



**International**  
**SOCIAL SCIENCES**  
**STUDIES JOURNAL**



SSSjournal (ISSN:2587-1587)

*Economics and Administration, Tourism and Tourism Management, History, Culture, Religion, Psychology, Sociology, Fine Arts, Engineering, Architecture, Language, Literature, Educational Sciences, Pedagogy & Other Disciplines in Social Sciences*

**Vol:5, Issue:35**  
sssjournal.com

**pp.2669-2690**  
**ISSN:2587-1587**

**2019**  
sssjournal.info@gmail.com

Article Arrival Date (Makale Geliş Tarihi) 24/03/2019 | The Published Rel. Date (Makale Yayın Kabul Tarihi) 30/05/2019  
Published Date (Makale Yayın Tarihi) 30.05.2019

## KANSER HASTALARINA YÖNELİK PSİKOONKOLOJİ UYGULAMALARI<sup>1</sup>

### PSYCHOONCOLOGY APPLICATIONS FOR CANCER PATIENTS

**Psikolog, Deniz DOĞAN**

Aydın Üniversitesi, Sosyal Bilimler Entitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, denizdogan@stu.aydin.edu.tr, İstanbul/TÜRKİYE



**Article Type** : Research Article/ Araştırma Makalesi

**Doi Number** : <http://dx.doi.org/10.26449/sss.1472>

**Reference** : Doğan, D. (2019). "Kanser Hastalarına Yönelik Psiko-onkoloji Uygulamaları", International Social Sciences Studies Journal, 5(35):2669-2690.

### ÖZ

Bu araştırmanın amacı, kanser hastalarının biyopsikososyal açıdan bütüncül bir yaklaşımla psiko-onkoloji çerçevesinde değerlendirmesinin yapılmasıdır. Araştırma Onkoloji Ünitesine ayaktan başvuran kanser tanılı 151 hasta/hasta yakını katılımcıyla yapılmıştır. Veriler; Hasta/Hasta Yakını Anamnez ve Eğitim Formu, Ruhsal Durum Muayenesi (RDM) kriterleri, Stres Termometresi, Hasta/Hasta Yakını Randevu Kartı, Eğitim Materyalleri ile yüz yüze yapılan görüşme seanslarından elde edilmiştir. Bu araştırmanın analizinde "İstatistik Paket Programı (SPSS) 22.0" programı kullanılmış, sayısal veriler sayı-yüzde dağılımı, ki-kare ve ve spearman korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Araştırmadaki 151 hasta populasyonun % 68,9 (n:104)'ü kadın, % 31,1 (n:47)'si erkek olup, yaş ortalaması 51,6±26,6'dir. Bulgulara göre; hastaların kanseri olumsuz bir stres faktörü olarak değerlendirdikleri, kanser algılarının ölümlerle özdeşleştirildiği, kaygılarının kanser tanı ve tedavi gidişatıyla (prognoz) ilgili olduğu, kanser olgusunun fiziksel hastalığa bağlı tedavi yanıtındaki belirsizlik nedeniyle yaşam dinamiklerini sarstığı ve değiştirdiği, en çok uyum bozukluğu yaşadıkları belirlenmiştir. Sonuç olarak, kanser hastalarına yönelik psiko-onkoloji uygulamalarında bireye özgü psikolojik destek ve tedavilerin hastalığa yüklenen anlam ve hastalık kabulüyle sürece uyum sağlamada etkili olduğu, pozitif iyilik halinin iyi hissetmeye, umut kavramının tedavi yanıtına olumlu katkı sağladığı söylenebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Kanser, Psiko-onkoloji, Bütüncül Biyopsikososyal Model, Psikolojik Destek

### ABSTRACT

The aim of this study is to evaluate the cancer patients with a holistic biopsychosocial approach. A total of 151 patients/ patients with cancer diagnosed as outpatients were included in the study. Data; Patient / Patient Relation History and Education Form, Mental State Examination (RDM) criteria, Stress Thermometer, Patient / Patient Relation Appointment Card, Training Materials were obtained from face to face interview sessions. Statistical Package SPSS 22.0 program was used in the analysis of this research, numerical data were analyzed by number-percentage distribution, chi-square and and spearman correlation analysis. Of the 151 patients in the study, 68.9% (n: 104) were female, 31.1% (n: 47) were male and the mean age was 51.6 ± 26.6 years. According to the findings; It was determined that the patients evaluated cancer as a negative stress factor, the cancer perceptions were associated with death, their anxiety was related to cancer diagnosis and treatment (prognosis), the cancer phenomenon was shaken and changed the dynamics of life due to the uncertainty in the treatment response due to physical disease, and the ones with the most adjustment disorder experienced. As a result, it can be said that individual psychological support and treatments are effective in adapting to the disease with the meaning and disease acceptance of the disease.

**Key words:** Cancer, Psychooncology, Holistic Biopsychosocial Model, Psychological support

<sup>1</sup> Bu çalışma, Aydın Üniversitesi, Sosyal Bilimler Entitüsü, Psikoloji Anabilim Dalında yürütülen, Deniz DOĞAN'ın yüksek lisans tez çalışmasından türetilmiştir.

## 1. GİRİŞ

Kanser hastalarında görülen psikiyatrik sorun ve psikolojik bozukluklarla ilgili sıklığın %50 oranında olduğu, bu oranın kanser dışı diğer hastalarda bildirilenin iki katını, genel popülasyonun ise üç katını gösterdiği tahmin edilmektedir. Kanser hastalığı nedeniyle meydana gelen psikolojik bozuklukların çoğu tedavi edilebilir düzeyde olmasına rağmen, duygusal (emosyonel) distresin öngörülebilir ve sıradan olduğunun düşünülmesi psikiyatrik ve/veya psikolojik destek ve tedavileri engellemektedir(Catane ve diğerleri, 2009b). Kanser hastalığı birçok değişkenle ilgili özellikler içermektedir. Bunlar; hasta ile ilgili (yaş, cinsiyet, kişilik özellikler, algı, duygulanım, vb.), hastalığa ilişkin (kansere tanı, prognoz, hastalık dinamikleri) ve çevresel özelliklerden (psikososyal)oluşan ve kanser tanısı ile baş etmeyi etkileyen değişkenler olarak ifade edilmektedir. (Andrykowski ve Manne, 2006).

Bu nedenlerle araştırma da kanser hastalarının psiko-onkoloji çerçevesindeki özelliklerinin farklı etkileşimlere göre değişimi, hastaların hastalık algıları, hastalığa karşı gelişen duygusal (emosyonel) tepkileri, hastalıkla ilgili kaygıları cinsiyet ve yaşa göre ele alınarak, hastalıkla baş etme yöntemleriyle psikolojik destek bağlamında değerlendirilmiştir.

Kanser; çok etkili ailesel ve çevresel faktörleri kapsayan kronik bir hastalık süreci olarak tanımlanmaktadır. Bireyden bireye farklılık gösteren, birçok tepkiyi içeren kanser algısı; suçluluk, korku, başkalarına bağımlı kalma, kaygı gibi olumsuzlukları çağrıştırmaktadır. Çağrışım ölümle özdeşleştirildiğinde ise yıkım gibi algılanmaktadır(Özkan, 2000a). Kanser tanısı; birey için fizyolojik, psikolojik ve sosyolojik faktörleri içine alan çok boyutlu bir olgu olarak değerlendirildiğinden kanser hastalarının biyo-psikososyal bir bütünlük içinde tedavi edilmelerini gerektirmektedir. Kanser hastalığı bireyin yaşam dinamiklerini, kişilerarası ilişkilerini ve sosyal çevresini de olumsuz etkilemekte bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkilere neden olmaktadır (Özkan,2000a).

Kanser hastalığının teşhis, tanı ve tedavi sürecinde var olan yaşam dinamiklerini değiştirmesi, hasta ve/veya hasta yakınlarının uyumunu bozan fiziksel ya da ruhsal tepkiler göstermesinde önemli bir etken ve stres faktörü olmasından kaynaklanmaktadır(Boyle ve Levin, 2008). Bu şekilde değişen yaşam dinamiklerinin hastalık dinamiklerine entegre edilmesiyle uyumun tekrar sağlanabileceği düşünülebilir.

Psikolojik destek ve tedavi gerektiren bu süreç, kanser tanılı hastaların hastalık algılarının, psikolojik etkilenim düzeylerinin değerlendirilmesiyle belirlenebilir. Böylece hastalığa uyum sağlanacağı ve kaygı düzeyinin azalacağı düşünülmekte, azalan kaygı düzeyinin 'iyi hissetmeyi' sağlaması, tedavi yanıtını olumlu etkilemesi ve hastanın yaşamsal bağlarını güçlendirmesi hedeflenmektedir.

'Kanser' teşhis süreci ile birlikte tanı aşamasından itibaren hastalarda korku ve panik yaratan, olumsuz duygu ve düşüncelerin gelişmesine neden olan süregelen bir hastalıktır. Kanser hastaları farklı ruhsal ve davranışsal tepkiler göstermekte, ego savunma mekanizmasıyla kontrol altına alınmaya çalışılan bu tepkiler hastanın hastalık algısıyla ilişkilendirilmektedir. Algının hastalık uyumunu etkilemesi ise iki şekilde ortaya çıkmaktadır. Bunlar:

- 1.Uyuma yönelik (adaptif) tepkiler
- 2.Uyumu bozan tepkiler

Kanser hastalığıyla baş etme becerilerindeki en önemli unsurun hastalığın kabulü ile gerçekleşen uyum olduğu bilinmektedir. Hastalık yaşam kalitesini azaltmakla birlikte uyumu bozan tepkilerinde ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu durumun hasta ve hasta yakınları için birçok psikososyal sorunu da beraberinde getirdiği ifade edilmektedir(Boyle ve Levin, 2008).

Bu nedenle araştırma;

- Kanser hastalarının psiko-onkoloji çerçevesindeki özelliklerinin farklı etkileşimlere göre ele alınması,
- Hastaların fizyolojik tedavileriyle birlikte biyopsikososyal açıdan bütüncül değerlendirilmesi,
- Hastaların hastalık algı ve etkileşimlerinin belirlenmesi,
- Hastaların hastalığa karşı gelişen duygusal(emosyonel) tepkilerinin belirlenmesi,
- Hastaların hastalıkla ilgili kaygı ve etkileşimlerinin belirlenmesi,
- Hastaların hastalıkla baş etme becerileri yönünden ele alınması,
- Hasta/hasta yakınlarının yaşam dinamiklerine hastalık dinamiklerinin entegre edilmesi,
- Psikolojik destek ve tedavi uygulamalarının hastalığa uyuma sağladığı katkının saptanması,
- Psikolojik destek ve tedavi uygulamalarıyla hastalık kabulünün gerçekleşmesine bağlı pozitif iyilik halinin oluşması açısından önemlidir.

## 2. TIP, PSİKİYATRİ VE PSİKOLOJİ

Tıp; hasta bireyi fiziksel açıdan bir ya da birkaç organa bağlı hastalığa yönelik biyolojik semptomlarla (fiziksel belirti) ele alırken, Psikiyatri; ruhsal açıdan ya önceden var olan ya da sonradan ortaya çıkan ve/veya fiziksel hastalığa bağlı olarak gelişen psikiyatrik semptomlarla değerlendirmektedir(Köknel, 1993). Psikoloji ise; insan davranış ve bilişsel süreçlerini bilimsel incelemeye bağlı psikolojik semptomlarla değerlendirerek ele almaktadır(Zimbardo ve Gerrig, 2014).

Multidisipliner yaklaşımla tıp, psikiyatri ve psikoloji bilimlerinin kavram, klinik ve uygulama da bütünleşmesi, insanı tıbbi açıdan fiziksel ve ruhsal hastalıklarla birlikte biyopsikososyal yönden değerlendirmeyi gerektirmektedir.

### 2.1. Sağlık ve hastalık ile ilgili tanımlar

1948 yılı Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Tüzüğüne göre; “Sağlık, yalnızca hastalık ve sakatlığın olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlanmaktadır(WHO, 2010).Bu bağlamda sağlık; insan vücudunda fiziksel, ruhsal ve sosyal boyutlarıyla bir bütündür. Tüm boyutların birbiriyle etkileşimi nedeniyle de bütün halinde ele alınması ve uyum için de olması dengenin korunmasını sağlamakta, aksi halde hastalık durumu ortaya çıkmaktadır. Özkan’a göre; hasta rolü ve hastalık biyolojik, ruhsal, sosyal, çevresel, ailesel, psikososyal ve psikoseksüel açıdan çok boyutlu olguları içeren bir yaşam, kimlik ve varoluş krizidir(Arslantaş ve ark., 2010).

Winnubst’a (1993) göre; kriz sağlıklı bir yaşamdan hastalık ile sürekli tehdit altındaki yeni bir sürece geçiş dönemi olduğundan basit ya da yaşamı tehdit eder türden akut, kronik (süreğen) ya da ölümcül olabilir. Fiziksel hastalığın ne olduğu kadar şiddeti, ciddiyeti, seyri, etkilenen organ sistemleri de önemlidir. Bu bağlamda hastalık; ağrı, fiziksel gücün azalması, beden fonksiyonlarının bozulması ve ölüm olasılığı nedeniyle hasta bireyi tehdit eden bir faktör olarak algılanabilmektedir (Kovacs,1989). Böylece hasta oluşan tehdit nedeniyle olumsuz bir etkileşime maruz kalmakta, psikolojik açıdan ise bu durum bireyde stres yaratmaktadır.

Stres Selye’ye göre, incitici/örseleyici uyaranlara, baskı ve isteklere karşı organizmanın gösterdiği olumsuz tepki; Becker’e göre organizmanın çevresine uyum sağlamak için ödemek zorunda olduğu bedel, Lazarus’a göre ise; organizmanın dayanma gücünü aşan, sağlık açısından organizmayı tehdit eden ilişkiler toplamıdır. Stres algılanan uyarımlar sonucu fizyolojik, psikolojik ve patolojik etmenlerin bireyin üzerinde yaptığı sert tepki(ler)dir. Kendine zarar veren ortamlarla karşılaşan birey bu ortamlarla baş edebilecek güçten yoksun olduğunda ortaya çıkan zor durum ise strese neden olan stresör(ler)den kaynaklanmaktadır(Güney, 2000).

