

## HASTALARIN PSİKOSOSYAL TEPKİLERİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Nazmiye KOCAMAN\*

Kabul Tarihi: 06.12.2006

### ÖZET

Hastalıklar kişinin yaşamında yaygın, zorlayıcı, erken deneyimlerdir ve hem objektif, hem subjektif boyutları vardır. Hastanın hastalıkla ilgili subjektif deneyimini anlamak psikososyal boyutun anahtarıdır. Çoğu hasta için hastalıklar stres yaratan bir durum olarak algılanır. Hemşireliğin hareket alanı sağlık problemlerinin kendisi değil, sağlık problemlerine kişinin tepkisidir. Hastalığa psikososyal tepkiler, hastanın psikolojik bütünlüğünü korumak için açığa çıkan tüm kognitif, emosyonel ve davranışsal yanıtları içerir. Hastanın hastalığa psikolojik yanıtını karakterize etmede doğru tek bir yol yoktur. Benzer hastalığa sahip hastaların tepkileri birbirinden farklıdır ve tepkileri etkileyen birçok faktör vardır. Bu tepkiler, fiziksel hastalığın özelliklerine, hastanın bireysel özelliklerine, çevrenin özelliklerine göre şekillenir. Hemşirenin, fiziksel bir hastalıkla karşılaşan kişinin bu tepkilerini tanıyabilmesi ve etkileyen faktörleri bilerek hastayı değerlendirmesi, gerekli hemşirelik girişimlerinde bulunabilmesi için ilk basamaktır.

Bu yazıda, fiziksel hastalık stresine emosyonel ve davranışsal yanıtların önemli göstergeleri olarak hastalık algısına, kişilik tipine, savunma mekanizmalarına, baş etme biçimine yer verilerek bireysel subjektivitenin önemi vurgulanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Fiziksel hastalık, psikososyal tepki, hastalık algısı, baş etme, hemşirelik.

### ABSTRACT

#### Factors that Affected of Psychosocial Reactions of Patients

Illnesses are common and coercive experiences, which include both subjective and objective dimensions. Understanding the patients' subjective experience is the key to the psychosocial dimension. For most patients, illnesses are perceived as stressful events. The standpoint of nursing is not the illness itself but the individuals' reaction to health problems. Psychosocial reactions to illness include all cognitive, emotional and behavioral responses that aim to maintain psychological integrity. There is no one correct way to characterize psychological responses to illness. Reactions of individuals with similar illnesses are different and there are varieties of factors that affect these reactions. These reactions shape according to the characteristics of the physical illness, patients personal characteristics and characteristics of environment. The assessment of the nurse to recognize factors that affected and these reactions are the first step in engaging necessary nursing intervention.

The importance of individual subjectivity is emphasized in this paper through the placement of coping styles, defense mechanisms, personality types, and the appraised meaning of illness as central mediators of the behavioral and emotional responses to the stresses of physical illness.

**Keywords:** Physical illness, psychosocial reactions, illness perception, coping, nurses.

### GİRİŞ

Hastalık çoğu kişinin yaşamında en yaygın ve erken deneyimlerden biridir. Hastalık tıbbi açıdan öncelikle fizyopatolojik-organik süreçleri içerir ancak bununla sınırlı değildir (Ojala 1989), subjektif bir durum olarak yaşanır. Tıbbi tanısı aynı ya da benzer olan kişiler

durumları hakkında farklı görüşlere sahip olabilir (Kozier et al. 1994, Ojala 1989, Özkan 1993). Hemşirelerin, hasta için hastalığın objektif ve subjektif yönlerini anlaması önemlidir. Çoğu (özellikle bağımsız) hemşirelik uygulamaları kişinin hastalıkla baş etmesi için yardıma yöneliktir (Stuart and Sundeen 1991).

\*İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri AD Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Bilim Dalı (Dr.) (e-mail: klpnurse@istanbul.edu.tr)

Amerikan Hemşireler Birliği (ANA)'ne göre hemşirelik, gerçek veya olası sağlık problemlerine kişinin tepkilerinin tanımlanması ve tedavisidir. Bu tanım hemşireliğin hareket alanının sağlık problemlerinin kendisi değil, sağlık problemlerine kişinin tepkileri olduğunu vurgular. Hemşire, müdahalede bulunduğu kişinin tepkilerine odaklanmalıdır. Sağlığa ve hastalığa insan cevabı, hemşirelik biliminin merkezidir (Mitchell et al.1991).

