

## Kanser Hastalarında Grup Psikoterapisi Uygulamaları: Terapi Manueli Örneği

Sema GÜLTEKİN ARAYICI

### Özet

Medikal hastalara yönelik psikolojik müdahaleler, psikolojik hastalıklar için olan müdahalelere göre nispeten yenidir. Medikal hastalıklar özelinde kanser hastalığı, bu hastalıklar arasında özel bir konuma sahiptir. Vücudundaki hücrelerin kontrolden çıktığını ve giderek kötüleştiğini bilmek başka hiçbir hastalığın taşımadığı sembolik bir öneme sahiptir. Dünya çapındaki ölüm oranları incelendiğinde kanser hastalığının bu paydada büyük bir yere sahip olduğu bilinmektedir. Hastalık ile ilişkili kayıplar göz önüne alındığında kanser beraberinde birçok yıkım, fiziksel ve psikolojik kaybı birlikte getirmektedir. Kanserli hastalarda depresyon, kaygı, umutsuzluk gibi çeşitli psikolojik belirtiler gözlenmektedir. İlgili literatür incelendiğinde kanser hastalarında yapılan psikolojik müdahalelerin hastaların fiziksel semptomlarını azalttığı bulunmuştur. Hastaların sıklıkla kullandığı uyum stratejilerinin (mücadele ruhu, kaçınma veya inkâr, kadercilik, çaresizlik ve umutsuzluk, endişeli meşguliyet) hastalığın prognozunda oldukça etkilidir. Yine bu hastalarda bilişsel davranışçı terapinin etkili olduğu çok çeşitli çalışmalarla saptanmıştır. Alana yönelik uygulamaların tanıtılması ve bilinmesi amacıyla konuyla ilişkili yayınların sayısının yetersiz olmasından yola çıkılarak alan uzmanları ve okuyuculara kanser hastalarının yaşadığı psikolojik süreçlerin ve bir uygulama örneği tanıtılmasının yaşanılan sürece faydalı olacağı düşünülmüştür. Bu çalışmada görece yeni bir müdahale olan 'Kanserli Hastalarla Grup Terapisi' kavramının ele alınması ve örnek bir terapi manueli(el kitabı) yoluyla okuyuculara ve alanın uygulayıcılarına tanıtılması amaçlanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Kanser, Grup Psikoterapisi, Bilişsel Grup Terapisi

## Group Psychotherapy Applications In Cancer Patients: Example Of The Therapy Manual

### Abstract

Psychological interventions for medical patients are relatively new compared to interventions for psychological illnesses. Cancer has a special place among these diseases, especially in medical diseases. Knowing that the cells in your body are getting out of control and getting worse is of symbolic importance like no other disease. When the death rates around the world are examined, it is known that cancer has a large place in this denominator. Considering losses associated with disease, cancer brings with it many destructions, physical and psychological losses. Various psychological symptoms such as depression, anxiety and hopelessness are observed in cancer patients. When the relevant literature was examined, it was found that psychological interventions reduced the physical symptoms of the patients. Adaptation strategies that patients frequently use (fighting spirit, avoidance or denial, fatalism, helplessness and hopelessness, anxious preoccupation) are very effective in prognosis of the disease. Again, it has been determined by various studies that cognitive behavioral therapy is effective in these patients. Based on the insufficient number of publications related to the subject in order to introduce and know the applications in the field, it was thought that it would be beneficial to introduce the psychological processes of cancer patients and an application example to the field experts/readers. In this study, it is aimed to address the concept of 'Group Therapy with Cancer Patients', which is a relatively new intervention, and to introduce it to the readers and practitioners of the field through a sample therapy manual.

**Keywords:** Cancer, Group Psychotherapy, Cognitive Group Therapy

Klinik Psikolog, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Ana Bilim Dalı, semagultekin35@gmail.com

<http://orcid.org/0000-0002-2448-9037>

Başvuru : 22 Ağustos 2022  
Kabul : 23 Kasım 2022

DOI: 10.56955/bpd.1165242

Medikal hastalar, özellikle kronik veya hayati tehlike teşkil eden hastalıkları olanlar, hastalıkları boyunca çeşitli semptomlar, nüks veya ölüm tehdidi ile baş etme zorluklarıyla karşı karşıya kalırlar. Eşlik eden bu yeni değişimlere uyum sağlama süreci hastaların benlik saygılarında, kişilerarası ilişkilerinde ve yaşamdaki rollerinde birçok değişimi beraberinde getirmektedir. Bir hastaya tanıyı koymak tek başına yeterli değildir. Kronik bir hastalığın teşhisinin çoğu zaman oluşan travmatik etkisi, hastanın duygusal ihtiyaçlarına yakından bakmayı gerektirir. Bununla birlikte, yüksek teknoloji tıbbın ortaya çıkması ve giderek daralan uzmanlaşma alanlarından bu yana, tıbbi bakımın bu önemli yönü nispeten ihmal edilmiştir (Dobkin ve Costa, 2000). Günden güne medikal hastaların psikososyal ihtiyaçları doktorlar tarafından tanınmakta ve ele alınmaktadır. Günümüzde sağlık ve hastalığın biyo-psiko-sosyal modeli tıp öğrencilerinin eğitimine entegre edilmiştir (Smith, 2021). Tıp dergileri zihin-beden bağlantılarını gösteren çeşitli çalışmaların sonuçlarını yayınlamaktadır. Medikal hastaların sonuçlarını iyileştirmeyi amaçlayan ek psikososyal müdahaleler kullanılarak randomize klinik araştırmalar yürütülmektedir (Mankelow ve ark., 2021; Ahmed ve ark., 2021; Pedersen ve ark., 2021).

Medikal hastaların hastalığa uyum sürecini netleştirmek için Katz ve arkadaşları (1996) tarafından 'Risk Uyum Modeli' geliştirilmiştir. Risk Uyum Modeli (RUM), akla gelebilecek seçenekler arasında hastalar için en uygun olanların seçilmesi için bir yönlendirme aracı olarak işlev görür. Bu modelde, medikal hastalar önce durumlarının ne kadar değiştirilebilir olduğu sorusuyla karşılaşılır. Değiştirilebilirlik/sonuç tahmin etme ve dikkat düzenleme süreçleri, en belirgin olanı beklenti tarzı olmak üzere bireysel faktörlerden etkilenmektedir. Olumlu (iyimserlik) ve olumsuz (kötümserlik) beklentilere yönelik eğilimler oldukça önemlidir. İyimser beklentileri olan hastaların, koroner arter baypas ameliyatından kurtulurken (Scheier ve ark., 1989) ve meme kanserine uyum sağlarken (Carver ve ark., 1993) daha aktif başa çıkma stratejilerine sahip oldukları gözlemlenmiştir. Aktif başa çıkma yönündeki bu eğilimin iyimserlerin neden daha hızlı iyileştiklerini ve daha olumlu sonuçlara sahip olduklarını açıklamaya yardımcı olmaktadır (Scheier ve ark., 1989). Bu nedenle, genel beklenti tarzının; bu durumda iyimser ve karamsar tarzın, hastanın belirli değerlendirmelerini şekillendirdiğini ve böylece iyileştirme davranışlarına girişmek için daha fazla motivasyona yol açtığını önermek mantıklıdır.