Stres olumsuz uyaranla (olumlu/olumsuz) etkilenme nedeniyle gösterilen bir tepki olduğu için gerginlik/gerilim, şiddet, baskı, depresyon, zor, tükenme, sıkıntı, kaygı, endişe, huzursuzluk, çatışmaya neden olabilmektedir.

Stress iki şekilde ortaya çıkmaktadır:

Östres(eustres) belli ölçüde (uygun dozda) ise yararlı (karşıya geçerken hızlı ve dikkatli davranmak gibi) fiziksel ve ruhsal değişime büyüme ve olgunlaşmaya katkı sağlamakta iken; distres, aşırı dozda (ölümcül hastalık tanısı almak, çok sevilen birinin ölümü gibi) hastalıklara yol açarak, sağlığı ve sosyal yaşamı kötü etkilemektedir. Distres belirtileri Selye’ye göre; genel uyum sendromu döngüsünde alarm, direnme-uyum (direnc) ve tükenme dönemlerinde ortaya çıkan, organizmanın fiziksel, psikolojik ve davranışsal belirtiler vermesi olarak tanımlanmaktadır(Güney, 2000).

Sağlığın geçici ya da kalıcı olarak kaybıyla yaşanan dönem ise ‘hastalık süreci’dir. Hastanın bu süreçte hastalığı nasıl algıladığı, kendine özgü nasıl anlamlandırıldığı önemlidir. Hastalığı anlamlandırma da bireyin kişilik yapısı, mizaç, huy gibi özelliklerinin etkisi yadsınmamakla beraber ‘hastalık algısı ve kanser’ ilişkisinin incelenmesi önem arz etmektedir.

### 2.1.2. Hastalık algısı ve kanser

Kozier ve arkadaşlarına göre; hastalık algısı “kişinin bireysel olarak sağlıksız olduğuna inanma deneyimi”dir(Kozier ve diğerleri, 1996). Bireylerde korku ve endişeye neden olan kanser hastalığının adı bile ölümle eş anlamlı olarak algılanmaktadır(Karakaya, 2014).

Kanser bilinmeyen bir tehlikeyi, acı ve/veya ızdırabı, suçluluk ve/veya utanç duygusunu, kaos, izolasyon ve kaygıyı sembolize etmektedir(Elbi, 1991). Kanserinin bilinmeyenini sembolize etmesi ‘belirsizlik’ kavramı ile ifade edilebilir. Belirsizlik, bireyin kanser algısıyla ilgili olay ve/veya durumu değerlendirmesi şeklinde

düşünülebilir. Hastanın ruhsal etkileşimdeki bilişsel ve duygusal belirsizlik, olay ya da durumdan ziyade o olay ya da durumun bireyde yarattığı stresle ilişkili olduğu yönündedir(Öz, 2001).

Bolund'a (1990) göre; hastada kanser tanısı ile oluşan dört aşamalı dönem; şok, reaksiyon/tepki, halletme/direnme ve reoryantasyon/uyum olarak tanımlanan süreçlerden oluşmaktadır. Bunlar:

### 1. Şok Dönemi:

Kanser tanısının öğrenilmesiyle birkaç saatten birkaç güne ya da haftaya kadar uzayan bir süreci kapsamaktadır. İlk tepki genellikle şok olma hali ile gelişen inkârdır. Hastalığı inkâr etme, hastalığı yok sayma, 'kanser' kelimesini kullanmama, tıbbi girişim ya da tedavi reddine kadar gidebilmektedir. İnkâr bir savunma mekanizması olduğundan genellikle gerçeklik algısından bir kaçış olarak kullanılmaktadır(Bolund, 1990).

### 2. Reaksiyon/Tepki Dönemi:

Gerçekliğin yavaş yavaş kabulü ile birlikte gelişen tepki kaygıdır. Hasta kaygıyı yok etmeye ya da kaygıyı göstermemeye yönelik inkâr, bastırma ve karşıt tepki verme davranışı göstermektedir. Savunma mekanizmasının karşıt tepkileri; öfke, kızgınlık ve korku şeklinde ortaya çıkmaktadır. Hasta birey "Neden ben? Niye beni buldu? gibi sorular sormaktadır. Genel olarak öfkesini dışa yansıtan hastanın tepkisi yakınlarına, aile üyelerine ve/veya çevreye karşıyken, içe yansıyan öfkesi kendine yöneliktir. Bu da hastada kaygı, anksiyete ve depresyon görülmesine neden olmaktadır(Bolund, 1990).

### 3. Halletme/Direnme Dönemi:

Tedaviye ve hastalığa uyum sağlamaya çalışan hasta yeni durumuna adapte olmaya gayret etmektedir. Yaşam tarzı değişiklikleriyle birlikte hayatı sorgulamaya başlamakta, gelecekle ilgili kaygılarını yansıtmaktadır. Tedavi sürecinde yapılan ya da tekrarlanan tetkik, tahlil ve kontroller ise "sürekli hasta olduğu" algısını olumsuz etkilemektedir(Bolund, 1990).

### 4. Reoryantasyon/Uyum

Hasta bu süreçte hayatın anlamını ve varoluşunu sorgulamakta, yeni durumundaki kimliğini benimsemeye ve günlük yaşam tarzı alışkanlıklarındaki değişimle baş etmeye çalışmaktadır(Anuk, 1999; Özkan, 1993).

Kanser hastaları tanı, tedavi, nüks ve terminal dönemlerde birçok farklı ve değişik duygusal, ruhsal, davranışsal tepkiler gösterebilmektedirler. Aslında şok, tepki, direnme ve uyum süreçleri tüm dönemlerde yeniden tekrar tekrar yaşanmaktadır. Kanser tanısına karşı verilen tepkisel yanıtlar; endişe, gerginlik, kızgınlık, kaygı, kaybedilen sağlık için kederlenme, üzüntüden hastalığın önemini yadsıma, süreci bir savaş gibi algılama ya da kaderci bir kabullenmeye kadar değişebilmektedir(Anuk,1999).

Özakkaş'a göre (2016), algılama "insanın beş duyu organındaki reseptörler aracılığıyla dış dünyanın beynimize aktarılması"dır. Beyine bilgi getiren tüm sinir yollarının iletimi bilgilerin değerlendirilmesi suretiyle gerçekleşmesine 'normal algılama' denir. Ancak birçok rahatsızlıkta algılama bozulmakta, bir takım problemler ve hastalıklar nedeniyle ulaşan bilginin yorumlama ve değerlendirmesi "bozuk, çarpık veya hatalı" bir algılamayla yapılmaktadır(Özakkaş, 2016).

Bu bağlamda kanser tanısı alan hastaların birçoğunun 'hastalık algılarının' bozuk, çarpık ya da hatalı olduğu söylenebilir. Dolayısıyla etkileşimde fiziksel hastalığın anlam ve öneminin önemli bir etken olduğu varsayılabilir. Kanser anlam ve önem açısından süregelen, kronik bir hastalık olduğundan hasta bireyin yaşantısında patoloji meydana getirebilen dinamiklerdendir. Dinamikler; kişinin temel dürtüleri veya 'id' ile egonun savunmaları arasında çoğunlukla çatışmaya neden olan etkileşimler olarak tanımlanmaktadır(Corsini ve Wedding, 2012). Bu çerçevede hastalığa karşı gelişen intrapsişik ve psikososyal etkileşimin hastalık dinamikleri çerçevesinde değerlendirilmesi önem arz etmektedir.

#### 2.1.2.1. Hastalık dinamikleri

Özkan'a (2000a) göre; hastalık dinamikleri biyolojik, psişik ve psikososyal olmak üzere aşağıda açıklandığı şekilde üç başlık altında toplanmaktadır.

1. Biyolojik; hastanın yaşı, cinsiyeti, yaşam evresi, hastalığın nitelik ve şiddeti, kalıtsal yapısal etkenler, temel fizyolojik süreçler, etkilenen organ (amputasyon, mastektomi gibi), gerçek işlev kaybı ile ilgili olduğu düşünülmektedir.

2. Psişik; hastalığı algılama şekli, kişilik yapısı, ego savunma düzenekleri, streslerle baş etme gücü ve biçimi, obje ilişkilerinin olgunluğu, geçmiş psikiyatrik ve psikososyal uyum yetenek ve öyküsü, geçmiş

hastalık yaşantısı ve ilişkisi (deneyim ve tutumlar), yaşam idealleri, yaşam dönemiyle ilgili olduğu ifade edilmektedir.

3. Psikososyal; medeni durum, aile ilişkilerini dinamiği, kişisel ve kültürel tutumlar, değer yargıları, aile ve toplumdaki yeri ve/veya statüsü, ailenin ve toplumun mevcut hastalığa ilişkin tutumları, insanlararası, profesyonel, mesleki uyum ve işlevleriyle ilgili olduğu belirtilmektedir(Özkan, 2000a).

Ayrıca hastalık dinamikleri biyolojik, psikik ve psikososyal açıdan araştırmanın bulgular bölümünde analiz edilmiş, sonuç bölümünde değerlendirilmiştir. Evrensel olarak ‘Çağın vebası’ olarak tanımlanan kanser olgusunun her yönüyle sarsıcı, süregelen ve travmatik bir hastalık olduğu bilinmektedir. Ölüm ile özdeşleştirilen kanser hastalığı teşhis, tanı ve tedavi sürecinin her aşamasında hastanın yaşamını etkilemektedir.

### 2.3. Kanser

Kanser dünya genelinde, pek çok ülkede ölümlerin en sık ve önemli ikinci nedenidir. 2018 yılında tahmini 9,6 milyon ölümden sorumlu olan kanserin 18,1 milyonunun yeni vakalar olduğu bilinmektedir(WHO, 2018).

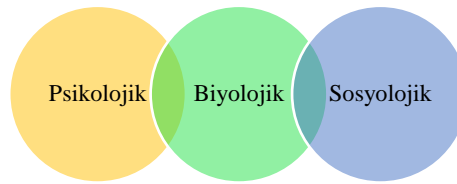
Kanser tedavisinde; birincil amaç genellikle hastalığın tedavi edilmesiyle birlikte yaşam süresinin mümkün olduğu kadar uzaması yönündedir. Diğer önemli amaç ise; hastanın yaşam kalitesinin iyileşmesine yardımcı olmaktır. Bunun da destekleyici veya palyatif bakım ve psikososyal destek ile sağlanabileceği belirtilmektedir (WHO, 2017).

Kanser hastalarının yaşam kalitelerinin değişmesi yaşam dinamiklerinin yerini hastalık dinamiklerinin almasıyla açıklanabilir. Süreç tanının ilk konduğu an’dan itibaren yaşam tarzını değiştirmekte, tedaviler, tetkikler, nüks ya da metastaz olgusu nedeniyle de ‘kriz’ dönemine kadar uzayabilmektedir. Yaşam sürecinin bir krize dönüşmesi ise krizin yönetilmesini gerektirmektedir.

Krizin yönetilmesi kanser tanısı alan bireylerin psiko-onkoloji (kansere psikolojisi) çerçevesinde biyopsikososyal açıdan bütüncül bir yaklaşımla değerlendirmesiyle gerçekleşebilir. Böylelikle hastaya bireye özgü tıbbi ve psikososyal olarak eş zamanlı olumlu katkı sağlayacağı düşünülür.

### 2.4. Bütüncül Biyopsikososyal Model (BbpsM)

Araştırma sürecinde geliştirmeye çalıştığım ‘Bütüncül biyopsikososyal model’ (BbpsM) yaklaşımı; insanı beden, akıl ve ruhtan oluşan bir varlık olarak fiziksel, ruhsal ve sosyal etkileşimleriyle birlikte ele almayı içermektedir. Her bölümün birbiriyle etkileşimi nedeniyle de bütünün gerekliliğini önemsemektedir. Bu bağlamda her insan kendine özgü özellikleriyle tek ve biricik bir ‘birey’dir. Bireysel özellikler; yaş, cinsiyet, kişilik, alışkanlıklar, beden imajı, yaşam tarzı, ailevi ilişkiler, kültürel etkenler vb. ‘biyopsikososyal’ olarak bütünün parçalarını meydana getirmektedir.



Şekil 2.4. Bütüncül Biyopsikososyal Model(BbpsM)

Genel olarak bu çerçevede de ‘Bütüncül biyopsikososyal model (BbpsM)’ parametrelerinin Şekil 2.4’de görüldüğü gibi birbiri içine geçmiş üç alanda gerçekleştiği varsayımından hareketle alanların aşağıda görüldüğü gibi:

1. Biyolojik alan: Fiziksel hastalık teşhis, tanı ve tedavi uygulamalarını,
2. Psikolojik alan: Psikiyatrik ve/veya Psikolojik hastalık teşhis, tanı ve tedavi uygulamalarını,
3. Sosyolojik alan: Sosyolojik problem ve/veya sorun tanı ve çözüm uygulamalarını kapsadığı söylenebilir.

Bütüncül yaklaşım çerçevesinde; kanser süregelen ve yaşamı tehdit eden bir hastalık olarak baş etme yöntemleri ve savunma mekanizmalarıyla birlikte incelenmesi önem arz etmektedir.

