

# Kanser, Kültür ve Hemşirelik

Seda Pehlivan<sup>1</sup>, Yasemin Yıldırım<sup>2</sup>, Çiçek Fadiloğlu<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği, Gaziantep, Türkiye

<sup>2</sup>Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği, İzmir, Türkiye

## ÖZET

Sağlık bakım hizmetlerinin sunulması sırasında, kültürel özellikler genellikle ihmal edilebilmektedir. Kültürel yönden uygun bakım; kültürün boyutlarını anlamayı, bütüncül yaklaşıma yönelmeyi, bilgiyi arttırmayı, yaklaşımları değiştirme ve klinik becerileri geliştirme arayışlarını içermektedir. Bir toplumun yaşama biçimi olarak tanımlanabilecek olan kültür, bireylerin sağlık ve hastalığa ilişkin inançlarını, değerlerini ve sosyal tutumlarını etkilediğinden, erken tanı ve tarama programlarına katılmaları, tedaviye yanıtları ve hastalıkla baş etme yöntemleri de kültürel özelliklerinden etkilenmektedir. Kültürel özellikler; ekonomik durum, cinsiyet rolleri, beslenme, kişisel hijyen, meslek, aile yapısı, giyinme, konut düzenlemesi, nüfus politikası, çevre düzenlemesi ve sağlık bakım uygulamaları olarak sıralanabilir. Bu kültürel özellikler, kanser tanısı ve tedavisini doğrudan veya dolaylı olarak etkilemektedir. Beslenme, meslek ve çevre ile kanser arasında ilişki olduğu bilinmektedir. Bunun yanında kültürel özellikler, kanser ile baş etme, hastalığı ve tedaviyi kabul etme durumunu etkilemektedir. Ülkemizdeki gibi kültürel çeşitliliği olan toplumlarda hemşireler, bakım verdikleri hastaların kültürel özelliklerini iyi bilmeli ve bu özellikleri dikkate alan bir bakım planlamalıdır.

Anahtar sözcükler: kanser, kültür, hemşirelik

## CANCER, CULTURE AND NURSING

### ABSTRACT

During the submission of health care services, cultural characteristics are generally underestimated. Culturally appropriate care; understanding dimensions of culture, moving towards comprehensive approach, increasing knowledge, changing approaches and improving clinical capabilities. Culture defined as the way of life in a given society, and it affects individuals' beliefs on health and diseases, values and social behavior. Due to the fact that, early diagnosis, attendance to detection programs, treatment response, and survival are also affected from the features of culture. Cultural features include; economic status, gender roles, nutrition, personal hygiene, profession, family structure, clothing, housing, population politics, environmental arrangements and health care politics. These cultural features affect the diagnosis and treatment of cancer. Also there is relationship between nutrition, profession and environment and cancer. Additionally, cultural features affect diseases and treatment acceptance and surviving with cancer. Nurses providing health care services in multi-cultural countries as our country need to know cultural features of the patients and must be taken into account while planning care these features.

Key words: cancer, culture, nursing

**K**ültür; kendine özgü düşüncesi, iletişimi, bilgisi, ahlakı, eylemleri, adetleri, alışkanlıkları, inançları ve değerleri olan dinsel, etnik, ırksal ve sosyal grupları tanımlamaktadır ve etkili sağlık bakımının verilmesinde merkezi konumdadır (1,2). Hemşireler, farklı etnik ve dinsel kökenden gelen insanlara bakım sağlamaktadır. Küreselleşme, geçmiş/şimdiki göçler ve bazı ülkelerde de yerli nüfusun kendi kültürel kimliği ile bulunması bu

çeşitliliğe katkıda bulunmaktadır (3). Kültürel çeşitliliği olan toplumlarda farklı yaşam deneyimleri, inançları, değer sistemleri, din, dil ve sağlık/hastalık kavramları olan bireylere uygun sağlık bakımını sağlamak oldukça zordur (4-6). Kültürel olarak uygun sağlık bakımı her birey ve ailenin ihtiyaçlarına göre bireye özgü planlanmalı ve verilmelidir (6). Kültürel uygulamalar ve manevi inançlara göre yaşamları şekillenmiş bireylere, kaliteli ve nitelikli bakım verilebilmesi için; hemşirelerin kültürel olarak duyarlı ve kültürel açıdan bilgi sahibi olması gerekir (4,5).

## Kültür ve hemşirelik

Hemşirelikte, ilk olarak Peplau, ardından King tarafından kültürün ruh sağlığı üzerine etkisi olduğu ifade edilmiş ve "kültür" bir kavram olarak kabul edilmiştir (7,8). Leininger tarafından "Transkültürel Hemşirelik" kavramının ilk olarak tanımlanmasından sonra kültür ve sağlık bakımı ilişkisine olan ilgi artmıştır (3). Hemşirelikte kültür kavramını, Uluslararası Hemşirelik Birliği (ICN) 1969'da kullanmaya başlamıştır. Ardından 1974'de "Transkültürel Hemşireler Birliği" kurulmuş ve bu birliğin üyeleri kültürel içerikli bakım ile ilgili genel bilgilerin öncüleri olmuşlardır (8).

Leininger; bireyler, aileler, gruplar ve kurumlarla çalışan hemşirelerin kültürle uyumlu bakım sağlamasında kültürel değerlendirmeye büyük önem vermektedir (9). Kültürel, dini ve manevi inançlar hakkında bilgi edinilmesi, bireye duyarlı ve bireyselleştirilmiş bakım sunmak için hemşireye fırsat sağlar (10). Farklı ve evrensel kültürel temelli bakımda, bireylerin veya grupların sağlık, esenlik, hastalık ve ölüm ile ilgili kültürel özelliklerini belirlemek gerekir (11). Çünkü, hastalık ve sağlığın duyuşsal, sosyal, davranışsal, dini ve manevi boyutları vardır ve hastalık/sağlık algısı, kültürel gruplar arasında farklılıklar gösterebilmektedir (7,8,11).

