alma mecburiyetinde kalmaktadır. Meme kanseri olan kadınlar psikolojik olarak da ciddi sorunlar yaşamaktadır. Hastalık tanısının alınmasıyla birlikte; kanserin tekrarlayacağı korkusu, geleceğe yönelik belirsizlik, benlik saygısının azalması, beden imajının bozulması, ölüm korkusu, öfke, depresyon, anksiyete, vb. psikolojik sorunlar gözlenmektedir. Tüm bunlar hasta kadar hastanın en yakınındakiler de etkilenmektedir. Meme kanseri ve tedavisinin ekonomik sonuçları da söz konusudur. Tedavi masrafları, ilaç, ulaşım, bakıcı maaşı, vb. yanı sıra hastanın öncesinde çalışıyorsa çalışamama durumu da gelir üzerinde düşüşe neden olmaktadır.

Onkolojik sosyal hizmet, hastanın tedavisini ve yaşam kalitesini olumsuz olarak etkileyen sosyal, ekonomik ya da kansere karşı gelişen olumsuz psikolojik tepkileri ortadan kaldırmak ve hastanın sorunlarını çözmek için müdahalede bulunan bir destek sistemi olarak kabul edilebilir. Bununla birlikte kanser hastalarının karşılaştıkları sorunlarla nasıl başa çıkacakları ve hangi kaynaklardan yararlanabilecekleri konusunda bilgi verme ve

yönlendirme amacı da taşımaktadır (Yıldırım, 2017). Tedavi ekibinin bir parçası olan tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının, mastektomi geçirmiş kadınlara yönelik uygulamaları kuşkusuz hastanın tedavisini ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemektedir.

İşte bu sebeplerden dolayı araştırmanın problemi, meme kanseri nedeniyle mastektomi geçirmiş kadınlara verilen tıbbi sosyal hizmet uygulamalarını tespit etmek ve yeterli düzeyde olup olmadıklarını belirlemeye çalışmaktır.

2.1.4. Araştırmanın hipotezleri

Araştırmada mastektomi geçirmiş kadınların hangi konularda tıbbi sosyal hizmet desteğine ihtiyaç duydukları tespit edilmeye çalışılmıştır. Bu bağlamda meme kanseri nedeniyle göğsü alınmış kadınların sosyo-demografik özellikleri ve hastalıkla ilgili durumlarını incelemek amacıyla aşağıdaki hipotezler geliştirilmiştir.

H₁: Mastektomi geçirmiş çoğu kadın 46-50 ve üstü yaş aralığındadır.

H₂: Mastektomi geçirmiş çoğu kadın ilkokul mezunudur.

H₃: Mastektomi geçirmiş çoğu kadının gelir gider düzeyi eşittir.

H₄: Mastektomi geçirmiş çoğu kadın ailesiyle birlikte yaşar.

H₅: Mastektomi geçirmiş çoğu kadının sosyal güvencesi vardır.

H₆: Mastektomi geçirmiş çoğu kadın hastalığını ilk kendisi fark eder.

H₇: Mastektomi geçirmiş çoğu kadına tanı doktor tarafından söylenir.

H₈: Mastektomi geçirmiş çoğu kadın kemoterapi alır.

H₉: Mastektomi geçirmiş çoğu kadın bu kararı doktor tavsiyesiyle alır.

H₁₀: Mastektomi geçirmiş çoğu kadın ameliyat öncesi psiko-sosyal destek almak ister.

2.1.5. Araştırmanın yöntemi

Bu bölümde araştırmanın yöntemi veri toplama süreci, araştırma evren ve örnekleme ile veri analiz süreci çerçevesinde açıklanmaktadır.

2.1.5.1. Veri toplama süreci

Bu araştırmada verilerin toplanma sürecinde ilk olarak konuya ilişkin literatür incelemesi yapılarak basılı eserlerden, akademik yayınlardan ve internet kaynaklarından faydalanılmıştır. Bu bölüm çalışmanın teorik çerçevesini oluşturmaktadır. İkinci olarak ise araştırmacı tarafından hazırlanmış olan anket formu kullanılmıştır.

2.1.5.2. Evren ve örneklem

Bu çalışmanın evrenini, Kocaeli ilinin Gebze ilçesindeki mastektomi geçirmiş kadınlar oluşturmaktadır.

Uygulanan anket kapsamında yer alan katılımcılar, basit tesadüfi örnekleme yöntemi kullanılarak seçilmiştir. Anket Kocaeli ilinin Gebze ilçesinde yaşayan mastektomi geçirmiş 200 katılımcıyla gerçekleştirilmiştir.

2.1.5.3. Veri analiz süreci

Araştırmanın veri analiz sürecinde nicel veri analizi yöntemi uygulanmıştır. Bu analizin gerçekleştirilmesi için araştırmacı tarafından hazırlanan anket çalışmanın hedef evrenine uygulanmış ve veriler SPSS 25.0 paket programına girilerek uygun istatistiki teknikler kullanılarak analiz edilmiştir. Elde edilen nicel veriler frekans ve yüzde hesabı yapılarak analiz edilmiş ve tablo haline getirilmiştir. Bulguların yorumlanmasında betimsel analiz yöntemi kullanılmıştır. Betimsel analizde, elde edilen veriler daha önceden belirlenen başlıklar altında özetlenir ve yorumlanır (Yıldırım ve Şimşek, 2008: 224). Bu analizde amaç ham halde olan verilerin okuyucuların anlayabileceği bir dilde ortaya koyulmasını sağlamaktır (Daşdemir, 2016: 117).

2.2. Bulgular ve Yorumlar

Araştırma sonuçlarına ait bulgular beş başlık halinde düzenlendi. Meme kanseri nedeniyle mastektomi geçirmiş kadınların sosyo-demografik verileri, hastalığa dair tanımlayıcı veriler, tıbbi sosyal hizmet desteğine yönelik veriler, tedavi ekibi ve hastane memnuniyetine dair veriler ve son olarak kadınların hastalıklarına dair devletten beklentilerine dair veriler analiz edilmekte ve hipotezler doğrultusunda değerlendirilmektedir.

2.2.1. Sosyo-demografik verilere ilişkin bulgular

Tablo 1. Katılımcıların yaşlarına göre tanımlayıcı istatistik sonuçları

Yaş	F	%
26-30	8	4, 0
31-35	14	7, 0
36-40	20	10, 0
41-45	24	12, 0
46-50	36	18, 0
51-55	38	19, 0
56 ve daha büyük	60	30, 0
Toplam	200	100

Araştırma katılımcılarına yönelik gerçekleştirilen frekans analizi sonucu katılımcıların büyük çoğunluğunun 46-50 ve üstü yaş aralığında olduğunu göstermektedir. Yaş açısından değerlendirmek gerekirse, araştırma kapsamındaki kadınlarda mastektominin en fazla görüldüğü yaş aralığı 56 ve üstü, en az görüldüğü ise 26-30 yaş aralığıdır.

Tablo 2. Katılımcıların eğitim durumlarına ilişkin tanımlayıcı istatistikler

<i>Eğitim</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
Okur-yazar değil	16	8, 0
İlkokul	66	33, 0
Ortaokul	28	14, 0
Lise	52	26, 0
Üniversite	36	18, 0
Lisansüstü	2	1, 0
Toplam	200	100, 0

Katılımcıların eğitim durumlarına göre gerçekleştirilen tanımlayıcı istatistikler, mastektomi uygulanmış hastalarının büyük çoğunluğunun eğitim düzeyleri düşük bireylerden meydana geldiğini göstermektedir. Tablo B' de yer alan bulgular değerlendirildiğinde katılımcıların 16'sı (%8) okuryazar olmayan bireylerden, 66'sı (%33) ilkokul öğrenimi görmüş bireylerden, 28'i (%14) ortaokul ve 52'si lise öğrenimi görmüş hastalar iken, üniversite 36 (%18), lisansüstü ise 2 kişi (%1) olarak tespit edilmiştir. Özellikle meme kanseri nedeniyle mastektomi geçirmiş bireylerin eğitim seviyelerinin üniversite ve lisansüstü seviyesinde fark edilebilir oran ve sayıda azalması dikkat çekici bir sonuçtur. Eğitim seviyesinin oranıyla hastalık bilincinin doğru orantılı olduğunu söyleyebiliriz.

Tablo 3. Katılımcıların medeni durumlarına göre tanımlayıcı istatistikler

<i>Medeni Durum</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
Evli	168	84, 0
Bekar	16	8, 0
Boşanmış	16	8, 0
Toplam	200	100, 0

Katılımcıların medeni durumlarına yönelik gerçekleştirilen analiz sonuçları, mastektomi hastalarının büyük çoğunluğunun %84'ünün (168 kişi) evli olduğunu, %8'inin (16 kişi) bekar ve %8'inin (16 kişi) ise boşanmış olduğunu göstermektedir. Yine dikkat çekilmesi gereken, tablodan da anlaşılacağı üzere mastektomi uygulamasının bu araştırma için evli bireyler arasında yaygın olmasıdır.