### 2.3.1. Hastalıkla baş etme yöntemleri ve savunma mekanizmaları

Baş çıkma tarzları; insanların kendilerini tehdit eden olaylara verdiği farklı tepkilerdir(Aranson ve diğerleri, 2010). Olayların duygusal tepkilere yol açıp, açmaması birey tarafından nasıl değerlendirildiğine (appraisal) bağlıdır. Bireyin bilinçli ve bilinçdışı davranışlarla çevreden gelen talep ve değişikliklere uyum sağlamaya çalışması, hastalıkla baş etme yöntemlerinden biridir. Başetme, stresle ilgili etkenleri açıklamada stres ile birincil-ikincil bilişsel değerlendirmeler arasındaki aracı rolü nedeniyle de önemli bir kavramdır(Lazarus ve Folkman, 1984). Lazarus, birincil (uyaranın geçersiz, iyi huylu ya da stresli değerlendirilmesi) ve ikincil değerlendirmeyi (kişinin bu uyarıyla baş etmesinin değerlendirilmesi) tanımlamıştır. Lazarus'un yaklaşımına göre; örneğin: birincil değerlendirme, bireyin kanseri tehlike/tehdit olarak algılamasını tanımlarken, ikincil değerlendirme bireyin kanseri kabul etmek mi yoksa etmemek mi şeklindeki değerlendirmesini yansıtmaktadır. Birincil ve ikincil değerlendirmeler; baş etme başarısının ve olayın devam eden etkisinin tekrar değerlendirilmesiyle değişime uğramaktadır(Aker ve Önder, 2003).

Bu bağlamda savunma mekanizmaları ise; bireyi bilinç dışı dürtü ve duygularının yarattığı tehlikelerden koruyan ruhsal süreçlerdir. Bu süreçler intrapsişik amaçlı savunma düzenekleri olarak ifade edilmektedir(Özkan,2000a).

Savunma mekanizması; içsel ve dışsal tehditten korunma amaçlı, kaygının tehlike sinyaline bir karşılık olarak egonun harekete geçirdiği metot olarak tanımlanmaktadır. İçerik atma, reddetme ve yansıtma şeklinde ortaya çıkabilmektedir (Corsini ve Wedding, 2012).

Ersevim'e (2013) göre; 'Savunma Mekanizmaları' (Defense Mechanisms) kişinin ortama adaptasyonunda ve gelişiminde önemli bir rol oynamaktadır. Savunma mekanizmalarının gelişmesini kişilik yapısının beş esaslı koşuluna bağlayan Ersevim bu koşulların; olgunlaşma, dış dünyadan kaynaklanan üzüntü verici uyarıcılar, içsel çatışmalardan kaynaklanan üzüntü verici uyarıcılar, kişisel yetersizlikler ve sıkıntılar olduğunu ifade etmektedir. Dolayısıyla oluşan bu yapı kişinin engelleyicileridir. Engelleyiciler ego'nun organizmayı korumak amacıyla savunma mekanizmaları geliştirmesine neden olmaktadır. Normal veya nörotik her şahıs savunma mekanizmalarından bir veya bir kaçını kullanmaktadır.

Ego'nun savunma mekanizması üzerinde etkili olması, ego'nun esnekliğini ve uyum sağlama yeteneğini sınırlamaktadır. Bu durum egonun yeni çıkacak problemlerle yine bunalıma düşmesine, nörozun ortaya çıkmasına sebep olabilmektedir. Aslında savunma mekanizmaları egonun gelişimine bağlı koruyucu ölçülere sahip düzeneklerdir. Eğer ego anksiyeteyi doğal yoldan nötralize edemezse bir kısmını bastırabilir (repression), dışa yansıtabilir (projection), yadsıyabilir (denial) veya karşıt tepki kurgusu (reaction formation) geliştirebilir. Bazı durumlarda ise; onu tespit ederek (fixation) yaşayabilir ya da daha ilkel düzeye geri çekilebilir (regression) (Ersevim, 2013).

Bu nedenle fiziksel hastalığın getirdiği zorlanma ile baş etmenin bir ego işlevi olarak değerlendirilebileceği söylenebilir. Hastalıkta ortaya çıkan başetme ve savunma mekanizmaları amaçlarına göre üç grupta incelenebilmektedir. Bunlar:

- 1.Tehditten kaçma ve enerjinin korunmasına yönelik oluşan savunmalardır. Regresyon ve geri çekilme bunlardan bazıları olarak sayılabilir.
- 2.Tehditin inkârı veya öneminin fark edilmemesine yönelik ortaya çıkan savunmalardır. Bastırma, inkâr, rasyonalizasyon (neden bulma), depersonalizasyon (bedenin değiştiğini algılama), dışlaştırma, yansıtma şeklinde ifade edilebilir.
- 3.Tehlike ve tehditin azaltılmasına ve/veya denetlenmesine yönelik gelişen savunmalardır. Entellektüalizasyon (olayları mantıksal çerçevede açıklamaya çalışma), kabullenme, yüceltme, yansıtma bu çerçevedeki başetme düzenekleri arasında sayılabilir(Taylor,1994).

Kanser de kronik ve yaşamı tehdit eden bir hastalık olduğu için tanı sürecinden itibaren savunma mekanizmalarının gelişmesine ve baş etme zorluklarının yaşanmasına neden olabilmektedir. Genellikle karmaşık bir yapı içeren müdahale ve tedaviler; cerrahi müdahale, kemoterapi, radyoterapi, hormonal terapi gibi birkaç uygulamanın bir arada olması, kullanılan ilaçların birçoğunun ciddi nöropsikiyatrik yan etkilerinin görülmesi gibi etkenler de savunma düzeneklerinin ortaya çıkmasına sebep olabilmektedir. Normal veya nörotik her şahıs, hayata uyumda savunma mekanizmalarından bir ya da bir kaçını kullanmaktadır(Ersevim,2013).

Dolayısıyla kanser algısı, kanser tanı ve tedavisi, hasta rolü, hastane ortamı, yeni bir kimlik, yeni yaşam biçimi gibi etkenler uyum güçlüğü gibi sorunları gündeme getirebilmektedir.

### 2.3.2. Hastalık algısı ve uyum

Ego savunma mekanizmasıyla kontrol altına alınmaya çalışılan tepkiler hastanın hastalık algısıyla ilişkilidir. Algı; duyuşsal bilginin elde edilme, yorumlanma, seçilme ve düzenlenme sürecidir. Bu duyumların bilgi edinmek amacıyla organize edilip, değerlendirilmesi sonucunda da algı oluşmaktadır(Körođlu ve Türkçapar, 2013). Hastanın hastalık algısı uyumu belirlemektedir. Uyum (adaptif) iç ve dış uyaranlarla meydana gelen değişliklere karşı bireyin alışma sürecidir. Bu süreç bireyin gereksinim ve amaçları, stresli durumlarda ilişkilerini sürdürebilme kapasitesi ve yaşamını sürdürebilmek için tutum ve davranışlarını değiştirme çabası olarak tanımlanmaktadır. Uyum bozukluğu açıkça belirlenebilen stres yaratan bir olay ya da olaylara kötü reaksiyon durumu olarak ifade edilmektedir. Tanımlanabilen stresörler duygu durumunda ve davranışta psikotik olmayan kısa süreli bozukluklar oluşturmaktadır(Watson ve Kissane, 2011).

Algının hastalık uyumunu etkilemesi iki şekilde ortaya çıkmaktadır. Bunlar:

1.Uyuma (adaptif) yönelik tepkiler,

2.Uyumu bozan tepkilerdir.

1.Uyuma yönelik tepkiler; hastanın gerçeği kabullenmesiyle başlamaktadır. Hastalık ile birlikte yaşamaya çalışan hasta, güven ve denge arayışı içinde olmaya çalışmaktadır. Enerjisini ve ruhsal gücünü yeni yaşamına yöneltme çabası, hastanın varolan durumla baş edebilmesine ve sürece uyum sağlamasına yardımcı olabilmektedir.

2.Uyumu bozan tepkiler ise; hastanın direncini kırarak, gücünü azaltmaktadır. Çözümüne ulaşmayan sorunları tekrar tekrar yaşaması genellikle psikolojik destek ve/veya psikiyatrik değerlendirme ve tedavi gerektirmektedir(www.istanbulsağlik.gov.tr).

Uyumu bozan veya uyum sağlanamayan durumlar, gelişen kaygı ya da korkuya karşı savunmaya yönelik tepkiler geliştirmektedir. Coleman'a göre bu tepkiler; atılım, çekilme veya uzlaşma biçiminde gelişebilmektedir(Natan, 2000).

Araştırma kapsamında psikolojik destek sağlanan kanser hastalarının ruhsal değerlendirmeleri ruhsal durum muayenesi kriterlerine göre yapılmıştır.

### 2.4. Ruhsal Durum Muayenesi (RDM)

Psikoloji de klinik değerlendirmenin ilk parametresi 'gözlem ve görüşme'dir. Matarazzo'ya göre (1995); "belirli bir amaç ya da hedef doğrultusunda kurulmuş bir iletişim" görüşmedir. Görüşmenin en önemli yararı bireyin sözel ve sözel olmayan davranışları hakkında aynı anda bilgi almasını sağlamasıdır. Esnek bir metot şeklinde açıklanan gözlem ve görüşme veri kaynaklarının temelidir. Yarı yapılandırılmış görüşme ile soru-cevap şeklinde hasta anamnezi(hikâye/öykü) alınması önemlidir.

Anamnez (hikâye/ öykü); klinik açıdan tanı koymanın ilk basamaklarından biri olarak kabul edilmektedir. Tüm hastalıklarda hastanın şikâyetleri, ne zaman başladığı, ne kadar sürdüğu önemlidir. Kesin tanı ise yapılan tetkiklerle belirlenmektedir(Kutluk ve Kars, 2001).

İyi bir anamnez görüşmesinin varolan diğer hastalıkları, alışkanlıkları (sigara, alkol vb.) geçirdiği ameliyatları, kalıtsal hastalıkları, kullandığı ilaçları, ailedeki genetik hastalıkları, temel fizyolojik ihtiyaçları, sosyoekonomik düzeyi ve psikososyal durumu sorgulamayı kapsamı önemlidir. Psikolojik destek sürecinde; tıbbi sorgulama, ruhsal sorgulama ve değerlendirmenin paralel yapılması psikolojik tedaviye olumlu katkı sağlamaktadır.

Breitbart, Shannon ve Poppito'nun (2010) yılında yaptıkları kanser hastalarıyla bireysel anlam odaklı psikoterapi çalışmasındaki terapi ilkeleri; seans içerisinde 'tıbbi durumu sorgulama ve psikolojik durumu sorgulama'nın gerekliliğini belirtmektedir. Ayrıca hastanın psikolojik ve fiziksel olarak hissettiklerini tespit etmenin önemini de açıklamaktadır(Breitbart ve diğerleri, 2018).

Kognitif, afektif ve davranışsal faktörleri de içeren ruhsal durum muayenesi; görünüm, bilinç düzeyi, yönelim, içgörü ve işbirliği düzeyi, sözlü-sözsüz davranış, duygulanım, düşünce süreç ve içeriği, anlık-yakın ve uzak bellek, hesaplama, soyutlama yeteneği, dikkat, konsantrasyon, psikotik özellikler, intihar ya da çevreye zarar verme gibi on üç maddeden oluşmaktadır(Kramer ve diğerleri, 2014). Ruhsal Durum Muayenesinin amacı; hastalık öncesi ruhsal durum ve psikiyatri öyküsünün sorgulanmasıdır. Muayenede; genel işlevsellik, hastalık yanıtı, kişilik yapısı, aile ve tedavi ekibi ile ilgili ilişkilerde değerlendirilmektedir.

Birey ile yapılacak ilk görüşme (intake interview) bireyin problemini anlamak açısından önemlidir(Kramer ve diğerleri, 2014). İlk görüşmenin sevk edilme gerekçesi ve netliği uygulanacak değerlendirme türünü, görüşmelerin her aşamasının psikolojik destek ve tedaviyle yürütülmesi gerekmektedir. Kanser hastalarında genellikle tanı, yeni tedavi, hastalık tekrarı, tedavi başarısızlığı gibi kaygı ve çaresizlik duygularının en yoğun olduğu dönemlerde “kriz müdahale tedavisi” uygulanmaktadır. Birçok klinik ortamda işlevsel bir değerlendirme aracı olarak kullanılan gözlem ve görüşmelerin temel amacının ‘psikolojik tedavi’ olduğu ifade edilmektedir(Kramer ve diğerleri, 2014).

#### 2.4.1. Psikolojik tedavi

Lazarus (1973) klinisyenlerin müdahaleleri tasarlarken, hastalar hakkında bilgi toplaması gerekliliğini BASIC-ID olarak adlandırdığı bir yaklaşımla açıklamıştır. Bu yaklaşım hastaların davranışları (behaviors), duyguları (affects), duyuusal deneyimleri (sensory experiences), imgeleri (imagery), bilişleri (cognitions), kişilerarası ilişkileri (interpersonal relationship) ve ilaca ihtiyaçları (need for drugs) ile ilgili yapılan değerlendirmelere göre psikolojik tedavi planlamasının yapılmasını önermektedir(Kramer ve diğerleri, 2014).

Aranson’a (1991) göre; kanser hastalarının genel anlamda psikolojik tedavi ve bakıma ihtiyaç duyduğunun göstergesi sayılan belirti ve bulgular; sıkıntı, çökkünlük, zihinsel karışıklık, uykusuzluk, kâbus görme, gece sık uyanma, uyum güçlüğü, umutsuzluk, çaresizlik, suçluluk duyguları ve sosyal geri çekilme şeklinde olduğu ifade edilmektedir(Aaronson, 1991).

Kanser hastalarında ağırlıklı olarak depresyon ve kaygı görülmektedir. Bu nedenle psikiyatrik sendromlar teşhis edilemez ya da kötü tedavi edilirse, kanser bakımı üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olduğu bilinmektedir(Abraham ve diğerleri., Çeviri Ed. Mayadağlı ve Parlak, 2004).

Bu durum psikoonkoloji (kanser psikolojisi) alanında kanser tanılı hasta bireylerin fiziksel tedavileriyle birlikte psikolojik ve/veya psikiyatrik tedavilerinin de yapılmasını öngörmektedir. Kanser hastalarının fiziksel tedavi ve bakımlarının psikolojik tedavi ve psikososyal bakımlarıyla beraber eş zamanlı olması ancak psikoonkoloji hizmetinin verilmesiyle sağlanabilir.

