

Genital Kanser Tanı Sürecinde Varoluşsal Kaygı *Existential Anxiety in Diagnostic Process of Genital Cancer*

Saliha Hallaç¹, Fatma Öz²

¹ Dr., Akdeniz Üniversitesi, Antalya

² Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi, Ankara

ÖZET

Kanser tanısını aldığını öğrenme bireyler için somut bir yaşam tehdidi ve stresli bir yaşam deneyimidir. Hastalar kanseri ölümcül, acı veren, ürkütücü ve korkutucu bir hastalık olarak yorumlarken, aynı zamanda ölümün ve kendi ölümlülüğünün de farkına varmaktadır. Bu farkındalık varoluşsal bir sorgulamayı getirmektedir. Bu sorgulama bireysel yorumlarımızla ilgili olup bu yorumlamalar bireyin biyopsikosozyal özelliklerinden, yaşadığı deneyimlerden ve kanserinin türünden de etkilenir. Bu sorgulamayla birey genital organlarından birinde ortaya çıkan bu kanserin yaşantısının nasıl etkileyeceğine ilişkin ve içinde yaşadığı dünyayı anlamaya yönelik, insan olmanın anlamı ve nasıl yaşadığını, değerlerini, alışkanlıklarını, rutinlerini gözden geçirir. Dolayısıyla bireyin bu anlamdırma süreci tepkilerini, kanserle baş etmesini etkiler. Yaşamın anlamını sorgulayan kanser tanısı almış bireyin, bu süreçte yaşantılarından anlam bulmasını sağlamasında yardımcı olmada tıbbi bakım ekibi içerisinde hemşirenin özel bir yeri vardır.

Anahtar Sözcükler: kanser, genital organ kanseri, psikososyal etkiler, varoluşçuluk

ABSTRACT

Learning to have a cancer diagnosis is a concrete threat and a stressful life experience for individuals. Cancer is interpreted as fatal, painful, frightening and scary disease by the patients and makes them realize the presence of death and their own mortality. Facing the reality of death brings an existential questioning of self. This questioning is directly related to the interpretation and biopsychosocial characteristics of the individual and clearly influenced by the patients' previous experiences and type of cancer involved. The occurrence of a genital organ cancer would lead patient to evaluate the meaning of being

human and review his life, his values and his routine habits. This process has significant effect upon the patient's response and coping mechanisms with cancer. Nurses have a unique position among medical team members for helping such patients to find a meaning in their life by providing necessary support at every stage of the cancer.

Keywords: cancer, genital organ cancer, psychosocial aspects, existentialism

Tüm dünyada bilim ve teknolojideki gelişmelere karşın, günümüzün önemli sağlık sorunlarından biri olan kanser belirgin bir şekilde bireylerin yaşam tarzlarında hoş karşılamadıkları, büyük değişimlere neden olmaktadır. Kanser büyük ekonomik sıkıntılara yol açan, kişinin işini devam ettirebilme veya sürdürebilmeyle ilgili kayıplara, duygusal zorlanmalara yol açmakta, yaşamında üstlendiği roller ve sorumluluklarda anlamlı ve önemli değişimler meydana getirmektedir. Bu değişim sürecinde hastalar zorlanmakta, yaşantılarını anlam vermeye çalışmakta ve yardım arayışı içine girmektedir.[1]

Bu bağlamda bu yazıda genital organ kanseri tanısı alan hastaların tanısını öğrenmesiyle başlayan yaşamı, kendisi, geleceği, hastalığına ilişkin sorgulamalarını ve varoluşsal kaygılarını, tepkilerini ve baş etmelerini ve psikiyatri çalışanları ve hemşiresinin yapabileceği müdahaleler ve yaklaşımlar konusu üzerinde durulacaktır.

Kanser Tanısı Alma, Kanseri ve Yaşamı Anlamlandırma

Kanser tanısını aldığı öğrenme bireyler için somut yaşam tehdidi, stresli bir yaşam deneyimidir. Bu tehdit bireylere ölümün yaklaştığını ve kapıyı çaldığını hissettirmektedir. Hastalar kanseri ölümcül, acı veren, ürkütücü ve korkutucu bir hastalık olarak yorumlarken, aynı zamanda ölümün ve ölümlülüğünün de farkına varmaktadır. Ölüm gerçeği ile yüzleşmek bireyin yaşantılarından anlam bulmasını sağlamak ve varoluşsal bir sorgulamayı getirmektedir.[2] Bu sorgulama bireysel yorumlarımızla ilgili olup bu yorumlamalar bireyin insan olma, içinde yaşadığı dünyayı ve nasıl yaşadığını anlamının bir yoludur. Her bireyin yaşama farklı bakmasının bir nedeni de budur.[3] Yaşama farklı bakmanın üç ayrı bileşeni olduğu ileri sürülmüştür.[4] Bu bileşenler şu şekilde sıralanabilir:

1. Kişisel deneyimler, bilimsel, dinsel ve felsefi teorilerden etkilenmiş bireysel değerler: "İnsan olmanın anlamı nedir?" sorusuna aranan yanıt gibi.
2. Temel ahlaki ve entelektüel normları ve değerleri işaret eden temel değerler sistemi: Kişiler yaşam için temel ahlaki normlarını Tanrı'ya göre

şekillendirebilir ve ona göre yaşamak isteyebilir. Böylece farklı ve saygın kişiler olmak için kendi ahlaki değerlerini oluşturabilir. Ahlaki değerler, sosyal yaşam ve çevreyi koruma, dünya barışı, sağlık gibi değerlerle bağlantılı olup toplumdaki yargıları da ifade eder. Tüm bunlar insan olma ve güvenli bir yaşam için önemli kurallar ve yollardır. Örneğin duygularına güvenme, belirli bir inanç geliştirme, deneyimini güvenli bir şekilde paylaşma

3. Yaşama karşı temel bir tutum geliştirme: Bu tutum kişinin umut, umutsuzluk, güven, kötümserlik, başarısızlık gibi duyguları ve bunun daha derin ürünlerini bir anlamda yarattığı sonuçları ile ilgilidir.