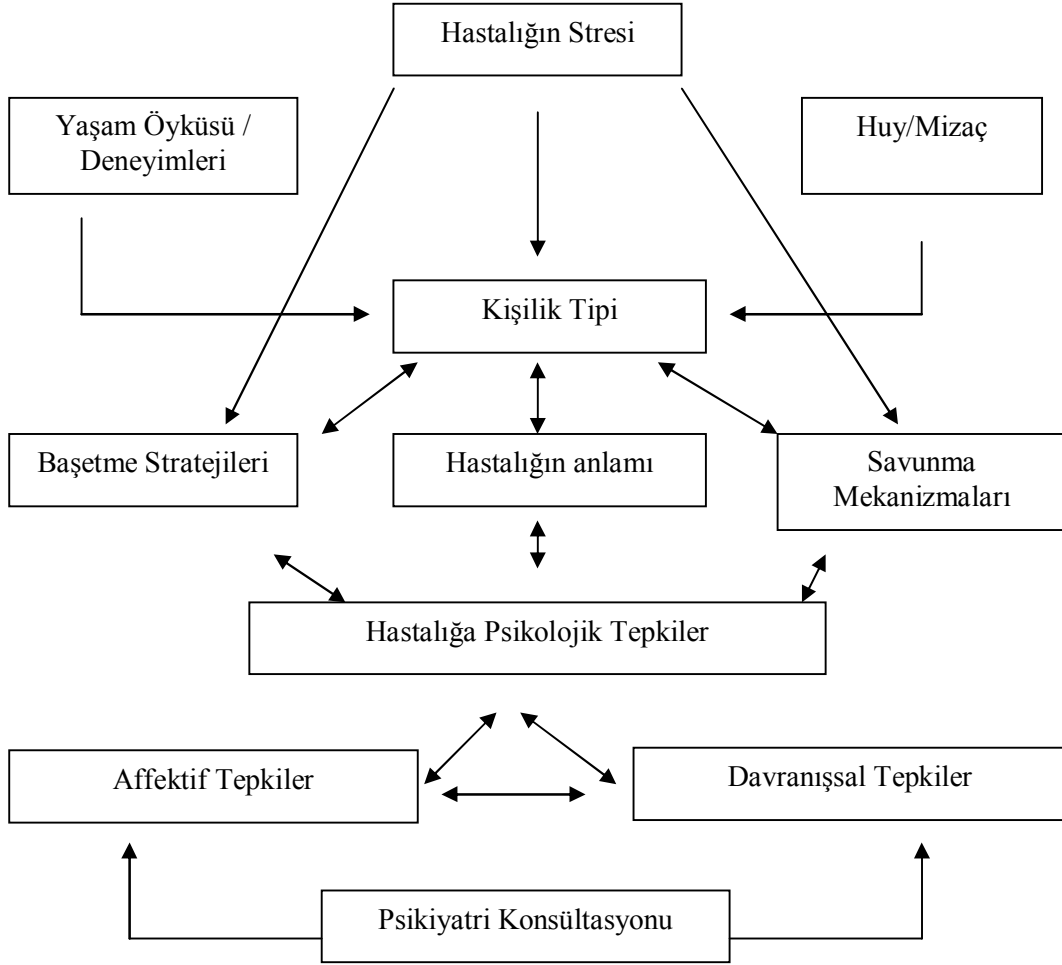
Hastalığın subjektif olması ve her birey için farklı deneyimlenmesi nedeniyle kişilerin hastalığa yanıtı da farklıdır. Hastalığa psikososyal tepkiler, hastanın psikolojik bütünlüğünü korumak için açığa çıkan tüm kognitif, emosyonel ve davranışsal yanıtları içerir (Lipowski 1983). Bazı kişiler, hastalıkla mizah duygusu ve cesaretle yüzleşir görünürken, bazıları anksiyete, öfke, korku veya umutsuzluk gibi yoğun duygular yaşamakta ve zorlanmaktadır. Hastalarda adaptif veya maladaptif genel olarak ortaya çıkan en yaygın emosyonel tepkiler; anksiyete, korku, öfke, güç-güçsüzlük, üzüntü ve keder, yetersizlik, başarısızlık, utanç, suçluluk, umut-umutsuzluk, rahatlamadır. En yaygın davranışsal tepkiler de; destek arama, bu zorlayıcı yaşam olayı sonrası gelişim, kendi sağlığı ve hastalığı hakkında uzman olma, gizleme, yalnızlık, sosyal geri çekilme veya izolasyon, tedavi rejimine uyumsuzluk veya tedaviyi reddetmedir (Barry 1996, Gorman et al. 2002, Groves and Muskin 2005, Grendell 2000, Maynard 1997, Sensky 1997).