#### 2.5. Psikoönkoloji

Onkoloji (Kanser) alanında kanser hastalarının yaşam kaliteleri ve genel durumlarıyla ilgili ilk çalışmalar gözlemlerden oluşmaktadır. Kanser hastalarının sadece fiziksel tedavilerinin yapılması yaşadıkları psikolojik sıkıntıların ihmal edilmesine ve/veya dikkate alınmamasına neden olmaktadır. Bu durum kanser tedavi sürecinde, psikolojik kökenli risk belirtilerini önceden tanımayı ve önlem almayı gerektirmiş, hastaların yaşadıkları sıkıntıların çözülmesine yardımcı olmak amacıyla yeni bir bilim dalı olan psikoönkolojinin kurulmasını sağlanmıştır.

Bu bağlamda Psikoönkoloji iki temel amacı olduğunu açıklamıştır. Bunlar:

1.Hastaların psikolojik tepkilerini hastalığın her evresinde birbirinden ayırmak, yeterli bakım ve tedavi seçenekleri geliştirerek yaşam kalitelerini yükseltmek ve hastalıkla başa çıkma stratejilerinde hastalara yardımcı olmak,

2.Hastalığın prognoz (gidişat) ve hastalık sürecinde, hasta yakınlarında ve hastanın tedavisinde yer alan ekipte yaşanması olası psikolojik kökenli risk belirtilerini önceden tanımak ve önlem almaktır(Bag, 2012).

Dünya Sağlık Örgütü, 2008 yılında yayınladığı raporda Onkoloji bakım sürecinde psikososyal bileşenlerin her ulusal bakım planının bir parçası olması ve psikoönkoloji hizmetlerinin de her kanser tedavi servisinde sunulması gerektiğini belirtmektedir. Bu rapor; sağlık çalışanları tarafından kanser hastalarına ve yakınlarına tedavi sırasında ve sonrasında psikoönkoloji danışmanlığı hizmeti ile bir dizi psikososyal desteğin sağlanmasını, durumları hakkında anlaşılır bir biçimde bilgilendirmenin yapılmasını, gereksinim ve tercihlere saygı gösterilmesini öngörmektedir.

Psikoönkoloji girişimleri kanser hastalarının kapsamlı tıbbi bakımlarını psikiyatrik, farmakolojik ve psikolojik tedaviler kadar psikososyal, davranışsal ve psikoeğitimsel yöntemlerle de ele almayı içermektedir(Abraham ve diğerleri., Çeviri Ed. Mayadağlı ve Parlak, 2004).

#### 2.5.1. Psikoeğitim

Psikoeğitim, psikoterapi ve eğitimsel girişimlerin birleştirildiği, birbirini tamamladığı bir tedavi yöntemi olarak işbirliği, başetme, güçlendirme ve sağlığı vurgulayan holistik (bütüncül) bir paradigma



yansıtmaktadır(Başıoğlu ve Buldukoğlu, 2015). Psikoeğitim; hasta ya da hasta yakınlarına; bilişsel, davranışsal ve psikososyal yöntemlerin uygulanmasıyla başa çıkma becerilerinin kazandırılmaya çalışılması olarak ifade edilmektedir. Belli bir amaca yönelik olan bu programlar hasta/hasta yakını ve uzmanın bir araya gelmesiyle yapılan gelişim ve değişimle yeniden yapılandırmayı hedefleyen girişimlerdir(Daley ve diğerleri, 1992).

Psikoonkoloji disiplini psikolojik tedavi uygulamaları kapsamında psikososyal etkenleri de değerlendirmeyi gerektirmektedir.

### 2.5.2. Psikososyal etkenler

Kanser hastaları; tanı, tedavi ve palyatif (yaşam sonu) dönemlerde bir çok değişik duygusal, ruhsal ve davranışsal reaksiyonlar geliştirebilmektedirler(Yıldırım ve Gürkan 2010).

Ülger'e (2004) göre; hastaların psikolojik açıdan gelişen reaksiyonlarının doğru değerlendirilmesi üç psikososyal etkene bağlıdır. Hastalık özellikleri, hastanın bireysel özellikleri ve psikososyal çevre özelliklerinden oluşan bu etkenler aşağıda açıklanmıştır.

1. Hastalık özellikleri: Etkilenen organ, işlev kaybı olup olmadığı, tedavinin yan etkileri,
2. Hastanın bireysel özellikleri: Hastalığa ilişkin genel algı, kişilik yapısı, yaşı, yaşam dönemi, baş etme yöntemleri,
3. Psikososyal çevre özellikleri: Aile ve toplumun hastalığı algılama şekli, hastanın aile ile ilişkisi, hasta ve/veya ailenin tedavi ekibiyle işbirliği olarak ele alınmaktadır (Ülger, 2004).

Psikososyal etkenlerle gelişen reaksiyonların tespit edilmesi ve klinik desteğin sağlanması psikoterapötik önlem ve girişimlerle yönetilebilir.

### 2.7. Psikoterapötik Önlem ve Girişimler

Psikoterapötik girişim, hastanın biyopsikososyal sorunlarını düzeltmeye yönelik psikolog/psikiyatr/psikolojik danışman ile karşılıklı etkileşimde bulunduğu ilişki ve iletişim olarak ifade edilmektedir(Özmen ve Taşkın, 2002).

Psikoterapi ve danışmanlık nitelik bakımından aynı olmakla birlikte nicelik bakımından farklılık göstermektedir. Psikoterapinin derinlere indiği ama danışma metotlarının bunu yapmadığını ileri süren anlayış, semptomu ortadan kaldırma seviyesinde işlev gören davranış değişikliği gibi prosedürlerle önemini yitirmiştir(Wolpe, 1958). Danışmanlık kısa süreli, tek seans ya da beş seans şeklinde profesyonel, genel de problem merkezli, insan davranışının belirli bir alanında uzman olmuş kişi tarafından bilgi, tavsiye ve komut verilmeyle gerçekleştiği belirtilen bir kavramdır. Psikoterapi ise, uzun süreli hatta yıllar süren, kişiyi merkeze alan, kişilerin neden kendilerini tatmin etmeyen bir şekilde düşündüklerini, hissettiklerini ya da bu yönde davranışlar sergilediklerini bulmasına yardımcı olan süreç olarak tanımlanmaktadır(Corsini ve Wedding, 2012).

Carl Rogers kendi terminolojisini kullanarak size sizin söylediğinizi tekrar ederse; Adler'in takipçisi Rudolf Dreikurs belli başlı yaşam tarzı yanlışlarına işaret ederse; Albert Ellis benim bakış açım karşı çıkarsa; J.L.Moreno bir grup önünde farklı rollere bürünüyorsa bu bir psikoterapidir(Corsini ve Wedding, 2012)

Psikoterapötik girişimler; genel olarak bireyin kendilik değerini, benlik işlevlerini korumasını sağlamaya yönelik özerk davranışlarını, biyopsikososyal güçlerini en üst düzeyde kullanılmasını destekleyerek, belirtilerin iyileşmesine yardımcı olmaya çalışmaktadır(Özmen ve Taşkın,2002).

Psikoonkoloji alanında tedaviyle ilgili destekleyici psikoterapötik önlemler dört temel alanı kapsamaktadır. Bunlar:

1. Psikoonkoloji eğitimiyle hastanın hastalık davranışıyla ilgili terapiyi daha iyi anlamasını sağlamak,
2. Hastalık ve uygulanan tedaviden kaynaklanan somatik ve psikolojik şikayetlerin azaltılmasını içeren belirti odaklı önlemler almak (gevşeme egzersizleri, bilişsel davranışçı terapi gibi),
3. Psikoterapötik girişimleri kriz anında kullanmak(hastalıkla başa çıkma yöntemleriyle, bireyin değer ve/veya anlam sistemlerinin iyileştirilmesiyle ilgili belirtiler),

4. Sağlığı düzeltmek ve belirli bir dengede tutabilmek için psikofarmakolojik tedavi uygulamaktır (Amaç: Ağrı, bulantı gibi somatik belirtilerin kontrol altına alınmasıdır. Bireysel ve çift terapisi ya da grup tedavilerinde uygulanmaktadır(Holland, Weiss, 2010). (Nezu, Felgoise, Zwick, 2003).

Bu bağlamda bireyin duygu, düşünce ve davranış örüntüsüyle ilgili farkındalık yaratmak, varolan durumla ilgili uyum sağlamalarına yardımcı olmak gerektiğinden başatma becerilerine yönelik terapötik ilişkinin kurulması psikolojik destek ve danışmanlıkla yapılabilir.

### 2.7.1. Psikolojik destek ve danışmanlık

Bu bölüm kanser hastalarına yönelik psiko-onkoloji uygulamalarında psikolojik destek ve danışmanlık hizmetlerinin verilmiş yöntemlerini içermektedir. Psikolojik destek prensibi hastayı anlamadan hastalığın tedavi edilemeyeceği yönündeki bilimsel yaklaşım doğrultusunda hasta ile yapılan her görüşmenin resmi olarak 'Hasta ve Hasta Yakını Anamnez ve Eğitim Formu'na onam alınarak, doldurulmasıyla yapılmaktadır.

İlk görüşmenin içeriği; tıbbi durum ve tıbbi öykü/hikâye (anamnez)sorgulamasını, ruhsal durum sorgulama ve muayenesini, psikososyal durum sorgulamasını kapsamaktadır. Hastanın ruhsal durum muayenesi kriterlerine uygun değerlendirmede; dış görünüm ile birlikte tespit edilen algı ve terapötik odaklı durumlara dikkat edilmektedir. Hastanın görüşme için istekli olup, olmaması da önemlidir. Tanıyı takiben şok ya da inkâr, red ile gelen bir hastayla terapötik bir bağ kurulması, bazı durumlarda sessiz kalınması gerekmektedir. Eğer duygu aktarımı gerçekleşirse, güven ilişkisinin kurulduğu fark edilmelidir.

Görüşme içeriğinde; tıbbi hastalık (fiziksel/ruhsal) tanı, temel fizyolojik ihtiyaçlar, sosyal koşullar, anamnez, psikolog ve psikiyatr öyküsü sorgulanmaktadır. Bütüncül biyopsikososyal model (BbpsM) yaklaşımıyla yapılan her seans ile hastanın tanı ve tedavi uyumuna katkı sağladığı düşünülmektedir. Hastanın algı düzeyi, bilişsel ve davranışsal yetisi de değerlendirme kriterleri içinde yer almaktadır.

## 3.YÖNTEM

### 3.1. Gereç ve Yöntem

Bu araştırma 01 Ocak-30 Nisan 2018 tarihleri arasında İstanbul İli Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Onkoloji Ünitesi (Tıbbi Onkoloji, Radyasyon Onkoloji ve Hematoloji) Polikliniğine ayaktan başvuran, araştırmaya katılmayı kabul eden 163 (Kemoterapi, Radyoterapi ve Hormonal tedavi alan) kanser tanılı hasta ve hasta yakını bireyden 151'nin seçilme ölçütlerine uygun olmasıyla değerlendirilmiştir. Katılımcılardan 12'sinin eksik ya da yetersiz bilgi paylaşımında bulunacağı ve psikiyatrik ve/veya psikopatolojik tanı nedeniyle verilerin eksik ya da yetersiz olacağı varsayılmış, çalışmaya dâhil edilmemiştir. Katılımcılarla yapılan görüşmelerden "kişisel bilgiler" dışında elde edilen tüm veriler hastalara aittir.

### 3.2. Veri Toplama Tekniği ve Aracı

Bu araştırmanın veri toplama araçları; alan yazın kaynakları, doküman incelemesi, Hasta/Hasta Yakını Anamnez ve Eğitim Formu, Ruhsal Durum Muayenesi (RDM) kriterleri, Stres Termometresi, Hasta/Hasta Yakını Randevu Kartı, Eğitim Materyalleri ile yüz yüze yapılan görüşme seanslarındaki veri parametrelerinden elde edilmiştir.

*Anamnez ve Eğitim Formu:* Form önlü arkalı iki sayfa olmak üzere toplam otuz yedi parametreden oluşmaktadır. Bu formun ilk altı maddesi hasta/hasta yakını, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, mesleki durumu ve medeni hal gibi sosyodemografik özellikleri, diğer otuzbir maddesi ise; biyopsikososyal bilgi verilerini içermektedir. Formun iki parametresi katılımcıların konuya ilişkin açıklayıcı görüşme bulgularını içermektedir.

*Ruhsal Durum Muayenesi(RDM):* Tipik bir RDM'nin ana hatlarının yer aldığı onüç soru kriteri çerçevesinde yüz yüze görüşme tekniğiyle yapılmıştır. Hastalık öncesi ruhsal durum ve psikiyatri öyküsünün sorgulandığı muayenede; genel işlevsellik, hastalık yanıtı, kişilik yapısı, aile ve tedavi ekibi ile ilgili ilişkilerde değerlendirilmiştir.

*Stres Termometresi:* Roth ve ark. tarafından geliştirilmiş olan bu ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması Özalp ve ark. tarafından yapılmıştır. Ölçeğin kesme puanı 4'tür. Dört ve üzerindeki puanlar kanser hastasının sıkıntı düzeyinin arttığına işaret etmektedir.

*Hasta/Hasta Yakın Randevu Kartı:* Hastanın adı, soyadı, Hasta/hasta yakını, ön görüşme, randevu tarihi, seans takipleri, hastane iletişim telefonunu içeren bilgilerden oluşmaktadır.