Tablo 4. Katılımcıların çocuk durumlarına göre tanımlayıcı istatistikler

<i>Çocuğunuz var mı?</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
Evet	172	86, 0
Hayır	28	14, 0
Toplam	200	100

Araştırmada katılımcılara, çocuklarının var olup olmadığına yönelik soru sorulmuş ve araştırmaya katılan mastektomi hastalarının büyük çoğunluğunun %86'sı (172 kişi) çocuk sahibi olduğunu belirtirken sadece %14'ü (28 kişi) çocuk sahibi olmadıklarını ifade etmiştir. Bakıldığında mastektominin çocuklu kadınlarda görülmesi durumunun önemli bir bulgu olduğu düşünülmektedir. Meme kanserine yönelik daha önce yapılmış bazı araştırmalarda çocuklarını 12 aydan uzun süre emzirmiş olmanın kadınlardaki meme kanseri riskini azalttığı saptanmış olduğundan çocuk sahibi olmanın meme kanseri görülme riskini arttırdığını söylemek yanlış bir tanımlama olacaktır.

Tablo 5. Katılımcıların çalışma durumlarına göre tanımlayıcı analiz sonuçları

<i>Çalışma Durumu</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Çalışıyor	90	45, 0
Çalışmıyor	110	55, 0
Toplam	200	100

Araştırmaya katılan mastektomi katılımcılarına çalışma durumları sorulmuş ve katılımcıların %45'i (90 kişi) çalıştığını belirtirken, %55'i (110 kişi) ise çalışmadığını ifade etmiştir. Bakıldığında diğer tanımlayıcı analizlerde görülen, düzeyde çalışıp çalışmama durumlarına göre mastektomi hastalığına maruz kalan katılımcıların ayrışmadığı, çalışan ve çalışmayanlar arasındaki yakınlıktan anlaşılmaktadır. Diğer bir anlatımla, yaş, medeni durum, eğitim, çocukluluk durumlarına yönelik gerçekleştirilen analizlerindeki gibi bu çalışma durumu ve mastektomi uygulamasında bir ayrışma görülmediği ifade edilebilir.

Tablo 6. Katılımcıların gelir durumlarına göre gerçekleştirilen tanımlayıcı analiz sonuçları

<i>Gelir-Gider Durumları</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
Gelir giderden az	50	25, 0
Gelir = Gider	120	60, 0
Gelir giderden fazla	30	15, 0
Toplam	200	100, 0

Mastektomi geçirmiş katılımcıların gelir durumları sorulmuş ve yarısından fazlası 120 kişi (%60), gelir ve giderlerinin birbirine denk olduğunu ifade etmiştir. Diğer taraftan gelirlerinin giderlerinden az olduğunu belirten katılımcı sayısı 50 (%25) iken gelirinin giderinden fazla olduğunu ifade eden kişi sayısı ise ancak 30 (%15) olarak belirlenmiştir.

Tablo 7. Katılımcıların ikamet durumlarına ilişkin tanımlayıcı/betimsel analiz sonuçları

<i>İkamet durumu</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
Yalnız	12	6, 0
Aile	188	94, 0
Toplam	200	100, 0

Araştırmaya katılan bireylere mevcut ikamet durumlarına ilişkin sorulan soruda katılımcıların önemli bir çoğunluğunun aileleriyle yaşadığı 188 kişi (%94), 12 kişinin ise (%6) yalnız yaşadığı tespit edilmiştir. Bu sonuç, katılımcıların evli olma durumlarıyla açıklanabilir. Meme kanseri diğer birçok kanser türünde olduğu gibi hastayı tedavi sürecinde çevresinden izole edebilmektedir. Hastalığın getirdiği psikolojik ve fiziksel zorlukların atlatılmasında şüphesiz aile desteği çok önemlidir.

Tablo 8. Katılımcıların sosyal güvence durumlarına ilişkin tanımlayıcı analiz sonuçları

Sosyal Güvence	F	%
Yok	8	4, 0
Var	192	96, 0
Toplam	200	100, 0

Araştırmada katılımcıların herhangi bir sosyal güvencelerinin olup olmadıkları da sorgulanmış ve analiz sonuçlarına göre katılımcıların büyük çoğunluğunun 192 kişi (%96) sosyal güvencelerinin olduğunu, 8 kişi ise (%4) sosyal güvencesinin olmadığını belirtmiştir. Sosyal devletin gerekliliklerinden biri olan sağlık güvencesinin, bu perspektiften bakıldığında alan araştırmasının yapıldığı bölgede başarılı bir şekilde temin edildiği söylenebilir.

2.2.2. Hastalığa dair tanımlayıcı verilere ilişkin bulgular

Tablo 9. Hastalığın kim tarafından fark edildiğine ilişkin tanımlayıcı analiz sonuçları

Hastalığı kim fark etti	F	%
Doktor	54	27, 0
Kendim	144	72, 0
Kardeşim	2	1, 0
Topla	200	100, 0

Hastalığın fark edilmesine yönelik gerçekleştirilen tanımlayıcı analiz sonuçları, hastaların büyük çoğunluğun rahatsızlıklarını kendilerinin %72 (144 kişi) fark ettiklerini, %27'sinin ise (54 kişi) doktor ve son olarak %1'inin kardeşleri tarafından fark edildiğini ifade ettiklerini göstermiştir. Meme kanseri teşhisinde kadınların kendi kendilerini elle muayenesi erken teşhis için çok önemlidir. En az elle muayene kadar önemli olan bir diğer husus da hastalığın fark edildikten sonra doktora zaman kaybetmeden başvurulmasıdır.

Tablo 10. Hastalığın kim tarafından teşhis edildiğine yönelik tanımlayıcı analiz sonuçları

Hastalığın Kim Teşhis Etti	F	%
Doktor	188	94, 0
Kendim	8	4, 0
Kızım	2	1, 0
Hemşire	2	1, 0
Toplam	200	100

Hastalığın tanısının kim tarafından konulduğuna yönelik sorulan soruda katılımcıların tamamına yakınının %94 (188) doktor tarafından, %4'ünün kendisi, %1' inin katılımcının kızı ve son olarak %1'inin hemşire tarafından konulduğu belirlenmiştir. Bu sonuca göre araştırmaya katılan kadınların büyük bir çoğunluğunun hastalıkla birlikte doktora gittikleri ortaya çıkmıştır.

Tablo 11. Katılımcıların tanıyı kimin söylemesini istemelerine yönelik tanımlayıcı analiz sonuçları

Tanıyı kimin söylemesini isterdiniz	F	%
Doktor	160	80, 0
Hemşire	10	5, 0
Psikolog	12	6, 0
Aileden Biri	12	6, 0
Diğer	6	3, 0

Araştırma kapsamında katılımcılara ilgili hastalığın tanısının kendilerine kimin söylemesini istedikleri sorulmuş ve sonuç olarak katılımcıların büyük çoğunluğunun 160 kişi (%80) doktor tarafından, 10 kişi (%5) hemşire, 12 kişi (%6) psikolog, 12 kişi (%6) aileden biri ve son olarak 6 kişi ise (%3) diğer tarafından olduğunu ifade etmiştir. Kanser hastalığı ilk öğrenildiğinde şok ve inkâr etkisi yaratan travmatik bir haberdır. Bu bilginin söz konusu hastalığın uzmanı tarafından söylenmesi, araştırma sonucu da dikkate alındığında, hastalığın daha kabullenilebilir bir hal aldığını ortaya koymaktadır.

Tablo 12. Hastaların kemoterapi alma durumlarına ilişkin analiz sonuçları

Kemoterapi	F	%
Evet	164	82, 0
Hayır	36	18, 0
Toplam	200	100

Mastektomi hastalarının büyük bir çoğunluğunun 164 kişi (%82) kemoterapi aldıklarını gösterirken, 36 kişi (%18) kemoterapi almadığını göstermiştir. Katılımcıların büyük çoğunluğunun kemoterapi almaları genellikle ameliyat sonrası görülmekte ve hastalığın tekrar nüksetme ihtimalini ortadan kaldırmak adına uygulanmaktadır, dolayısıyla hastaların ciddi yan etkiler barındıran bu ilaçlı tedaviyi tamamen iyileşmek için tercih ettikleri söylenebilir.

Tablo 13. Mastektomiye karar vermede etkili olanlara ilişkin tanımlayıcı analiz sonuçları

Mastektomiye karar vermede kimler etkili oldu	F	%
Şahsi Kararım	40	20, 0
Eşim ve Çocuklarım	10	5, 0
Akrabalarım	4	2, 0
Doktorum	142	71, 0
Arkadaşlarım	2	1, 0
Diğer	2	1, 0
Total	200	100, 0

Mastektomiye karar verme bazı bireyler için zor olabilmektedir. Bu amaçla bireyler yakın çevresinden bu çerçevede bir destek görmek isteyebilir. Mastektomi kararı verme noktasında kimin etkili olduğuna ilişkin sorulan soruda ortaya şu sonuçlar çıkmıştır; Doktorum %71 (142 kişi), kendim %20 (40 kişi), eşim ve çocuklarım %5 (10 kişi), akrabalarım %4 (2 kişi), arkadaşların %1 (2 kişi) ve son olarak diğer %1 (2 kişi). Mastektomi olma kararı vermede doktorların başat rol oynaması, bu durumun önemini ortaya koymaktadır.