Hastanın hastalığa psikolojik yanıtını karakterize etmede doğru tek bir yol yoktur (Groves and Muskin 2005). Bu yanıtlar, fiziksel hastalığın

özelliklerine, hastanın bireysel özelliklerine, çevrenin desteğine ve özelliklerine göre şekillenir (Özkan 1993, Stuart and Sundeen 1991). Klinik deneyimler ve araştırmalar, bireyin tıbbi hastalığına verdiği tepkilerin hastalığın özelliklere göre (hastalığın ciddiyeti, kronisite, organ vb.) önceden tahmin edilemeyeceğini göstermiştir (Sensky 1997). Burada bireyin hastalıkla ilgili subjektif deneyimi daha belirleyici olmaktadır (Lloyd 1991). Stresin derecesi, hastalığın doğasından ve ciddiyetinden daha çok hastanın hastalığını algılamasına bağlıdır (Royal College Report 2003). Hastanın hastalık algısı, kişilik tipleri, savunma mekanizmaları ve kişinin baş etme biçimi hastanın stresöre cevabını etkileyen önemli değişkenlerdir. Ayrıca bu değişkenlerin de birbirleriyle ilişkisi vardır (Groves and Muskin 2005, Penley et al. 2002). Bireyin hastalığa emosyonel ve davranışsal tepkilerinin karmaşıklığını gösteren çatı Şekil 1'de verilmiştir (Groves and Muskin 2005).

Hemşirenin, fiziksel bir hastalıkla karşılaşan kişiye psikososyal bakım vermesi için, hastanın tepkilerini tanıyabilmesi ve psikososyal tepkileri etkileyen faktörleri bilerek hastayı değerlendirmesi gereklidir. Bu nedenle yazıda, fiziksel hastalık stresine emosyonel ve davranışsal yanıtların önemli göstergeleri olarak özellikle hastalık algısına, kişilik tipine, savunma mekanizmalarına, baş etme biçimine yer verilerek bireysel subjektivitenin önemi vurgulanmıştır. Psikososyal tepkileri etkileyen faktörler; hastanın fiziksel hastalığı, bireysel özellikleri ve çevreyle ilgili faktörler olarak verilmiştir.

Şekil I: Bireyin hastalığa tepkileri ve etkileyen faktörler



### Fiziksel Hastalıkla İlgili faktörler

Hastalığın aniden ya da yavaş başlaması, belirti süreci bireyin hastalığına tepkisini etkileyebilir. Yine de akut olmasına rağmen yaşamı tehdit etmeyen bir hastalıkta etkisi kısa süreli olabilir, birey kısa zamanda uyum sağlayabilir. Kronik hastalıkta mücadele sürekli ve kişi için günlük yaşamın bir parçası olur. Hastalık sakatlığa (disability) yol açmışsa, günlük yaşam aktivitelerini sürdürmesini engelliyorsa ve yaşamı tehdit eden bir hastalıkta ciddi stres yaratır (Royal College Report 2003).

Fiziksel hastalığa psikolojik cevapla ilgili ilk stresör, hastalığın

belirtilerinin tanınması veya hastalığın teşhisidir. Bu süreçte tetkik sonuçları kaygıyla beklenir ve süre uzadıkça belirsizlik artar (Maynard 1997). Ellis ve Nowlis (1994), fiziksel hastalığı olan hastalar hastalık başladıktan sonra hastalık sürecinde 5 aşama tanımlamışlardır: inanamama ve inkar, iritabilite ve öfke, kontrolü kazanma girişimi, depresyon, kabul ve iş birliği. Hastalığın prognozunda yaşanan stres, hastalığın ciddiyeti, süresi, yetersizlik ya da sakatlık miktarı ve tedavi seçeneklerine göre değişir (Özkan 1993). Tedavinin bireyin canını yakıp yakmayacağı, acı/ağrı hissedip hissetmeyeceği, ne kadar süreceği,

maliyeti, tedavinin sonucu önemli faktörlerdir (Maynard 1997).

### **Hastanın Bireysel Özellikleriyle İlgili faktörler**

#### ***Yaşam öyküsü, deneyimleri***

Kişinin kendi deneyimleri veya çevresinden edindiği izlenimler sağlık ve hastalık hakkında beklentilere yol açar. Hastalık hakkında, “fiziksel hastalıklar zamanla sınırlıdır ve genellikle süreleri kısadır”, “hastalıkların çoğu tıbbi bakımı gerektirmez”, “sağlıklı olmak kişinin herhangi bir özel çabasını gerektirmez”, “hasta olmak kişinin zayıflığıdır”, “hastalıklar yaşla ilgilidir” gibi bu inançlar hastanın tepkilerini, baş etme biçimini etkiler, kronik hastalığa uyumu zorlaştırır. Geçmişteki hastalıklar orta düzeyde ve hızlıca iyileşmişken, kişi uzun süre tedavi gerektiren kronik bir hastalıkla karşılaşırsa engellenmiş hisseder. Hemşireler hastaların hastalıkla ilgili geçmiş deneyimlerini öğrenmelidirler (Maynard 1997, Stuart and Sundeen 1991, Royal College Report 2003).