### 3.3. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın nicel veri analiz sonuçları için “İstatistik Paket Programı (SPSS) 22.0” kullanılmış, sayısal veriler sayı-yüzde dağılımı, ki-kare ve spearman korelasyon ile analizleri yapılarak, ilişkilerin anlamlılık düzeyi incelenmiştir. Değerlendirmelerde 0.05’ten küçük p değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

## 4. BULGULAR

Bu araştırmanın bulguları 151 kanser tanılı hastanın Psiko-onkoloji (Kanser Psikolojisi) alanında çerçevesinde; bireye özgü bütüncül yaklaşıma ait psikolojik destek ve tedavi verileri analiz edilmiş, problemlere ilişkin hipotez bulgularıyla incelenmiştir.

### 4.1. Kanser Hastalarının Sosyodemografik Verilerine İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan hastaların sosyodemografik özellikleri; cinsiyet, yaş, eğitim, meslek, medeni duruma ait veriler aşağıda Tablo 4.1’de gösterilmiştir.

**Tablo 1:** Kanser Hastalarının Sosyodemografik Veri Analizi

Demografik Özellikler	n	%
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	104	68,9
Erkek	47	31,1
<b>Yaş</b>		
20-30	12	7,9
31-40	21	13,9
41-50	38	25,2
51-60	32	21,2
60 üstü	48	31,8
<b>Eğitim durumu</b>		
İlkokul-Ortaokul	80	53,0
Lise	38	25,2
Yüksekokul-Üniversite	20	13,2
Okur-yazar değil	9	6,0
Okur-yazar	4	2,6
<b>Meslek</b>		
Ev hanımı	61	40,4
Diğer	42	27,8
Emekli	40	26,5
İşçi	8	5,3
<b>Medeni durum</b>		
Evli	132	87,4
Boşanmış-Dul	12	7,9
Bekâr	7	4,6
<b>Yaş (ortalama±SD)</b> 51,6±26,6		
<b>SD:</b> Standart deviation		

Tablo 1.’deki sosyodemografik verilere göre; hastaların % 68,9 (n:104)’ü kadın, % 31,1 (n:47)’si erkek, 20-60 yaş üstü yaş dağılımına göre; en fazla %31,8 (n:48)’i 60 yaş üstü, %25,2 (n:38)’i 41-50 yaş aralığı, %21,2 (n:32)’si 51-60 yaş aralığı, %13,9 (n:21)’i 31-40 yaş aralığı, en az %7,9 (n:12)’si 20-30 yaş aralığında olup, yaş ortalaması 51,6±26,6’dır. Eğitim durumlarına göre; % 53,0 (n:80)’ni ilkokul/ortaokul mezunu, %25,2 (n:38)’i lise mezunu, %13,2 (n:20)’si yüksekokul/üniversite mezunu, %6,0 (n:9)’u okur-yazar değil, %2,6 (n:4)’ü okur-yazardır. Mesleki durumlarına göre; %40,4 (n:61)’i ev hanımı, %27,8 (n:42)’si diğer meslek grubu, %26,5 (n:40)’ı emekli, %5,3 (n:8)’i işçidir. Medeni durumlarına göre; % 87,4 (n:132)’si evli, %7,9 (n:12)’si boşanmış/dul, %4,6 (n:7)’si bekârdır.

Tablo 1.’deki cinsiyet ve yaş veri analizine göre; hastaların cinsiyeti ile kanser hastalığının görülme sıklığı arasındaki ilişki incelenmiş; 151 bireyin %68,9 (n:104)’nün hastalık oranının en fazla görüldüğü kadın grubu, %31,1 (n:47)’sinin en az olan erkek grubu olduğu görülmüştür. Hastaların yaşı ile kanser hastalığının görülme sıklığı arasındaki ilişkiye göre; 151 bireyin %31,8 (n:48)’nin 60 yaş üstü en fazla

görülen hastalık oranını oluşturduğu, %7,9 (n:12)'si 12'si 20-30 yaş aralığı hastalığın en az görüldüğü grup olduğu görülmüştür. Hastalık; ikinci sırada 41-50 yaş aralığında, üçüncü sırada 51-60 yaş aralığında, dördüncü sırada 31-40 yaş aralığındaki hasta popülasyonunda ortaya çıkmıştır.

Hastalık ile hastaların teşhis ve tanılarındaki etkileşimini incelediğimizde; kanser türünün cinsiyete göre farklılık gösterdiği saptanmıştır. 151 bireyin %41,1 (n:62)'si meme kanseri hastası en fazla kadın cinsiyeti oranını oluştururken, %17,9 (n:27)'sinin akciğer kanseri en fazla erkek cinsiyeti oranı olduğu görülmüştür.

Araştırma incelenen hastaların bütüncül biyopsikososyal model-hastalık dinamikleri özelliklerinin etkileşimine ait veri analizleri Tablo 2.'de aşağıda verilmiştir.

**Tablo 2.** Kanser Hastalarının Bütüncül Biyopsikososyal Model-Hastalık Dinamikleri Analizi

Bütüncül Biyopsikososyal Model-Hastalık Dinamikleri		
	n	%
Biyolojik-Psişik-Psikososyal	71	47,0
Psişik-Psikososyal	57	37,7
Biyolojik-Psikososyal	23	15,2
<b>Toplam</b>	151	100

Araştırmaya katılan hastaların hastalık dinamiklerine ait yüzdeler değere göre; en fazla %47,0 (n:71)'nin biyolojik-psişik-psikososyal, %37,7 (n:57)'sinin psişik-psikososyal, %15,2 (n:23)'nün biyolojik-psikososyal olduğu görülmüştür.

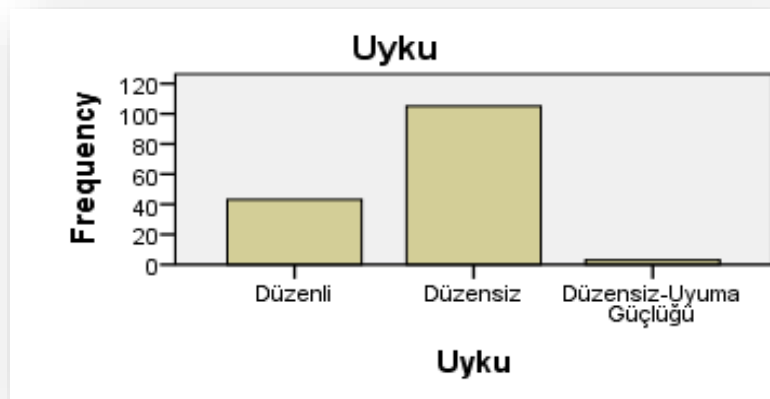
Bütüncül biyopsikososyal model değerlendirme çerçevesinde; 151 hastanın n:71'nin biyolojik-psişik-psikososyal, n:57'sinin psişik-psikososyal, n:23'nün biyolojik-psikososyal olması bireyin hastalık dinamiklerine bağlı olarak bütüncül etkilenimin önemini gösterdiği söylenebilir.

**Tablo 3.** Hastaların Sistem Tanılama Veri Analizi

Beslenme		
	n	%
Kendi kendine besleniyor	104	68,9
İştahsız	38	25,2
Yardımla besleniyor	9	4,6
Uyku		
Düzensiz	105	69,5
Düzenli	43	28,5
Düzensiz-Uyuma güçlüğü	3	2,0
<b>Toplam</b>	151	100

Hastaların sistem tanılama verilerindeki yüzdeler değere göre; beslenme de % 68,9 (n:104)'nün kendi kendine beslendiği, %25,2 (n:38)'nin iştahsız olduğu, %6,0 (n:9)'nün yardımla beslendiği görülmüştür. Uyku düzeylerinde ise; %69,5 (n:105)'nin düzensiz, %28,5 (n:43)'nün düzenli, %2,0 (n:3)'nün düzensiz-uyuma güçlüğü yaşadığı tespit edilmiştir.

Şekil 1'de hastalık ile uyku etkileşiminin analizi aşağıda açıklanmıştır.



**Şekil 1.** Hastalık ve Uyku

Uyku düzeylerinde ise; %69,5 (n:105)'nin düzensiz, %28,5 (n:43)'nün düzenli, %2,0 (n:3)'nün düzensiz-uyuma güçlüğü olduğu görülmüştür. Uyku değerlendirmesinde 151 hastanın en fazla %69,5 (n:105)'nin düzensiz uykusunun olması; kaygı, hastalık inkar/red, sorgulama, stres faktörü nedeniyle iken, %2,0 (n:3)'nün düzensiz-uyuma güçlüğü'nün olması; anksiyete, depresif semptom ya da psikiyatrik tanı nedeniyle olduğu ortaya çıkmıştır. %28,5 (n:43) hasta düzenli uyku uyuduğunu ifade etmesine rağmen tedavi süresinin uzaması, tekrarlayan tetkikler, kontroller, hastaneye bağımlı kalma, hastalığın gidişatı ile sorgulamalar nedeniyle uykularında düzensizlik meydana gelmiş, gündüz uyku alışkanlıkları edinmişlerdir. Bu durumların yaşanması hastaların tedavi sürecinde baş etme problemleri yaşamalarına neden olmuştur.

#### 4.2 Kanser Hastalarının Hastalık Algılarına Ait Özellikler-Bu Özelliklerin Cinsiyet ve Yaşa Göre Farklılaşması

**Tablo 4.** Kanser Hastalarının Hastalık Algılarına Ait Özelliklerin Veri Analizi

Hastalık Hakkındaki Düşünce ve Algıları/Davranışsal Tepkiler		
	n	%
Hastalık Algı (Red)	76	50,3
Hastalık Algı (Uyum)	48	31,8
Hastalık Algı (Ölüm)	27	17,9
<b>Toplam</b>	<b>151</b>	<b>100</b>

Tablo 4.'de Araştırmaya katılan hastaların hastalık algılarına ait özellikleri içeren verilerdeki yüzdelik değere göre; 151 bireyin en fazla %50,3 (n: 76)'sının hastalık algısı red, % 31,8 (n:48)'sinin hastalık algısı uyum, % 17,9 (n:27)'sinin hastalık algısının ölüm olduğu görülmüştür. Ayrıca bu hastaların hastalık algılarına ait özelliklerin cinsiyet ve yaşa göre farklılaşıp, farklılaşmadığı incelenmiştir.

Tablo 4.1.'de hastaların hastalık hakkındaki algılarına ait özelliklerin cinsiyete göre farklılaşmasına aşağıda verilmiştir.

**Tablo 4.1.** Hastalık Hakkındaki Algılarına Ait Özelliklerin Cinsiyete Göre Farklılaşması

Cinsiyet * Hastalığı Hakkındaki Düşünce ve Algılar/Davranışsal Tepkiler Çapraz Tablo							
			Hastalığı Hakkındaki Düşünce ve Algılar/ Davranışsal Tepkiler			Toplam	Gruplar arası fark*
			Hastalık Algı Red	Hastalık Algı Uyum	Hastalık Algı Ölüm		
Cinsiyet	Kadın	n	58	30	16	104	X <sup>2</sup> =4,037
		% 100	55,8%	28,8%	15,4%	100,0%	
	Erkek	n	18	18	11	47	p=0,133
		% 100	38,3%	38,3%	23,4%	100,0%	
Toplam		n	76	48	27	151	
		% 100	50,3%	31,8%	17,9%	100,0%	

\* Ki-kare testi

Çizelge 4.1'in anlamlılık. sütunun en üstündeki anlamlılık değerinin p = 0,133 olduğu görülmektedir. (Ki-kare testi; X<sup>2</sup>=4,037; p=0,133). Bu değer p >0,5 şartını karşılamadığından hastalık hakkındaki düşünce ve algılar, davranışsal tepkiler dağılımı açısından kadın ve erkekler arasında anlamlı fark saptanmadığı söylenebilir. Bu verilere göre; hastaların hastalık algılarının cinsiyete göre farklılaşıp, farklılaşmadığına ki-kare bağımsızlık testi ile bakılmış, hastalık algısının kadın ve erkek cinsiyeti arasında anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır.

#### 4.3. Kanser Hastalarının Hastalığa Karşı Gelişen Duygusal (Emosyonel) Tepkileri- Bu Tepkilerin Cinsiyet ve Yaşa Göre Farklılaşması

Araştırmaya katılan hastaların hastalığa karşı gelişen duygusal (emosyonel) tepkileri incelendiğinde; en fazla %23,2 (n:35)'i kaygı-yansıtma, hastaların hastalığa karşı gelişen duygularının dağılımında; kaygının tüm görüşmelerde yer aldığı, kaygıya eşlik eden ikinci duygunun yansıtma, üçüncü duygunun inkar, dördüncü duygunun depresyon, beşinci duygunun matem reaksiyonu olduğu görülmüştür. Duyguların ifade edilmesi en az iki duygu, en çok ise beş duygu bileşenini kapsamıştır.

#### 4.4. Kanser Hastalarını Etkileyen Kaygı Odaklarına Ait Özellikler- Bu Özelliklerin Cinsiyet ve Yaşa Göre Farklaşması

**Tablo 4.2.** Kanser Hastalarını Etkileyen Kaygı Odaklarına Ait Özellikleri Veri Analizi

Kaygı Odaklarına Ait Özellikler		
	n	%
Diğer faktörler	66	43,7
Hastalık Prognozu	59	39,1
Kanser(Ca)Tanı-Prognoz	26	17,2
<b>Toplam</b>	<b>151</b>	<b>100</b>

Araştırmaya katılan hastaları etkileyen kaygı odaklarına ait verilerdeki yüzdeler göre; en fazla %43,7 (n:66)'sı diğer faktörler, %39,1 (n:59)'u hastalık prognozu, %17,2 (n:26)'sı kanser tanı-prognozuydu.

Çizelge 4.5.1'de görüldüğü gibi hastaları etkileyen kaygı odakları incelendiğinde; hastalık prognozu (gidişatı) ile ilgili kaygının %39,1 (n:59), kanser tanı-prognoz ilgili kaygının %17,2 (n:26) olması kanser tanısı ile birlikte tedavi yanıtının da önemli olduğunu göstermiştir. Ayrıca kanser tanısına eşlik eden diğer problemlerin %43,7 (n:66) oranında en fazla değere sahip olması psikososyal sorunların etkisi nedeniyle olduğunu söylenebilir.