Tablo 14. Mastektomi öncesinde hastaların hangi konuda destek almak istediklerine ilişkin tanımlayıcı analiz sonuçları

Bilgi Konusu	F	%
Meme kanseri hakkında	44	22, 0
Mastektominin nasıl yapılacağı	46	23, 0
Ameliyat sonrası komplikasyonlar	22	11, 0
Psiko-sosyal destek	88	44, 0
Toplam	200	100, 0

Mastektomi kadın kimliği üzerinde derin etkiler bırakabilecek bir cerrahi uygulamadır. Kadın için üremenin, dişiliğin, emzirmenin, karşı cinse yönelik çekiciliğin, vb. sembolü durumundadır. Dolayısıyla benlik imajı ve benlik saygısını tehdit edici bir olumsuzluk olarak değerlendirilmektedir. Ameliyat sonrası kadınların birçoğu eşlerinin kendilerinden uzaklaşmasından korkmaktadır. Basit gibi görünse de eskisi gibi giyinmemek de kadının toplumsal alandan kendini soyutlamasına ve de yalnızlaşmasına neden olmaktadır. Tüm bunlarla birlikte tedavi sürecinde kemoterapi uygulamasının yan etkileri olan saç dökülmesi, halsizlik, bulantı, kusma, vb. değişiklikler hastanın gündelik hayatında ciddi duygusal devinimlere yol açmaktadır. Yapılan araştırmada da hastaların %44'ü (88 kişi) mastektomi öncesi psiko-sosyal destek almak istediklerini ifade etmişlerdir. Bu hususta sorulan soruya hastaların %23'ü (46 kişi) mastektominin nasıl yapılacağı hakkında bilgi almak istediklerini, %22'si (44 kişi) meme kanseri hakkında bilgi almak istediklerini, %11'i (22 kişi) ise ameliyat sonrası komplikasyonlar hakkında bilgi almak istediklerini ifade etmişlerdir.

2.2.3. Tıbbi sosyal hizmet desteğine dair verilere ilişkin bulgular

Tablo 15. Tedavi sürecinde sosyal hizmet uzmanından herhangi bir yardım alıp-almama durumuna ilişkin tanımlayıcı analiz sonuçları

<i>Destek alma durumu</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
Evet	14	7
Hayır	186	93
Toplam	200	100, 0

Mastektomi geçirmiş kadınların %93 (186 kişi)'ü gibi büyük bir kısmı tedavi sürecinde sosyal hizmet uzmanından herhangi bir yardım almadığını ifade etmiştir. Bu sonucun çıkmasında hastanın sosyal hizmet uzmanı ile iletişime geçmediği bunun da belli başlı nedenlerden kaynaklandığı söylenebilir. Ülkemizde son dönemlerde hastanelerde tıbbi sosyal hizmet uzmanları daha çok görev almakla beraber tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının hastane ortamında sağlık ekibinin bir parçası olarak kabul görme noktasında zorluklar yaşadığı yapılan çalışmalarda tespit edilmiştir (Saruç, 2015: 116).

Tablo 16. Tedavi sürecinde sosyal hizmet uzmanından nasıl bir yardım alındığına ilişkin tanımlayıcı analiz sonuçları

<i>Destek alınan konu</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
Hastalığımla ilgili	2	1, 0
Hastane işlemleriyle	6	3, 0
Psiko-sosyal	2	1, 0
Ekonomik destek	4	2, 0
Almadım	186	93, 0
Toplam	100	100

Tablo 17. Tedavi sürecine ilişkin katılımcıların memnuniyet durumlarına ilişkin tanımlayıcı istatistikler

İfadeler	Hiç memnun değildim		Çok az memnundum		Kısmen memnundum		Oldukça memnundum		Tamamen memnundum		Bir fikrim yok	
	f	%	F	%	f	%	f	%	F	%	F	%
Sosyal hizmet uzmanının aileniz ve arkadaşlarınızı rahatlatma biçiminden	0	0	0	0	8	4,0	0	0	4	2,0	188	94,0
Sosyal hizmet uzmanının endişe ve korkularınızı dinleme ve bu hususta size yardımcı olma biçiminden	0	0	0	0	6	3,0	2	1,0	0	0	192	96,0
Sosyal hizmet uzmanının işlerini yapma konusundaki tutumlarından	0	0	2	1,0	4	2,0	0	0	0	0	194	97,0
Sosyal hizmet uzmanının taburcu olduktan sonraki takibinden	0	0	2	1,0	4	2,0	2	1,0	0	0	192	96,0

2.2.4. Tedavi ekibi ve hastane memnuniyetine dair verilere ilişkin bulgular

Tablo 18. Tedavi ekibi ve hastane memnuniyetine ilişkin bulgular

İfadeler	Hiç memnun değildim		Çok az memnundum		Kısmen memnundum		Oldukça memnundum		Tamamen memnundum		Bir fikrim yok	
	f	%	f	%	f	%	f	%	F	%	F	%
Hemşirelerin size durumunuz ve tedaviniz ile ilgili yeterli bilgi ve hizmet vermesinden	0	0	2	1,0	4	2,0	2	1,0	0	0	192	96,0
Hemşirelerin size yardımcı olmalarından	6	3,0	22	11,0	38	19,0	82	41,0	38	19,0	14	7,0

Doktorların size durumunuz ve tedaviniz ile ilgili yeterli bilgi ve hizmet vermesinden	10	5,0	8	4,0	42	21,0	94	47,0	36	18,0	10	5,0
Doktorların işlerini yapma konusundaki tutumlarından	4	2,0	10	5,0	34	17,0	98	49,0	44	22,0	10	5,0
Tedavi gördüğünüz sağlık kurumundan memnuniyetiniz	2	1,0	14	7,0	38	19,0	106	53,0	30	15,0	10	5,0

Tablo 18'in devamıdır.

Araştırmada tedavi sürecine ilişkin hastaların memnun olup olmama durumları sorgulanmıştır. Bu bağlamda katılımcılara sosyal hizmet uzmanının; “aileniz ve arkadaşlarınızı rahatlatma biçimi”, “endişe ve korkularınızı dinleme ve bu hususta size yardımcı olma biçimi”, “işlerini yapma konusundaki tutumları”, “taburcu olduktan sonraki takibi” soruları yöneltilmiş ve bu ifadelerle katılımcıların %94 ile %97 arasında fikir beyan etmedikleri görülmüştür. Çok az bir kısmının ise kısmen memnun (%2 ile %4) olduklarını belirtmiştir. Katılımcıların fikir beyan edemeyişlerindeki en önemli neden tanı, tedavi, taburcu, vb. sürelerde herhangi bir tıbbi sosyal hizmet uzmanı ile görüşmemeleridir. Sağlık ekibinin bir parçası olan tıbbi sosyal hizmet uzmanının bu işleyişte neden yer almadığı sonuç ve öneriler kısmında ayrıca ele alınmıştır. Yine araştırmada tedavi sürecinde hastalara hemşirelerin; “size durumunuz ve tedaviniz ile ilgili yeterli bilgi ve hizmet vermesi”, konusuna ilişkin memnuniyetleri sorulmuş ve %96’nın üzerinde katılımcı fikir belirtmemiştir. Bu durum, katılımcılara konuyla ilgili yeterli bilgi verilmemesiyle de ilişkilendirilebilir. Meme kanseri ve mastektomi hakkında kadınların bilgi sahibi olmak istemesi kuşkusuz çok doğal ve de haklı bir istektir, ancak medikal tedavinin yoğun, hemşire başına düşen hasta sayısının oldukça fazla olduğu onkoloji merkezlerinde bu tarz bilgilendirmeleri yapacak yeterli zamanı hemşirelerden beklemek ne kadar adil olur burası da ayrı bir tartışma konusudur. Bu noktada tıbbi sosyal hizmet uzmanları gerekli ihtiyacı karşılayabilecek bilgi ve donanımına sahiptir. Diğer taraftan katılımcılar hemşirelerin; “size yardımcı olmaları” durumu sorulmuş ve katılımcıların %3’ü hiç memnun olmadığını, %11’i çok az memnun olduğunu, %38’i kısmen memnun olduğunu, %41’i oldukça memnun olduğunu, %38’i tamamen memnun olduğunu ifade ederken yalnızca %7 oranında bir katılımcı fikrinin olmadığını ifade etmiştir. Katılımcılara doktorlara ilişkin sorular da yöneltilmiştir. Katılımcılara” doktorların size durumunuz ve tedaviniz ile ilgili yeterli bilgi ve hizmet vermesi” sorusu yöneltilmiş ve katılımcıların büyük bir çoğunluğu (yaklaşık olarak %80) memnun olduklarını belirtmiştir. Benzer şekilde katılımcılara “doktorların işlerini yapma konusundaki tutumları” sorusu yöneltilmiş bir öncekine benzer bir oranlamayla, katılımcıların büyük çoğunluğu memnun olduklarını ifade etmişlerdir. Araştırmada son olarak, tedavi görülen tesise ilişkin katılımcılara “tedavi gördüğünüz sağlık kurumundan memnuniyetiniz” şeklinde yöneltilen soruya ise katılımcıların verdikleri yanıtlardan memnun oldukları anlaşılmaktadır.