#### ***Hastalığın Anlamı***

Hastalığın anlamı, hastalık durumunun bilişsel görünümüdür, hastanın algısını ifade eder. Değerlendirme hastalık süreci boyunca devam eder ancak bir anlam daha baskındır. Lipowski önce sekiz “hastalık kavramı” (meydan okuyan, düşman, ceza, zayıflık, rahatlama, strateji, kayıp veya zarar ve değer olarak) tanımlamıştır. Daha sonra bunları dört kategoride (meydan okuyan veya tehdit eden, kayıp, ceza ve kazanç veya rahatlama) toplamıştır (Lipowski 1983). Klinik uygulamada bu anlamlardan birini hastanın niçin geliştirdiğini anlamak gereklidir. Hastanın hastalığa emosyonel tepkisi, onun hastalığa yüklediği anlama bağlı olduğu gibi emosyonel tepki biçimi de yüklenen anlamı etkiler. Hasta için hastalığın anlamını bilmemiz, hastanın duygularını ve davranışlarını daha iyi anlamamıza yardım eder (Browne et al. 1988, Lipowski 1983).

Hasta hastalığını mücadele edilmesi gereken, meydan okuyan bir durum olarak gördüğünde, aktif olarak başa çıkmaya uğraşır. Bu durumda hasta, amaçlı, fiziksel aktivitede değişiklik yapma, vakitlice öneri, tedavi ve işbirliği arayarak hastalığa uyumlu davranışlar gösterir. Baş etme nispeten rasyonel ve esnek olma eğilimindedir. Böyle bir tutum ve anlam çoğunlukla arzu edilendir, bu nedenle teşvik edilmelidir (Lipowski 1983).

Hasta, hastalığını bedenine, benliğine zarar veren, tehdit eden bir durum olarak algılayabilir ve sıklıkla anksiyete, korku ve öfke duyguları açığa çıkar. Kişi hastalanmayı rahatsızlık verici olmanın yanı sıra aşağılayıcı ve alçaltıcı bulabilir. Bazı hastalar hastalığı “ele geçirilmesi gereken düşman” olarak görürler ve “fethetmeye” çalışırlar (Lipowski 1983, Druss 1997, Browne et al. 1988). Birçok hasta hem somut ve sembolik olarak, hem de duygusal ve eylemsel olarak hastalığı kayıp biçiminde görür. Somut kayıplar bedenin fonksiyonlarının ve parçalarının kaybını içerir. Sembolik olarak güvenlik, memnuniyet, benlik saygısı gibi kişisel olarak önemli değerler ve gereksinimlerle ilgilidir. Bu kayıplar kişide yas sürecini başlatır ve depresyon gözlenebilir (Lipowski 1983, Druss 1997). Hasta hastalığı hak ettiği ya da etmediği ceza olarak algılayabilir. Hasta cezalandırıldığını ve cezalandıran tarafından sevilmediğini düşünür. Burada en önemli sorun suçluluk duygusunun varlığı ve derecesidir. Hastalığın tehdit, zarar verici, kayıp veya ceza olarak algılanması tedavi sürecini olumsuz yönde etkiler (Lipowski 1983, Druss 1997, Browne et al. 1988).

Bazı hastalar için hastalık bilinçli veya bilinçsiz olarak ekonomik zorluklardan, kişiler arası güç durumlardan, sosyal rollerin sorumluluklarından ve isteklerden muaf olma, dinlenme anlamına gelebilmektedir. Bu, hastalıktan primer

veya sekonder kazancı içerir. Böyle bir hasta paradoksal olarak iyi olma arzusuna itiraz edebilir, yardım çabalarını sabote edebilir. Bu durumda tedaviye uyumsuzluk yaygındır ve genellikle “hasta rolüne” sınıksız sarılabilir. Bu hastalar karşısında sağlık elemanları kendilerini çaresiz ve etkisiz hissedebilir (Lipowski 1983).

#### ***Kişilik Tipleri***

Kişilik tipi ve karakter biçimi ile kişilik bozuklukları arasındaki ayrım önemlidir. Burada patolojiler üzerinde durulmayacaktır. Çoğu hasta tek bir kişilik tipinde değildir, farklı kişilik özellikleri gösterir. Genel hastanede kişilik tipleri, hastalığa tepki ve uyum yöntemlerine ilişkin şöyle bir tanımlama ve sınıflama yapılmıştır. “Tıbbi yönetimde kişilik tipleri” olarak 7 kişilik tipi (bağımlı, obsesif, histrionik, mazohistik, paranoid, narsistik, şizoid) ve her bir kişilik tipine göre hastalığın anlamı tanımlanmıştır (Groves and Muskin 2005). Bu kişilik tiplerinin ekstrem formları bakım verenleri frustre edebilir, tedavi ekibinde sıklıkla yoğun negatif duygular ortaya çıkarabilir.