Diğer faktörler olarak değerlendirilen kaygılar; temel fizyolojik ihtiyaçlar, aile içi sorunlar, ağrı yönetimi, fobiler ve gebelikten oluşmaktadır.

Araştırmaya katılan hastaların ruhsal durum muayenesine ait veriler Tablo 4.3'de verilmiştir.

**Tablo 4.3.** Hastaların Ruhsal Durum Muayenesi Veri Analizi

Ruhsal Durum Muayenesi (Duygu ve Duygulanım)		
	n	%
Aşırı sorgulama	72	47,7
Sorgulama	48	31,8
Predepresif semptomlar	12	7,9
Obsesyon	6	4,0
Kaygı	5	3,3
Diğer	4	2,6
Depresyon	3	2,0
Psikiyatri tanı (öykü)	1	0,7
<b>Toplam</b>	<b>151</b>	<b>100</b>

Araştırmaya katılan hastaların ruhsal durum muayenesine (duygu ve duygulanım) ait verilerindeki yüzdeler göre; % 47,7 (n:72)'si aşırı sorgulama, %31,8 (n:48)'i sorgulama, %7,9 (n:12)'si predepresif semptomlar, %4,0 (n:6)'sı obsesyon, %3,3 (n:5)'i kaygı, %2,6 (n:4)'ü diğer, %2,0 (n:3)'ü depresyon, %0,7 (n:1)'i psikiyatri tanı öyküsü olduğu görülmüştür.

Ruhsal Durum Muayenesi, RDM'nin ana hatlarından dördüncü kriteri olan duygu ve duygulanıma göre değerlendirme yapılmıştır. Duygu-duygulanım: "Danışan depresif, kaygılı ya da huzursuz mu? Duygulanımı içinde bulunulan duruma uygun mu?" sorularına yanıt aramıştır(Kramer ve diğ., 2014).

Çizelge 4.3'de görüldüğü gibi ruhsal durum muayeneleri incelendiğinde; hastaların kanser tanısı nedeniyle tedavi ve prognosa eşlik eden duygu ve duygulanımların olumsuz etkilendiği, kaygılı, aşırı sorgulama ve sorgulama düzeyine sahip oldukları, obsesyon, fobi, anksiyete, depresyon geliştiği, bir hasta da psikiyatri tanı (kişilik bozukluğu-anksiyete bozukluğu) öyküsü saptanmıştır.

#### 4.5 Kanser Hastalarının Hastalıkla Baş etme Yöntemlerinde Psikolojik Destek Özellikleri-Bu Özelliklerin Farklı Etkileşimlere Göre Değişimi

Tablo 4.4'da hastaların hastalıkla baş etme yöntemlerinde psikolojik destek özelliklerine ait veri analizi aşağıda verilmiştir.

**Tablo 4.4.** Kanser Hastalarının Hastalıkla Baş etme Yöntemlerinde Psikolojik Destek Özelliklerine Ait Veri Analizi

Hastalıkla Başetme		
	n	%
Psikolog	104	68,9
Psikiyatr-Psikolog	44	29,1
Psikiyatr	3	2,0
<b>Toplam</b>	151	100

Tablo 4.4’de “Kanser Hastalarının Hastalıkla Başetme Yöntemlerinde Psikolojik Destek Özellikleri” olarak ele alınmıştır. Araştırmaya katılan hastaların hastalıkla baş etme yöntemlerinde psikolojik destek özellikleri danışmanlıkla yapılmış, 151 hasta populasyonun tümüyle görüşme gerçekleşmiştir. Görüldüğü gibi bu hastaların hastalıkla baş etme yöntemlerinde psikolojik destek özelliklerine ait yüzdelik değere göre; en fazla % 68,9 (n:104)’nün psikolog, %29,1 (n:44)’ü psikiyatr-psikolog birlikte, en az %2,0 (n:3)’ü psikiyatr ile takiplerinin devam etmesi gerektiği ortaya çıkmıştır.

## 5.TARTIŞMA

Dünya Sağlık Örgütü’nün (2018) yılında yayınladığı rapora göre; onkoloji de her ulusal kanser bakımının psikososyal bileşenlerden oluşması, her kanser tedavi servisinde de psiko-onkoloji hizmetinin verilmesi gerektiği bildirilmiştir. Dolayısıyla Psiko-onkoloji (kanser psikolojisi) kanser hastalığının tanı aşamasından itibaren hasta ve hasta yakınlarına danışmanlık hizmeti verme, psikososyal destek sağlama ilkelerine dayanmaktadır (Levin, 2008).

Kanser hastalarına yönelik psiko-onkoloji uygulamalarını tanımlamayı içeren bu çalışma da; bireye özgü bütüncül yaklaşımla biyolojik, psikolojik ve sosyolojik bütünlüğün önemi; hasta birey, hastalık kavramı, hastalık algısı, hastanın duygulanımı, hastanın hastalık uyumu açısından ‘stres, belirsizlik, iyi hissetme ve umut’ kavramlarıyla incelenmiştir. Bu bağlamda 151 katılımcıyla yapılan görüşmeler psikolojik destek prensiplerine göre psikolojik danışmanlıkla ele alınmıştır. Araştırma problemlerine ilişkin hipotez bulgularından elde edilen veriler tartışılmış, sonuçlara göre değerlendirmeye çalışılmıştır.

### 5.1. Kanser Hastalarının Sosyodemografik Özellikleri ve Hastalık Etkileşimi

Hastaların sosyodemografik özellikleri ve hastalık etkileşimini; yaş, cinsiyet, eğitim, meslek ve medeni durumlarına göre incelediğimizde; 60 yaş üstü % 31,8 (n: 48) hastanın, %68,9 (n:104) kadın hastanın, ilkökul-ortaokul mezunu %53,0 (n:80) hastanın, ev hanımı %40,4 (n:61) , %87,4 (n:132) evli hastanın en fazla hastalık oranına sahip grup kanser hastaları olduğu görülmüştür.

Psikolojik destek sürecinde; okur-yazar olmayan ve ilkökul düzeyi eğitilmiş hastaların kadercı kabulü seçtikleri, aktif çalışma hayatı olan hastaların ise hastalık uyumlarının yüksek olduğu tespit edilmiştir. Çalışmayan ev hanımlarının hastalığa uyum sağlama da zorluk yaşadıkları, sosyoekonomik yetersizlikler, sosyal izolasyon gibi faktörler nedeniyle de olumsuz etkilendikleri belirlenmiştir. Bu hastaların hastalık ve hastalığa bağlı gelişen psikososyal sorunlar nedeniyle akut gerginlik (stres bozukluğu) ve anksiyete yaşadıkları görülmüştür.

Alacacılıoğlu’nun (2007) kanser hastalarının depresyon ve anksiyete düzeylerini etkileyen faktörlere baktığı tez çalışmasında; kadınlarda, ekonomik ve eğitim düzey düşüklüğünün, altı aydan uzun tanı süresinin, ileri evre ve nüks(tekerrür) eden hastalığın olumsuz etken olduğu ifade edilmiştir. Ayrıca bu faktörlerin depresyon ve anksiyete düzeylerinin yüksek bulunmasına neden olduğunu da belirtilmiştir.

### 5.2. Kanser Hastalarının Psiko-onkoloji Çerçevesindeki Özellikleri-Bu Özelliklerin Farklı Etkileşimlere Göre Değişimi

Kanser hastalarının psiko-onkoloji (kanser psikolojisi) çerçevesindeki özelliklerine göre; 151 hasta populasyonun hastalık ile cinsiyet arasındaki etkileşimde en fazla %68,9 (n:104) kadın hastanın olduğu, hastalık ile yaş arasındaki etkileşimde ise en fazla %31,8 (n:48) hasta ile 60 yaş üstünde hastalığın görüldüğü saptanmıştır. Kanser teşhis/tanılarında hastalık ile cinsiyet arasındaki etkileşimde en fazla %41,1 (n:62) kadınlarda meme kanserine rastlanırken, ikinci sırada en fazla %17,9 (n:27) erkeklerde akciğer kanseri olduğu ortaya çıkmıştır.

Bu oran Dünya Sağlık Örgütü’nün kanser türlerine göre en sık görülen hastalık sıralamasındaki; kadınlarda meme kanseri, erkeklerde akciğer kanseri verileriyle örtüşmektedir (WHO, 2018).

Uyum bozuklukları bir ya da birkaç tanımlanabilir strese yol açan olaya/stresöre (örneğin fiziksel hastalık, aile krizleri ya da boşanma gibi) gösterilen uyumsuz reaksiyon ya da durumlarla başa çıkmama olarak tanımlanmaktadır. Klinik görüşme; uyum bozukluğu tanısı koymanın ve hasta ile terapötik bağ kurmanın en iyi yoludur(Stiefel ve Stagno, 2009).

Psikolojik destek ve tedavi sürecinde; tedaviye uyum sağlamanın uygulanan tedavi protokolü ile ilişkisi olduğu tespit edilmiş, aynı zamanda hastalık evresi, hastalık nüks ve metastaz gibi hastalık seyrinin hastaları olumsuz etkilediği ve uyumu bozduğu görülmüştür. İlk kez tedavi alan hastaların nüks veya metastaz olan hastalara ve ikili tedavi protokollerine göre tedaviye uyumlarının yüksek olduğu ortaya çıkmıştır.

Hastaların hastalık dinamikleri-bütüncül biyopsikososyal model etkileşiminin analizinde; 151 hasta popülasyonunda en fazla %47,0 (n:71) biyolojik-psişik-psikososyal, %37,7 (n:57) psişik-psikososyal, en az %15,2 (n:23) biyolojik-psikososyal olduğu görülmüştür.

Bu durum hastalık dinamiklerine bağlı olarak bütüncül etkilenim düzeyinde üç alanın her birini kapsadığı yönündedir. Bu bağlamda bütüncül biyopsikososyal modele göre; her bir parametrenin birbirinden ayrı ya da bağımsız olmadığı, her hangi bir alan da ortaya çıkan sorunun diğer alanı da olumlu ya da olumsuz etkilediği düşünülebilir. Etkileşim hastalık gibi fiziksel olarak gelişen kronik bir prognoz durumunda; ruhsal, bilişsel, çevresel etkenleri de içine aldığı söylenebilir.

Özalp ve arkadaşlarının (2007) yılında yaptığı çalışma sonuçlarına göre, kanser hastalarının en fazla (%79.8)'nin bedensel alanla ilgili sıkıntılarının olduğu bildirilmiştir. Stres yaşayan bu hastaların büyük bir bölümünün birden fazla alanda sorun bildirdiği, insanın biyo-psiko-sosyal bir varlık olması nedeniyle bir alanda yaşanan sorunun diğer alanları da etkilemesinin beklenen bir sonuç olduğu belirtilmiştir. Birden fazla alanda yaşanan sorunun, (%70) oluşturan hastalarda hem bedensel hem de duygusal alanda yaşadıkları ifade edilmiştir. Fiziksel alanda yaşanan sorunların duygusal alanda sıkıntıya yol açtığı, duygusal alanda yaşanan sıkıntıların da fizyolojik belirtiler olarak ortaya çıktığı belirtilmiştir(Öztürk, 1994).

Hastalar bütüncül olarak ele alınmadığı ve duygusal ihtiyaçları karşılanmadığı zaman uygulanan tedaviden daha az fayda sağlandığı belirtilmiştir(Bultz ve Carlson, 2005).

Psikolojik destek sürecinde; hastaların biyopsikososyal uyumlarının sağlanması, uyumlarının artırılması, destekleyici yaklaşımlarla bilgilendirme, eşduyumsal onaylanmanın yapılması önem arz etmektedir(Özmen ve Taşkın, 2002).

Dolayısıyla bireyin biyopsikososyal bütünlüğü varolan durumu, tıbbi durumu/ anamnezi (öykü) ve psikolojik durumu birlikte değerlendirmeyi gerektirmektedir.

### **5.3. Kanser Hastalarının Hastalık Algılarına Ait Özellikler-Bu Özelliklerin Cinsiyet ve Yaşa Göre Farklılaşması**

Hastaların hastalık hakkındaki düşünce ve algıları, davranışsal tepkilerine ait özelliklerine göre; 151 hasta popülasyonunda hastalık algısının red/inkâr eden %50,3 (n:76) hastanın; kanser tanısı, kanser hastası olmayı ve hastalığı red ettikleri saptanmıştır. Bu hastaların hastalık algısına eşlik eden diğer etkenler ise; kanser hastalığına bağlı bedensel değişiklikler, hastalığa ad takma, psikososyal nedenler, nüks, metastaz ve prognoz olguları olduğu ortaya çıkmıştır.

Diğer %17,9 (n:27) hastanın hastalık algısını ölüm ile özdeşleştirmesi; hem hastalığı red etme hem de tedaviyi de red etme davranışına neden olmuştur. Kanser ölümü çağrıştırmaları, aile üyelerinde kanser öyküsü olması, hastalığın prognozu, nüks ve metastaz ile devam etmesi hastalık algısını etkileyen olumsuz faktörler olarak belirlenmiştir. Bu durumlar matem reaksiyonu, kaçınma davranışlarına neden olmuş, tedavi almayı, tedaviye devam etmeyi etkileyen ve hastalıkla başetme becerisini güçleştiren durumlar olarak tanımlanmış, hastalığa uyumu bozan faktörler olarak değerlendirilmiştir.

Korkmaz (2010) yılında yaptığı çalışmada; kanser kelimesinin çağrışımlarını incelemiş, katılımcıların en yüksek sıklıkla ölümü çağrıştırdığını ifade ettiklerini belirtmiştir. Kanseri ölümle ilişkilendirme eğiliminin kansere, ilişkin tutumlar ölçeğine verilen yanıtlarla tutarlılık gösterdiğini de açıklamıştır.