2.2.5. Hastaların devletten beklentilerine dair verilere ilişkin bulgular

Araştırmada son olarak katılımcılara açık uçlu olarak “Devletten hastalığınıza yönelik beklentiniz?” sorusu yöneltilmiş ve katılımcıların %20’si (41 kişi) ekonomik destek, %13’ü (26 kişi) psiko-sosyal destek, %12’si (24 kişi) psikolojik destek, %2,0’si hastaların bilgilendirilmesi ve eğitilmesi, %3,5’inin ise hastane koşullarının iyileştirilmesi gerektiğini ifade etmiştir. Ayrıca katılımcıların %1,5’i doktor niteliğinin artırılması gerektiğini önermiş, %1,5’inin de devletin ve sağlık çalışanlarının daha ilgili olması gerektiğini ifade etmiştir. Katılımcıların %1,5’i bu hastalığın erken teşhisine yönelik araştırmaların yapılması gerektiğini önermiştir. Son olarak araştırmacıların %38’i (38 kişi) devletten hastalığa yönelik herhangi bir beklentisinin olmadığını belirtirken, katılımcıların %25,5’i ise (51 kişi) herhangi bir şey belirtmemiştir.

2.2.6. Sosyo-demografik değişkenlere ilişkin çapraz tablo (Crosstab) bulguları

Çalışmanın bu bölümünde çapraz tablolara yer verilmiştir. Çapraz tablo, araştırma kapsamına dahil edilen katılımcıların iki ya da daha fazla sınıflamalı diğer bir ifadeyle kategorik değişkene göre frekans ve yüzde dağılımını vermekte, gözenekler için yüzde değerleri incelenerek değişkenler arasında ilişki olup olmadığı konusunda bilgi vermektedir (Büyüköztürk, 2015, s.28). Bu amaçla araştırma kapsamında yaş, eğitim durumu, medeni durum ve gelir durumu değişkenleri ile hastalıkla ilişkili bazı kategorik değişkenler arasında çapraz tablo (Crosstab) analizleri gerçekleştirilmiştir.

Araştırmada çapraz tablolarla ilgili ilk olarak, bireyde meydana gelen hastalığı ilk olarak kimin fark ettiği ve katılımcılar arasında gerçekleştirilmiştir. Crosstab analiz sonuçları katılımcıların yaşları ve hastalığı ilk fark eden kişi arasında 0,05 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı farklılığın var olduğu belirlenmiştir, $X^2 = 22,466$, $p < ,033$.

Tablo 19. Hastalığı ilk fark eden kişi ve yaş arasında Crosstab sonuçlar

		Hastalığı İlk Fark Eden							
Değişkenler		Doktor		Kendim		Kardeşim		X^2	P
		f	%	F	%	F	%		
Yaş	26-30	0	0	8	5,6	0	0	22,466	,033
	31-35	4	7,4	10	6,9	0	0		
	36-40	4	7,4	16	11,1	0	0		
	41-45	12	22,2	12	8,3	0	0		
	46-50	6	11,1	30	20,8	0	0		
	51-55	6	11,1	32	22,2	0	0		
	56 ve üzeri	22	40,7	36	25,0	2	60		
	Toplam	54	100	144	100	2	100		

Araştırma kapsamında gerçekleştirilen bir diğer Crosstab analizi katılımcıların eğitim düzeyi ve hastalığı ilk fark eden kişi arasında gerçekleştirilmiştir. Gerçekleştirilen analiz sonuçlarına göre Tablo 20’de de görülebileceği üzere katılımcıların eğitim düzeyi ve hastalığı ilk fark eden kişi arasında ,05 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir, $X^2= 22,004$, $p<,015$.

Tablo 20. Hastalığı ilk fark eden kişi ve eğitim durumu arasında Crosstab sonuçları

		Hastalığı İlk Fark Eden							
Değişkenler		Doktor		Kendim		Kardeşim		X^2	P
		f	%	f	%	F	%		
Eğitim Durumu	Okumamış	8	14,8	8	5,6	2	100	22,004	,015
	İlkokul	22	40,7	42	29,2	0	0		
	Ortaokul	2	3,7	26	18,1	0	0		
	Lise	12	22,2	40	27,8	0	0		
	Üniversite	8	14,8	28	19,4	0	0		
	Lisansüstü	2	3,7	0	0	0	0		
	Toplam	54	100	144	100	2	100		

Araştırmada mastektomi öncesi ameliyat ile ilgili olarak destek alınması istenilen konu ve yaş arasında ilişkinin olup olmadığına yönelik Crosstab analizi gerçekleştirilmiştir. Crosstab analizi sonuçları yaş ve ameliyat ile ilgili destek alınması istenen konu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğunu göstermektedir, $X^2= 61,457$, $p<,05$, (Tablo 21). Sonuçlar incelendiğinde üniversite mezunlarının büyük ölçüde Psiko-sosyal destek konusunda destek almayı isterken okumamış ve ilkokul mezunlarının daha çok mastektomi konusunda destek almak istedikleri yönünde olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 21. Mastektomi öncesi ameliyat ile ilgili destek alınması istenilen konu ve yaş arasında Crosstab sonuçları

Mastektomi Öncesi Ameliyat ile İlgili Destek Alınması İstenilen Konu											
Değişkenler	Meme Kanseri		Mastektominin nasıl yapılacağı		Ameliyat sonrası komplikasyonlar		Psikososyal destek		X ²	P	
	f	%	f	%	f	%	f	%			
Eğitim Durumu	Okumamış	8	18,2	4	8,7	2	9,1	2	2,3	61,457	,000
	İlkokul	22	50,0	20	43,5	4	18,2	20	22,7		
	Ortaokul	6	13,6	2	4,3	0	0	20	22,7		
	Lise	2	4,5	16	34,8	8	36,4	26	29,5		
	Üniversite	6	13,6	4	8,7	6	27,3	20	22,7		
	Lisansüstü	0	0	0	0	2	9,1	0	0		
	Toplam	44	100	46	100	22	100	88	100		

Mastektomi olma kararı almada kimin etkili olduğu ve eğitim durumu arasında ilişkinin olup olmadığına yönelik Crosstab analizi gerçekleştirilmiştir. Analiz sonuçları, bu değişkenler arasında ,05 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olduğunu göstermektedir, $\chi^2=42,090$, $p<,018$.

Tablo 22. Mastektomi olma kararı almada kimin etkili olduğu ve eğitim durumu arasında Crosstab analiz sonuçları

Mastektomi Olma Kararı Almada Kimin Etkili Olduğu															
Değişkenler	Şahsi		Eşim ve çocuklarım		Akrabalarım		Doktorum		Arkadaşlarım		Diğer		X ²	p	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%			
Eğitim	Okumamış	0	0	2	20,0	0	0	14	9,9	0	0	0	0	42,090	,018
	İlkokul	8	20,0	2	20,0	2	50,0	52	36,6	0	0	2	100,0		
	Ortaokul	4	10,0	0	0	0	0	24	16,9	0	0	0	0		
	Lise	16	40,0	4	40,0	2	50,0	30	21,1	0	0	0	0		
	Üniversite	10	25,0	2	20,0	0	0	22	15,5	2	100,0	0	0		
	Lisansüstü	2	5,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	Toplam	40	100	10	100	4	100	142	100	2	100	2	100		

Katılımcıların mastektomi kararı almalarında etkili olan kişiler ve medeni durum değişkenleri arasında gerçekleştirilen Crosstab analizi sonuçlarına göre bu iki değişken ilişki arasında istatistikse olarak anlamlı farklılığın olduğunu göstermiştir, $X^2=26,797$, $p<,05$. Tablo incelendiğinde evlilerin mastektomi olma kararını almalarında doktorların ve kendi şahsi kararları olduğu görülürken; bekâr ve boşanmışlarda ise oranların bu oranlar paralelinde ancak çok daha düşük düzeylerde olduğu dikkat çekmektedir.

Tablo 23. Mastektomi olma kararı almada kimin etkili olduğu ve medeni durum arasında Crosstab analiz sonuçları

Mastektomi Olma Kararı Almada Kimin Etkili Olduğu															
Değişkenler		Şahsi		Eşim ve çocuklarım		Akrabalarım		Doktorum		Arkadaşlarım		Diğer		X ²	p
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%		
Medeni Durum	Evli	26	65,0	10	100	20	50,0	126	88,7	20	100	20	100	26,797	,003
	Bekar	80	20,0	00	00	20	50,0	64	4,2	00	00	00	00		
	Boşanmış	60	15,0	00	00	00	00	100	7,0	00	00	00	00		
	Toplam	400	100	100	100	40	100	142	100	20	100	20	100		

Araştırma kapsamında son olarak gelir durumu ve mastektomi öncesi ameliyat ile ilgili destek alınması istenilen konu arasında ilişkinin olup olmadığının test edilmesi için Crosstab analizi gerçekleştirilmiştir. Araştırma sonuçları gelir durumu ve ameliyat ile ilgili destek alınması istenen konu arasında anlamlı ilişkinin olduğunu göstermiştir, $X^2=155,202$, $p<,019$. Tablo incelendiğinde geliri giderine denk olan hastaların büyük ölçüde ameliyat ile ilgili Psiko-sosyal destek almak istediklerini belirtmekte iken, gelirleri giderden büyük ve düşük olan hastaların ise meme kanseri, mastektominin nasıl yapılacağı ve ameliyat sonrası komplikasyonlar konusunda destek almak istediklerini belirtmektedir.