Bireylerin kültürel açıdan uygun bakım almaları, hemşirelerin kaliteli bakım verebilmeleri için gereklidir ve aynı zamanda bu hemşirelerin yasal ve ahlaki sorumluluğudur (7,12). Hemşire ancak, genel bir bakımdan çok bireysel farklılıklara duyarlı, kültürle uyuşan bir bakım ile bireyin ihtiyaçlarını karşılayabilir (13). Bakımı üstlenilen bireyin, kültür ve inançlarını gözönüne almadan yapılan hemşirelik uygulamalarının etik olabileceği düşünülemez (12,13). Ayrıca bireyin kültürünün iyi anlaşılabilmesi/tanınmaması, iletişim bozukluklarına, kültürel çatışmalara, sağlık bakımında eşitsizliklere, ayrımcılığa, ırkçılığa, kalıplaşmış yargılamalara neden olurken, bakımın niteliğini ve bireyin sağlığını da olumsuz etkileyebilir (7,8).

## Kanser ve kültür

Toplumun sağlık davranışlarının geliştirilebilmesi için, sağlık bakım hizmetlerinin kültüre uygun olması ve sağlık davranışlarını etkileyen kültürel faktörlerin bilinmesi gerekmektedir (3,12,14). Bireyin sağlık ile ilgili inançları, tutum ve davranışları, geçmişteki deneyimleri, tedavi uygulamaları yani kısaca kültürü, sağlığı geliştirmede, hastalığı önlemede ve hastalığın tedavisinde yaşamsal rol oynamaktadır (15).

Sağlık-hastalık ilişkisinde, kültürel değişkenler harekete geçirici faktörler olabilmektedir (16). Kanser gibi bulaşıcı olmayan hastalıklarda görülen ciddi artışın nedeni olarak, dünyada giderek yaygınlaşan yeni yaşam tarzı ve beslenme biçimleri gösterilmektedir (17). Tüm alanlarda olduğu gibi onkolojide de hasta ve sağlık personeli arasındaki etkileşim kültür kapsamı dışında düşünülemez (4,18). Tüm hastalara sağlanmasıyla birlikte, onkoloji bakım ekibinin tüm üyeleri için kültür temelli manevi bakım sağlama bir öncelik olmalıdır (19). Kanserde, erken tanı ve tarama programlarının, hastaların tedaviye uyumunun ve hastalıkla baş etme stratejilerinin, kültürel inanç ve normlardan etkilendiği bilinmektedir (20,21). Onkoloji hemşireleri kültürel açıdan duyarlı bakım sunabilmek için kültürel yetkinliklerini geliştirmelidir. Hemşirelikte, kültürel duyarlılık, sağlık üzerinde etkili yaygın kültürel özelliklerin farkındalığı, kültüre özgü inançlar ve davranışlara saygı duyma ve kültürel faktörlerin göz önünde bulundurulduğu bir sağlık hizmeti sunumu ile sağlanabilir (20).

Bireylerin kanseri önleme, tarama, erken tanı ile ilgili davranış ve uygulamalarını bazı kültürel faktörler etkilemektedir. Bunlar; ırk ya da etnik köken, kültürleşme düzeyi, dini inançlar, sosyoekonomik düzey, yaş, eğitim düzeyi, ika- met ettiği bölge ve sosyal destek olarak sıralanabilir (21).

**İrk veya etnik köken:** İrk veya etnik köken, kanserin erken tanılanmasında ve önlenmesinde engel oluşturmak suretiyle kanser sürecini etkilemektedir. Aynı zamanda, herhangi bir etnik grubun, eğitim, sosyal destek, kanser hakkındaki bilgi düzeyi ve uygulamaları da kanser sürecini etkiler (21). Örneğin; siyah deri rengine sahip bireylerin melanomaya yakalanma riski beyaz deri rengine sahip bireylere oranla 10-20 kat daha düşük bulunmuştur (22). Ayrıca Kanser Önleme ve Koruma Merkezi'nin verileri kullanılarak yapılan bir çalışmada, 18-24 yaş arası kadınlar arasında; İspanyol olmayan beyazlarda; Human Papilloma Virüs (HPV) enfeksiyonu hakkında bilgi sahibi olma ve aşı yaptıрма oranlarının İspanyollara ve İspanyol olmayan siyahlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç kültürel faktörlerle ilişkilendirilmiştir (23). Bu duruma başka bir örnek de alkol kullanımının yaygın olduğu toplumlarda alkolizme bağlı olarak ortaya çıkan ağız, larenks, özofagus, akciğer ve karaciğer kanserlerine daha sık rastlanmasıdır (20).

Göç etmiş birçok toplumun kültürü değişmekte veya yeni ortamın kültüründen etkilenmektedir (21). Göç etmiş gruplar adapte oldukları ülkelerin var olan kanser insidans oranlarını alma eğilimi gösterebilirler. Bu nedenle kanser insidansındaki coğrafi farklılıklar genetik değişkenlikle

açıklanamaz. Örneğin; batıya göç etmiş Japonların batı beslenme tarzına adapte olmaları sonucu kolon kanseri insidansında artma görülmüştür (22). Ayrıca, siyah deri rengine sahip olanlar, eğitimi olmayanlar, göçmen statüsünde olanlar, kanserde erken tanı ve koruma olanaklarından ve sağlık hizmetlerinden yararlanma konularında ayrımcılığa maruz kalabilmektedir. Bu durum bu bireylerde kanser insidansı ve mortalitesinin yükselmesine neden olmaktadır (24).