*Bağımlı* hasta, ihtiyaçlarını ve isteklerini bağımsızca karşılamada, problemlerini çözmede yetersiz görünür ve devamlı yardım ister (Miller 2001). Bu hastalar için hastalık, “terkedilme korkusunu” uyarır (Perry and Viedeman 1981). Hastalanınca telaşlanır, korkar ve bakım verene çılgınca yapışırlar, bağlanırlar. Aşırı isteklerde bulunan bu kişiler bakım vericilerde, bıkkınlık ve öfke duygusu uyandırabilirler. Hastanın gereksinimlerini karşılamaktan bunalır, manipüle edilmiş hissedebilir, hastadan kaçmayı isterler. Böylece hastanın terkedilme korkusu doğrulanmış olur (Groves and Muskin 2005, Özkan 1993).

*Obsesif* kişilikteki bireyler titiz, en ince ayrıntıya inen, rasyonaliteye önem veren ve kontrolde hissetme özelliklerine sahiptir. Ritüeller ve programın düzenli olması önemlidir (Miller 2001). Onlar, hastane çevresinin

önceden kestirilemez işlemleri ile kolayca frustrasyon, öfke yaşayabilirler, bazı tetkikleri, prosedürleri, tedaviyi reddederek kontrol duygusunu hissetmeye çalışabilirler. Obsesif kişiler hastalığı, “beden üzerinde kontrolünü kaybetme” olarak yaşarlar (Heiskell and Pasnau 1991, Groves and Muskin 2005). Tedavi ekibi hastanın karşı koymalarına rağmen mücadele etmeye, ikna etmeye çabalarsa, istenenin aksine hastanın direnmesi proveke edilmiş olur. Bir halatın iki ucundan tutan iki takımın halata asılıp karşı takımı kendilerine çekmeye benzer (Groves and Muskin 2005).

*Histrionik* kişilik biçimindeki hastalar, dikkati çekmeyi, onaylanmayı, beğeni duyulmasını şiddetli arzu ederler ve inkarı kullanarak anksiyeteyi proveke eden durumlardan kaçınma eğilimindedirler. Hastalık bu kişilik özelliğindeki için, “erkekliğe veya kadınlığa tehdit” olarak algılanır. Hastalık bu hastaların “sevgi, çekicilik, cazibe kaybı” korkusunu harekete geçirir (Groves and Muskin 2005, Özkan 1993).

*Mazohistik* kişilikteki kişiler kendilerini kurban olarak algırlar, üzüntülerini anlatmaya hazırdırlar, kendilerini feda edilen şehit olarak algırlar. Hastalık deneyimi sevilme ve bakılma için kaynak sağlar, sözsüz olarak, “siz beni sevin çünkü ben çok kötü acı çekiyorum” demek isterler (Heiskell and Pasnau 1991). Bu kişiler için hastalık, “geçmişte yaptıkları ya da yapmadıkları için gerçek veya fantezi edilmiş ceza” olarak algılanır. Hastalık değersizlik duygularını pekiştirir, bu nedenle tedaviyi de gereksiz görürler. Cesaret ve garanti verme bu hastalarda paradoksal etkiye sahiptir (Groves and Muskin 2005).

*Paranoid* kişiler için hastalık bir “dış tehdittir”, şüpheli ve sorgulayıcı tutumdadırlar. Bu kişilikteki hasta iken diğerlerini suçlayabilirler, hastalığı dünyanın kendilerine karşı olduğuna delil olarak görebilirler. Stres, hastanın

şüpheciliğini, kontrol eğilimlerini arttırabilir. Bu hastalar prosedürleri, testleri reddeder, tıbbi önerilere karşı tehdit edilmiş hisseder, tedavi ekibini bir şey yapmamakla itham edebilirler (Groves and Muskin 2005).

*Narsisistik* özellikteki hastalar kolayca fark edilirler. Kibirli, gururlu, kendini beğenmiş, arzulu özelliklere sahiptirler. Bu tipteki hastalar hekimin unvanını sorarak görüşmeye başlarlar, öğrenciler tarafından muayene edilmeyi reddederler. Narsistik kişiler hastalığı “özerklik, otonomi, yeterlilik ve mükemmelliklerinin tehdit edilmesi” olarak algılarlar, benlik kavramını tehdit altında hisseder “narsisistik yaralanma-felç” yaşarlar. Başkalarına muhtaç olmaktan korkarlar (Miller 2001).