Tablo 24. Mastektomi öncesi ameliyat ile ilgili destek alınması istenilen konu ve gelir durumu arasında Crosstab analiz sonuçları

Mastektomi Öncesi Ameliyat İle İlgili Destek Alınması İstenilen Konu											
Değişkenler		Meme Kanseri		Mastektominin nasıl yapılacağı		Ameliyat sonrası komplikasyonlar		Psikososyal destek		X ²	P
		f	%	f	%	f	%	f	%		
Gelir Durumu	Gelir<Gider	8	18,2	20	43,5	2	9,1	20	227	155,202	,019
	Gelir=Gider	28	63,6	24	52,2	16	72,7	52	59,1		
	Gelir>Gider	8	18,2	2	4,3	4	18,2	16	18,2		
	Toplam	44	100	46	100	22	100	88	100		

SONUÇ ve TARTIŞMA

Bu araştırmada meme kanseri nedeniyle mastektomi (kanserli göğsün alınması) uygulanmış kadınların sosyo-demografik bilgileri, hastalığın tanı ve tedavisine yönelik durumları, tedavi sürecinde sağlık hizmetlerindeki memnuniyetleri ve son olarak açık uçlu bir soruyla devletten bu konudaki beklentileri sorularak elde edilen veriler ışığında tıbbi sosyal hizmetlerden beklentileri tespit edilmeye çalışılmıştır.

1. Mastektomi geçirmiş kadınların hangi alanlarda tıbbi sosyal hizmet desteğine ihtiyaç duyduklarını saptamaya yönelik gerçekleştirilmiş bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

2. Mastektomi geçirmiş kadınların büyük çoğunluğu 56 ve daha büyük yaş aralığındadır. Yapılan araştırmada meme kanseri nedeniyle mastektomi geçirmiş kadınların büyük çoğunluğunun ilkökul mezunu olduğu görülmüştür. Hastaların büyük çoğunluğunun evli ve de çocuk sahibi olduğu saptanmıştır. Mastektomi geçirmiş kadınların büyük çoğunluğu çalışmamaktadır. Yapılan araştırma sonucunda hastaların büyük çoğunluğunun gelir gider durumlarının eşit olduğu görülmüştür. Hastaların büyük bir çoğunluğu ailesiyle birlikte yaşamaktadır. Ayrıca hastaların yine büyük bir çoğunluğunun sosyal güvencesi bulunmaktadır.

3. Mastektomi geçirmiş kadınların büyük çoğunluğunun meme kanserine yönelik ilk bulguları kendileri tarafından tespit edildiği görülmüştür. Hastaların büyük çoğunluğuna tanının doktor tarafından söylendiği ve yine hastaların büyük çoğunluğu tanının doktor tarafından söylenmesini tercih ettikleri tespit edilmiştir. Araştırma sonucunda mastektomi geçirmiş kadınların büyük çoğunluğunun tedavi amacıyla kemoterapi aldığı görülmüştür. Hastaların büyük çoğunluğunun mastektomi kararını doktor tavsiyesiyle aldığı belirlenmiştir.

4. Mastektomi geçirmiş kadınların büyük çoğunluğunun sosyal hizmet desteği almadığı tespit edilmiştir. Hastaların içerisinde sosyal hizmet desteği alan kadınların çoğunluğunun ise hastane işlemleri ile ilgili bilgi aldığı görülmüştür.

Araştırmaya katılan mastektomi geçirmiş kadınların tedavi sürecinde sağlık çalışanları ve sağlık hizmetlerine yönelik memnuniyetlerine yönelik; sosyal hizmet uzmanlarının “aileniz ve arkadaşlarınızı rahatlatma biçimi”, “endişe ve korkularınızı dinleme ve bu hususta size yardımcı olma biçimi”, “işlerini yapma konusundaki tutumları”, “taburcu olduktan sonraki takibi” soruları yöneltilmiş ve bu ifadelere katılımcıların %94 ile %97 arasında fikir beyan etmedikleri görülmüştür. Yine hastalara "hemşirelerin hastalıklarına dair bilgi vermelerine yönelik memnuniyetleri" sorulmuş, ancak büyük çoğunluğunun fikir beyan etmediği saptanmıştır. Mastektomi geçirmiş kadınlara "hemşirelerin tedavi sürecinde kendilerine yardımcı olmaları" sorusuna yönelik kadınların büyük bir çoğunluğunun oldukça memnun olduğu tespit edilmiştir. Hastalara "doktorların size durumunuz ve tedaviniz ile ilgili yeterli bilgi ve hizmet vermesi " sorusu yöneltilmiş ve hastaların büyük bir çoğunluğu memnun olduklarını belirtmiştir. Yine hastalara “doktorların işlerini yapma konusundaki tutumları” sorulmuş ve hastaların çoğunluğunun memnun olduğu görülmüştür. Mastektomi geçirmiş

kadınların tedavi gördükleri hastaneden büyük çoğunluğunun memnun olduğu saptanmıştır.

Araştırmada son olarak mastektomi geçirmiş kadınlara devletten hastalıklarına yönelik beklentileri sorulmuş, büyük çoğunluğunun (41 kişi) ise ekonomik destek beklediği görülmüştür. Yine hastalardan bir kısmının (26 kişi) psiko-sosyal destek almak istediği, buna yakın bir kısmının (24 kişi) da psikolojik destek almak istediği saptanmıştır.

Yapılan bu araştırma sonuçlarına göre;

Meme kanseri nedeniyle mastektomi geçirmiş kadınların daha çok 56 ve üstü yaşta olmasını, kadınlarda meme kanserinin ileri yaşlarda daha sık görülmesi ile açıklamak mümkündür. Literatüre bakıldığında benzer çalışmalarda aynı sonuç gözlenmektedir. Yaşın ilerlemesiyle birlikte yaşam süresinde uzama, beslenme bozukluğuna bağlı obezite gibi sorunlar, hormon tedavisi kullanımındaki artış, vb. nedenlerden dolayı meme kanseri görülme sıklığı artmaktadır. (Salman, 2017: 8) Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (2018) tarafından yayınlanan 2014 yılı Türkiye Kanser İstatistiklerinin verilerine göre ülkemizde meme kanseri tanısı alan kadınların %44,5'i 50-69 yaş arasındadır. (TKİ, 2018) Araştırmamızda meme kanseri olan kadınların %30'unun 56 ve üzeri yaşta olduğu tespit edilmiş ve yapılan diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında sonuçlar uyum göstermektedir.

Çalışmamızda meme kanseri olan kadınların %66'sının ilkokul mezunu olduğu görülmüştür. Literatüre bakıldığında Öncü (2008: 36) 'nın çalışmasında meme kanserli kadınların %61,22'sinin, Koçan'ın (2014: 27) çalışmasında ise bu oranın %65,0 olduğu belirtilmiştir. Bu araştırmalarda benzer çıkan sonuçlara dayanarak, meme kanserinin hastaların ileri yaşlarda ve düşük eğitim seviyesinde olmaları hastalıklarına dair yeterli farkındalığa sahip olmadıklarını bunun ise hastalığın erken teşhisinde olumsuzluklara neden olabileceğini söyleyebiliriz.

Araştırmada hastaların %60,0'ının gelir gider durumunun eşit olduğu tespit edilmiştir. Yine Salman'ın (2017: 56) yapmış olduğu çalışma sonucunda mastektomi geçirmiş kadınların gelir gider durumunun eşit olduğu belirtilmiştir. Kamsız'ın (2018: 51) araştırmasında da benzer bir sonuç çıkmış ve hastaların %51,3'ünün geliri gidere eşit çıkmıştır. Literatüre bakıldığında Yılmaz'ın (2014: 38) çalışmasındaki hastaların da büyük çoğunluğunun (%90,0) gelirleri giderlerine eşit çıkmış ve araştırmamızla paralellik göstermiştir.

Elde edilen sonuçlara göre mastektomi geçirmiş kadınların %94,0'ı ailesiyle birlikte yaşamaktadır. Akyıldız'ın (2017: 40) çalışmasında da hastaların büyük çoğunluğunun ailesiyle birlikte yaşadığı sonucu çıkmış ve araştırmacı bu durumun Türk aile yapısında geniş ailenin yerini artık çekirdek aile almasının etkili olabileceğini ifade etmiştir. Literatüre bakıldığında kanser hastalarının bu süreçte ailesinden aldığı sosyal desteğin, hastanın yaşayacağı korku ve endişeyi azaltmada yapıcı bir rol üstlenerek stresle baş etmesinde yardımcı olmaktadır. (Toptaş, 2013: 8) Çalışmamızdaki kadınların büyük bölümünün ailesiyle yaşadığı düşünüldüğünde hastalığa ve tedaviye uyum sürecinde olumlu bir sosyal destek aldıkları söylenebilir.