Böylesi bir sorgulama kanser tanısını öğrenen kişi için de söz konusudur. Kişi “ben kimim?”, “benim bugüne kadar yaşantımda oluşturduğum değerler, ilkeler neler?”, “yaşam hedeflerim nelerdi?”, ben bu yaşantımın neresinde varım?”, “yaşadığım bu durumun anlamı ne?” gibi sorgulamaları yapması kaçınılmaz hale gelmektedir. Bu yaşama, kendine, hastalığına ve geleceğine ilişkin sorgulama belki de o güne kadar hiç yapmadığı, hatta zihninden bile geçirmedeği, kritik bir anlamlandırma sürecinin başlangıcıdır. Bu başlangıç onun geçmiş deneyimlerini de kullanarak gelecek yaşantısını da şekillendirecek, gerektiğinde kendi adına önemli ve kritik kararlar almasına neden olabilecektir. Çünkü birey kendi ölümüyle yüzleşmekte, ölümü ve ölümlülüğünü düşünmekte, bu düşüncelerin yoğunluğu altında eylemlerini şekillendirmeye ve yaşamında daha önce önemli olan bütün rutinlerinin, alışkanlıklarının, değerlerinin önemini yitirdiğini, bir anlamının olmadığını düşünmektedir.[5] Bu durum “birey sanki bir anlamsızlık sorunu yaşıyor” gibi görünmekle birlikte “bireyin yeni anlamlara ulaşma çabası” olarak değerlendirilebilir.

Çıtak'ın aktardığına göre; Heidegger, kişinin bu anlamda ölümlü olduğu bilgisine sahip olduğunu ve bu durumun saf bir bilginin ötesinde şeyler ifade ettiğini ifade etmektedir.[6] Ölüm onun zamansal varoluşudur, onun bir parçasıdır. Ölümlülüğün farkına varıldığında ise kaygı ortaya çıkar. Bu kaygı sayesinde insan ölümlülüğünü ve hiçliğini fark eder. Ancak insanoğlu bu kaygıyla sürekli yaşayamaz ve onun üstesinden gelebilmelidir. Burada bireyin kanser tanısı alma ve varoluşçuluk anlayışı arasında bu anlamda kurulacak olan ilişki, hastaların yaşamı, olayları, hastalığı ve tedaviyi algılama, yorumlama biçimi ve tüm bu yaşantılar karşısındaki duruşunu, tepkilerini; bir anlamda başta söz edilen bireyin yaşam, hastalık ve ölüme ilişkin varoluşsal sorgulamasının niteliğinin anlaşılmasını kolaylaştıracaktır. Nitekim insan varlığının anlam arayışı, yaşantılardan anlam bulma çabası, aynı zamanda onun denge kurma gereksinimini de ortaya koyan bir durumdur. Anlam arayışı ya da

anlamsızlık felsefi bir kavram olarak literatürde yerini alırken ortaya çıkan klinik sonuçlar ve bireylerde yarattığı etki de oldukça önemlidir.

Tanı Alma ve Süreci Anlamlandırmada Bilişsel Süreçler

Kanser tanısı alan bireyler tarafından kanser sözcüğü acı çekme, ölüm, korku, gibi kavramlarla eşleştirilirken aslında, bireyin kansere yüklediği bu anlam yaşamın anlamıyla ilgili değerleri ve kontrol kaybı duygusuyla ilişkilidir. Bu noktada bireyin yaşadığı ya da yaşayacağını varsaydığı zorlu deneyimlerini algılaması, yorumlaması ve sonuçta bunlara ilişkin oluşturduğu anlam bireyin manevi anlamdaki eğilimleri, inanışları, tercihleri, beklentilerinden, kişilik özelliklerinden, yaş ve cinsiyet, içinde yetiştiği ve bulunduğu kültür gibi kişisel özelliklerinden etkilenir ve devreye bilişsel süreçler girer.[7,8] Olaya verilen anlam, bireyin o olay ya da durumla ilgili zihninde oluşturduğu kavramsal süreçlerle, bir anlamda düşüncesiyle ilgilidir. Olay ya da durumla ilgili olarak bireyin zihninde oluşan düşünce-şema duygusal (olayla ilgili duyguları), bedensel (fiziksel olarak bedeninde ortaya çıkan belirtiler) ve davranışsal tepkilerini de (sonuçta olay karşısındaki tutumu ve tavrı) şekillendirir. Bu tepkiler bireyden bireye farklılık gösterebildiği gibi aynı birey için farklı zamanlarda, dönemlerde de farklılık gösterebilir. Her bireyin olaylar karşısındaki kavramsal süreçleri algılaması, dolayısıyla olaya verdiği anlam farklı olabileceğinden aynı olaya farklı bireyler farklı tepkiler gösterirken, aynı birey aynı olay karşısında farklı zamanlarda farklı tepkiler gösterebilir.[9] Buna bir örnek olarak kanser tanısı aldığı öğrenen bir kişinin artık yaşamın sonunun geldiğini, her şeyin bittiğini düşünmesi verilebilir. Oysa her kanser tanısı alan kişinin kanserden mutlaka öleceği inancı gerçek değildir. Çünkü ölümün bizi ne zaman ve ne şekilde yakalayacağı konusu belirsiz ve bilinmezdir. Bu türden otomatik düşünceler bireyin olayları gerçekçi değerlendirmesini engelleyebilir. Dolayısıyla bu tür değerlendirmeler ve yorumlamalar birey için daha fazla zorlanmaya, psikolojik baskı oluşturmaya başlar.[9]

Sonuç olarak, adı doğru konulmuş sorunlar ve yanlış çözüm yollarına, hatalı kararlara nihayetinde bireyi domino taşı etkisi gösteren, çözümsüz gibi görünen baş edilemeyen pek çok durumla karşı karşıya bırakır. Hastaların bu tür çarpıtılmış düşüncelerinin ortaya çıkarılması önemlidir. Hastalara bu düşüncelerin ve buna bağlı ortaya çıkan duygusal, bedensel ve davranışsal tepkilerinin fark ettirilmesi gerekmektedir. Bu farkındalık bireyin özellikle olumsuz sonuçlar doğuran durumlar için daha baş edilebilir, daha gerçekçi düşünceler geliştirmesi ve dolayısıyla daha kontrol edilebilir tepkiler vermesine yardımcı

olabilir.[10] Ancak burada bireyin yaşadığı deneyimin gücünü, hastalığı, tedavileri ve etkileri ile ilgili olarak ne denli ciddi zorlandığı gerçeğini unutmamak gerekir. Bu gerçek yaşantılar elbette birey için sağlığı, hastalığı, tedavileri, yaşamı ve geleceği ile ilgili olumlu düşünmeyi engelleyecektir. Burada bireyi “olumlu düşünme zulmüne hapsedmek yaşadıklarının başkaları tarafından anlamsızlaştırıldığı, azımsandığı düşüncesine ve böylesi zorlu bir deneyimi değersizleştirme tehlikesi yaratabilir. Bu nedenle bireyin tepkilerini ve yaşantılarına yüklediği anlamı tanımaya ve açıklamaya çalışmak daha önemli olabilir.[10]