RUM tabanlı müdahalelerde tedavi girişimleriyle ilgili karar verme sürecinde hastaların dikkatinin değişimi sağlayacak en etkili araçlara yönlendirilmesi ve uygun tedaviye ulaşmak için gerçekçi hedeflerinin olmasını sağlamak gerektiği söylenmektedir. İyimserliğin hastalar üzerindeki olumlu etkileri kanıtlanmış olsa da burada terapistin karmaşık bir görevle karşı karşıya olduğu betimlenmiştir. Terapist hastaları motive etmek istese de onları aşırı motive etmeme sorumluluğu vardır. Bu sorumluluğu yerine getirmek, hastaları kendilerini yenilgiye uğratabilecek gerçekçi olmayan değişim olasılıklarından uzaklaştırmak anlamına gelmektedir. Bu bağlamda terapist, iyimser ve gerçekçi beklentinin bir dengesini sağlayarak grup beklentilerini dikkatle izlemelidir. Modele göre medikal hastalarla yapılan grup terapilerinde, sürece yardımcı olacağı düşünülen "gerçekçi iyimserliğin" mutlaka sunulması gerekmektedir. RUM, grup üyelerine mevcut durumları ve bunu değiştirmeleri hakkında makul (gerçekçi) bir dizi olumlu beklentiyi keşfetmede rehberlik eden bir karar verme yapısı sağlar. Gerçekçi-iyimser sınırına açıkça atıfta bulunulması, hastaları sosyal ve bireysel olarak, iyimser/gerçekçi/kötümser olarak sınıflandırılan bilişleri bütünleştirmeye onları olumluya veya olumsuzluğa, gerçekçiliğe veya yanılsamaya iten duygu ve bilişleri keşfetme yönünde teşvik eder. Risk Uyum Modeli, aynı zamanda medikal hastalarda kullanılan bilişsel-davranışçı grup terapisi programlarını yapılandırmak için kullanılmaktadır (Katz ve ark., 1996).

Günümüzde grup psikoterapisi çok sayıda tedavi türünü kapsamaktadır (örneğin; psikoeğitim, bilişsel-davranışçı terapi, destekleyici terapi, psikodinamik terapi vb.). Grup kompozisyonu (homojen/heterojen), format (ör. açık/kapalı), süre (uzun/kısa dönem) ve hedefler (öfke kontrolü, kaygı seviyesini azaltma, alkol kullanımını durdurma) açısından farklılık gösterebilir. Grup psikoterapisi yeni bir psikolojik müdahale biçimi değildir. Lazell'in 1920'lerde şizofreni ve manik-depresif hastaları gruplar halinde tedavi ettiği bilinmektedir (Klein ve ark., 1992). Grup psikoterapilerinin psiko-sosyal işlev bozukluklarını tedavi etmek için özellikle psikiyatri hastalarında, uzun süredir kullanılmakta olduğu bilinmektedir. Fakat bu yöntemlerin tıbbi hastalarda kullanımının nispeten yeni olduğu bildirilmektedir (Antoni ve ark., 2001). Bu çalışmada, medikal hastalarda kullanılan grup psikoterapisi yöntemleri "kanser" hastalığı özelinde incelenecektir.

## Kanser

Kanser gelişmiş ülkelerde ikinci önde gelen ölüm nedenidir ve dünya çapındaki ölümlerin yaklaşık %13'ünden sorumludur (DSÖ, 2006). Amerika Birleşik Devletleri'nde yaşam boyu kanser tanısı alma riski erkekler için % 46 ve kadınlar için % 38'dir (Ries ve Brandts, 2004). Amerikan Kanser Derneğine (2013) göre "Kanser, anormal hücrelerin kontrolsüz büyümesi ve yayılması ile karakterize bir hastalıktır. Anormal hücrelerin yayılması kontrol edilmezse kanser ölümle sonuçlanabilir" Amerikan Kanser Derneği (2014), kansere hem dış faktörlerin (tütün, bulaşıcı organizmalar, kimyasallar ve radyasyon dâhil) hem de iç faktörlerin (kalıtsal mutasyonlar, hormonlar, bağışıklık koşulları ve metabolizmadan kaynaklanan mutasyonlar dâhil) neden olabileceğini bildirmektedir. Bununla birlikte, bu faktörler kanser gelişimini başlatır veya hastalığa yatkınlık sağlar. Genel beş yıllık sağ kalım oranı %64 olmasına ve gelişmeye devam etmesine rağmen, kanser teşhisi hala birçok kişi tarafından ölüm cezası olarak algılanmaktadır. Kendi bedeninizdeki hücrelerin kontrolden çıktığını ve sizi öldürebilecek kadar çoğalabileceğini bilmek, başka hiçbir hastalığın paylaştığı sembolik bir öneme sahip değildir. Herhangi bir zamanda ilerleyebilecek veya tekrarlayabilecek bir durum karşısında belirsizlik hissi, vücudunuzun ve hayatınızın kontrolünün kaybı, kanser deneyimi yaşayan hastalardaki ortak temalardır. Kanser tedavisinde sıklıkla çeşitli tıbbi müdahaleler uygulanmaktadır. Amerikan Kanser Derneği (2013) kanserin cerrahi, radyasyon, kemoterapi ve hormon tedavisi ile tedavi edildiğini bildirmektedir. Bu yöntemlerin kullanımı kanser koşullarına göre değişmektedir. Risk faktörlerine dikkat etmek ve kanser öncesi büyümelerin tespit edilmesini ve ortadan kaldırılmasını sağlayan düzenli tıbbi tarama testlerine girmek kanseri önleyebilir, ancak bu prosedürler de oldukça maliyetlidir. Amerikan Ulusal Kanser Enstitüsü (2015) tarafından sağlanan istatistiklere göre, kanser hastalarının %70'i kemoterapi ve radyasyondan oluşan birincil tıbbi müdahalelerle tedavi edilmekte ve ikincil tıbbi müdahalelere tabi tutulmaktadır. Birçok kanser tedavisi, düşük kemik yoğunluğu ve sürekli yüksek tansiyon nedeniyle osteoporoz ve kalp hasarı ile sonuçlanmaktadır. Artan fiziksel hastalık riskleri, genel popülasyonda daha düşük yaşam kalitesi ile ilişkilidir; terapötik müdahaleler, hayatta kalanlar arasında yaşam kalitesinin artması ve bazı fiziksel semptomların iyileşmesinde etkilidir (Amerikan Kanser Derneği, 2014).