Çalışmamızda mastektomi geçirmiş kadınların %96,0'ının sosyal güvencesinin olduğu saptanmıştır. Akyıldız'ın (2017: 38) yapmış olduğu çalışmada da benzer durumdaki hastaların büyük çoğunluğunun sosyal güvencesinin olduğu ifade edilmiştir.

Araştırmamızda hastaların %72,0'ının hastalıkla ilgili durumlarının ilk kendileri tarafından fark edildiği belirlenmiştir. Literatüre bakıldığında, Özer vd. (2009: 15) tarafından yapılan çalışmada da memedeki kitlelerin %90'ının kadının kendisi tarafından saptandığı ve bunların %25'inin kötü huylu tümör olduğu tespit edilmiştir. Benzer bir sonuç da Salman (2017: 58) tarafından ortaya koyulmuş ve hastaların %47, 7'sinin ele gelen kitle nedeniyle doktora başvurduğu ifade edilmiştir.

Mastektomi geçirmiş kadınların %94,0'ının tanıyı doktor tarafından öğrendiği saptanmıştır. Güler'in (2017: 54) araştırmasında da benzer bir sonuç çıkmış, hastaların çoğunluğunun tanıyı doktor tarafından öğrendiği belirlenmiştir. Bu bağlamda sorulan bir diğer soruda hastaların %80,0'ının tanıyı doktor tarafından öğrenmek istedikleri sonucuna ulaşılmıştır. Özkal'ın (2008: 31) çalışmasında da hastaların %80,0'ının kanser tanısını doktordan almak istedikleri sonucu ortaya çıkmıştır. Tanının doktor tarafından söylenmesini isteyen hasta çalışmalardan bir diğeri de (%66,67 kişi) Şendil (1991: 45)'in çalışmasıdır. Buna dayanarak araştırmanın literatürle paralellik taşıdığı söylenebilir.

Araştırmada mastektomi geçiren hastaların %82,0'sinin kemoterapi aldığı görülmüştür. Literatüre bakıldığında Güler'in (2017: 53) çalışmasındaki hastaların %97,0'sinin de kemoterapi aldığı saptanmıştır.

Çalışmada hastaların mastektomi alma kararında %71,0'ında doktorun etkisi olduğu belirlenmiştir.

Araştırmada hastaların çoğu (%94,0- %97,0) sosyal hizmet uzmanı ile ilgili memnuniyet durumlarına yönelik sorulan sorulara "bir fikrim yok" cevabını verdikleri saptanmıştır. Sosyal hizmet uzmanından destek alan az sayıdaki hastalardan %3,1'i hastane işlemleriyle ilgili, %2,0'si ekonomik, %1,0'i psiko-sosyal ve %1,0'inin de hastalığı ile ilgili bilgi aldığı tespit edilmiştir.

ÖNERİLER

Meme kanseri nedeniyle mastektomi geçirmiş kadınların güçlükleri ve gereksinimleri saptanmış ve elde edilen veriler tıbbi sosyal hizmet bakış açısıyla değerlendirilmiştir. Araştırmanın sonuçlarından hareketle geliştirilen öneriler aşağıda belirtilmiştir:

1. Araştırma sonuçlarına göre mastektomi ameliyatı hastalar arasında ileri yaşlarda ve eğitim seviyesi düşük kadınlarda daha sıklıkta görülmektedir. Eğitim seviyesinin hastalığın tespitinde, meme kanserinin erken teşhis edilmesine yönelik uygulamaların gerçekleştirilmesinde (kendi kendine meme muayenesi, düzenli mamografi, vb.) belirleyici olduğundan, ileri yaşlardaki kadınları bilinçlendirmek için devlet destekli eğitimlerin artırılması yerinde olacaktır.
2. Araştırmada hastaların özellikle mastektomi ameliyatı öncesinde psiko-sosyal destek almak istedikleri sonucuna ulaşılmış, bu noktada onkoloji hastanelerinde görev yapan onkoloji sosyal hizmet uzmanlarının daha aktif durumda olan sağlık ekibi ile senkronize çalışarak bu ihtiyacı gidermesi faydalı olacaktır. Hastaların hastalıkları ile ilgili bilgiyi onkoloji sosyal hizmet uzmanlarından almaları hem sağlık ekibinin iş yükünü hafifletecek hem de hastalara gerekli olan kaliteli bilgi aktarımı hizmetini sunabilecektir. Bu hususta hemşirelerin de kendilerinden bu hizmeti bekleyen hastaları onkoloji sosyal hizmet uzmanına yönlendirmesi işleyişi kolaylaştıracaktır.
3. Mastektomi geçirmiş kadınların tıbbi sosyal hizmet desteğine yönelik fikrinin olmamasında hastanelerde tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının tanınmamasının etkisi söz konusudur. Bu bağlamda Auslander (2001)'in çalışmasındaki sağlık alanında sosyal hizmetin başarılarını keşfetmek için sıraladığı yirmi anahtardan kavramdan biri olan tanınmanın, Türkiye'deki tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının yapılandırılmasında da etkili olacağı düşünülmektedir (Auslander'den aktaran Saruç, 2015: 117).
4. Meme kanserinde erken teşhis çok önemlidir. Kadınların düzenli olarak kendi kendine meme muayenesi yapması, şüpheli görülen belirtiler nedeniyle bir üst birime yönlendirilmesi, bu süreçte hastanın varsa mevcut ekonomik sorunlarının giderilmesi (yol ücreti, vb.) hastalığın zamanında tespiti ve tedavinin seyri açısından belirleyicidir. Bu noktada hastaların muhatap olduğu ilk sağlık birimi olan Aile Sağlığı Merkezleri'nde Sosyal hizmet uzmanının yer alması faydalı olacaktır. Saruç (2015: 118)'un da ifade ettiği gibi Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetlerinde, uygulamada olan 'aile hekimliği' modelinde sosyal hizmet uzmanlarının da görevlendirilmesiyle birlikte hastanelerdeki tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının yapılandırılmasına katkı sağlanacaktır (Saruç, 2015: 118). Buna ek olarak, Sağlık Bakanlığı bünyesindeki KETEM'lerde (Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi) görevlendirilecek tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının, onkoloji hastanelerindeki onkoloji sosyal hizmet uzmanları ile bağlantılı bir şekilde çalışması daha sistematik ve kaliteli bir sosyal hizmet desteği verilebileceği noktasında bir öneri niteliğindedir.
5. Her ne kadar araştırmanın hipotezleri arasında yer almasa da mastektomi geçirmiş kadınların hemşirelerden, doktorlardan ve tedavi gördükleri hastanelerden memnuniyetleri sorulmuş ve büyük bir kısmının memnun olduğu, memnuniyetin düşük olduğu durumun da hemşirelerden hastalıkları ile ilgili bilgi alamamaları olduğu tespit

edilmiştir. Bu noktada Sağlık Bakanlığı'nın ilgili konu hakkında daha çok bilgi aktarımının gerçekleştirilebileceği programlar ve çalışmalar düzenlenmelidir.

6. Kanser sadece hastayı değil onunla birlikte en yakınındakileri de (eş, çocuk, anne-baba, vb.) etkilemektedir. Dolayısıyla hastaya verilmesi gereken psiko-sosyal destek yakın çevresine de verilmeli, hastalık sürecinde yaşanan zorlukların ve problemlerin bu sayede kalıcı hale gelmesinin önüne geçilmelidir.