**Cinsiyet:** Cinsler arasındaki iş bölümü, iki cinsin beklentileri, sorumlulukları, sosyal hakları, her bir cinsin davranışına ilişkin kültürel inançları sağlığı etkileyebilmektedir (16,25). Alkol ve sigara kullanmanın sadece erkekler için doğal kabul edildiği toplumlarda, akciğer kanserinin erkeklerde kadınlara göre daha fazla görülmesi buna örnek olabilir (16). Ayrıca cinsiyete yüklenmiş roller nedeniyle özellikle mastektomi ya da histerektomi sonrası kadınların beden imajındaki bozulmaya bağlı yaşadıkları psikolojik travma, uygulanan kanser tedavisine yönelik uyumu güçleştirebilmektedir. Yaşanan organ kaybı, kadınlığın, doğurganlığın, çekiciliğin ve cinselliğin kaybı olarak algılanmakta ve bu durum kadının beden algısı, benlik saygısı ve çift uyumunu olumsuz yönde etkilemektedir (26,27). Cinselliğin bir tabu olduğu ülkemizde hemşire, hastalar ifade etmeseler bile cinsellikle ilgili problemlerini belirleyip uygun girişimler ile bu problemleri ile baş etmesine yardımcı olmalıdır.

Ülkemiz gibi bazı ülkelerde kadın vücudu halen bir tabu olarak algılanabilmektedir. Erken tanıda önemli olan mamografi ve pap smear gibi muayeneler, bu nedenlerden dolayı kadının yaşadığı sorun yeterince ciddi olmadığı sürece yaptırılmamakta veya ertelenmektedir. "Jinekoloğa sadece evli olan kadınlar gider" yönünde kültürel inancı olan hiç evlenmemiş bir kadının, hekime gitmemesi veya erkek hekime muayene olmak istememesi, kadın hekime bulma arayışı kanser tanı ve tedavisini olumsuz yönde etkileyen cinsiyet ile ilgili diğer bir faktördür (28-30). Ülkemizde özellikle erken tanı ve taramalar konusunda okul çağı döneminde okullarda bilgilendirilme yapılmalıdır. Ayrıca görsel medya yardımı ile toplumun bilinçlendirilmesi sağlanarak hem maliyet azaltılmasına hem de yaşam kalitesinin yükseltilmesine katkıda bulunulabilir.

**Sosyoekonomik düzey:** Sosyoekonomik durum bireylerin sağlığı koruma davranışlarını sürdürmesini ve tedavi olanaklarına ulaşmasını doğrudan etkilemektedir (21). Yoksullar, birinci basamak sağlık hizmetlerinde daha sıklıkla geri planda kalan ve kansere ilişkin koruma, erken tanı ve tedavi hizmetlerinin yer aldığı ikinci basamak sağlık

hizmetlerine en az ulaşan ve bu nedenle bu hizmetlerden daha az yararlanan bir gruptur (31). Maliyet nedeniyle sosyoekonomik düzeyi düşük olanlarda kanser tarama programlarına katılım oranı daha düşük ve geç tanılama riski daha yüksek olarak saptanmıştır (21). Tüm bu nedenlerle yoksul kanserli hastaların, yaşam süresinin az ve yaşam kalitesinin düşük olduğu belirtilmektedir (31).

Mide kanseri, akciğer kanseri ve servikal kanser çoğunlukla düşük ekonomik düzeye sahip bireylerde görülmektedir (21). Afrika kökenli Amerikalı kadınlarda servikal kanser insidansı ve mortalitesi beyaz Amerikalılara göre daha yüksek bulunmasının nedeninin yaşam biçimi ve kültür ile ilişkili olduğu savunulmaktadır (32). Kanserin ırk ve etnisite kadar güçlü bir şekilde sosyoekonomik durum ile ilişkisi olduğu, ırksal ve etnik gruplar arasında mevcut kanser insidansı ve mortalite oranlarındaki farklılıkların daha çok sosyoekonomik durumla ilişkili olduğu savunulmaktadır (33).

Amerikan Kanser Birliği'nin 1989'da yaptığı "Sosyoekonomik Düzeyi Düşük Bireylerde Kanser" adlı araştırmanın bulgularına göre ırkı ne olursa olsun sosyoekonomik düzeyi düşük bireyler;

- Sağlık sigortaları/paraları olmadığından kaliteli sağlık bakımına erişmekte problem yaşadıklarından kansere bağlı ölümleri daha fazla yaşamaktadır.
- Yaşam kalitesini yükselten davranışları daha az gerçekleştirmektedir.
- Kansere bağlı ağrı ve acıyı diğer bireylere göre daha fazla yaşamaktadırlar.
- Hastalıklarıyla ilgili gereken tedavi ve bakımı yetersiz maddi olanakları nedeniyle yeterli düzeyde alamamaktadır.
- Kadere boyun eğme eğiliminde olduklarından kanser tedavisinde kaliteli bakım ve tedavi alabilmek için sıra dışı çaba ve efor harcamaktadır.
- Kanser eğitimini gereksiz görmektedir.
- Kanseri mutlak öldürücü olarak değerlendirmektedir.
- Ayrıca kanser alanında çalışanlar, eğitimciler ve sosyal hizmet uzmanları için tüm yukarıdaki sebeplerden dolayı sağlık hizmetlerinin yürütüldüğü kurumlara ulaşamayan veya yetersiz ölçüde ulaşan yoksul bireyler, inceleme ve araştırma dışında kalmaktadır (34).

Birleşmiş Milletler'in 2001 yılında belirlediği "Binyıl Kalkınma Hedefleri"nin başında yoksulluğun önlenmesi yer almaktadır. Ülkemizde bölgeler arasındaki farklılıklar (ekonomik durum, eğitim düzeyi, ulaşım olanakları) sağlık hizmetlerinin sunumunu ve hizmete ulaşımı olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

**Aile yapısı/evlilik ile ilgili özellikler:** Aile yapısı ve buna bağlı olarak uyulması gereken kurallar kanserden korunma, erken tanı ve tedavide yönlendirici olabilmektedir (35). Geleneksel aile yapısına sahip toplumlarda özellikle kadın ve çocukların doktora başvuru, tedavi veya kontrollere gitme kararı bireye değil aile büyüklerine göre verilmektedir (1,16). Yine bu toplumlarda bireyin yaşamı ve gereksinimleri ikinci planda kalmakta ve ailenin istekleri daha ön planda tutulmaktadır (1). Bu sebeple, aile ve yakın çevrenin alternatif tedavilere yönelme konusunda isteği veya baskısı sonucunda tedavi süreci başka doğrultuya kayabilmektedir (36). Hemşirenin karar vericiler konusunda iyi gözlem yaparak eğitim ve hasta ile ilgili kararlara katılımlarını sağlaması gerekebilir.