Bir kanser teşhisi ile karşı karşıya kalan çoğu hastada, başlangıçta şok ve inkar tepkileri, ardından endişe, öfke ve depresyon gibi duygulanımlar gözlenmektedir. Vakaların çoğunda bu stres tepkisi, hastalıklarıyla uzlaşmayı öğrendikçe birkaç hafta içinde azalmaktadır. Tanıya verilen ilk tepkilerden sonra kanser hastasının ve hasta ailesinin tedavi süreci ile ilgili kararlar vermesi, uzun ve zorlayıcı tedaviler ile baş etmesi gerekmektedir. Çünkü kanser, hastalar üzerinde uzun süre devam edebilecek ve hastanın hayatını ciddi bir şekilde etkileyip yaşam kalitesini bozabilecek bir hastalık olduğu için hasta ve yakınlarının hastalığı kabul edip hastalığa uyum sağlamayı öğrenmeleri gerekmektedir (Uyer ve ark., 2006). Hastalara, doktorlarının duyarlı sempatik yaklaşımı, aile ve yakın arkadaşlarının duygusal desteği ile bu ayarlamayı yapmaları için yardım edilebilir. Blank ve arkadaşları (2009) tarafından yapılan bir araştırma kanser hastalığında başarılı uyumun yaşanılan hayatı anlamlı ve huzurlu bulmaya katkı sağladığını göstermektedir.

## Kanserde Uyum ve Psikolojik İyi Oluş ile ilişkili Faktörler

Bireyin kansere karşı tutumunun, genel psikolojik uyumu ile ilişkili olduğuna dair önemli kanıtlar vardır. Erken evre kanserde, geleceğe dair iyimser bir bakış açısı, meme kanserli (Carver ve ark., 1993), baş ve boyun kanserli (Allison ve ark., 2000) ve prostat kanserli (Roesch ve ark., 2005) kişilerde daha iyi yaşam kalitesi ile ilişkilidir. Yine mücadele ruhunun hastalarda, daha düşük kaygı ve depresyon seviyeleri ile ilişkili olduğu tutarlı bir şekilde gösterilmiştir (Watson ve ark., 1990; 1998), Meme kanseri olan ve hastalık üzerinde daha fazla kontrol algısı olan kadınların hastalığa daha iyi uyum gösterdiği bulunmuştur (Taylor ve ark., 1984) Son olarak, aktif, problem odaklı başa çıkma biçimlerinin daha iyi uyum ile ilişkili olduğuna ve kaçınma kullanımının daha zayıf uyum ile ilişkili olduğuna dair tutarlı bulgular vardır (Heim ve ark., 1997; Roesch ve ark., 2005). Yapılan bir çalışmada, yüksek umut puanı alan üniversite öğrencilerinden kanserle nasıl başa çıkacaklarını hayal etmeleri istenmiştir. Bu kişilerin kanser hakkında daha fazla bilgili olduğu ve genellikle daha az umutlu olan üniversite öğrencilerinden daha fazla umuda özgü başa çıkma tepkileri tanımladıkları görülmüştür (Irving ve ark., 1998).

Bu bilgilerden hareketle hastalık üstesinden gelinebilecek bir zorluğu temsil ediyorsa, hasta iyimser hissetmektedir. Fakat hastalık bir kayıp olarak görülürse ve hasta bunun karşısında çaresiz hissederse gelecek onun için çok kasvetli görünecektir. Bu değerlendirmelerle ilişkili düşünce, duygu ve davranış kalıpları, kişinin geliştirdiği uyum tarzını temsil etmektedir.

Greer ve Watson (1987) kanser hastaları için beş ortak uyum stili belirlemiştir:

### 1. Mücadele ruhu

Burada kişi hastalığı bir meydan okuma olarak görür ve sonuca karşı olumlu bir tutum içindedir. Hastalık hakkında uygun (ancak aşırı olmayan) bilgi aramak, iyileşmelerinde aktif rol almak ve mümkün olduğunca normal bir hayat yaşamaya çalışmak gibi çeşitli davranışlarda bulunur.

### 2. Kaçınma veya inkâr

Kişi hastalığın etkisini inkâr eder. Teşhisten kaynaklanan tehdit en aza indirilir ve sonuç olarak kontrol konusu önemsiz ve prognoz (hastalığın seyri ya da gidişatı) iyi olarak görülür. İnkâr tutumuna, hastalığın hastanın yaşamı üzerindeki etkisini en aza indiren davranışlar eşlik eder.

### 3. Kadercilik

Hasta, tanının nispeten küçük bir tehdit oluşturduğunu, durum üzerinde hiçbir kontrol uygulanamayacağını ve sonuçların sükûnetle kabul edilebileceğini ve edilmesi gerektiğini düşünür. Pasif bir kabullenme tutumları vardır. Burada hastanın kanserle savaşmak için aktif stratejileri yoktur.

### 4. Çaresizlik ve umutsuzluk

Bu uyum tarzında hasta, kanser tehdidinin büyüklüğü ile boğulur ve içine çekilir. Dikkatleri yaklaşan can kaybına ya da hastalığı bir yenilgi olarak görmeye odaklanmıştır. Teşhis, büyük bir tehdit, kayıp veya yenilgi olarak görülür, durum üzerinde hiçbir kontrol uygulanamayacağına dair bir inanç vardır ve algılanan olumsuz sonuç sanki daha önce olmuş gibi yaşanır. Kanserle savaşmak için aktif stratejiler yoktur ve diğer normal aktivitelerde bir azalma olabilmektedir. Hasta temelde vazgeçmiş bir konumdadır.

### 5. Endişeli meşguliyet

Kaygı, bu uyum tarzında baskın duygudur. Zamanın çoğu, hastalığın tekrarlama olasılığı hakkında endişelenecek harcanır ve herhangi bir fiziksel semptom, hemen yeni bir hastalık belirtisi olarak tanımlanır. Kendi kendine sevk, alternatif tıp kullanımı ve kanser hakkında aşırı bilgi arama yoluyla güvence aranır.