Kansere Gösterilen Tepkiler

Bireyin kanser tanısının yarattığı etkiye, hastalığına, tedavisine, önceden var olan ya da yeni ortaya çıkan yaşam içindeki stresli durumlara karşı verdiği tepki, bireyin anlamsal çıkarımlarından doğal olarak etkilenmektedir. Kanser tanısı alan bireylerin kansere karşı tepkilerini Watson ve arkadaşlarına göre beş başlıkta toplamıştır.[11] Bu başlıklar şunlardır:

1. Mücadeleci ruh: Hasta hastalığını mücadele edilecek bir durum olarak görür; geleceğe olumlu bir bakış açısıyla bakar ve hastalığı kontrol etmenin mümkün olduğuna inanır. Yüzleşmeci başa çıkma tepkileri mevcuttur.
2. Çaresizlik, ümitsizlik: Hastalık, bir kayıp olarak görülür ve sonlanımı kaçınılmaz olumsuz bir sonuç olarak değerlendirilir. Hasta hastalığı herhangi bir şekilde kontrol edebileceğine inanmaz. Hastalıkla savaşmak için aktif stratejilerden yoksundur.
3. Endişeli bekleyiş: Hastalık büyük bir tehdit olarak, prognoz ise belirsizlik olarak değerlendirilirken, kontrolün korunabileceği konusunda da belirsizlik vardır. Bu bireylerin hastalıkla ilgili bilgiyi arama fakat bu bilgileri olumsuz değerlendirme eğilimleri vardır.
4. Kadercilik: Hasta teşhisi daha az bir tehdit olarak alır, sonuç olduğu gibi kabul edilir ve kansere herhangi bir kontrolün konabileceğine inanılmaz. Yüzleşme stratejilerinden yoksundur ve pasif bir kabul etme eğilimi vardır.
5. İnkâr ve kaçınma: Hasta tanısını çok az bir tehdit olarak algılar ve prognoza olumlu bakar. Hastalığı göremediği için kontrol edebileceği akla bile gelmez.[11]

Kanserin yarattığı etki, genel olarak yaşamı tehdit etme, pek çok zorlu yaşam deneyimlerini de beraberinde getirme bakımından her ne kadar tüm

kanser türlerinde benzer olsa da, bazı kanser türleri için türe özgü sonuçlar da doğurduğu bilinmektedir. Kanser tanısı almanın hastada ortaya çıkardığı anlam, yarattığı etki her ne kadar güçlüyse genital organ kanseri tanısı almanın oluşturduğu anlam ve etki bireyler için daha güçlü olabilir. Hastalar bu bağlamda daha öznel kaygılar yaşamaktadırlar.

Kadın ve erkeğin genital organları ve bedenleri farklı olduğu kadar duygu, düşünce ve davranışları da farklıdır.[12] Kadın ve erkek genital organ kanserleri bireylerin doğrudan üreme organlarına ve işlevlerine, üreme yeteneğinin ortadan kalkması ve soyun devamlılığının engellenmesi, vücutlarına ve vücut algılarına, bireysel kimliklerini algılama ve bu algılanan kimlikle ilgili üstlendiği rol ve sorumluluklara, cinselliğine yönelik doğrudan ya da dolaylı olarak bir tehdit oluşturması bakımından farklılık göstermektedir.[13] Bu farklılık fiziksel, psikososyal faktörleri içinde barındıran cinsiyet ve cinsellik kavramlarıyla ilişkili olabilir. Cinsellik oldukça karmaşık, çok boyutlu bir olgudur. Cinsel kimlik, cinsiyet kimliği ve rolleri, cinsel uyum, duygusal memnuniyet, üretim, aile üyeleri, eşi ve başkalarıyla olan ilişkiler bireylerin cinselliğini etkilemektedir. Aynı zamanda cinsellik, düşünceler, fanteziler, istekler, inançlar, tutumlar, değerler, davranışlar roller ve ilişkileri kapsayan pek çok sosyokültürel faktörlerle de birlikte ifade edilir.[14] Ayrıca kişinin bedeni hakkındaki duyguları, dokunma gereksinimi, cinsel aktiviteye olan ilgisi, duygusal ve cinsel gereksinimlerin karşılanmasıyla ilgili eşile ya da partneriyle olan iletişimini cinsel aktivitelerindeki memnuniyetini içerir.[12,13,15,16]

Yapılan bazı çalışmalarda kadın için cinselliğin; dış görüntüsünü, kadınlık hissini, çocuk doğurma ve cinsel işlevlerini sürdürebilme yeteneğini içeren karmaşık duyguları ifade ettiği, erkek için; erkekliğin sürdürülmesi, cinsel gücün korunması ve cinsel işlevlerin devamlılığı anlamını taşıdığı belirtilmektedir.[12,17-19] Erkek ve kadın genital organ kanserleri her iki cinsiyetteki bireylerde beden algısına, benlik saygısına, cinsiyet rolüne, cinsel işlevlerine ve üreme yeteneğine ilişkin sorunlar yaşamalarına neden olmaktadır. Hastalar kendilerinin karşı cins tarafından artık beğenilmeyeceklerini, kadınlık, kocalık ya da ebeveynlik rollerini eskisi gibi yerine getiremeyeceklerini düşünerek kaygı yaşayabilmekte ve uyumları olumsuz olarak etkilenebilmektedir.