Evlilik ile ilgili özelliklere bakıldığında; akraba evlilikleri genetik olduğu bilinen bazı kanser türlerinin görülmesini artırabilmektedir. Örneğin, mutasyona uğramış DNA nedeni ile kolonik defekte bağlı olarak kolonda multipl polipler ile seyreden hastalık genetik geçiş göstermekte ve bu durum 40 yaşına gelmeden hemen tüm hastalarda kolon kanseri ile sonuçlanabilmektedir (22). Ülkemizde evlilikle ilgili bir başka sorun alanı ise; kadınların imam nikahı ile evlenmesi nedeniyle eşleri tarafından sağlanacak olan sosyal güvenlik ve sağlık hizmetlerinden yararlanamamaları sonucu kanser tanı ve tedavi sürecinde gecikmeler yaşamalarıdır (16). Bu konularda hemşirenin sorumluluğu, toplumun bilgilendirilmesini sağlayıcı girişimlerde bulunmaktadır.

**Cinsellik ve gebeliği önleme yöntemleri:** Evlilik öncesi ve evlilikte cinsel ilişkiler, yasaklar, birden fazla cinsel partner, homoseksüellik, gebeliği önleyici yöntem kullanımına yönelik inanç ve uygulamalar, hamilelik, menstruasyon, emzirme gibi konuları kapsayan kültürel özgeçmişten etkilenen cinsel davranışlar, sağlıklı yaşam davranışlarını olduğu gibi kanser eğilimi, tanı ve tedavisini de etkilemektedir (1,16,22). Cinsel tercihler ve doğum kontrol yöntemleri ile kanser arasında ilişki olduğu belirlenmiştir. Anal kanser riski homoseksüel erkekler arasında daha fazladır (22). Ayrıca homoseksüel bireyler stigmatize edildikleri için hastalık dönemlerinde legal ve etik sorunlar nedeniyle hastalığın tanı ve tedavisine yönelik gereksinimlerini karşılayamama gibi sorunlar yaşayabilmektedir (21). Erken yaşta cinsel ilişkiye başlayanlarda ve birden çok cinsel partneri olanlarda servikal kanser daha sık görülmektedir (22). Çok eşlilik ve erkeklerde prezervatif kullanımının yaygın olmaması cinsel yolla bulaşan hastalıklara bağlı gelişebilen servikal kanser riskini arttırmaktadır (1). Buna karşın düzenli olarak alınan doğum kontrol hapları, endometrium ve over kanserlerini önleyici etki gösterirken, meme ve

rahim kanseri riskini arttırabilmektedir (37). Hamilelik sayısının artması, meme, endometrium ve over kanseri riskini azaltabilmektedir. (38). Hemşire, riskli davranış ve uygulamalar, kullanılacak aile planlaması yönteminin olumlu/olumsuz yönleri konusunda bireyleri ve toplumu bilgilendirmelidir.

**Kullanılan dil ve iletişim:** Kullanılan dil ile ilgili yetersizlikler, sağlık hizmetlerinden faydalanma oranını azaltan faktörlerden biridir (21). Sağlık bakım vericilerinin söyledikleri ile hastanın anladıklarının aynı olmaması iletişimi olumsuz yönde etkilediği gibi, hastalığın tanı ve tedavi sürecini de olumsuz etkilemektedir (1). Hastayla iletişimde aceleci olmamak, dikkatli bir şekilde dinlemek, zaman ayırmak, yavaş ve açık şekilde konuşmak gerekir (6). Hastaya hastalığı ile ilgili bilgi verirken, tıbbi terimlerin yerine hastanın anlayacağı kelimelerin kullanılması da oldukça önemlidir (1). İletişimde, hastanın ve ailesinin kullandığı konuşma dilinin ve konuşulanları anlama yeteneğinin değerlendirilmesi gerekir (6). Farklı dil, iyi iletişimin sürdürülememesine bağlı hasta bakımını olumsuz etkilediğinden, hasta ile iletişimin kurulamadığı durumlarda profesyonel bir tercümandan mutlaka yardım istenmelidir (21,39). Bireyle iletişime geçerken ne kadar mesafede bulunmamız gerektiği de bireysel farklılıklar göz önüne alınarak belirlenmelidir (21). Dokunma, özellikle palyatif bakımda önemli bir iletişim yöntemi olmakla birlikte, bazı toplumlarda (Afganlar, Araplar vb.) kadının eşi, oğlu veya babası olmadığı sürece erkeğin bir kadına dokunması ve göz teması kurması onaylanmaz veya hoş karşılanmaz (1,6,8,21). Bu nedenle, hemşire, bireylerin sözlü ya da sözsüz iletişim yöntemlerini ve iletişim engellerini tanımlamalıdır (21). Farklı kültürlerden hastalara bakım verirken hastaların bu tür iletişim özelliklerinin öğrenilmesi verilen hizmetin etkinliği ve güvenli iletişimin sürdürülmesi açısından oldukça önemlidir (8,14).

**Sağlıkla ilişkili yaşam biçimi davranışları:** Beslenme, giyinme, boş zaman aktiviteleri ve alışkanlıkların kanser oluşumu ve gelişiminde etkisi vardır. Besinlerin hazırlanmasında kullanılan maddeler (tütsüleme, salamura, vs.), fazla tüketilen gıdalar (aşırı yağlı, karbonhidratlı, vs.), alkol/sigara kullanımı, obezite, hareketsiz yaşam biçimi gibi kültürel özelliklerden etkilenen yaşam davranışları sağlığı olumsuz etkileyebilmektedir (1,21). Afrika kökenli Amerikalılarda kanser insidansı ve mortalitenin yüksek olmasına neden olan faktörlerin başında, her iki cinsten; obezite, sigara ve alkol kullanım oranlarının oldukça yüksek olması gelmektedir (33). Sigara ile kanser ilişkisi kesin olarak kanıtlanmış olup, günlük kullanılan sigara sayısı ve inhalasyon derecesi mortaliteyi etkilemektedir (22,40).