*Şizoid* kişilik tipindeki hastalar uzakta, sosyal olarak beceriksiz veya inhibe edilmiş olarak görülürler. Tamamıyla gerekene kadar bakım almaktan kaçınırlar (Miller 2001). Bu hastaları tedaviye katmakta zorluk yaşanabilir (Heiskell and Pasnau 1991). Şizoid kişilikteki hastalar için hastalık “mahremiyet, kendilik ve özgünlüklerinin tehdit edilmesidir” (Groves and Muskin 2005).

Sayılan kişilik özelliklerine sahip bu hastaların yönetiminde, destek ve güven etkilidir, ancak ölçülü olunmalı, samimiyet ile formalite arasında denge kurulmalı, açık sınırlar konmalı ve duygularını konuşması için teşvik edilmelidir. Uzlaşmacı bir tutum sergilenmesi, duygularının kabul edilmesi, gizlilik ve mahremiyet gereksinimlerine saygı gösterilmesi yararlıdır (Özkan 1993, Miller 2001). Açıklama yapılmalı ve tedavi kararları konusunda kendisinin katılımı ve sorumluluk alması desteklenmelidir. Hastanın semptomlarını düşünmeksizin vizitleri düzenli programlamak gerekir, semptomların ciddiyeti ile kontaktın sıklığı arasında bağ kurmalarını önemlidir (Groves and Muskin 2005).

Bu kişilik biçimleri dışında fiziksel hastalığı olan hastalarda esneklik, dayanıklılık, iç kontrol gibi özelliklerin etkisi de vurgulanmaktadır. Genellikle yaşamını kontrol edebilen ve yeterli hisseden, esnek, dayanıklı, iyimser, emosyonel dengeye sahip kişiler hastalığa ve sonuçlarına daha pozitif yaklaşabilmekte, hatta bu özelliklere sahip kişiler için “kendi kendini iyileştiren kişilik” terimi kullanılmaktadır. Esneklik, kişinin kontrol edemediği veya değiştiremediği durumlara uyumu kolaylaştırırken, dayanıklılık stresli yaşam olaylarına direnmeyi ifade eder. İç kontrol kişinin karşılaştığı durumunun sonucunu etkileyebilme yeteneğinin olduğuna inanmasıdır. Bu özellikteki kişiler tedavi sürecine aktif katılır, kişisel sorumlulukları olduğuna inanır ve etkin baş etme yollarını kullanabilirler (Maynard 1997, Grendell 2000).

#### ***Baş etme yöntemleri***

Baş etme hastalık tarafından zorlanan isteklerle, gereksinimlerle uğraşmak, çevreden gelen talep ve değişikliklere uyum sağlamak için kişinin bilinçli veya bilinç dışı ortaya koyduğu bilişsel ve davranışsal stratejilerin toplamı olarak tanımlanabilir. Tehlikeyi ya da istekleri fark etmesi, sınırlarını belirlemesi ve kontrol etmeye çalışması bireyin baş etmesidir (Lazarus 1993, McHaffie 1992). Baş etme yöntemleri temel olarak iki kategoride sınıflandırılmıştır. Problem odaklı baş etme, strese neden olan problemi değiştirmek, çözmek, yönetmek için kişinin kullandığı düşünceler ve davranışları içerir. Emosyon odaklı baş etme, probleme emosyonel tepkileri düzenlemeye yöneliktir (Endler and Parker 1990, Lazarus 1993).

Hastalıkla baş etme zaman içinde değişen dinamik bir süreçtir ve baş etme biçimi hastanın psikososyal tepkilerini etkiler. Fiziksel hastalığı olan hastalarda en sıklıkla kullanılan baş etme yöntemleri; Bilgi ve sosyal destek arama,

yeni beceriler öğrenme, tedaviye aktif olarak katılma, planlı problem çözme, yüzleşerek başa çıkma, mesafe koyma, kendini kontrol etme, sorumluluk alma, olumlu yaklaşım-pozitif tekrar değerlendirme, kaçma-kaçınmayı kullanma, hastalık hakkında endişeleri, duygularını paylaşma, kaybı kabul etme, inançları doğrultusunda emosyonel destek alma, gerçekçi ümidi koruma olarak bildirilmiştir (Penley et al. 2002, Royal College Report 2003).

Araştırmalar, kontrol edilebilir durumlarda hastaların problem odaklı baş etmeyi seçme eğiliminde olduğunu göstermiştir. Kontrol dışı olarak düşünülen durumlarda ise hastalar emosyon odaklı baş etme biçimini seçebilmektedirler (Schussler 1992). Fakat hastalık veya hastane yatışı gibi kompleks durumlarda genellikle birden çok strateji kullanılır. Hastalığın çeşitli aşamalarında meme kanseri olan kadınlar üzerinde yapılan araştırmalarda, stresörün doğası değiştiği gibi baş etme stratejilerinin de değişebildiği gösterilmiştir. Kişinin baş etme biçiminin seçiminde deneyimleri, hataları, kişilik özellikleri ve hastalık algısı etkilidir (Heim et al. 1997).