Burada genital organ kanseri tanısı alan hastaların bu organları ve doğal olarak onların işlevlerini “kadın - erkek olma” ile eşlemesi, dolayısıyla bu anlamda ortaya çıkan ya da algılanan kaybın bireylerde yarattığı etki de güçlü olmaktadır. Örneğin, endometriyum kanseri olan, bu nedenle uterusu alınan bir hastanın kadınlığının yok olduğunu düşünmesi, prostat kanseri tanısı alan bir erkek hastanın hastalık ya da tedavilerin etkisiyle yaşadığı ereksiyon güç-

lükleri nedeniyle erkekliğinin kaybolduğunu/azaldığını düşünmesi, bireylerin zihninde oluşan otomatik bir düşünce tarzı olup bireyin durumuna yüklediği bir çıkarımdır.[18,20]

Genel olarak genital organ kanseri tanısı alan kadın ya da erkek hastaların aldıkları tedaviler nedeniyle cinsel işlevlerinde değişimler yaşadığı bildirilmektedir.[12,14,21-23] Kadın hastalar için vajinal kuruluk ve darlık, disparöni, ağrı, erken menopoza, hiç evlenmemiş bir kadın için overlerin alınması, histerektomi olması veya menopoza girmesi nedeniyle bebek sahibi olamamak; orşiektomi olma, penis cerrahisi, radikal prostatektomi gibi erkek genitallerini fiziksel olarak doğrudan etkileyen cerrahi müdahaleler, hormon tedavileri, kemoterapi ve radyoterapi nedeniyle ortaya çıkan infertilite, empotans, inkontinans ve ereksiyon problemleri erkek hastalar için son derece ciddi sıkıntılar, kaygılar ortaya çıkarmaktadır.[24,25] Hastaların cinselliği ve cinsel aktivitesi, erkeklik algısı, üreme yeteneğinde bozulma, beden algısı sorunları ve sosyal etkileşimleri bundan olumsuz etkilenebilmektedir.[12,14,26] Hastada bazen ereksiyon sürdürülse bile kuru ejakülasyon çok yaygın olabilir, hasta orgazm olabilir ancak çok az da olsa da farklılık ve değişim hissedebilir. Bu durum fiziksel olarak bir zarar gördüğünden değil, hastanın başarısız olacağı beklentisinden kaynaklanan endişeleri nedeniyle yaşanabilir.[14] İleri yaşta olsa dahi bir erkek için empotans, cinsel yaşamın bitmesi anlamına gelebilmektedir.[23] Bu değişimlere ek olarak, her iki cinsiyet için cinsel aktiviteye yönelik ilgisizlik, orgazma ulaşmada yetersizlik, beden görünümü ile ilgili olarak özellikle vücut kıllarının dökülmesi, kilo artışı veya kaybı, beden algısı, kendilik değeri kaybı, korku, kaygı ve depresyon duyguları, yorgunluk hissi, üstlendiği aile içi roller ve sosyal rollerine ilişkin değişimler de yaşanmaktadır.[8,15,21,22]

Kadın ve erkek olma sadece cinsellikle ve onun yüklediği anlamlarla açıklamaya çalışmak yeterli değildir. Sosyokültürel faktörlerin “kadın” ve “erkek” olarak birey üzerinde oluşturduğu etki de bir o kadar önem kazanmaktadır.[27,28] Her iki cinsiyetin üstlendiği sosyal roller açısından bakıldığında ise toplumsal beklentiler farklıdır. Kültürel olarak kadın anne ve eş olarak evde ev işleri yapar, çocuklara bakar, ev içi gereksinimlerle ilgilenir, erkeksenin evin babası olarak dışarıda para kazandıracak, ailenin geçimini sağlayacak, onları ayakta tutacak işler yapar.[28] Kiss ve arkadaşlarının çalışmalarında erkek kimliği içerisinde aynı zamanda “güçlü ve başarılı olma, duygularını ifade etmede sınırlı, saldırgan bir kimlikle” bir anlamda erkeğin yeterliliğine/gücüne ve sosyal etkileşimlerine de vurgu yapılmaktadır.[12] Burada sadece biyolojik yapının sonuçları değil toplumsal cinsiyete ilişkin oluşturulmuş bir öğreti ve

bu öğretinin benimsenip içselleştirilmesi getirdiği sonuçlar da söz konusudur. Bu çalışmada erkek hastaların sağlıkları ve bakımlarıyla ilgili gereksinimleri ifade etmede rahat iken, korku ve endişelerini ifade etmede zorluk yaşadıkları belirtilmektedir.[12] Ayrıca kadın ve erkek destek gruplarında erkekler daha çok bilgi paylaşıırken, kadınlar daha çok duygu paylaşmakta olduğu bu cinsiyet farklılığına ilişkin sonuçların internetteki kanser destek gruplarında bile benzer olduğu ifade edilmektedir.

Bireylerin ve çevresindeki kişilerin benimsediği, üstlendiği bu erkeklik, kadınlık, annelik, babalık ve eş olma gibi rollerin her durumda yerine getirilmesi gerektiği algısı ve inancı hastalık, sakatlık, ölüm ve işsizlik gibi önemli yaşam olaylarında da ortaya çıkabilmektedir. Bu roller böylesi önemli yaşam olayları nedeniyle kesintiye uğrayabilmekte ve bireyde engellenme, tedirginlik, endişelenme ve bilinmezlik duyguları belirmeye başlamaktadır. Ayrıca birey bu yeni ortaya çıkan duruma uyum sağlama ve engellenme duygularıyla baş etmede zorlanabilmektedir. Bu konuda yararlı uygun bir sosyal destek göremediğinde ise kendini işe yaramaz hissetme, kendine ve başkalarına yetememe hatta bu nedenlerle suçluluk duygusu yaşama, kendini üzüntülü, gergin, kaygılı ve öfkeli hissedebilmektedir. Bu da bireyler üzerindeki psikolojik baskıyı artırmakta ve yaşamında ortaya çıkan yeni durumlara ve değişimlere uyumunu olumsuz etkilemektedir. Birey için, tedavilerin ortaya çıkardığı bu yan etkilerin katlanılması kimi zaman çok zor olmaktadır. Bu durum hastaları hastalıktan çok daha fazla etkileyebilmekte, artık düzeltilemeyecek sorunlar olarak algılanmasına neden olmaktadır. Sonuç olarak hastaların incinebilirliği artmakta ve hastada tedaviyi bırakma isteği, acılardan kurtulma arzusu gelişebilmektedir.