## Kanser Hastalarında Grup Psikoterapisi

Grup psikoterapisi, bireysel psikoterapiden farklı olarak çeşitli avantajlara sahiptir. Bunlardan ilki grup psikoterapisi sırasında diğer üyelerden alınan sosyal destek yoluyla bireyin yalnızlık hissini azaltmasıdır. Bir grubun üyesi olmak kanser hastalığı ile başa çıkma sürecinde gerekli olan birliktelik duygusu için fırsat sağlar. Bu sayede hastalar başka bir yerde bulamayacağı benzer süreçleri yaşayan bireylerle tanışma fırsatı yakalar. Grup terapisinin bir diğer avantajı ise düşük maliyetli olmasıdır ve bireysel terapiye göre daha düşük maliyet içerir. Grup terapileri ayrıca terapistin de zamanını daha etkili kullanabilmesini sağlar (Spiegel, 1994).

Kanser hastalarına yönelik psikolojik müdahalelerde başta Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) ve Bilişsel Davranışçı Grup Terapinin (BDGT) olmak üzere psikoeğitim, destekleyici tedavi, farkındalık temelli yaklaşımlar gibi çeşitli tedavi yaklaşımlarının etkili olduğu bilinmektedir. Bu tedavi türlerinin kanser hastalarındaki etkililiği birçok çalışmada araştırılmış ve duygusal sıkıntıları azaltmada etkili olduğu belirtilmiştir (Uitterhoeve RJ ve ark.,2004; Goedendorp MM ve ark.,2009; Jacobsen PB ve Jim HS,2008). Kanser hastalarının akut ve kronik ağrı yaşamaları yaygındır (Sun, 2021). Morely ve arkadaşları (1999), kronik ağrı tedavisinde BDT'nin kullanıldığı randomize çalışmaların bir meta-analizini yürütmüştür. Uyumsuz hasta bilişlerini ve davranışlarını daha uyumlu olanlarla değiştirmek için BDT tedavisinin kullanılmasının çeşitli ağrı durumları için etkili olduğu sonucuna varmışlardır. Daha yakın zamanlarda, Linton ve Nordin (2006), kronik sırt ağrısı çeken hastalar için bir grup hastada BDT müdahalesinin 5 yıllık bir takibinin sonucunda; BDT müdahalelerinin (kontrol grubuyla karşılaştırıldığında) önemli ölçüde daha az ağrı, daha aktif bir yaşam, daha yüksek algılanan yaşam kalitesi ve daha iyi genel sağlık ile sonuçlandığını bulmuşlardır.

Edelman ve arkadaşları (1999) metastazik meme kanserli hastalarda Grup BDT'nin etkinliğini değerlendirmek amacıyla bir çalışma yapmıştır. Program sonunda BDT alan grupta benlik saygısı ve yaşam kalitesi üzerinde önemli gelişmeler bulunmuştur. Ayrıca Compas ve arkadaşları (1998) da Grup BDT'nin kaygı ve duygusal sıkıntılar için etkili olduğunu belirtmiştir.

Farkındalık(mindfulness) temelli yaklaşımlar kanser hastalarıyla grup psikoterapisi uygulamalarında sıklıkla kullanılan bir diğer yöntemdir. İlk mindfulness temelli kurs, otuz yılı aşkın bir süre önce Massachusetts'te Jon Kabat - Zinn tarafından çok çeşitli sağlık koşullarına sahip gruplar için geliştirilmiştir. O zamandan beri, Farkındalığa Dayalı Stres Azaltma, (MBSR) dünyanın birçok yerine yaygın bir şekilde kullanılmaktadır (Kabat - Zinn, 1990). Bu gelişmenin bir kısmı, Kanada'nın Calgary kentindeki kanser hastalarıyla son on yılda önde gelen bir psiko-onkoloji ekibi tarafından yürütülen bazı araştırmaları içermektedir. Bu ekibin MBSR'dan birçok alanda çok iyi sonuçlar aldığı tespit edilmiş ve kanıtlar, farkındalığın kanser hastaları için umut vaat ettiğini göstermektedir (Shennan ve ark., 2010).

Bu çalışmada, Bilişsel Davranışçı Terapi ve Mindfulness temelli yaklaşımların tekniklerinin birlikte kullanıldığı Kanser Hastaları için Mindfulness(Farkındalık) Temelli Bilişsel Grup Terapisi Programı tanıtılacaktır.

## Mindfulness(Farkındalık) Temelli Bilişsel Grup Terapisi Programı

Bartley (2011) tarafından kanser hastalarına uyarlanan Kanser Hastaları için Farkındalık Temelli Bilişsel Grup Terapisi programı; beden tarama meditasyonu, oturma meditasyonu gibi bilinçli farkındalığı artırmayı amaçlayan meditasyon teknikleri ile psiko-eğitim ve duygu ve düşüncelerin farkına varma, olumsuz düşünceler ile beden duyuları arasındaki ilişkiyi anlama gibi bilişsel teknikleri içermektedir. Seanslar önceki seansın özetlenmesi, ödev kontrolü, grup üyelerinin genel duygu durumlarının değerlendirilmesi, gündem üzerinde durulması ve farkındalık egzersizlerinin uygulanmasını içermektedir. Seanslar; seansın değerlendirilmesi, yeni ev ödevlerinin verilmesi ve seansın özetlenmesi ile son bulmaktadır. Ev ödevleri, programda uygulanan farkındalık egzersizlerinin ve diğer bilişsel tekniklerin hayata geçirilebilmesi için büyük önem taşımaktadır. Grup üyelerinin her gün mutlaka en az bir farkındalık egzersizi yapmaları ve ek olarak bir aktivitesini (yemek yeme, yürüme, dış fırçalama, vb.) de farkındalıkla yapmaları istenmiştir. Program boyunca uygulanan meditasyonların metni hem yazılı olarak hem de ses kaydı formunda (grup terapisti tarafından oluşturulan) grup üyelerine ilgili seansın sonuna verilmektedir.

### Birinci Seans

Tanışma, grup kurallarının oluşturulması ve her bir danışanın kişisel hedeflerini belirlemesi ile başlayan ilk seans otomatik pilotun anlaşılmasına odaklanmaktadır. Bu seansın çoğu zaman otomatik olarak çalıştığımızı keşfetme teması üzerinde durulmaktadır. Nadiren tam olarak o anda(şimdide) oluruz – genellikle ne olduğuna dair geçmişteki düşüncelere geri döneriz veya gelecekte olacak olana doğru eğiliriz. İlk seansın şimdi (şuan) odaklı düşünmenin temelleri atılmaktadır. Beden tarama meditasyonu yapılmakta ve grup üyelerinden meditasyonla ilgili geribildirim alınmaktadır. Bu oturumda farkındalık temelli bilişsel terapinin içeriği ve amacı hakkında ayrıntılı bir psiko-eğitim de verilmektedir. Ek olarak her bir grup üyesinin programın son seansında kendisine geri verilecek olan ve bu programdan ne beklediğini ve programın kendisine nasıl yardımcı olmasını istediğini içeren bir mektup yazması istenmektedir. 'Bu kurstan kendim için en çok ne istiyorum?' ve 'Bu kursun beni destekleyebilmesi için nelere önem veriyorum?' gibi sorulara bu mektuplarda yanıt aranması istenmektedir. Bu mektuplar grup üyeleri tarafından bir zarfa yerleştirilir ve tüm zarflar son seansın açılmaya hazır grup terapistleri tarafından toplanır.