Beslenme ile kanser arasındaki ilişki de kanıtlanmıştır. Örneğin: tuzda marine edilmiş et ve balık, tütsülenmiş çığ balık ve deniz ürünlerini (içerikte nitrozaminler) çok tüketen toplumlarda (Japonya, İskoçya, İzlanda ve Portekiz) mide kanseri insidansı daha fazladır (41). Fazla hayvansal yağ, tuz ve aşırı alkol tüketenlerde kanser riski artmaktadır (42,43). Yüksek ölüm ve kanser insidansına sahip olan Afrika kökenli Amerikalılar bu gruba girmektedir (22).

Tüm kültürlerde yemeğin anlamı oldukça önemli olmakla birlikte, toplumlara göre anlam değişebilmektedir (6). Bazı kültürlere göre; besin, yaşamın ve vücut fonksiyonlarının sürdürülmesi için ve enerji düzeyini arttırmak için önemlidir. Bazı kültürlerde ise ilişkileri geliştirmede bağlayıcı rol oynamakla birlikte aile/arkadaşlarla bağ kurulan kutlamalar ve ritüellerin vazgeçilmez bir parçasıdır. Kanser hastasının bakım sürecinde hemşirenin, hastanın sevdiği yiyecekleri ve beslenme ritüellerini öğrenerek, kültüre uygun ve sevilen besinlerin tüketimini sağlayabilmesi önemlidir (6,21).

Bireyin hijyen anlayışı, banyo ve temizlik alışkanlıkları özellikle kanser tedavi sürecinde daha da önem kazanmaktadır. Özellikle bağışıklığı bastırılmış bir hastanın enfeksiyona yatkınlığı nedeniyle, kişisel hijyen (el yıkama, diş fırçalama gibi) algısı iyi değerlendirilmeli ve hastanın anlayacağı düzeyde bir eğitim planlanmalıdır (44).

Spor ve eğlence gibi boş zaman aktiviteleri, yaralanma veya hastalık riskleri olması nedeniyle dikkatli olunması gereken konulardır (16). Örneğin, yüzme ve güneşlenmenin sağlık açısından birçok yararları olmasına karşın uygun olmayan saatlerde güneşe maruz kalma deri kanserlerine neden olabilmektedir (22). Deri kanseri ile güneş ışınları arasındaki bu ilişkiden dolayı, özellikle riskli bireylerin (açık havada çalışanlar, açık ten rengine sahip olanlar gibi) yaz aylarında belirli saatlerde dışarı çıkarken uzun kollu giysiler giymesi ve şapka kullanması önerilebilir (45-47).

**Çevresel faktörler:** Binaların yapımında kullanılan malzemeler, ısınma araçları, oda sayısının yeterliliği, sağlıklı çevrenin sürdürülmesi ve temiz su kaynaklarının kullanılması gibi faktörler kültürden etkilenmekte ve sağlığı etkilemektedir (16). Ev/iş ortamı veya genel çevresel faktörler ile kanser arasında ilişki olduğu bilinmektedir. Bazı bölgelerde badana amacıyla kullanılan beyaz toprak olarak bilinen asbest, akciğer kanseri başta olmak üzere larinks, pankreas, özofagus, kolon ve böbrek kanserine neden olmaktadır (48). Ayrıca ısınma amacıyla kullanılan kömür gibi kimyasalların yanma ürünlerinin de kanserle ilişkili olduğu bilinmektedir (38,42).

Geleneksel avcılık, balıkçılık, tarımcılık, madencilik gibi riskli meslekler, endüstrileşmiş ülkelerdeki modern meslekler ile bazı hastalıklar arasında ilişki olduğu bilinmektedir (16). Mesleksi maruziyete bağlı olarak; boya işçilerinde mesane kanseri, madencilikle uğraşanlarda akciğer kanseri, denizcilikle uğraşanlarda deri kanseri daha fazla görülmektedir (40). Ayrıca melanoma dışı deri kanserlerinin ABD'de vücudun sol yarısında, İngiltere'de sağ yarısında daha sık görüldüğü belirlenmiş ve bunun muhtemel sebebinin araba kullanırken asimetrik güneşe maruziyet olduğu ifade edilmiştir (22). Kanser açısından riskli olan meslekleri yapanların erken tanı ve taramalara yönlendirilmesi için yapılacak girişimler ve işyeri hemşireleri ile işbirliği oldukça önemlidir.

**Dini inançlar:** Din, çoğu kez bireyin dünyasını etkiler ve sağlık-hastalık yönelimi de dini hayat görüşlerinden etkilenir (16). Alkol ve sigaranın yasaklanması, düzenli egzersiz yapma, dua etme, oruç tutma, abdest alma/bozma, banyo yapma, ölü hayvanın etini yememe gibi dini yönelimin etkili olduğu bu davranışlar, bunlara örnek gösterilebilir (14). İslamiyet'te alkolün günah sayılması, alkol kullanımını önleyerek bireyleri alkol sonucu oluşabilecek hastalıklardan korumaktadır. Bununla birlikte, kadere ve hastalığın Allah'tan geldiğine inanmak, hastalıkla baş etmeyi kolaylaştırmaktadır. Ancak, bazı bireylerde bu kaderciliğin aşırı olması, hastalığın tedavisine yönelmemesine neden olabilmektedir (16,29,49). Prostat kanseri olan siyah erkek hastaların çoğu tedavi kararını verirken din adamlarına danışmak istediklerini belirtmiştir. Birçok Afrika kökenli Amerikalıya göre; kanser, Tanrı'dan gelen bir hastalıktır ve hastalığın seyrine müdahale edecek tek güç "Tanrı'nın iradesidir" düşüncesindedir. Bu nedenle bu gibi hastalarda tedavi protokollerini sürdürmekte ısrar edilmesi değer ve itibar kaybedilmesine neden olabilmektedir. Bu gibi bir durumda hastanın istekleri gözardı edilmeden, hasta yararına olan kararı almada hasta, aile ve din adamı ile işbirliği yapılabilir (19).