Varoluşsal Kaygı ile Baş Etme

Hastalığın ve tedavilerin yarattığı bu kadar yoğun bir etkilenme hastaların hastalığı yaşayış biçimini ve kendileri, yakınları ve gelecekleriyle ilgili beklentilerini, umutlarını da etkilemektedir. Kendisi, çevresi ve geleceği ile ilgili beklentileri olsun ya da olmasın ya da “bir gelecek inancı” taşıyın ya da taşımasın hastalar için gerek günlük yaşantısı, iş ve aile yaşamı, kişilerarası ilişkileri, evliliği, sorumlulukları ile ilgili gerekse hastalığı ve tedavisi ile ilgili pek çok stresör söz konusu olabilmektedir. Bu stresli durumların bir kısmı önceden var olabileceği gibi, bir kısmı şekil değiştirmiş ve farklı biçimlerde ortaya çıkmış olabilir ya da bazı stresli durumlar tamamıyla ortadan kalkabilir. Bu yönüyle düşünüldüğünde bu zorlanma karşısında birey, organizma ya bu durumdan

kaçacak, yani yokmuş gibi davranacak, üstüne gitmeyecek, dolaylı yollardan olayı çözmeye çalışacak ya da savaşıyor, doğrudan sorunu çözmeye yönelik girişimleri tercih edecektir.[29]

Stres oluşturan durumlarla baş etmede olay ve durumlar birey tarafından bilişsel olarak değerlendirilir. Burada ilk değerlendirme bireyin karşılaştığı olayı stresli bir durum olarak değerlendirip değerlendirmemesi ile ilgilidir. İkinci değerlendirme ise; kişi olay ve ya durumu stres verici olarak algırsa bu olayı nasıl çözebileceğine dair sorgulamasıdır.[29] Stresin yarattığı etkiden kurtulma çabası ve buna ilişkin başvurulan yöntemler doğrudan bireyin uyum mekanizmalarını etkilemekte ve yeniden denge kurma gereksinimini ortaya çıkarmaktadır. Tüm bu süreçte yaşananlar, hastanın olaya verdiği anlam, baş etme kaynaklarının varlığı ve işlevselliği, uygun sosyal destek kaynaklarının varlığı ve kullanımı ile yeniden şekillenmekte, hastanın deneyimlediği bu yeni kriz durumuna karşı pozitif ya da negatif uyum göstermesine yardımcı olmaktadır. [30]

Uyumun en önemli göstergesi ise bireyin yaşadığı psikolojik zorlanma ve baskı düzeyidir. Uyum süreci bireyin kişisel özellikleri, hastalık ve tedaviye ilişkin özellikleri, olayları değerlendirme ve yorumlama biçimi, sağlık bakımına olan ilgisi, memnuniyeti, sosyal çevresi, sosyal faaliyetlere katılımı, yakın aile ilişkileri, diğer yakınlarıyla ilişkileri ve cinsel ilişkiler alanıyla ilişkilidir.[31,32] Tüm bu alanlar birbirini etkileyebilir ve birbirinden etkilenir. Bu faktörlerin birey üzerinde yarattığı psikolojik baskı düzeyinin azalması, daha hafif düzeyde hissetmesi olumlu yönde bir uyum artışını gösterir. Bu nedenle belirlenmemiş ve çözümlenmemiş psikolojik zorlanmalar tedavi sonuçlarını, hastanın iyileşme çabalarını, yeniden yaşama, sosyal hayata dönmelerini, daha sağlıklı yaşam alışkanlıkları edinmesini olumsuz etkileyebileceği için, tedavi sonuçlarını da tehlikeye sokabilir.[16,19,31]

Hastaların bu zorlu kriz döneminde pozitif uyum sağlayabilmeleri, içinde buldukları durumu anlamlandırma, işlevsel baş etmelerinin güçlenmesi kadar sosyal destek gereksinimleri de yadsınmaz.[30] Onlar özellikle en yakınlarında bulunan, kendileri için anlamı olan ve güven duydukları kişilerle bu deneyimlerini ve duygularını paylaşmak isterler. Buradaki temel gereksinim, hasta bireyin yakınları tarafından anlaşılması, yapıcı yönde kendisine destek olunması, gerektiğinde yanında yardım alabileceği birilerinin olduğu ve yalnız olmadığı duygusunu hissedebilmesidir. Ancak kanser yalnızca hasta bireyleri değil, onlarla birlikte yaşayan kişileri de olumsuz etkileyen bir olgudur.[33] Hastaların güvendikleri ve en yakınında bulunan yakınları hastalar için önemli bir sosyal destek kaynağı olmasına karşın, özellikle tanının ilk

öğrenildiği evrede hasta yakınları da tanıyla alt üst olabilmekte ve benzer bir süreci yaşayabilmektedir. Bu kriz yaşantısında aile üyelerinde de bir değişim ve yeniden denge kurma gereksinimi içinde olup, bazen yoğun endişe ve belirsizlik duygularıyla ne yapacakları, nasıl davranacakları konusunda büyük sorunlar yaşayabilir ve hastalarına destek olmada yeterince etkin olamayabilirler.[33,34] Bazen de hasta yakınları hastadan hastalık öncesi dönemdeki sorumluluklarını aynı şekilde sürdürme beklentisi içinde olabilmekte, bazen bu durum hastanın beklentisine ve gerçek gereksinimlerine yönelik bir destek olabilmektedir. Bazen de bu yepyeni durum karşısında, öylesine yoğun kaygı yaşamaktadır ki sanki hastaya her an kötü bir şey olacaktı gibi koruyucu ve kollayıcı yaklaşımlar ya da hasta olduğu için bir şey yapmaması gerektiği inancı ve kaygısını taşırlar. Bu anlayış nedeniyle hastanın sorumluluklarını üstlenme ve yetişkin olarak sağlıklı yönlerini kullanmasına izin vermeyebilirler. Bu durum hastaların daha çok zorlanmasına, değersizlik ve işe yaramazlık duygularının ortaya çıkmasına neden olabilmekte, bireyin kendilik algısı da olumsuz yönde etkilenip, özgüven kaybı gelişebilmektedir. Farklı şekillerde ortaya çıkabilen bu sosyal destek sorunları karşısında hastanın uygun, yararlı destek kaynaklarını araştırması, bunları harekete geçirmesi önemli bir adımı oluşturmaktadır. Bunun için atılğan davranışın önemli bir unsuru olan istekte bulunmayı, gerektiğinde kendini rahatsız eden durumlar için sınır koyabilmeyi, hayır diyebilmeyi öğrenmesi ve bunu kullanması kendi yaşantılarını kontrol altına alabilme, kişilerarası ilişkilerini düzenleyebilme ve bunlardan kaynaklanan sorunların üstesinden gelebilme konusunda oldukça yararlı olacaktır. Bu öğrenme süreci, bireyin değişim ve gelişim için karar verme becerisini geliştirmesi, güçlerinin ve olanaklarının farkında olmasını sağlayacaktır.[34]