Bireyin sıklıkla kullandığı baş etme stratejilerini içeren bir repertuarı vardır ve herhangi bir durumda alıştıkları bu yöntemleri kullanırlar. Hastanın dominant baş etme biçimi onun iletişimime ve eylemlerine yansır. Hasta rolünderken hastanın kullandığı dil, tarz, tıbbi yardım arama zamanı baş etme biçimini ve ilgili stratejileri açığa çıkarır (Lipowski 1983). Hasta etkin olsun ya da olmasın geçmişte kullandığı benzer yöntemleri kullanacağından, öncelikle hastaya stresli durumlarla nasıl baş ettiğini sormak yararlıdır. Hemşireler kişinin her zamanki baş etme yollarını tanımlamalı, etkin baş etme yöntemlerini kullanmalarını desteklemeli, etkisiz-olumsuz yöntemleri kullanmalarını engellemeli ve yeni etkili baş etme yöntemlerini öğretmelidir (Maynard

1997, Stuart and Sundeen, 1991). Sağlık sonuçları üzerinde baş etme stratejilerinin farklı (pozitif veya negatif) etkiye sahip olduğu gösterilmiştir. Stresörle uğraşmada başlangıçta etkin olan strateji, stresörün doğası değiştiğinde uzun süreli etkin olmayabilir (Penley et al. 2002).

#### **Savunma Mekanizmaları**

Uyum dengesini bozacak herhangi bir etken organizmada tehlike olarak algılanır. Bu tehlikelere, tehditlere, engellemelere ve çatışmalara karşı kişinin ruhsal bütünlüğünü devam ettirebilmesi için savunma mekanizmaları vardır. Bunlar, bireyi tehlikelerden korumak için oluşan, egoyu savunan, bilinçsiz, otomatik psikolojik süreçlerdir. Savunma mekanizmalarının temel amacı ego'yu id ile süperego arasındaki çatışmalardan kurtaracak bir uyum yolu bulmaktır (Öztürk 2002, Gorman et al. 2002). Savunma mekanizmaları kişinin engellere dayanma gücüyle, kalıtsal ve ruhsal yapısıyla, toplumsal olgunlaşma düzeyiyle yakından ilgilidir. Savunma mekanizmaları insanın uyum yapmasını kolaylaştırırken, bazen de uygunsuz ve kişinin işlevselliğini bozacak hale gelebilir, tanımlanması ve kesin sınırlarının belirlenmesi zordur (Öztürk 2002, Gorman et al. 2002).

Hastalığı yönetme becerisini kazanma ve hoş olmayan emosyonel cevapları azaltmaya yönelik kişi bilinçli girişimlerde bulunabilir ya da bilinçli olmadan savunma mekanizmaları kullanır. Fiziksel hastalığın getirdiği zorlanma ile baş etme de bir ego işlevidir ve kişi daha çok geçmişte kullandığı yöntemleri kullanır. Baş etme stratejileri ve savunma mekanizmaları bir taraftan maladaptif veya etkisiz olabilir, diğer taraftan adaptif veya etkilidir (Penley et al. 2002). Adaptif savunmalar, dinamik dengeyi yeniden kurmaya ve uyuma dönüktür. Maladaptif savunmalar ise hastanın gücünü, direncini azaltır, sorunun çözümünü güçleştirir, kısır döngüye neden olur. (Özkan 1993). Fiziksel hastalıkta ortaya çıkan savunma

mekanizmaları amaçlarına göre üç grupta incelenebilir:

**1-Tehditten kaçma ve enerjinin korunması.** Regresyon (gerileme), patolojik bağımlılık, geri çekilme bu grup savunmalardır ve fiziksel hastalığı olan kişilerde yaygın olarak kullanılır.

**Regresyon,** latince “regredi”, “geri gitmek” anlamına gelir ve kişinin, benliğe sıkıntı veren durumla başa çıkamadığında, bulunduğu gelişimsel dönemden daha önceki dönemlere dönmesi olarak tanımlanır. Birey sıkıntılı durumla baş etmek için geçmiş yaşantısında daha sorunsuz olduğu dönemin davranışlarını gösterir. Hastalık ve hastaneye yatma süreci psikolojik yönden regresyonu beraberinde getirir, hastalıkta yaygın bir savunma mekanizmasıdır. Hastaneye yatan olgularda bir miktar regresyon normal sayılabilir. Bu düzeyde regresyon uyum sağlayıcıdır, anksiyete düzeyinin azalmasına ve dinlenmeye izin verir, kişinin hastalığın getirdiği kısıtlılıkları kabul etmesini kolaylaştırır ancak çok uçlarda olduğu zaman problem yaratır. Buna sekonder kazanç da iştirak edebilir. Yalnız kalmayı tolere edemeyen, minimal düzeyde ağrı toleransı olan, çocuksu, sürekli isteklerde bulunan ve kolayca sinirlenen bir hastaya bakım vermek güçtür (Gorman et al. 2002, Barry 1996).