KAYNAKÇA

- Acar, M. (2013). Onkolojide Sosyal Hizmet: Vaka Örnekleri. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, 24(2).
- Akyıldız, H. (2017). Mastektomi Sonrası Kadınların Tedavi Sürecine Göre Evde Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir.
- Alamış, B. (2017). Meme Kanseri Tanılı Hastalarda Hastalık Algısı, Anksiyete, Depresyon ve Eş Uyumu İlişkisi. *Yüksek Lisans Tezi*, Işık Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Altınova, H., H. ve Veli D. (2013). Onkolojik Sosyal Hizmet. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*7(3).
- Arıkan, R. N. (2000), "Travmatik Bir Yaşantı: Meme Kanseri ve Mastektomi. *Kriz Dergisi*, 8(41).
- Aslan, C. (2017). Meme Kanseri Tedavisi Gören Kadınların Eşlerinin Deneyimleri", *Yüksek Lisans Tezi*, Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
- Avucan, E. E., İmrek, M. ve Karaboğa, I. (2006). Kanserin Psikososyal Yönleri. *Türk Psikoloji Bülteni*,12(38).81-89
- Aydemir, İ., (2003). Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Hastanelerde Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulamaları. *Yüksek lisans Tezi*, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
- Aydıntuğ S. (2004). Meme Kanseri Erken Tanı. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (Sted)*, 13(6).
- Büyüköztürk, Ş. (2015). *Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı: İstatistik, Araştırma Deseni SPSS Uygulamaları ve Yorum*. (21. Baskı). Ankara: Pegem A Yayıncılık.
- Çalışkan T., Duran S., Karadaş A., Ergün S. Tekir Ö. (2015). Kanseri Hastalarının Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 17(1)
- Daşdemir, İ. (2016) *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*, Nobel Yayıncılık. Ankara
- Demirel, Aykut Can;(2015),"Genç Kanseri Hastalarının Sosyal Destek Düzeyleri ve Yaşam Doyumu. *Yüksek Lisans Tezi*, Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
- Duyan, V. (1992),"Ankara Hastanelerinde Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulamaları. *Yüksek Lisans Tezi*, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
- Duyan, V. (2003). Hastaların Karşılaştığı Sorunlar ve Çözümleri Odağında Tıbbi Sosyal Hizmet. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 25(4).
- Elçigil, A. ve Tuna, S. (2011). Kanseri tedavisi biten çocukların yaşadıkları sorunlar ve bakımlarında hemşirenin rolü. *Türk Onkoloji Dergisi*, 26(3): 134-141.
- Erbay, E. ve Tuncay, T. (2010). İnsan Hakları Eğitimi: Güçlendirme Yaklaşımı Temelinde Bir Değerlendirme, *Türkiye Adalet Akademisi Dergisi*, 1(3), 147-162
- Eroğlu, S. İ. (2017). Mastektomili Kadınların Beden Algısı ve Benlik Saygısını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, *Yüksek Lisans Tezi*, Maltepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Globocan (2018). Section of Cancer Surveillance. <http://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/20-Breast-fact-sheet.pdf> Erişim tarihi: 17.02.2019
- Güler, C. (2017). Meme Kanseri Nedeni ile Meme Koruyucu Cerrahi Geçiren ve Mastektomi Geçiren Kadınların, Beden Algısı ve Cinsel Doyum Düzeylerinin Karşılaştırılması. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul.
- Gümüş, A. B. (2006). Meme Kanseri Psiko-sosyal Sorunlar ve Destekleyici Girişimler. *Meme Sağlığı Dergisi*, 2(3)
- Güniözbek, Ö. (2005). Kanseri Birey ve Ailelerinin Sosyal Destek Algılarının Değerlendirilmesi. *Yüksek Lisans Tezi*, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
- <http://dergipark.gov.tr/kriz/issue/41088/496626> Erişim tarihi: 15.02.2019
- <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/2014-RAPOR> Erişim tarihi: 19.04.2019

- Işıkhani, V. (2007). Kanser ve Sosyal Destek. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, 18(1). İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul.
- Kamsız, C. (2018). Meme Kanseri Mastektomi Geçirmenin Psikolojisi: Meme Kanseri Tanılı ve Sağlıklı Kadınlar Arasında Bir Karşılaştırma. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul.
- Karadakovan, A. ve Fatma E., A. (2017). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*, Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara.
- Karamanoğlu, A. Y. ve Fadime G. Ç. (2008). Mastektomili Hastalarda Evde Bakım. *Meme Sağlığı Dergisi*, 4(1).
- Koçan, S. (2014) Mastektominin Kadınların Beden İmajına Etkisi. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Trabzon
- Medicine ve Primary Care,9(3) <http://www.tjfmpe.gen.tr>. Erişim tarihi: 20.03.2019
- Okanlı, A. (2004). Kadınlarda Mastektominin Psiko-sosyal Etkileri. *İnsan Bilimleri Dergisi*, 1(1).
- Öncü K., H. (2008). Mastektomi Ameliyatı Olmuş Meme Kanseri Kadınların, Mastektomi Sonrası Eş Uyumunu ile Yalnızlık Düzeyinin İncelenmesi. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Samsun.
- Öz, F. (2010). *Sağlık Alanında Temel Kavramlar*. Mattek Matbaacılık, Ankara.
- Özbek, Ö., Özşenol, F., Oysul, K., Beyzadeoğlu, M. ve Pak, Y. (2003). Radyoterapi Uygulanan Kanser Hastalarının Psiko-sosyal Yönden Değerlendirmesi", *Türkiye Klinik Tıp Bilimleri Dergisi*, 23, 189-194.
- Özbeşler, C. (2017). *Tıbbi Sosyal Hizmete Giriş ve Tıbbi Sosyal Hizmet Uzmanlarının Rollerini*. Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara
- Özçelik, H. ve Fadiloğlu, Ç. (2010). *Kanser Hastaları ve Aileleri İçin Palyatif Bakım*. (Ed: Özçelik, H., Fadiloğlu, Ç., Uyar, M., Karabulut, B. Üniversiteler Ofset, İzmir.
- Özden, S. A., ve Emre Ö. (2017). *Tıbbi Sosyal Hizmet*. Nobel Yayınları, Ankara
- Özer, A., Bankaoğlu, E., Ekerbiçer, H. Ç. Hüdayioğlu, M. R. ve Özdemir, M. (2009). Kahramanmaraş'ta Yaşayan Bir Grup Kadının Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma ve Mammografi Çekirme Durumu ile Bunları Etkileyen Faktörler. *Toplum Hekimliği Bülteni*. 28 (1). (14-19) http://www.thb.hacettepe.edu.tr/arsiv/2009/sayi_1/baslik3.pdf Erişim tarihi:06.04.2019
- Özkal, F. (2008). Kanser Tanısının Hastaya Söylenmesine İlişkin Hasta ve Hasta Yakınlarının Görüşleri. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Afyon.
- Özmen, V. (2017), *Türkiye'de Meme Kanseri*, Cinius Yayınları, İstanbul.
- Pak, M. D. (2018) *Tıbbi Sosyal Hizmet Perspektifinden Behçet Hastalarının Sesi* Nobel Kitabevi, Ankara
- Resmî Gazete (1973). 26 Kasım 1973 tarih ve 14724 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Tedavi Kurumları Yönetmeliği <http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/14724.pdf> (18.02.2019)
- Sağlık Kurumu, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi (2011) <https://www.saglik.gov.tr/TR,11270/tibbi-sosyal-hizmet-uygulamasi-yonergesi.html> (19.02.2019)
- Salman, F. (2017). Mastektomi Yapılan Kadınlarda Sosyal Destek ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara.
- Saruç, S. (2015). Türkiye’de Tıbbi Sosyal Hizmet Alanına Yönelik Genel Bir Değerlendirme, *Turkish Journal Of Family*.
- Seyyar, A.ve Yusuf G. (2010). *Sosyal Hizmet Terimleri*, Sakarya Yayıncılık, Sakarya
- Sheafor, B. W. ve Charles J. H. (2016). Sosyal Hizmet Uygulaması Temel Teknikler ve İlkeler, (Çev. Ayşe B., Buse K., D. G., Durdu B. Ç., S. Erdem T., Funda Ç., Gizem Ç., Hande Ö., Onur U., Taha U., Yüksel S. Oğuz, Nika Yayınları, Ankara

- Soysal, H., O. Arkonaç, Ş. Erkoç. (1991). Meme Kanseri Olan Hastalarda Mizaç ve Anksiyete Bozuklukları. *Düşünen Adam Dergisi*.4(2), 47-49.
- Şahin, F. (2002). Genelci Sosyal Hizmetin Doğuşunu Hazırlayan Etmenler. Sosyal Hizmet Sempozyumu 2002 “Sosyal Hizmet Eğitiminde Yeni Yaklaşımlar” Ankara
- Şendil, G. (1991) Mastektomi Geçirmiş Kadınların Psikolojik Yönden İncelenmesi (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi)
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2018). *Türkiye Kanser İstatistikleri 2014*. Türkiye Halk
- Teater, B. (2015). *Sosyal Hizmet Kuram ve Yöntemleri: Uygulama İçin Bir Giriş* (Çev: Abdullah K., Arzu İ. Ç., Burcu Y. Ç., Elif Ö., S., Gonca P., Mansur S., Melike B., Melike T., Seda A., Özden, C.) Nika Yayınevi, Ankara
- Toptaş, S. (2013) Kanser Hastalığı Olan Bireye Bakım Veren Yakınlarının Yaşam Kalitesi. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara.
- Topuz, E., Adnan A. ve Maktav D. (2003). *Meme Kanseri*. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul.
- Tuncay, T. (2009). Genç Kanser Hastalarının Hastalık Deneyimlerinin Güçlendirme Yaklaşımı Temelinde Analizi: Bir Model Önerisi. Yayımlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Ankara
- Turan, N. (2012). Birey ve Aileler ile Sosyal Hizmet, Öz Baran Ofset Matbaacılık San.ve Tic. Ltd Şti. Ankara
- Tünel, M., Ayşe V., Yunus E., E., Lut T. (2012). Meme Kanseri Hastalarında Psikiyatrik Sorunlar. *Kaynak Tarama Dergisi (Archives Medical Review Journal)*, 21(3)
- Türk E., K. (2017). Meme Kanseri Kadınlarında Mastektominin Beden imajı ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü
- Uçar, T. (2008). Meme Kanseri Kadınlarında Mastektominin Beden Algısı, Benlik Saygısı ve Eş Uyumu Üzerine İncelenmesi" Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
- Uçar, T., Uzun, Ö. Meme Kanseri Kadınlarında Mastektominin Beden İmajı ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 4(3). 162-168.
- Uzun, G. (2009). Mastektomi Ameliyatı Olan Hastalarda Posoperatif Dönemde Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnuniyeti ve Bireyin Sosyodemografik Özellikleri ile İlişkisi. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Edirne.
- Ülger, E., Ahmet A., Abdullah Ş., G., Mustafa Oktay T. (2014). Kanserde Psiko-sosyal Sorunlar ve Psikososyal Onkolojinin Önemi. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 28(2).
- Ünal, H. (2008). Meme Kanseri Hastalara Cerrahin Bakış Açısı. Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi, No:62, s. 119-126
- Veli D., (2019). Atatürk Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları –Sosyal Hizmet Kuram ve Yaklaşımları.
- Yalom, I. (2018). *Varoluşçu Psikoterapi*. Pegasus Yayınları, İstanbul.
- Yavuz, M. (1995). Mastektominin Kadının Toplumsal Yaşamı Üzerine Etkileri. *Ege üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 11(3), 113-118.
- Yıldırım, A. ve Hasan Ş. (2008). *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Seçkin Yayıncılık,
- Yıldırım, B.2014). Bir Yaklaşımın Anatomisi: Güçlendirme. (Ed: V. Işıkhani, Prof. Dr. Gönül Erkan'a Armağan: Sosyal Hizmet ve Mülakat, Sosyal Hizmet Araştırma). Uygulama ve Geliştirme Derneği, Ankara.
- Yıldız, G. (2015). Mastektomi Olmuş Kadınların Beden İmajı Algıları, Kadınlar ve Eşlerinin Evlilik Uyumları ve Cinsel Doyumları. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
- Yılmaz, S. G. (2014). Mastektomi Ameliyatı Geçiren Hastalarda Progresif Gevşeme Egzersizlerinin Anksiyete ve Konfor Üzerine Etkisi. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Adana.