Uygun sosyal destek fizyolojik, duygusal ve zihinsel süreçleri etkilemektedir. İşlevsel baş etme becerilerinin kullanımı, bireyin problemini anlamada ve çözümlerini eyleme geçirmede motivasyonunu artırır.[29,35] İşlevsel baş etme becerileri gelişmiş, pozitif uyum sağlayan bireyin olasılıkla yaşama, hastalığına ve tedavisine verdiği anlam da daha olumlu, yapıcı ve bireyi de geliştirici olacaktır. Ancak tüm bunların başarılmasında bireyin oynadığı rol kadar onunla birlikte, onun yaşantısının artık önemli bir parçası olan tedavisinin ve tedavi ekibinin de rolü oldukça önemlidir.[35]

Varoluşsal Kaygı ile Baş Etmede Psikiyatri Hemşireliği

Genital organ kanseri tanısı alan birey ve ailesi için yaşam ve yaşam tarzı büyük bir değişime uğrarken içinden geçilen bu süreçte karşılaşılan ya da karşıla-

şılması olası olan stresörler bireyleri daha da zorlayıcı olabilmektedir. Bu sürecin anlamlı kılınması, farkındalığın geliştirilmesi ve algılanan ve gerçek olan tehditlerin fırsata dönüştürülmesiyle mümkün olabilir.[36] Burada fırsatları yakalama ve oluşturma yaratıcılığı, hastaların bireysel olarak kendilerine olan güvenleri, bir savaşçı gibi mücadele etme ruhu taşıması, tüm bunlar için cesaretlendirilmesi ve güçlendirilmesinde hemşirenin önemi tartışılmaz derecede önemlidir. Çünkü hemşire onunla birlikte sürekli bir etkileşim kurmaktadır, bakım vermektedir. Hemşire hastanın her an ulaşabileceği mesafede, sürekli onunla birlikte bu deneyimi paylaşmaktadır.[36]

Ekibin önemi bir elemanı olan hemşirelerin pek çoğu kanser tanısı almış hastalarla mesleki yaşantılarının herhangi bir aşamasında karşılaşmaktadır. Ancak son 30 - 40 yıldır hemşireliğin bu alanda özelleşmesi, psikosozyal yaklaşımların ağırlık kazanması sadece genel kliniklerde çalışan hemşirelerin değil, psikiyatri hemşirelerinin de bu alana yönelmesini gerekli ve zorunlu kılmıştır.[36] Elbette psikosozyal bakım ve tedavi, hastanın genel tedavi ve bakımının ayrılmaz bir parçasıdır ve bu tüm hemşireler için bilmeyi, gerçekleştirmeyi ve bu konuda gelişme ve değişime açık olmayı gerektirir. Özellikle psikiyatri hemşiresi, uzmanlık alanı olarak eğitimi, deneyimi ve donanımı insan ve davranışları üzerine odaklanmış, hastalıkların doğasını anlamaya çalışmak kadar hastalık olgusu karşısında insan davranışlarını da anlamaya çalışan profesyonel bir mesleki süreçten geçmiştir. Aynı zamanda bu temel rol ve sorumluluğudur. Evrensel bir değer olarak psikiyatri hemşireliği uygulama standartları da bu rol ve sorumluluğu zaten vurgulamakta, izlenecek yolu açıklamaktadır.[37]

Hastalarla kesintisiz iletişimi sürdüren, hasta ve ailesine çok yakın çalışan ve onları en iyi tanıyan bir grubun üyesi olarak psikiyatri hemşiresi bu ayrıcalığının farkında olmalıdır. Hastaların bireysel ve kültürel özelliklerini dikkate alarak, biyopsikososyal gereksinimlerini tanıma, belirleme, bu gereksinimleri karşılamak için gereken bakımı yerine getirme, bakımın yönetilmesinde gerektiğinde hasta ve hasta yakınlarına yönelik eğitim ve danışmanlık rollerini de kullanarak onları “destekleme ve güçlendirmeyi” hedef edinmelidir.[36] Bu hedefe ve hastaya ulaşmada da bireysel ya da grup müdahalelerini araç olarak kullanmalı, gerektiğinde uygun diğer sağlık profesyonellerine hastayı yönlendirmeli ve yardım almalıdır. Psikiyatri hemşiresi olarak psiko-onkoloji alanında kanser tanısı almış hastalara gerek bireysel gerekse grup müdahalesi şeklinde gerçekleştirilecek psikosozyal müdahaleler hastaların yaşam kalitesini yükseltmede, hastalığa verilen tepkileri tanıma ve anlamlandırmada, hastalığın ve tedavilerin ortaya çıkardığı etkiyle baş etmede, hastalığa ve yeni değişimlere

uyum sağlamada ve yaşamı yeniden yapılandırmada oldukça önemlidir.[37] Burada bireysel ve grup müdahaleleri olarak iki tür yaklaşımdan söz edilebilir.

Bireysel müdahaleler tek bir bireyi hedef alır bire bir görüşmeleri, etkileşimleri ve uygulamaları kapsar ve yarattığı etki yalnızca o bireye yöneliktir. Bu tür görüşmeler özellikle grup içinde kendini ifade etme konusunda hazır hissetmeyen, başlangıçta yaşadığı ve içinde bulunduğu durumu anlam vermeye çalışan hastalar için oldukça yararlı yöntemdir.

Grup müdahaleleri ise hedef kitle olarak benzer ya da farklı sorunlarla ortak amaçlar için bir araya gelmiş kişilere uygulanır ve burada amaç, grup etkisi yaratarak her bireyi etkilemeye çalışmak ve bireylerin de birbirinden etkilenmesini sağlamaktır.[38,39] Grup müdahaleleri basit bir sınıflamayla üçe ayrılabilir:

1. Eğitimsel gruplar: Burada zaman etkili bilgi vermeye odaklı genellikle yazılı materyallerle yürütülen, bir veya iki konu üzerine odaklanmış eğitimler verilmektedir.
2. Beceri geliştirme grupları: Belirli becerileri hastalara öğretmeye ve onları pratikte kullanmaya olanak sağlayan, sıklıkla öğrenme ve kazanma fazı olarak ikiye ayrılır. Öğrenme fazında birey yeni davranışı öğrenir, kazanma fazında ise öğrenilen davranış bireyin davranışı haline gelir ve günlük yaşantı içerisinde birey tarafından doğal olarak kullanılma başlar.
3. Deneysel veya süreç odaklı gruplar: Burada bilginin kullanımı olmakla birlikte, genellikle grup üyelerinin etkileşimi sağlanır. Burada üyelerin her birinin bir değişim ajanı olarak rol oynadığı, problemlerle ilgili bireysel becerilerin grup dışında gerçekleştirildiği bir ortam söz konusudur. Grup üyeleri, deneyimlerini duygularını paylaşır, sağlıklı ve güçlendirici davranışlar öğrenir, rol modeli olabilir ya da rol modeli olabilir, varoluşsal açıdan yaşamın anlamı, hastalığın anlamı gibi konuları tartışabilir, pozitif tutumlar geliştirerek daha güçlü bir şekilde gruptan ayrılabilir.