**Sağlık bakım uygulayıcıları/uygulamaları:** Sağlık ve hastalık tanımı kültürlere göre göreceli olarak değiştiğinden, birçok birey hastalık olmadıkça kendini sağlıklı tanımladığından doktora başvurmamaktadır. Çoğu insanın ekonomik ve sosyal nedenlerden dolayı sağlık kuruluşlarına başvurmadıkları da bilinen bir gerçektir. Bu durum da kanserde erken tanı için gerekli ve önemli olan muayenelerin yapılmasına engel olmaktadır (25). Bazı toplumlarda, kanserin doğal bir hastalık olmadığına inanılmaktadır. Bu inanışa göre; doğaüstü veya günahkar davranışlar nedeniyle gelişen kanser, batı tıbbi yöntemleri ile tedavi edilmemelidir (1).

Kanser hastalarının halk arasında kullanımı yaygın olan alternatif tedavi yöntemlerini (bitkisel ilaçlar, özel yiyecekler)

kullandığı bilinmektedir (36,50-52). Ancak çalışmalar, sağlık çalışanlarının %97'sinin, bu alanda verilerin yeterli hale gelmeye başlamasına rağmen, kullanılan bitkiler ve doğal ürünlerle ilgili kanıt temelli bilgilerinin olmadığını göstermektedir. Alternatif tedavi kullanma durumunun sorgulanması ve güvenli bilginin sağlanması açısından mutlaka hasta değerlendirilmelidir (53). Zira hastaların önemli bir çoğunluğu bu tür tedavi yöntemlerini kullandığını sağlık çalışanlarından saklamaktadır (36).

Sağlık bakım uygulayıcıları, bazı toplumlarda tedavi amaçlı evde ilaç yapan ve uygulayan "yaşlı kadın" olabilirken, bazı toplumlarda çaresiz hastalıkların tedavisi amacıyla Tanrı ile iletişimi sağladığına inanılan dini temsil eden kişi olabilmektedir. Hastanın kendi inançları ile uyumlu olan tıbbi tedavi planının başarılı olma şansı daha yüksektir. Bu amaçla yararlı olan ya da zararı olmayan kültürel sağlık uygulamaları teşvik edilmelidir (1).

**Ölüm ile ilgili uygulamalar:** Ölümün anlamı, ölüme hazırlık, karar verme sürecinde kültürün rolü, inanç ve din adamlarının katılımı, iletişim (konuşulan ve/veya konuşulmayan dil), yaşam sonu bakım yeri, ölüm sonrası beden bakımı, gömme ile ilgili kültürel uygulamaları kapsamaktadır (4,8,21). Birçok kültürde evde ölüm tercih edilmekle birlikte bazı toplumlarda ölümü yaklaşan bir hastanın bakımının aile tarafından yapılması zorunluluktur. Bazı toplumlarda ötenazi hem kültürel hem de yasal olarak bir hak iken bazı dini inanışlara göre bu Tanrı'nın iradesine karşı çıkmaktır ve yasaktır (21). Farklı kültürel inançlar ve kültürel güvenlik ilkelerini kapsayan geniş bir anlayış ile hemşirelerin, keder, ölüm ve yas dönemlerinde hasta ve ailelerini desteklemek için kültürel açıdan duyarlı ve uygun müdahaleleri sağlaması daha olumlu sonuçlar verebilmektedir (5). Kansere hastasının bakımında; hastanın ölümü gibi trajik bir durumda hasta ve ailesi ile iletişim hayati önem taşıyan bir süreçtir (2,4). Bu süreçte hemşireler ölüm ile ilgili katı, kalıplaşmış uygulamalarda ısrar etmek yerine, belli bir kültürün parçası olan hasta ve ailesinin inanışlarının farkında olması ve kültüre uygun uygulamalarla bakımı sağlaması ile iyi ölüm sağlanabilir (2,4).

Sonuç olarak; kanser hastasına bakım veren hemşireler, kültürel faktörleri, kendi kültürel özelliklerini, bakım verdikleri hasta ve ailesinin kültürel özelliklerini bilmeli ve değerlendirmelidir. Hastanın bakımında, bireyin kültürünü dikkate alarak, saygı ve anlayış göstermeli, bu kültürün sağlığı destekleyici yönlerinden yararlanmalıdır. Kültürün sağlığı bozucu bir yönü varsa, bireyin güvenini kazanarak, bireyin anlayacağı düzeyde bilgi vermeli ve yine bireyin kültürüne uygun müdahaleyi yapmalıdır.

## Örnek vakalar

### Vaka 1

*Y.H., 49 yaşında, yıllar önce büyük şehre göç etmiş bir kadındır. 22 yaşındaki en küçük oğlu ve eşi ile birlikte yaşamaktadır. Tetkikler sonucunda; lenf nodları ve adrenal bezlere metastaz yapmış akciğer kanseri olduğu anlaşılmıştır. Oğlu annesinin hastalığının onun tarafından bilinmesini istemez. Kansere beyne metastaz yapınca kötü sonucu bilen doktor hastanın oğluna daha önce reddettiği bir tedaviyi önerir. Yüksel hanımın oğlu, ailenin bir ferdi olarak annesini 'kötü haberlerden' ve "umudunu kaybetmekten" koruması gerektiğini düşünmektedir. Ona göre gerçek annesine söylenirse, annesi strese girecektir. Bu nedenle ventilatöre bağlı yaşam desteği de dahil bütün tedavileri reddeder.*