- Yutmaz, F. (2018). Mastektomi Öncesi Verilen Video Destekli Eğitimin, Ameliyat Sonrası Ağrı, Anksiyete ve Hasta Konforu Üzerine Etkisi. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Manisa.
- Zastrow, C. (2013). *Sosyal Hizmete Giriş*. Nika Yayıncılık, Ankara
- Zengin, O. (2011). Sosyal Hizmetin Sağlık Hizmetlerinin Sunumundaki Rolü. *Konuralp Tıp Dergisi*, 3(3)
- Zengin, O., Saltık, S., Duysak, Y., Soytürk, G., Orbay, E.ve Tekin, O. (2012). Kanserli çocuğa sahip ailelerin aşama yaklaşımına göre gösterdikleri tepkiler. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2(1)



EKLER

EK- 1: Anket Formu

Bu araştırma Yalova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı Yüksek Lisans tezi olarak planlanmıştır. Anket sorularına verilen yanıtların doğruluğu araştırmanın sonuçları için önemlidir. Vereceğiniz tüm bilgiler saklı tutulacaktır ve bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Lütfen ad-soyad yazmayınız. Araştırmaya verdiğiniz katkılar için teşekkür ederiz.

Firdevs ÖZNACAR

Yalova Üniversitesi

Sosyal Hizmet

Tezli Yüksek Lisans Öğrencisi

1) Yaşınız

1. () 18-20 5. () 36-40 9. () 56 ve daha büyük
2. () 21-25 6. () 41-45
3. () 26-30 7. () 46-50
4. () 31-35 8. () 51-55

2) Eğitim Durumunuz

1. () İlkokul 4. () Üniversite
2. () Ortaokul 5. () Lisansüstü
3. () Lise 6. () Okur-yazar değil

3) Medeni Durumunuz

1. () Evli 2. () Bekar 3. () Boşanmış

4) Çocuğunuz var mı?

1. () Evet 2. () Hayır

5) Çalışma durumunuz

1. () Çalışıyor 2. () Çalışmıyor

6) Gelir düzeyiniz

1. () Gelir giderden az
2. () Gelir gider eşit
3. () Gelir giderden fazla

7) Evde kiminle yaşıyorsunuz?

1. () Yalnız 2. () Aile

8) Sosyal güvenceniz nedir?

1. () Sosyal güvencem yok
2. () Sosyal güvencem var

9) Hastalığınızı ilk kim/nasıl fark etti?

.....

10) Tanıyı kim söyledi?

.....

11) Tanıyı kimin söylemesini isterdiniz?

1. () Doktor
2. () Hemşire
3. () Psikolog
4. () Sosyal hizmet uzmanı
5. () Aileden biri
6. () Diğer

12) Kemoterapi aldınız mı?

1. () Evet
2. () Hayır

13) Mastektomi olma kararı vermenizde kimler etkili oldu?

1. () Şahsi kararım
2. () Eşim ve çocuklarım
3. () Akrabalarım
4. () Doktorum
5. () Arkadaşlarım
6. () Hemşireler
7. () Sosyal hizmet uzmanı
8. () Diğer

14) Mastektomi öncesi ameliyat ile ilgili hangi konularda destek almak isterdiniz?

- 1.()Meme kanseri hakkında bilgi almak isterdim
- 2.()Mastektominin nasıl yapılacağı hakkında bilgi almak isterdim
- 3.()Ameliyat sonrası komplikasyonların neler olabileceği konusunda bilgi almak isterdim
- 4.()Psiko-sosyal destek almak isterdim

15) Tedavi sürecinde sosyal hizmet uzmanından herhangi bir yardım aldınız mı?

- 1.()Evet
- 2.()Hayır

16) Cevabınız "evet" ise nasıl bir yardım aldınız?

- 1.()Hastalığımla ilgili bilgi aldım
- 2.()Hastanedeki işlemlerle ilgili bilgi aldım
- 3.()Psiko-sosyal destek aldım
- 4.()Ekonomik destek aldım

17) Sosyal hizmet uzmanının aileniz ve arkadaşlarınızı rahatlatma biçiminden

- 1.()Hiç memnun değildim

- 2.()Çok az memnundum
- 3.()Kısmen memnundum
- 4.()Oldukça memnundum
- 5.()Tamamen memnundum

18) Sosyal hizmet uzmanının endişe ve korkularınızı dinleme ve bu hususta size yardımcı olma biçiminden

- 1.()Hiç memnun değildim
- 2.()Çok az memnundum
- 3.()Kısmen memnundum
- 4.()Oldukça memnundum
- 5.()Tamamen memnundum

19) Sosyal hizmet uzmanının işlerini yapma konusundaki tutumlarından

- 1.()Hiç memnun değildim
- 2.()Çok az memnundum
- 3.()Kısmen memnundum
- 4.()Oldukça memnundum
- 5.()Tamamen memnundum

20) Sosyal hizmet uzmanının taburcu olduktan sonraki takibinden

- 1.()Hiç memnun değildim
- 2.()Çok az memnundum
- 3.()Kısmen memnundum
- 4.()Oldukça memnundum
- 5.()Tamamen memnundum

21) Hemşirelerin size durumunuz ve tedaviniz ile ilgili yeterli bilgi ve hizmet vermesinden

- 1.()Hiç memnun değildim
- 2.()Çok az memnundum
- 3.()Kısmen memnundum
- 4.()Oldukça memnundum
- 5.()Tamamen memnundum

22) Hemşirelerin size yardımcı olmalarından

- 1.()Hiç memnun değildim

- 2.()Çok az memnundum
- 3.()Kısmen memnundum
- 4.()Oldukça memnundum
- 5.()Tamamen memnundum

23) Doktorların size durumunuz ve tedaviniz ile ilgili yeterli bilgi ve hizmet vermesinden

- 1.()Hiç memnun değildim
- 2.()Çok az memnundum
- 3.()Kısmen memnundum
- 4.()Oldukça memnundum
- 5.()Tamamen memnundum

24) Doktorların işlerini yapma konusundaki tutumlarından

- 1.()Hiç memnun değildim
- 2.()Çok az memnundum
- 3.()Kısmen memnundum
- 4.()Oldukça memnundum
- 5.()Tamamen memnundum

25) Tedavi gördüğünüz sağlık kurumundan memnuniyetiniz

- 1.()Hiç memnun değildim
- 2.()Çok az memnundum
- 3.()Kısmen memnundum
- 4.()Oldukça memnundum
- 5.()Tamamen memnundum

26) Devletten hastalığınıza yönelik beklentiniz?

.....

ÖZGEÇMİŞ

Firdevs ÖZNACAR, 1984'te Gümüşhane'de doğdu. İlkokul, ortaokul ve lise eğitimini bu ilde tamamladı. Atatürk Üniversitesi Sosyoloji Bölümü'nden mezun olduktan sonra aynı üniversitede Pedagojik Formasyon eğitimi aldı. 2008-2014 tarihleri arasında Felsefe Grubu Öğretmenliği yaptı. 2012'de Yalova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı'nda yüksek lisans programına başladı. Evli ve bir çocuk annesidir.