Bu tür etkileşime dayalı gruplarda ortak olarak bulunan üç temel öge vardır.[41] Bunları şu şekilde tanımlayabiliriz:

1. Derhal ve doğrudan tepki: Gruptaki bir üye söz ve davranışlarının başkalarını nasıl etkileyeceğini, onların gösterdiği tepkilerle doğrudan öğrenir. Her grup üyesi uyduğu kurallarla ilgili duygularını açığa vurur. Böylece her üye diğerlerinden gelen tepkilerin içtenliğine inanır.
2. Şimdi ve burada yaklaşımı: Grup için o andaki durum önemlidir. Kişilerin geçmişteki yaşantılarına odaklanılmaz. Ancak bu yaşantılara, olaylara odaklanılması önemli olmadıkları ya da hastanın sorunlarıyla ilgili olmadığı anlamına gelmez. Her bireyin kişiliğinin ve olaylara bakış açısının

geçmiş deneyimlerinden etkilenmiş olabileceği unutulmamalıdır. Daha çok üyelerin nasıl hissettikleri, birbirlerini nasıl etkiledikleri kendileri ve birbirleri hakkında ne öğrendikleri ve kendilerinin diğerleri tarafından nasıl algılandığı gibi sorular ön plandadır. “Şimdi ve burada” ya odaklanma, geribildirim yoluyla grup üyelerinde dayanışmayı sağlar ve yeni sosyal becerilerin öğrenilmesini kolaylaştırıcı bir rol oynar.

3. Grup sürecine eğilme: Grup iletişimi ve etkileşiminin nasıl oluştuğu, grubun nasıl oluştuğu, nasıl geliştiği en önemli konudur. Üyelerin birbirlerini ve kendilerini değerlendirmeleri, amaca ulaşma ve sürecin özetlenmesini sağlar.

Grup müdahalelerinin yürütülmesinde Yalom’un grup sürecinde ortaya çıkan iyileştirici faktörlerin ve burada sözü edilen ilkelerin dikkate alınması önemlidir.[41] Ayrıca grubu yönetenlere rehber oluşturma özelliği de söz konusudur. Bu faktörler, bilgi verme, umut aşılama, evrensellik, fedakârlık, sosyalizasyon tekniklerinin geliştirilmesi, taklit davranışı, katarsis, varoluşsal faktörler, dayanışma, kişiler arası öğrenme, olarak sıralanmaktadır.

Gerek bireysel gerek grup müdahaleleri genelde kanser özelde genital organ kanseri tanısı almanın yarattığı tehdit ve etkilerin hastaların üzerinde yarattığı kaygı, suçluluk, öfke, kızgınlık, çaresizlik, yalnızlık, kontrol kaybı gibi duygular ve stresörlerle baş etmede, tehdidin fırsata dönüştürülmesinde, hastalığa uyum sağlama ve yeniden yapılanmada bireylere destekleyici, yapıcı ve umut aşılama bir etki sağlayabilir.[42]

Sonuç

Kanser ve özellikle genital organ kanseri deneyimi hastalar için oldukça zorlu bir deneyim olarak karmaşık pek çok olaylar dizgesini beraberinde getirmektedir. Hastaların bu olaylarla ilişkili algılarında, yorumlamalarında ve davranışlarında yeniden yapılanmayı gerektirmektedir. Hastanın yaşamındaki “anlamsızlık sorununun” ve “yeni anlamlara ulaşma çabasının” değeri ve bunun bireyi, yaşamını ve geleceğini etkileme gücü dikkate alınmalıdır. Yalom’un anlamsızlıkla ilgili vurgularında yer verdiği Jung’un “Anlam birçok şeyi- belki de her şeyi- dayanılır hale getirir” ifadesi bu noktada daha da önemli hale gelmektedir.[43].

Hem hasta hem de yakınlarının bu varoluşsal yolculuğunda psikiyatri hemşiresi eğitimi, bilgi ve deneyimiyle elde ettiği donanımı sayesinde aynı zamanda benzer tanı almış diğer hastalardan elde ettiği bilgelikle onlara refakat edebilir. Psikiyatri hemşireleri bu zorlu yolculukta hastaların yaşantısına

daha anlamlı, sağlıklı, güçlü, mücadele etme ruhunu edinmiş/ kaybetmemiş olarak en az düzeyde yara almalarına, fiziksel ya da psikolojik acılarını dindirme, bu acılarına dayanabilir ve katlanabilir hale gelmelerine, mümkün olan en yüksek potansiyeli ile stresörlerini ve yaşamını yönetmesine yardımcı olabilir. Dolayısıyla yaşamını yeniden yapılandırma ve pozitif uyumla yaşamına devam etmesini sağlamada önemli bir araç, güçlü bir rehber, nitelikli bir bakım verici olarak yerini alabilir. Böylesi bir etkileşim psikiyatri hemşiresinin hem hastalarından hem de bu süreçten öğrenme, bilgi ve deneyim zenginliği kazanmasını, aynı zamanda daha güçlü, doyumlu ve memnuniyet duygusu ile çalışmasını da sağlayacaktır.