### Vaka 2

*L.Ç., 56 yaşında, 3 kez evlenmiş ve ilk eşinden 2 çocuğu var. Dört beş aydır devam eden karın ağrısı ve ani şiddetli kanama şikâyetiyle hastaneye başvurmuş. Yapılan tetkikler sonucunda over kanseri tanısı alan hasta tanısını biliyor ve kabulleniyor. L.Ç. ilk eşini kaybettikten sonra tekrar evlenmek istememiş ancak hiçbir geliri olmaması ve çocuklarını yalnız yetiştirmesinin uygun olmayacağı gerekçesi ile ailesi tarafından evlenmeye zorlanmış ve evlenmek zorunda kalmış. İkinci eşini de bir kaza sonucu kaybettikten sonra benzer nedenlerden dolayı şimdiki eşi ile evlenmiş. İlk eşini çok sevdiğini, onun ölümünden sonra iki kere daha evlendiği için ona ihanet ettiğini ve günah işlediğini düşünüyor. Bu nedenle de hastalığının kendisine Allah tarafından ceza olarak verildiğine, her türlü ağrı ve rahatsızlığa katlanması gerektiğine inanıyor. Ağrılarını asla ifade etmiyor, bu şekilde sabreder ve ağrılara katlırsa günahlarının affedileceğini düşünüyor.*

### Vaka 3

*M.A., 12 yaşında ailenin tek erkek çocuğu, AML tanısı ile yatarak tedavi ediliyor. Akciğer enfeksiyonu nedeniyle solunum desteğine ihtiyacı olan hasta yoğun bakıma alınıyor. Hastayı teslim alan hemşire, hastanın boynunda takılı bulunan muskayı gereksiz ve kirli olduğu gerekçesiyle çıkarıyor. Hastayı ziyaret için yoğun bakıma gelen anne muskayı oğlunun boynunda göremeyince çok sinirleniyor. Anne muskanın oğlunu koruduğunu ve iyileşmesini sağlayacağını hemen geri takılmasını istediğini söylüyor. Fakat hemşire anneye bunun mümkün olmadığını iletiyor. Sonuç olarak hastanın durumu kötüleşiyor ve birkaç içinde kaybediliyor. Oğlunu kaybeden anne "muskayı çıkararak oğlumun ölümüne neden oldun" diyerek hemşireyi suçluyor.*

Örnek Vakalar, Kültür ve Hemşirelik Sempozyumu Kitabı, 4-5 Temmuz 2003.