### **5.4. Kanser Hastalarının Hastalığa Karşı Gelişen Duygusal (Emosyonel) Tepkileri-Bu Tepkilerin Cinsiyet ve Yaşa Göre Farklılaşması**



Kanser hastalarının hastalığa karşı gelişen duygusal (emosyonel) tepkilerinde ele alınan on bir duygu; matem reaksiyonu depresyon, kaygı, inkar, kızgınlık, hostolite (düşmanlık), yansıtma, agresif direnç, patolojik bağımlılık, suçluluk duygusu, regresyon (bazı kabul edilmeyen davranışlara karşı geliştirilen koruyucu dürtüler)'dan oluşmaktadır. Hastaların hastalığa karşı gelişen duygularının dağılımında; kaygının tüm görüşmelerde yer aldığı, kaygıya eşlik eden ikinci duygunun yansıtma, üçüncü duygunun inkar, dördüncü duygunun depresyon, beşinci duygunun matem reaksiyonu olduğu görülmüştür. Duyguların ifade edilmesi en az iki duygu, en çok ise beş duygu bileşenini kapsamıştır.

Olumsuz duyguların temelinde öfke, hüznün, kaygı, endişe, stres, düş kırıklığı, suçluluk, utanç, imrenme gibi duygular vardır. Yalnızlık ve acizlik gibi durumlar ise; olumsuz duygulanımda hastalık halinin önemli göstergeleridir. Bu nedenle sürekliliği ve sıklığı olan olumsuz duygulanımlar bireyin yaşamının kötüye giden bir göstergesi olabilmektedir(Joshi, 2010).

Psikolojik destek sürecinde yapılan görüşme içeriklerinde yaş ilerledikçe hastalık kabul ve uyumda zorlanmaların meydana geldiği görülmüştür. Bu durum duygusal tepkilerin artması, yaşamsal bağların zayıflaması, matem reaksiyonunun gelişmesi, kaygı düzeyinin yükselmesi nedeniyle anksiyete yaratmıştır. Hastaların uyum bozukluklarının ve anksiyetelerinin yönetebilmesi için duygu aktarımına yönelik çalışmalar yapılmıştır. Hastanın duygu aktarımını içeren bu çalışmalar sözel ve yazılı ev ödevlerinden oluşmuştur. Kanser hastalığının ilk tanı sürecinden itibaren yapılan her takip görüşmesi hastanın bir önceki seans içeriği ele alınarak, değerlendirilmiştir.

Terapinin amaçlarından biri kişiye acı çektiren, işlevselliğini bozan duygularını olumsuz olsalar bile uyumu bozmayan duygulara dönüştürmektir. Başetmenin zor olduğuyula ilgili eş duyum yapılsa da duygunun içselleştirildiği göz ardı edilmemelidir(Vahip, 2012).

### 5.5. Kanser Hastalarını Etkileyen Kaygı Odaklarına Ait Özellikler-Bu Özelliklerin Cinsiyet ve Yaşa Göre Farklılaşması

Kanser hastalarını etkileyen kaygı odaklarına ait etkileşim özelliklerine göre; hastalık prognozu (gidişatı) ile ilgili kaygının %39,1 (n:59), kanser tanı-prognoz ilgili kaygının %17,2 (n:26) olması kanser tanısı ile birlikte tedavi yanıtının da önemli olduğunu göstermiştir. Ayrıca kanser tanısına eşlik eden diğer problemlerin % 43,7 (n:66) hasta ile en fazla değere sahip olması psikososyal sorunların etkisi nedeniyle olduğunu göstermiştir.

Diğer faktörler olarak değerlendirilen kaygılar; temel fizyolojik ihtiyaçlar, aile içi sorunlar, ağrı yönetimi, fobiler ve gebelikten oluşmaktadır. Dolayısıyla hastalığa eşlik eden biyopsikososyal sorunların varlığı kanser tedavisinin gidişatıyla ilgili kaygıyı arttırmakta, hastalık uyumunu olumsuz etkilemektedir. Hastalığa uyumun olumsuz etkilenmesine neden olan psikososyal problemler tedaviye eşlik eden olumsuz faktörler olarak değerlendirilebilir. Bu faktörleri incelediğimizde; aile içi ilişkileri etkilediği, evli ise ikili ilişkilere yönelik sorunlar oluşturduğu; eş terk etmesi, ayrılık, aldatma vb., çocuk varsa ona yeterli bakım verememe, çocuk yoksa eş ya da aileyi suçlama şeklinde ortaya çıkmıştır. Bu durum “ölüm korkusunun oluşması, yaşamın anlamını yitirmesi, planların alt üst olması” gibi cümlelerle ifade edilmiş, matem reaksiyonu, uyum bozukluğu ve anksiyeteye neden olduğu görülmüştür.

Hastaların kaygı odaklarına ait özelliklerinde hastaların ruhsal durum muayenesinden elde edilen verilerine göre; 47,7 (n:72)'si aşırı sorgulama, %31,8 (n:48)'i sorgulama, %7,9 (n:12)'si predepresif semptomlar, %4,0 (n:6)'sı obsesyon, %3,3 (n:5)'i kaygı, %2,6 (n:4)'ü diğer, % 2,0 (n:3)'ü depresyon, %0,7 (n:1)'i psikiyatri tanı öyküsü olduğu görülmüştür. Değerlendirmeler de kanserin bir stres faktörü olduğu, her seansta kaygının eşlik eden duygusal reaksiyon olduğu yinelenmiştir. Dolayısıyla ruhsal durum muayenelerinin (duygu/duygulanım) içeriğinde; hastaların aşırı sorgulama ve sorgulama düzeyine sahip oldukları görülmüştür.

Ruhsal Durum Muayenesinin ana hatlarının dördüncü kriteri; “duygu ve duygulanım: danışan depresif, kaygılı ya da huzursuz mu? Duygulanımı içinde bulunulan duruma uygun mu?” içeriğine göre değerlendirme yapılmıştır(Kramer ve diğ., 2014).

Psikolojik destek görüşmelerinde sorgulama içerikleri; “Neden ben?, Bu hastalık neden beni buldu?, Ne yaptım aslında her şeye dikkat ediyordum? Hep o eşimin yüzünden içime ata ata bu hale geldim? Tam emekli olduk hayatımızı yaşayalım derken...” cümleleriyle ifade edilmiştir. Sorgulamaların tekrarı, tekrar aralığı, devamlılığı, otomatik düşünce kalıplarının oluşmasına neden olmaktadır. Bu düşüncelerin duygusal etkisi ve davranışlara yansması bireyden bireye farklılık göstermekle birlikte zamanla beslenme de iştahsızlık, uykuda düzensizlik, tedaviyi red etme, sürekli ağlama, sosyal izolasyon gibi tutum ve

davranışlarla kendini göstermiştir. Suçluluk duygusu, kızgınlık, hostolite (düşmanlık) duygularının gelişmesine de neden olan bu sorgulamalar hastalığa uyumu engelleyen uyarıcılar olarak değerlendirilebilir. Ruhsal durum muayenelerinde; hastaların kanser tanısı nedeniyle tedavi ve prognoza eşlik eden duygu ve duygulanımlarının olumsuz etkilendiği görülmüş, kaygı, obsesyon, fobi, anksiyete ve depresyon geliştiği, bir hasta da ise psikiyatri tanı (kişilik bozukluğu-anksiyete bozukluğu) öyküsü saptanmıştır. Bu durum psikolojik destek ve tedavilerde psikiyatr ile birlikte tedavi sürecinin takibini gerektiğini göstermektedir.

### 5.6. Kanser Hastalarının Hastalık Hakkındaki Algıları/ Hastalık Dinamikleri/ Hastayı Etkilen Kaygı Odağı ile Yaş Etkileşimi

Hastaların hastalık hakkındaki algıları, hastalık dinamikleri, hastayı etkilen kaygı odaklarının yaşa göre farklılaşp, farklılaşmadığına Spearman korelasyon analiz testi ile bakılmış (Spearman korelasyon analiz testi;  $r=0,042$ ;  $p=0,607$ ;  $r=0,017$ ;  $p= 0,832$ ;  $r= 0,152$ ;  $p= 0,063$ ;) olduğu görülmüştür. Bu değer  $p > 0,5$  şartını karşılamadığından hastalık hakkındaki düşünce ve algılar, davranışsal tepkiler; hastalık dinamikleri ve hastayı etkileyen kaygı odakları ile yaş dağılımı arasında farklılık göstermediği saptanmıştır.

### 5.7. Kanser Hastalarının Hastalıkla Baş etme Yöntemlerinde Psikolojik Destek Özellikleri

Hastaların hastalıkla baş etme yöntemlerinde psikolojik destek özelliği; psikolojik danışmanlık ile 151 hastanın tümüyle görüşme yapılarak gerçekleşmiştir. Hastaların seans görüşme analizine göre; en fazla % 68,9 (n:104)'ün psikolog, %29,1 (n:44)'ü psikiyatr-psikolog birlikte, en az %2,0 (n:3)'ü psikiyatr ile takiplerinin devam etmesi gerektiği ortaya çıkmıştır.

Psikolog (danışmanlık) içeriği; psikoönkoloji bilgilendirme ve eğitim temelli psikolojik destek ve tedavi uygulamaları kapsamında yapılmıştır. Psikolojik destek sürecinde bütüncül biyopsikososyal model yaklaşımıyla hastaya tanı, tedavi, tıbbi kontrol, psikolojik değerlendirme, bilgilendirme ve psiko eğitim verilmiştir. Hastaların psikolog ya da danışmana ulaşabilmelerinin tedaviye uyum sağlamalarında olumlu etken olduğu görülmüştür. Hastalık evresi ilerlemiş, nüks veya metastazı olan hastalar için de ölümle yüzleşme, duygu aktarımı, aile üyeleriyle görüşme gibi çalışmalar yapılmış, hastalık ve süreçle baş edebilme becerileri kazanmalarına yardımcı olunmuştur.

Hastalığa uyum sağlanması hastalığın kabulüyle birlikte gerçekleşen bir süreç olmakla birlikte sağlıklı baş etme becerileri kazanılmasına yardımcı olmaktadır. Hastaların kanser tanı ve tedavisinde kendi durumları üzerinde kontrolleri olduğu duygusunun güçlenmesi de baş etme becerisi kazanmalarını sağlamaktadır. Dolayısıyla kişinin öz bakımını, günlük işlerini ve/veya bakımlarını kendilerinin yapabileceklerini fark etmelerini sağlamak önemlidir. Böylece hastalık dinamiklerinin yaşam dinamiklerine entegre edilmesi kolaylaşmaktadır.

Psikolojik destek ve tedavinin amacı genel anlamda; hastanın hastalığa bağlı gelişen krizi yönetmesini sağlamak, uyuma yönelik davranışlar sergilemesini, gündelik yaşamını sürdürmesini ve belirlenen kısa vadeli hedeflere ulaşmasına yardımcı olmaktadır. Bireyin kendine anlamlı gelen ve yapmayı tercih ettiği etkinliklerle sosyal hayatın içine katılımını sağlamakta bu noktada önem arz etmektedir.

## 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Fiziksel olarak hastalık tanısı alan kanser hastalarının biyopsikososyal modelle ele alınması, bireye özgü bütüncül model parametre verilerinin uygulanmasının gerektirdiği yönündedir. Bu uygulama hastalık tanı, tedavi, takip ve kontrollerin alanında uzman, bilgi ve deneyim sahibi danışmanlıkla yürütülmesini öngörebilir. Süreci doğru yönetmeye yardımcı olunması hastaların kaygı düzeylerini azaltmaya, yalnız olmadıklarını hissetmeye katkı sağlayabilir. Hastaların kendilerini anlayan, istedikleri zaman ulaşabilecekleri danışanlarının olduğunu bilmeleri önemlidir. Güven ilişkisine dayanan psikolojik destek terapötik amaçlı, psikoedükatif, duyguaktarımını içeren, anlam odaklı görüşmelerdir.

Psikoterapötik girişimlerde amaç; belirtilerin iyileşmesi, biyopsikososyal uyumun artırılması, davranış değişikliği ve kişilik yapısında değişiklikler olmak üzere dört başlık altında toplanmaktadır(Özmen ve Taşkın, 2002).

Sonuç olarak, hastaların kanseri olumsuz bir stres faktörü olarak değerlendirdikleri, kanser algılarının ölümle özdeşleştirildiği, kaygılarının kanser tanı ve tedavi gidişatıyla (prognoz) ilgili olduğu, kanser olgusunun fiziksel hastalığa bağlı tedavi yanıtındaki belirsizlik nedeniyle yaşam dinamiklerini sarstığı ve değiştirdiği, en çok uyum bozukluğu yaşadıkları belirlenmiştir. Kanser hastalarına yönelik psikonkoloji uygulamalarında bireye özgü psikolojik destek ve tedavilerin hastalığa yüklenen anlam ve hastalık

kabulüyle sürece uyum sağlamada etkili olduğu, pozitif iyilik halinin iyi hissetmeye ve umut kavramının da tedavi yanıtına olumlu katkı sağladığı söylenebilir. Temel hedef; multidisipliner yaklaşımla liyezon bağlamında onkolog, psikiyatr, psikolog, sosyal hizmet, hemşire, diyetisyen gibi alanında uzman ekip üyeleriyle birlikte çalışabilmek, her hastayı 'bireye özgü' yaklaşımla değerlendirmek biyopsikosozyal açıdan uyumun artmasına yardımcı olmak amacıyla psikolojik destekle takibi sağlamak ve tedavi etmek olarak tanımlanabilir.