### İkinci Seans

Programın ikinci seansı, beden tarama meditasyonu ile başlamakta ve duygu düşünce ve beden duyuları arasındaki ilişkiyi anlamaya yönelik psiko-eğitim ve örnekler üzerinden küçük grup çalışmaları ile devam etmektedir. Bu seansın ana teması olan "Engellerle Başa Çıkmak" (Zihnin sürekli düşünceler arasında dolaştığını fark etmek ve geri dönmeyi öğrenmek) danışanlara tanıtılır. Farkındalığın yüzeyinin hemen altında, ancak her şeyi etkileyen düşünceleri ve yargıları keşfederiz. Şu ana geri dönme alıştırmaları yaparak, daha fazla mevcut ve farkında olmayı öğrenir ve deneyimlerimize karşı nezaket ve merak geliştirmeye başlarız. Özellikle kendini suçlama, kansere yakalanmış kişilerde görülen güçlü bir eğilimdir. Birçok insan, kanserin nedenlerinin çeşitli olduğunu ve her zaman anlaşılmadığını bilmelerine rağmen, hastalıklarından kendilerini sorumlu hissederler. Katılımcıların zihinlerinde yoğunlaşan bu tür olumsuz düşüncelerin farkına varmaları, kendilerini yargılama ve suçlama durumlarında düşüncelerimizin insafına kaldığımız danışanlara çeşitli örnekler aracılığıyla öğretilir. Katılımcıların günlük hayatlarında yaşadıkları çeşitli olaylarda ortaya çıkan düşünceler, duygular ve beden duyuları bilişsel model yoluyla tahtaya yazılarak danışanlara anlatılır. Yine çeşitli olay/durum örnekleri verilerek danışanlara bu durumda ne hissettikleri ve nasıl düşündükleri sorularak katılımcıların modeli daha iyi anlamasına ve pekiştirmesine yardımcı olunur. Bu haftanın içeriğinde, düşüncelerin genellikle farkındalığın yüzeyinin hemen altında yattığını ve yine de ruh halini ve yaptığımız şeylerin çoğunu nasıl etkilediği öğretilmektedir. Gruba, nereye gidersek gidelim, zihnimizin bizimle geldiğini ve zihnimize karşı daha nazik ve sabırlı bir yaklaşımı davet etmemiz gerektiği belirtilir. Bu oturumda bir farkındalık egzersizi olan üç dakikalık nefes meditasyonu uygulanmaktadır.

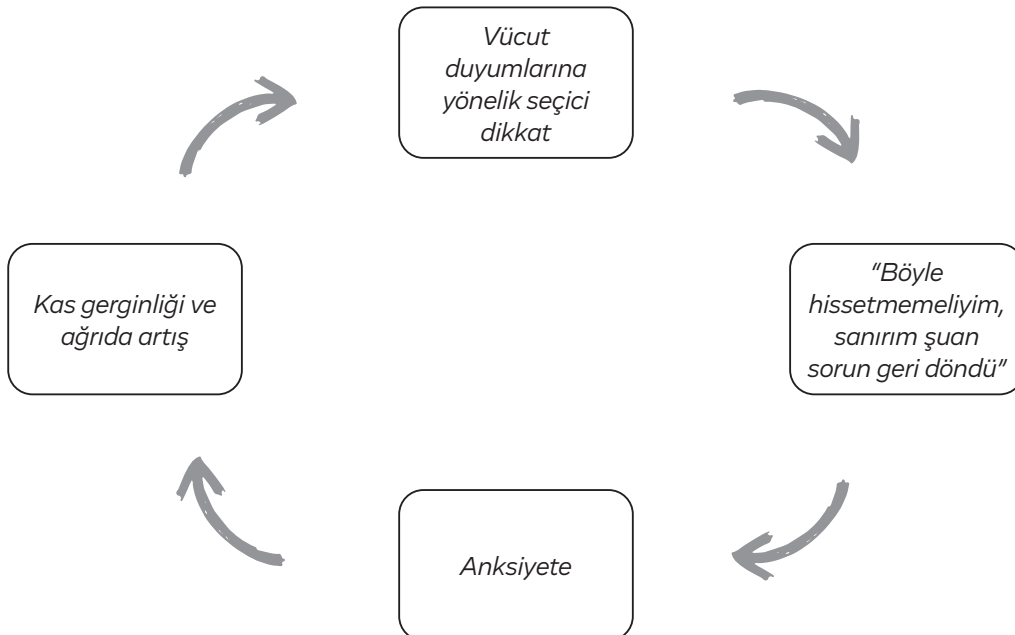
## Üçüncü Seans

Farkındalık hareketleri ve meditasyonu ile başlayan üçüncü seansta, seansın ana teması bedenimizle dost olabilmeyi öğrenebilmektir. İhtiyaç duyduğumuz anlarda kendimize yönelebilmeyi öğrenmek ve bedenimize nazik bir şekilde yaklaşmanın önemi üzerinde durulur. Daha sonra, hoş giden deneyimlere ilişkin duygu, düşünce ve beden duyumu arasındaki ilişkiyi anlamaya yönelik alıştırmalar örneklerle yapılmaktadır. Bu alıştırmaların hoş giden deneyimler üzerinden çalışılması katılımcıların günlük yaşantılarında deneyimledikleri hoş giden, keyif veren ve kendilerine iyi gelen durumların ve bu durumlarla birlikte ortaya çıkan duygu ve beden duyularının farkına varmalarını sağlamaktır. Hoş giden deneyim örnekleri (sahilde yürümek, gezintiye çıkmak vb.) duygu, düşünce ve davranış şeması yoluyla danışanlara sunulur, önümüzdeki hafta içerisinde günlük hayatlarında bu tür deneyimlerin sayısını arttırmaları ve seansa örnekler getirmeleri istenir. Üçüncü oturumun sonunda üç dakikalık nefes meditasyonu yapılmaktadır.