## Kaynaklar

1. Itano JK. Cultural Diversity Among Individuals with Cancer. in *Cancer Nursing*. Yarbrow CH, Wujcik D, Gobel BH. Eds. 7.th. ed, USA, Jones and Bartlett Publishers. 2011, pp.71-94.
2. Doolen J, York NL. Cultural differences with end-of-life care in the critical care unit. *Dimens Crit Care Nurs* 2007;26:194-8.
3. Williamson M, Harrison L. Providing culturally appropriate care: a literature review. *Int J Nurs Stud* 2010;47:761-9.
4. Wiener L, McConnell DG, Latella L, Ludi E. Cultural and religious considerations in pediatric palliative care. *Palliat Support Care* 2012;22:1-21.
5. Huang YL, Yates P, Prior D. Factors influencing oncology nurses' approaches to accommodating cultural needs in palliative care. *J Clin Nurs* 2009;18:3421-9.
6. Mazanac P, Kitzes J. Cultural Competence in Hospice and Palliative Care. in *Hospice and Palliative Care*. Forman WB, Kitzes JA, Anderson RP, Sheehan DK. Eds. 2. ed, USA, Jones and Bartlett Publishers. 2003, pp.177-91.
7. Temel Bayrak A. Kültürlerarası (çok kültürlü) hemşirelik eğitimi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008;11:92-101.
8. Tortumluoğlu G. Trankültürel hemşirelik ve kültürel bakım modeli örnekleri. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2004;8:47-57.
9. Sagar P. Madeleine Leininger's Theory of Culture Care Diversity and Universality. in *Transcultural Nursing Theory and Models*. Springer Publishing Company, 2012, pp.1-20.
10. McEvoy M. Culture & spirituality as an integrated concept in pediatric care. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2003;28:39-43; quiz 44.
11. Leininger M. Culture care theory: a major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *J Transcult Nurs* 2002;13:189-192.
12. Tanrıverdi G, Bayat M, Sevig U, Birkök C. Evaluation of the effect of cultural characteristics on use of health care services using the 'Giger and Davidhizar's transcultural assessment model: a sample from a village in eastern Turkey. *DEUHYO ED* 2011;4:19-24.
13. Woods M. Cultural safety and the socioethical nurse. *Nursing Ethics* 2010;17:715-25.
14. Tortumluoğlu G, Okanlı A, Özer N. Hemşirelik bakımında kültürel yaklaşım ve önemi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, www.insanbilimleri.com, 07.10.2004.
15. Kuşuoğlu S. Transkültürel Hemşirelik. In: *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım Ayfer Karadakovan, Fatma Eti Aslan Eds. Adana, Nobel Kitabevi*. 2011, pp.91-104.
16. Bolsoy N, Sevil Ü. Sağlık-hastalık ve kültür etkileşimi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2006;9:78-87.
17. Sayan A. Kültür ve sağlık. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 1999;2:50-2.
18. Moore RJ, Spiegel D. *Cancer, Culture, and Communication*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2004.
19. Dennis K, Duncan G. Spiritual care in a multicultural oncology environment. *Curr Opin Support Palliat Care* 2012;6:247-53.
20. Navon L. Cultural views of cancer around the world. *Cancer Nurs* 1999;22:39-45.
21. Schulmeister LK. Cultural Issues in Cancer Care. in *Oncology Nursing: Assessment and Clinical Care*. Miaskowski C, Buchsel C. Eds. Mosby. 1999:383-401.
22. Kasper D, Braunwald E, Fauci AS, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. New York, McGraw-Hill Companies. 2005.
23. Ford JL. Racial and ethnic disparities in human papillomavirus awareness and vaccination among young adult women. *Public Health Nurs* 2011;28:485-93.
24. Campesino M, Saenz DS, Choi M, Krouse RS. Perceived discrimination and ethnic identity among breast cancer survivors. *Oncol Nurs Forum* 2012;39:E91-100.
25. Nalbant H. Bir Kültür Örneği Olarak Ülkemiz ve Sağlık. *Kentsel Bölgede Sağlık Örgütlenmesi: Çok Sektörlü Yaklaşım Aile Hekimliği Ülkemiz İçin Uygun Bir Model Midir? Eskioçak M. Eds. Birinci Baskı, Ankara, Türk Tabipleri Birliği Yayınları*. 2007, pp.85-90.
26. Uçar T, Uzun Ö. Meme kanserli kadınlarda mastektominin beden algısı, benlik saygısı ve eş uyumu üzerine etkisinin incelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi* 2008;4:162-8.
27. Reis N. Jinekolojik kanser ve tedavilerinin kadın cinsel sağlığına etkileri. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2003;7:35-40.
28. Tanrıverdi G, Bedir E, Seviğ Ü. Cinsiyetin sağlıkla ilgili bazı davranış ve görüşler üzerindeki etkisi. *Kor Hek* 2007;6:435-40.
29. Kissal A, Beşer A. Knowledge, facilitators and perceived barriers for early detection of breast cancer among elderly turkish women. *Asian Pacific J Cancer Prev* 2011;12:975-84.
30. Tang TS, Solomon LJ, Yeh CJ, Worden JK. The role of cultural variables in breast self-examination and cervical cancer screening behavior in young Asian women living in the United States. *J Behav Med* 1999;22:419-36.
31. Giray H, Ünal B. Kanser epidemiyolojisi. *Sağlık ve Toplum Dergisi* 2007;3:10-8.
32. Birand AL, Knop JM. Kanser görülmeye sıklığı ve epidemiyolojisi. (Çeviri: S. Aban). *Hemşireler İçin Kanser El Kitabı*. Ankara, IV. Akşam Sanat Okulu Matbaası, 1996:10-21.
33. Parker SL, Davis KJ, Wingo PA, Ries LA, Heath CW Jr. Cancer statistics by race and ethnicity. *CA Cancer J Clin* 1998;48:31-48.
34. National Cancer Institute. *Cancer statistics review 1973-1989*. Including a report on the status of cancer control. National Institutes of Health, Public Health Service, 1989.
35. Castro FG, Alarcón EH. Integrating Cultural Variables into Drug Abuse Prevention and Treatment with Racial/Ethnic Minorities. *Journal of Drug Issues* 2002;32:783-810.
36. Ucan O, Pehlivan S, Ovacolu N, Sevinc A, Camci C. The use of complementary therapies in cancer patients: a questionnaire-based descriptive survey from southeastern Turkey. *Am J Clin Oncol* 2008;31:589-94.
37. Güran Ş. Kanserden Korunma. *Gülhane Tıp Dergisi* 2005;47:324-6.
38. Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Ankara, Sistem Ofset, 2004:243-306.
39. Tanrıverdi G, Okanlı A, Şipkin S, Özyazıcıoğlu N, Akyl R. The Evaluation of the cultural differences experienced by nursing and midwifery students in nursing. *DEUHYO ED* 2010;3:117-22.
40. Bilir N. Mesleki kanserler. in *Türkiye'de Kanser Kontrolü*. Murat Tuncer Eds. Ankara, Onur Matbaacılık. 2007, pp.243-50.
41. Üskent N. Kanserden korunma ve kanser taraması. In: *İç Hastalıkları Onkoloji*. Çetin Erol Eds. Ankara, MN Medikal & Nobel. 2011, pp.7-14.
42. Karaoğuz H. Kanser epidemiyolojisi. In *Temel İç Hastalıkları*. İliçin G, Ünal S, Biberöğlü K ve ark. Eds. Ankara, Güneş Kitabevi. 1996, pp.1395-406.
43. Aksoy M. Beslenme ve Kanser. In: *Türkiye'de Kanser Kontrolü*. Murat Tuncer Eds. Ankara, Onur Matbaacılık. 2007, pp.189-98.
44. Ar C. Bağışıklığı baskılanmış hastaların hastane enfeksiyonlarından korunması. *İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi* 2008;60:239-53.
45. Sober AJ, Koh HK, Wittenberg GP, Washington CV. Melanoma ve Diğer Kanserler. In: *Harrison İç Hastalıkları Prensipleri*. Yahya Sağlıkler Çeviri Eds. İstanbul, Nobel Kitabevi. 2004, pp.554-9.
46. Karadakovan A. Dermatolojik Hastalıklar. In: *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım Ayfer Karadakovan, Fatma Eti Aslan Eds. Adana, Nobel Kitabevi*. 2011, pp.1053-74.
47. Maguire AM, Abaan S. Cilt Kanserleri. In *Hemşireler İçin Kanser El Kitabı*. Nurgün Platin Çeviri Eds. 1996, pp.313-25.
48. Çelik İ. Çevre ve Kanser. 10. Ulusal İç Hastalıkları Kongre Kitabı, Antalya, 2008, p.109-10.
49. İlbarz Z. Kültür ve stres. *Kriz Dergisi* 2(1):177-9.
50. Molassiotis A, Fernandez-Ortega P, Pud D, Ozden G, Scott JA, Panteli V, et al. Use of complementary and alternative medicine in cancer patients: a European survey. *Ann Oncol* 2005;16:655-63.
51. Algier LA, Hanoglu Z, Ozden G, Kara F. The use of complementary and alternative (non-conventional) medicine in cancer patients in Turkey. *Eur J Oncol Nurs* 2005;9:138-46.
52. Scott JA, Kearney N, Hummerston S, Molassiotis A. Use of complementary and alternative medicine in patients with cancer: a UK survey. *Eur J Oncol Nurs* 2005;9:131-7.
53. Montbriand MJ. Herbs or natural products that decrease cancer growth part one of a four-part series. *Oncol Nurs Forum* 2004;31:E75-90.