## KAYNAKLAR

- Aaronson, N., K.(1991). Methodologic issues in assessing the quality of life cancer patients. *Cancer* 1991; 67 (Suppl 3):844-50
- Abraham, J., Allegra, J. C., Gulley., J.(2004). Klinik Onkoloji El Kitabı.Çeviri Editörleri Dr. Alpaslan Mayadağlı, Dr. Cem Parlak., Onkolojide Psikofarmakolojik Tedavi 39:521s. Nobel Tıp Kitabevleri.
- Andrykowski, M. A., Manne, S.L. (2006).Are psychological interventions effective and accepted by cancer patients? Standards and levels of evidence. *Ann Behav Med.* 32:93-7s.
- Alacacıoğlu, A.(2007).“Kanser Hastaları ve Hasta Yakınlarının Depresyon,Umutsuzluk ve Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi”. Tıbbi Onkoloji Uzmanlık Tezi: *T.C Dokuz Eylül Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir.*
- Alataş, G., Erhan Kurt., E., Esra Alataş,T.,E., Bilgiç,V., Karatepe, T.,H. (2007) *Düşünen Adam; Duygudurum Bozukluklarında Psikoeğitim.* 20(4):196-205 *Derleme.*
- Anuk, (1999) ; Özkan, S. (1993). Kanser, Kanserli Hasta, Hasta Ailesi ve Tedavi Ekibi Etkileşimi İçinde Özkan, S. (Ed.), *Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi 1998-1999.* İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri ABD Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Bilim Dalı; 166-172s., İstanbul.
- Aronson, L.,Wilson, D.T., Akert., M.R.(2012). Sosyal Psikoloji., Kaktüs Yayınları., 954s. İstanbul
- Arslantaş H, Adana F, Kaya F, Turan D. (2010). Yatan Hastalarda Umutsuzluk ve Sosyal Destek Düzeyi ve Bunları Etkileyen Faktörler. *İ.Ü.F.N. Hem. Dergisi.*,18(2): 87-97.
- Aker, T.,Önder, M.E.(2003). Psikolojik Travma ve Sonuçları “Travma Sonrası Stres Bozukluğu'nun Teorik Yönleri.Livanou, M. T.C.Marmara Üniversitesi Kütüphane ve Dökümantasyon Daire Başkanlığı. Atatürk Eğitim Fakültesi Kitaplığı. 26s.5US Yayınları.İstanbul.
- Barlı, Ö.(2010).Davranış Bilimleri ve Örgütlerde Davranış. Erzurum: Afşar Matbaacılık, 4.bs.
- Breitbart, W., Poppito, S.R.(2018).Kanser Hastalarıyla Psikoterapi bireysel anlam odaklı psikoterapi.Terapist Kılavuzu.Türkçesi Armay, Z.,Tanoğlu, N. Dörtel Matbaacılık San.ve Tic.Ltd. Şti. Psikonet Yayınları.İstanbul.
- Beser N, Öz F. (2003). Kemoterapi Alan Llenfomalı Hastaların Anksiyete-Depresyon Düzeyleri ve Yaşam Kalitesi. *C.Ü. Hemsirelik Yüksek Okulu Dergisi*,;7(1):47-58.
- Biol, L. (1997). Hemşirelik Süreci, 3. Baskı, Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Şti., İzmir.
- Boyle, P., Levin, B. (2008). World Cancer Report. International Agency for Research on Cancer. Geneva, Dünya Kanser Raporu, Uluslararası Kanser Araştırmaları Kurumu., Cenevre.
- Bolund C., Holland J.C. (1990). Crisis and Coping”, *Psychosocial Aspect of Oncology*,pp 13-25, Newyork.
- Bultz, B.D., Carlson, L.E. (2005). Emotional distress:The sixth vital sign-future directions in cancer care. *Psycho-Oncology* 2005;15:93-95s.
- Büyüköztürk, Ş. (2007). *Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı*, 7. baskı, Pegem A Yayıncılık ., Ankara.
- Cüceloğlu, D. (1993). İnsan ve Davranışı.,Remzi Kitapevi. İstanbul.
- Catane, R., Cherny, I.N., Kloke, M., Tanneberger, S., Schrijvers., D. (2009a). European Society for Medical Oncology. Çeviri Editörü: Kömürcü., Ş. İleri Evre Kanserinde Bakım El Kitabı. Ortadoğu Reklam Tanıtım ve Yayıncılık Turizm Eğitim ve İnşaat ve Ticaret A.Ş. 240-241s., Ankara.
- Catane, R., Cherny, I.N., Kloke, M., Tanneberger, S., Schrijvers., D. (2009b). European Society for Medical Oncology. Çeviri Editörü: Kömürcü., Ş. Palyatif Bakımda Psiko-onkoloji İçinde Mathys, R., Middelheim,

- ZNA. İleri Evre Kanserde Bakım El Kitabı.Ortadoğu Reklam Tanıtım ve Yayıncılık Turizm Eğitim ve İnşaat ve Ticaret A.Ş. 240-241s., Ankara.
- Clinic Oncology J. (1996). American Society of Clinical Oncology. Outcomes of cancer treatment for technology assessment and cancer treatment guidelines;14.671s.
- Dedeli, Ö., Fadiloğlu, D., Uslu R. (2008) Kanserli bireylerin fonksiyonel durumları ve algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi., Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulu İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı; Türk Onkoloji Dergisi 2008;23(3):132-139
- Derogatis, L.R., Morrow, G.R., Fetting, J., Penman, D., Piasetsky, S., Schmale, A., M.(1983).et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. JAMA; 249:751-757s.
- Ersevim, İ. (2013). Freud ve Psikanalizin Temel İlkeleri., Ego'nun Savunma Mekanizmaları., Özgür Yayınları., 210-213s, İstanbul.
- Elbi, H. (1991).“Kanserin Psikolojik Yönleri”,Türk Psikiyatri Dergisi, sayı 2:(2), 60-64ss.
- Elbi, H. (2001). Kanser ve Depresyon. Psikiyatri Dünyası. 5-10s.
- Ülger, E., Alacacıoğlu, A., Gülseren, Ş.A., Zencir, Gülbanu., Demir, L., Tarhan O.M. (2014).Kanserde Psikososyal Sorunlar Ve Psikososyal Onkolojinin Önemi., Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji Kliniği., DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi Cilt 28,Sayı 2, (Ağustos),85-92s., İzmir.
- Joshi, U. (2010). Subjective well-being by gender. *Journal of Economics and Behavioral Studies*, 1(1), 20-26s.
- Kanserle Savaş Politikası ve Kanser Verileri (1995-1999). T.C. Sağlık Bakanlığı Kanser Savaş Dairesi Başkanlığı Bakanlık Yayını No:618, Ankara:2002s.
- Kovacs, J. (1989) : Concepts of health and disease. The Journal of Medicine and Philosophy,14: 261-267s.
- Koroğlu, E.(2014). DSM-5™ Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı, AMERİKAN PSİKİYATRİ BİRLİĞİ, Boylam Psikiyatri Enstitüsü:5s. Ankara.
- Kramer, G.P., Bernstein, D.A., Phares, V., (2014). Introduction to Clinical Psychology., Klinik Psikolojiye Giriş.,Çeviri Editörü: Dağ, İ., Mentis Yayıncılık San. ve Tic. Ltd. Şti., 149-154s., Ankara.
- Korkmaz., E. (2010). “Kanser ve Kanser Hastalarına İlişkin Tutumların İncelenmesi”. Yüksek Lisans Tezi: T.C. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Preventif Onkoloji Anabilim Dalı, Psikososyal Onkoloji ve Eğitim Programı, İstanbul.
- Kozier, B., Erb G., Blais K., Wilkinson J. (1996). Fundamentals Of Nursing, Mosby Year Book, St.Louis.
- Lipowski, Z.J., (1981). Lisaion psychiatry, liasion nursing and behavioral medicine.Comprehensive Psychiatry.,22(6):554-561
- Natan İ. (2000). Kanser Teşhisi Almış Hastalarda Kanser'e Tepki Tarzı Ölçeğinin Güvenirlik ve Geçerlilik Yönünden İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi.
- Okyayuz, Ü. H. (1999). Sağlık Psikolojisi. İçinde Okyayuz, Ü. H. (Ed.), *Sağlık Psikolojisi: Giriş*. Türk Psikologlar Derneği Yayınları; 1-17s., Ankara.
- Öz, F. (2001). Hastalık yaşantısında belirsizlik. Türk Psikiyatri Dergisi; 12:61-68s.İstanbul.
- Özalp, E., Cankurtaran, E. S., Soygür, H., Geyik, Ö. P., Jacobsen, P. B. (2007). Screening for psychological distress in Turkish cancer patients. *Psycho-Oncology*; 16(4): 304–11s.
- Özakkaş, T. (2014). Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları: 149 Bütüncül Psikoterapi 9. Dönem Mayıs 2011 Ders Notları. Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları: 149 Birinci baskı: Haziran 2014. İstanbul.
- Özkan, S.(2000a). Hastalıklara Psikolojik Tepkiler. İçinde Özkan, S. (Ed.), *Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi 1998-1999*. İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri ABD Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Bilim Dalı; 27-30s., İstanbul.
- Özkan, S. (2000b). Psikiyatrik ve Psikososyal Açından Kanser. İçinde Özkan, S. (Ed.), *Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi 1998-1999*. İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri ABD Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Bilim Dalı; 140-153s., İstanbul.

- Özkalp, E. (ed.), (1997). Davranış Bilimlerine Giriş, T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları No. 173, Açıköğretim Fakültesi Yayınları No. 75, Eskişehir.
- Özmen, E., Taşkın, E.O. (2002).Psikiyatri El Kitabı., Poliklinik Uygulamalarında Psikoterapötik Girişimler.,Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı. 563s.,Manisa.
- Özmen, M. (2008). Psikoterapiler, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri 303; Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi No:62, Mart:303-322s.İstanbul.
- Öztürk, O. (1994). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 5. Basım. Ankara:Hekimler Yayın Birliği.
- Stuard GW., Sundeen S.J.(1991). Principles And Practice Of Psychiatric Nursing.Fourth Ed., Mosby Year Book,St. Louis.
- Radley, A. (1994). Making Sense of Illness: The Social Psychology of Health and Disease. Sage Publications Ltd., London, UK.
- Roth, A. J., Kornblinth, A. B., Batel-Copel, L., Peabody, E., Scher, H. I., Holland, J. C. (1998). Rapid screening for psychologic distress in men with prostate carcinoma: A pilot study. Cancer 1998; 82: 1904–1908s.
- Rowland J.H., Desmond K.A., Meyerowitz B.E.,Belin, T.R., Wyatt G.E., Ganz, P. A.(2000). Role of breast reconstructive surgery in physical and emotional outcomes among breast cancer survivors. Journal of the National Cancer Institute. 92(17):1422-1429s.
- Taylor, C.M.(1994). Essentials of Psychiatric Nursing.Taylor CM(eds) Fourteenth edition, Mosby-Year Book, Inc., S. Louis, 432-451s.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (1995-1999). Kanser Savaş Dairesi Başkanlığı Bakanlık Kanserle Savaş Politikası ve Kanser Verileri. Yayın No:618, 2002s. Ankara.
- Uçar, H. (1997) Ölüm kavramı ve ölümcül hastada hemşirelik bakımı. İçinde: Atalay M, editör. Hemşirelik esasları el kitabı. İstanbul: Birlik Ofset., 195-201s. 15.Terakye G. Hasta hemşire ilişkileri. Ankara.
- Güney, S. (2000). Davranış Bilimleri, Ankara:Nobel Yayın Dağıtım, 2.bs.
- Güney, S. (2000). Stres ve stresle başa çıkma, Yönetim ve Organizasyon Kitabı. Ankara:Nobel Yayın Dağıtım, 2.bs.
- Goleman, D. (1998). *Duygusal Zeka*. (B. S. Yüksel, Çev.). Varlık Yayınları; 359s.,İstanbul.
- Walsh, P. R (2011), Creating a “values” chain for sustainable development in developing nations: where Maslow meets Porter. Environment, Development and Sustainability, 13(4): 789-805.
- Watson, M.; Kissane, D.W. (2011). IPOS Handbook of Psychotherapy in Cancer Care, First Edition. Edited by Maggie Watson and David W. Kissane.© 2011 John Wiley & Sons, Inc. Published by John Wiley & Sons, Inc. ISBN: 978-0-470-66003-4
- World Health Organization (WHO). (2010). Healthy Workplaces: A Model For Action, Geneva: WHO Press.
- Whitmer, K., Barsevick, A. (2001). Patient resources for cancer related fatigue, Cancer Practitioner, 9(6): 311-331.
- Winnubst, J. (1993). “Organizational Structure, Social Support and Burnout”, Ed:W.B.Schaufeli,C.Maslach, T.Marek, Professional Burnout. Recent Developments in Theory and Research.
- Zimbardo, G.P., Richard J. G. (2014). Psikoloji ve Yaşam; Psikolojiye Giriş, Psychology and Life, Çeviren: Yrd. Doç. Dr. Gamze Sart Çeviri Editörü: Yrd. Doç. Dr. Asil Ali Özdoğru 19. Basımdan Çeviri, Gözden Geçirilmiş Yeni Basım, Ekim, 400-458-570s. Ankara.

**İnternet Kaynakları:**

Çalışkan, M. (2017). HNH Psikiyatri İdari ve Eğitim Sorumlusu., 8.7.2018 tarihinde Psiko-Onkoloji Onkoloji Hastalarına Psikolojik Yaklaşım web sitesinden erişildi: [http:// www. istanbul saglik.gov.tr/w/sb/per /belge/ Kanser\\_hastalarina\\_psikolojik\\_yaklasim.pdf](http://www.istanbul saglik.gov.tr/w/sb/per/belge/Kanser_hastalarina_psikolojik_yaklasim.pdf)

Canan, S. (2012) 12.05.2018 tarihinde Introduction to Physiology: Homeostasis and Physiological Control Systems web sitesinden erişildi: [https://aybu.edu.tr/sinancanan/contents/files/48901\\_Introduction2012.pdf](https://aybu.edu.tr/sinancanan/contents/files/48901_Introduction2012.pdf)

WHO (2018). 11.10. 2018 tarihinde World Health Organization web sitesinden erişildi:<http://www.who.int/cancer/prevention/en/detail/cancer>

WHO (2017). 09.09.2017 tarihinde World Health Organization web sitesinden erişildi:<http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>