## Dördüncü Seans

Bir diğer farkındalık egzersizi olan oturma meditasyonu ile başlayan dördüncü seansta, bu sefer hoş gitmeyen, rahatsız edici durumlara ilişkin duygu, düşünce ve beden duyumu arasındaki ilişki üzerinde durulmakta ve çalışılmaktadır. Rahatsız edici durumlarda ortaya çıkan duygu, düşünce ve beden duyularını savaştan ve kaçmadan fark etmenin ve kabul etmenin önemi üzerinde durulmaktadır. Katılımcıların verdiği örnekler üzerinden etkileşimli bir şekilde yapılan çalışmada rahatsız edici durumlarda ortaya çıkan duygu, düşünce ve beden duyumu arasındaki etkileşimin nasıl bir ruminasyona dönüşebileceği ve bunun farkına varmanın önemi vurgulanmaktadır. Katılımcılara rahatsız edici hoş gitmeyen durumlara baş etmek için 3F (not Fighting (savaşma), nor Fueling (doldurma), nor Feeding (besleme)) methodu öğretilir. Düşünceler geldiğinde onlarla savaşmamak onları beslememek veya doldurmamak bunun yerine ona nasıl yanıt verebileceğimizi bilerek onların farkında olmanın önemi üzerinde durulur. Bedendeki duyguların farkındalığı yoluyla durumun hoş ya da nahoş olduğunu bilerek, kişisel kalıplarımızı fark etmeyi ve onları durdurmanın öğretilmesi amaçlanmaktadır. Bu seansta ayrıca kanser hastalığına verilen psikolojik tepkiler katılımcılara "Kanser Hastalığının Bilişsel Modeli" yoluyla sunulur. Bu model endişeli meşguliyet kalıplarını ana hatlarıyla belirtir ve birçok kanser hastasına hitap ederek bu oturumda incelenen temaların altını çizer. Çalışma kitabındaki şema tahtaya çizilerek danışanlara model tanıtılır (bkz. Şekil 1). Anksiyete belirtilerinin vücutta yankılanması; göğüste sıkışma, hızlı kalp atışı, terleme, ajitasyon ve titreme gibi fiziksel belirtileri ortaya çıkarmaktadır (hoş olmayan deneyim egzersizinde bulduğumuz gibi). Bu, olası bir hastalık olarak ve kanserin geri döndüğüne veya yayıldığına dair bir işaret olarak yorumlanırsa, döngü; ruminasyon, olumsuz düşünme ve belirli vücut duyularının dikkatli bir şekilde taranmasıyla alevlenecektir. Bu, endişe duygularını yoğunlaştıracak, var olan hikayeyi besleyecek vücutta daha fazla acı ve gerginliğe neden olacaktır. Böylece bir kısır döngü oluşacaktır.

Şekil 1. Endişeli meşguliyetin kısır döngüsü. (Moorey ve Greer, 2002)



## Beşinci Seans

Bu seansta katılımcılara seansa hangi meditasyonla (beden taraması, farkındalık hareketi meditasyonu veya oturma meditasyonu) başlamak istedikleri sorulmakta ve katılımcılar hangi meditasyonla başlamak istediklerini dile getirir ve onunla başlanmaktadır. Ardından Rumi'nin Misafirhane şiiri okunmakta ve katılımcılardan şiirlerle ilgili geribildirim alınmaktadır. Şiirin teması olan kabullenme ve yargılamama üzerinde durulmaktadır. Bu oturumda programın yarısı tamamlandığı için katılımcılardan bir ara değerlendirme yapmaları istenmektedir. Buna ek olarak, bu oturumda stresli ve rahatsız edici durumlarda verilen duygusal ve davranışsal tepkiler üzerinde durularak bu tepkilerle birlikte deneyimlenen beden duyularına odaklanılmaktadır. Stresli durumlarda verilen kaçınma ya da savaşıma tepkilerine alternatif olarak "yargılamadan kabullenme" üzerinde durulmaktadır. Düşüncelerimizin gerçeklik olmak zorunda olmadığı onların esneyebileceği ve çoğu zaman güçlü duygularla yüklü olabileceği danışanlara anlatılır. Oturum, üç dakikalık nefes meditasyonu ile sonlandırılmaktadır.

## Altıncı Seans

Seansa katılımcıların yapmak istediği bir meditasyon ile başlanmakta ve stresli ve rahatsız edici durumlarda verilen duygusal ve davranışsal tepkiler ile zihinden geçen düşünceler arasındaki etkileşime odaklanılmaktadır. Düşüncelerin zihne hızlı bir şekilde akın ettiği ve birbirine eklenerek verilen tepkiler üzerinde etkili olduğu katılımcıların verdiği örneklerle vurgulanmaktadır. Zihinde geçen düşüncelerin gelip geçici olduğu, her düşüncenin doğru olmadığı, doğruysa da bu düşünce ile birlikte ortaya çıkan duygu ve beden duyumunun farkına varmanın ve kabullenmenin verilecek tepki üzerindeki etkili olabileceği üzerinde durulmaktadır. Bu seansta "Farkındalık, Disiplin ve Nezaket" kavramları üzerinde durulur. Hepimizin bu kavramlara ilişkin değişen miktarlarda eğilimi vardır. Disiplin konusunda güçlü olanlarımızın daha fazla nezakete ihtiyacı olabilir. Örneğin, "çok çabalama" kalıplarına sahip katılımcıların bir gün kaçırıldığında veya bir uygulama atlandığında kendini çok sert yargılamamaya davet etmeleri gerekebilir. Burada farkında olunarak kendimize yönelik nezaket ve disiplin oklarını yönlendirmemiz önemlidir. Seans, üç dakikalık nefes meditasyonu ile sonlandırılmaktadır.

## Yedinci Seans

Oturma meditasyonu veya beden tarama meditasyonu ile başlayan bu seansta, günlük yaşantıda yapılan aktiviteler ile duygu durum arasındaki ilişki üzerinde durulmaktadır. Grup üyelerinin sıradan bir günde yaptıkları aktiviteleri düşünmeleri, dağıtılan kağıtlara yazmaları istenmekte ve her bir aktivitenin duygu durumlarını nasıl etkilediğini (iyi hissettiren – kötü hissettiren) belirlemeleri istenmektedir. Buradan hareketle, grup üyeleri, günlük yaşantılarında kendilerini iyi hissettiren aktivitelerin sayısını artırmaları, kötü hissettiren aktivitelerin sayısını ise azaltmaları için cesaretlendirilmektedir. Grup üyelerine birbirlerinin paylaşımlarından yola çıkarak kendilerini iyi hissettirecek yeni aktiviteleri de denemeleri önerilmektedir. Stresli ve sıkıntılı zamanlarda iyi hissettiren aktivitelerin farkına varmanın ve bunların sayısını artırmanın duygu durumunda iyileşmeleri beraberinde getireceği vurgulanmaktadır. Seans, üç dakikalık nefes meditasyonu ile sonlandırılmaktadır.