Kaynaklar

1. Holland JC. American Cancer Society Award lecture. Psychological care of patients: psycho-oncology's contribution. *J Clin Oncol* 2003; 21(Suppl 23):253s-265s.
2. Güleç G, Büyükkınacı A. Kanser ve psikiyatrik bozukluklar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2011; 2:343-367.
3. Frankl VE. *Man's Search for Meaning*. Boston, Pocket Books, 1985.
4. Westman B, Bergerman M, Anderson L. Life, illness and death-existential reflections of a Swedish sample of patients who have undergone curative treatment for breast or prostatic cancer. *Eur J Oncol Nurs* 2006; 10:169-176.
5. İnci F, Öz F. Ölüm eğitiminin hemşirelerin ölüm kaygısı, ölüme ilişkin depresyon ve ölümcül hastaya tutumlarına etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2009; 10:253-260.
6. Çıtak S. Kaygının tarihçesi. *Başka: Psikiyatri ve Düşünce Dergisi* 2008; 1:1-21.
7. Kappeli S. Religious dimensions of suffering from and coping with cancer: A comparative study of Jewish and Christian patients. *Gynecol Oncol* 2005; 99(3 Suppl 1):S135-S136.
8. Wittmann D, Northouse L, Foley S, Gilbert S, Wood DP Jr., Balon R et al. The psychosocial aspects of sexual recovery after prostate cancer treatment, *Int J Impot Res* 2009; 21:99-106.
9. Terakye, G. *Hasta Hemşire İlişkileri*, 5. Basım. Ankara, Zirve Ofset, 1998.
10. Holland JC, Lewis S. *The Human Side of Cancer: Living with Hope, Coping with Uncertainty*. New York, Harper Collins, 2000.
11. Watson M, Greer S, Yong J, Inoyat Q, Burgess C, Robertson B. Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: the MAC scale. *Psychol Med* 1988; 18:203-209.
12. Kiss A, Meryn S. Effect of sex and gender on psychosocial aspects of prostate and breast cancer. *BMJ* 2001; 323(7320):1055-1058.
13. Im EO. White cancer patients' perception of gender and ethnic differences in pain experience. *Cancer Nurs* 2006; 29:441-450.
14. Mercadante S, Vitrano V, Catania V. Sexual issues in early and late stage cancer: A review. *Support Care Cancer* 2010; 18:659-665.

15. Algier L, Kav S. Nurses' approach to sexuality-related issues in patient receiving cancer treatments. *Turkish Journal of Cancer* 2008; 38:135-141.
16. Tan G, Waldman K, Bostrch R. Psychosocial issues, sexuality and cancer, *Sex Disabil* 2002; 20:297-318.
17. McCorkle R, Pasacreta J, Tang ST. The silent killer: Psychological issues in ovarian cancer. *Holist Nurs Pract* 2003; 17:300-308.
18. Reis N. Jinekolojik kanser ve tedavilerinin kadın cinsel sağlığına etkileri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2003; 7(2):35-40.
19. DiMeo PJ. Psychosocial and relationship issues in men with erectile dysfunction. *Urol Nurs* 2006; 26:442-446.
20. Gurevich M, Bishop S, Bower J, Malka M, Nyhof-Young JN. (Dis)embodying gender and sexuality in testicular cancer. *Soc Sci Med* 2004; 58:1597-1607.
21. Açıkgöz, F. Düzce ilindeki kanserli hastaların cinsel yaşantılarındaki değişikliklerin ve bilgi gereksinimlerinin saptanması (Uzmanlık Tezi). Bolu, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, 2007.
22. Reis N, Beji NK, Coskun. A quality of life and sexual functioning in gynecological cancer patients: Results from quantitative and qualitative data. *Eur J Oncol Nurs* 2010; 14:137-146.
23. Jakobsson L, Loven L, Hallberg RI. Sexual problems in men with prostate cancer in comparison with men with benign prostatic hyperplasia and men from the general population. *J Clin Nurs* 2001; 10:573-582.
24. Dikencik BK. Radyoterapi alan jinekolojik kanserli kadınlarda vajinal dilatasyon ve cinsel devamlılığın önemi. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2003; 13(50):105-113.
25. Yıldırım G, Oskay Ü. Histerektomi sonrası kadın cinsel yaşama uyumu İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2003; 13(50):115-123.
26. Johnson BK. Prostate cancer and sexuality: Implications for nursing, *Geriatr Nurs* 2004; 25:341-47
27. Lindsey LL. *Gender Roles: A Sociological Perspective*, 4th edition. New Jersey, Pearson Prentice Hall, 2005.
28. Scott JW. Gender: A useful category of historical analysis. *Am Hist Rev* 1986; 91:1053-1075.
29. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, Appraisal, and Coping*, New York, Springer Publishing Company, 1984.
30. Arnold E, Boggs KU. *Interpersonal Relationships: Professional Communication Skills for Nurses*. Philadelphia, W.B. Saunders, 1999.
31. Adaylar M. Kronik hastalığı olan bireylerin hastalığındaki tutum, adaptasyon, algı ve öz-bakım yönelimleri (Doktora Tezi). İstanbul, İstanbul Üniversitesi, 1995.
32. Gençöz F. Uyum psikolojisi. *Kriz Dergisi* 1998; 6(2):1-8.
33. Helseth S, Ulfsaet N. Having a parent with cancer coping and quality of life of children during serious illness in the family. *Cancer Nurs* 2003; 26:355-362.
34. Öz F. Ailede kanser olgusu. *Hemşirelik Forumu* 1998; 1(6):206-209.

35. Stanton AL, Revenson TA, Tennen H. Health psychology: Psychological adjustment to chronic disease. *Annu Rev Psychol* 2007; 58:565-592.
36. Baird SB. *A Cancer Source Book For Nurses*, 6th edition. Washington D.C., American Cancer Society, 1991.
37. Shives LR. *Basic Concepts of Psychiatric Mental Health Nursing*, Seventh edition. Philadelphia, Lippincott Williams Wilkins, 2008.
38. Fawzy F. Psychosocial interventions for patient with cancer: What works and what doesn't? *Eur J Cancer* 1999; 35:1559-1564.
39. Germino BB. Psychosocial and educational interventiontrial in prostate cancer. *Semin Oncol Nurs* 2001; 17:129-137.
40. Combs CJ. Theories of group intervention. *Transplant Proc* 1999; 31(Suppl 4A):46S-47S.
41. Yalom ID. *Theory and Practice of Group Psychotherapy*, 4th edition. New York, Basic Books, 1995.
42. Posluszny DM, Hyman KB, Baum A. Group interventions in cancer: The benefits of social support and education on patient adjustment. In *Theory and Research on Small Groups* (Eds. RS Tindale, L Heath, J Edwards, EJ Posavac, FB Bryant, J Myers):87-105. New York, Plenum Press, 1998.
43. Yalom ID. *Existential Psychotherapy*. New York, Basic Books, 1980.

Yazışma Adresi/Correspondence: Saliha Hallaç, Akdeniz Üniversitesi Antalya Sağlık Yüksekokulu, Antalya, Turkey. E-mail: saliha.alkan@gmail.com