## Sekizinci Seans

Programın son seansı olan bu seansa oturma meditasyonu ile başlanmaktadır. İlk seansta grup üyelerinin kendileri için yazdığı niyet mektupları dağıtılmakta ve grup üyelerinden isteyenler mektuplarını grupta paylaşmaktadır. Ardından grup üyelerinin genel olarak programla, seans içerikleriyle, uygulanan tekniklerle ve süreçle ilgili bir değerlendirme yapmaları istenmektedir. Sürecin gözden geçirilmesi ve niyet mektupları incelenerek, *Nasıl değiştiniz? Neler değişti? Şimdi sizin için farklı olan nedir? Gerçekten değer verdiğiniz ne öğrendiniz? Kursu katılmayı düşünen birine kursu/süreci nasıl anlatırsınız? gibi sorularla katılımcıların sürece dair değerlendirmeleri alınır.* Grup terapisini yürüten terapistler hem sekiz haftalık grup terapi süreci hakkında hem de her bir grup üyesi hakkında geribildirimlerini paylaşmaktadır. Seans, üç dakikalık nefes meditasyonu ile sonlandırılmaktadır. Bu seansın sonunda katılımcılara kişiselleştirilmiş bir sertifika verilir. Sertifika, katılımcının yirmi saatlik terapi süresini ve en az yirmi saatlik ev pratiğini önemli bir başarı olarak tamamladığını beyan etmektedir.

## Takip Seansı (Follow-up)

Bu seansta geçen ayın uygulamaları incelenir, *Ne yaptınız? Yaptıklarınızı uygulamada ne gibi engellerle karşılaştınız? Nasıl geri dönersiniz? gibi sorular yardımıyla danışanların son bir ayda yaşadıkları durumlar ve zorluklar incelenir.* Temelden öğrenilen tüm uygulamalar hatırlanarak; kısa uygulamalar yapılır. Danışanların bireysel eylem planları ve günlük uygulama planları gözden geçirilir.

## Sonuç

Medikal hastalar için grup psikoterapisi, sağlık hizmeti kullanımından sonra zihinsel ve fiziksel sağlığı olumlu yönde etkileme ve sağlık bakım maliyetlerini düşürme potansiyeline sahiptir (Groth-Marnat ve Edkins, 1996). Psikolojik sağlıkta bozulmanın tıbbi hastaların ikincil bir sorunu olduğu ve zaman kalırsa sonradan düşünülerek ele alınabileceği fikri, zihin-beden bağlantısını ve hastaların ihtiyaçlarını göz ardı eder. Teknoloji tıptaki tüm gizemleri ortaya çıkarma konusunda yetersiz olduğundan, hastaları dikkatle dinlemek ve tüm ihtiyaçlarını göz önünde bulundurmamak önemlidir. İncelenen çeşitli Randomize Kontrollü Çalışmalarda dolaşan ortak bir tema sosyal desteğin bu süreçteki önemidir (Nausheen ve ark., 2009). Sosyal desteğin hastalığın olumsuz etkisini azaltması muhtemeldir, bu da fizyolojik işleyişi etkiler ve fiziksel sonuçları iyileştirebilir (Cohen ve Rodriguez, 1995). Epidemiyolojik çalışmalar (House ve ark., 1988; Reifman, 1995), diğer insanlarla anlamlı bir şekilde bağlantılı olmanın koruyucu etkilerini tutarlı bir şekilde göstermiştir. Hastanın onu dinleyen ve ilgilenen diğer kişilerle aynı ortamda bulunması, güçlü ve kalıcı etkilere sahiptir. Grubun paylaştığı/sağladığı birçok deneyim ve bilgi alışverişinin grup bittikten sonra dahi etkileri olduğu görülmektedir (Greenstein ve ark., 2000). Bununla birlikte, medikal hastalara yardım etmenin tek yolunun grup psikoterapisi olmadığını kabul etmek önemlidir; bazı hastaların bireysel, çift veya aile müdahalelerinden daha fazla fayda sağlayabildiği bilinmektedir. Bazı hastaların bir gruba katılmaya ilgisi yoktur; bazıları ise başkalarını dinlemenin korkutucu veya iç karartıcı olacağından endişe ediyor, bazıları kendini ifşa etmekten korkuyor olabilir (Klein, 1992). Gelecekteki araştırmalar, bu yöntemin kimler için en uygun olduğunu belirlemeyi amaçlamalıdır. Grup psikoterapisini birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre etmenin yollarını da belirlemek de oldukça önemlidir.



## KAYNAKÇA

- Ahmed, U. A., Maharaj, S. S., & Van Oosterwijck, J. (2021). Effects of dynamic stabilization exercises and muscle energy technique on selected biopsychosocial outcomes for patients with chronic non-specific low back pain: a double-blind randomized controlled trial. *Scandinavian journal of pain*, 21(3), 495-511.
- Allison PJ , Guichard C and Gilain L (2000). *A prospective investigation of dispositional optimism as a predictor of health-related quality of life in head and neck cancer patients. Quality of Life Research* , 9, 951 – 60.
- American Cancer Society (2013). *Cancer facts & figures 2013*. Retrieved from: <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@epidemiologysurveillance/documents/document/acspc-036845.pdf> (Erişim tarihi: 15 Temmuz 2022)
- American Cancer Society. (2014). *Cancer treatment and survivorship facts & figures 2014–2015*. Retrieved from: <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@research/documents/document/acspc-042801.pdf> (Erişim Tarihi 16 Temmuz 2022).
- Antoni, M. H., Lehman, J. M., Kilbourn, K. M., Boyers, A. E., Culver, J. L., Alferi, S. M., ... & Carver, C. S. (2001). Cognitive-behavioral stress management intervention decreases the prevalence of depression and enhances benefit finding among women under treatment for early-stage breast cancer. *Health Psychology*, 20(1), 20.
- Bartley, T. (2011). *Mindfulness-based cognitive therapy for cancer: Gently turning towards*. John Wiley & Sons.
- Carver, C. S., Pozo, C., Harris, S. D., Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D. S., Ketcham, A. S., Moffat, F. L., & Clark, K. C. (1993). *How coping mediates the effects of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 375-390.
- Cohen, S., & Rodriguez, M. S. (1995). Pathways linking affective disturbances and physical disorders. *Health Psychology*, 14(5), 374.
- Dobkin, P. L., & Da Costa, D. (2000). Group psychotherapy for medical patients. *Psychology, Health & Medicine*, 5(1), 87-96.
- Edelman S, Bell DR, Kidman AD. *A group-cognitive behaviour therapy programme with metastatic breast cancer patients. Psycho-oncology 1999; 8:295–305.*
- Edelman, S., Bell, D. R., & Kidman, A. D. (1999). A group cognitive behaviour therapy programme with metastatic breast cancer patients. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 8(4), 295-305.
- Goedendorp MM, Gielissen MF, Verhagen CA, Bleijenberg G. Psychosocial interventions for reducing fatigue during cancer treatment in adults. *Cochrane Database Syst Rev 2009; (1):CD006953.*
- Greer S and Watson M (1987) *Mental adjustment to cancer: its measurement and prognostic importance* . *Cancer Surveys* , 6, 439 – 53.
- Groth-Marnat, G., & Edkins, G. (1996). Professional psychologists in general health care settings: A review of the financial efficacy of direct treatment interventions. *Professional Psychology: Research and Practice*, 27(2), 161.
- Heim E , Valach L and Schaffner L (1997) *Coping and psychological adaptation: longitudinal effects over time and stages in breast cancer* . *Psychosomatic Medicine* , 59, 408 – 18.
- House, J. S., Landis, K. R., & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241(4865), 540-545.
- Irving LM , Snyder CR and Crowson JJ ( 1998 ) *Hope and coping with cancer by college women* . *Journal of Personality* , 66, 195 – 214 .
- Jacobsen, P. B., & Jim, H. S. (2008). Psychosocial interventions for anxiety and depression in adult cancer patients: achievements and challenges. *CA: a cancer journal for clinicians*, 58(4), 214-230.
- Kabat - Zinn , J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom if your body and mind to face stress, pain and illness* . New York : Delta .
- Kanser Enstitüsü(Cancer Institute) NSW. (2015). *What are the different stages of cancer*. Retrieved from:<https://www.cancerinstitute.org.au/understanding-cancer/what-are-the-differentstages-of-cancer> (Erişim tarihi: 20 Temmuz 2022).
- Katz, J., Ritvo, P. G, Irvine, M. J., & Jackson, M. (1996). *Coping with chronic pain*. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping* (pp. 252- 279). New York: Wiley.
- Klein, R. H., Bernard, H. S., & Singer, D. L. (1992). *Handbook of contemporary group psychotherapy: Contributions from object relations, self psychology, and social systems theories*. International Universities Press, Inc.
- Linton, S. J., & Nordin, E. (2006). A 5-year follow-up evaluation of the health and economic consequences of an early cognitive behavioral intervention for back pain: a randomized, controlled trial. *Spine*, 31(8), 853-858.
- Mankelov, J., Ryan, C., Taylor, P., Atkinson, G., & Martin, D. (2021). A systematic review and meta-analysis of the effects of biopsychosocial pain education upon health care professional pain attitudes, knowledge, behavior and patient outcomes. *The journal of pain*.
- Moorey S and Greer S (2002) *Cognitive Behaviour Therapy for People with Cancer* . Oxford : Oxford University Press .

- Morely, S., Eccleston, C., & Williams, A. (1999). Systematic review and meta-analysis of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain*, 80, 1-13.
- Nausheen, B., Gidron, Y., Peveler, R., & Moss-Morris, R. (2009). Social support and cancer progression: a systematic review. *Journal of psychosomatic research*, 67(5), 403-415.
- Pedersen, M. B., Thinggaard, P., Geenen, R., Rasmussen, M. U., De Wit, M., March, L., ... & Christensen, R. (2021). Biopsychosocial rehabilitation for inflammatory arthritis and osteoarthritis: A systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Arthritis Care & Research*.
- Reifman, A. (1995). Social relationships, recovery from illness, and survival: A literature review. *Annals of behavioral medicine*, 17(2), 124-131.
- Ries, S. J., & Brandts, C. H. (2004). Oncolytic viruses for the treatment of cancer: current strategies and clinical trials. *Drug discovery today*, 9(17), 759-768.
- Roesch SC et al (2005) *Coping with prostate cancer: a meta-analytic review* . *Journal of Behavioural Medicine* , 28, 281 – 93.
- Scheier, M. E, Magovern, G. J., Sr., Abbott, R. A., Matthews, K. A., Owens, J. F., Lefebvre, R. C., & Carver, C. S. (1989). *Dispositional optimism and recovery from coronary artery bypass surgery: The beneficial effects on physical and psychological well-being*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1024-1040.
- Shennan, C. , Payne , S., & Fenlon , D. (2010). *What is the evidence for the use of mindfulness - based interventions in cancer care? A review* . *Psycho - Oncology DOI:10.1002/pon.1819*.
- Smith, R. C. (2021). Making the biopsychosocial model more scientific—its general and specific models. *Social Science & Medicine*, 272, 113568.
- Spiegel D (1994) Psychosocial support for patients with cancer. *Cancer*; 74:1453-1457.
- Sun, Y., Laksono, I., Selvanathan, J., Saripella, A., Nagappa, M., Pham, C., ... & Chung, F. (2021). Prevalence of sleep disturbances in patients with chronic non-cancer pain: A systematic review and meta-analysis. *Sleep medicine reviews*, 57, 101467.
- Taylor SE , Lichtman RR and Wood JV (1984) Attributions, beliefs about control and adjustment to breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology* , 46, 489 – 502 .
- Uitterhoeve, R. J., Vernooy, M., Litjens, M., Potting, K., Bensing, J., De Mulder, P., & van Achterberg, T. (2004). Psychosocial interventions for patients with advanced cancer—a systematic review of the literature. *British Journal of Cancer*, 91(6), 1050-1062.
- Uyer, M., Uslu, R., & Yildirim-Kuzeyli, Y. K. (2006). Palyatif Bakim. *Izmir, Meta Basim Matbaacilik Hizmetleri*.
- Watson M , Greer S , Pruyun J and Van den Borne B (1990) *Locus of control and adjustment to cancer* . *Psychological Reports* , 66, 39 – 48 .
- Watson, M., Haviland, J. S., Greer, S., Davidson, J., & Bliss, J. M. (1999). Influence of psychological response on survival in breast cancer: a population-based cohort study. *The Lancet*, 354(9187), 1331-1336.
- World Health Organization. Reproductive Health, World Health Organization, World Health Organization. Chronic Diseases, & Health Promotion. (2006). *Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice*. World Health Organization.
- Yanez, B., Edmondson, D., Stanton, A. L., Park, C. L., Kwan, L., Ganz, P. A., & Blank, T. O. (2009). Facets of spirituality as predictors of adjustment to cancer: relative contributions of having faith and finding meaning. *Journal of consulting and clinical psychology*, 77(4), 730.