Hastalık nedeniyle birçok bağımsız aktiviteleri sınırlanan hastanın bağımlılık-bağımsızlık dengesi tehdit edilirse *patolojik bağımlılık-bağımsızlık* tepkisi ortaya çıkar. Hastaların, hastalığın ciddiyetine uymayan bir şekilde bağımlı olma gereksinimleri artar veya azalır. Örneğin, bazı hastalar sürekli kendi kendilerine bağımsızca yapabilecekleri aktiviteler için bile hemşireden yardım isteyebilirler. Bu şekilde aşırı bağımlılık davranışı sergileyebilirler. Bazı hastalar ise aksine hasta olmadan önce ne yapıyorlarsa aynı şeyleri yapmak için çaba harcayabilirler, yapamayacakları bazı aktiviteleri bile yapma girişiminde bulunabilirler. Yaşantılarını bağımsız bir

şekilde sürdüren kişiler hastane yatışını ve hastalığın getirdiği bağımlılığı kabullenmede güçlük yaşarlar. Hemşireden yardım istemekten rahatsızlık duyarlar. Bu şekilde aşırı bağımsızlık davranışı sergilerler (Özkan 1993, Barry 1996).

Bağımlılık, bağımsızlık çatışması yaşayan, regresif davranışlar sergileyen davranışlar hemşireleri engelleyebilir, zaman zaman öfkeli ve sabırsız hale getirebilir. Burada hemşirenin, bağımlı davranışlar hakkındaki kişisel hislerinin farkında olması önemlidir. Regresif ve bağımlı davranışların hastalığı kabul etme tepkisinin bir parçası olduğu bilinmeli ve hastanın davranışlarını yargılayan bir tutum sergilenmemeli ancak uygun sınırlar konulmalıdır. Davranışların nedeni anlaşılmalı, hastanın güven, saygı, ilgi ve bakım gereksinimi olduğunun farkında olunmalıdır. Bağımsızlık gereksinimi olan hastanın sınırlılıklarını tanımasına, kendisine yardım etmesine, iyileşme sürecine katkıda bulunmasına yardım edilir (Barry 1996, Maynard 1997).

**2-Tehdidin veya bunun öneminin yadsınması.** Regresyon (bastırma), inkar (yadsıma), rasyonalizasyon (akla uygunlaştırma), dışlaştırma, projeksiyon (yansıtma) ve minimizasyon bu grup içinde düşünülebilir.

**Represyon,** onaylanmayan, acı veren dürtü ve isteklerin görmezden gelinmesi, sıkıntı, kaygı, korku, suçluluk yaratan, istenmeyen durumların, düşüncelerin, anı ve deneyimlerin dışlanması, bilinç dışına itilmesi ve orada tutulmasıdır. Bunlar superego tarafından yargılanarak yasaklanan öğelerdir, genellikle bilinç düzeyine çıkması benlikçe kabul edilmez niteliktedir ve bastırılır. Bellekten silme çabası değil, bilinç dışında tutma çabasıdır. Bastırılan materyal değişmeden kalır, varlığını korur, bilinç alanına aktif hale geçmek için fırsat arar. Bu mekanizma bazen kişinin yüzleşerek çözebileceği



yaşantıların, gerçekçi yollardan çözüm bulmasını engelleyerek oldukça zararlı olabilir (Vaillant 1993, Öztürk 2002, Gorman et al. 2002, Barry 1996)

İnkâr, çözümlenemeyen çatışma, tolere edilemeyen anksiyete veya bir tehdit ile karşılaşıldığında kullanılan bir savunma mekanizmasıdır. İnkâr, hoşla gitmeyen bir gerçeği, onun anlamını tanımamak, reddetmek, görmezden gelmek, yok saymak ve böylece kendi benliğini korumaktır. İnsanoğlu acı veren gerçeği kolay kolay görmek istemez, kaçınır ve bu kaçınmanın da bilincinde değildir. Kişi kendine yakıştırmadıklarını hiç yaşamamış gibi algılayabilir, değişik derecelerde inkârı kullanabilir. Represyonda bir yaşantının bilinç dışına itilmesi söz konusu iken, bu bilinç düzeyine getirildiğinde önce yadsınıp, sonra kabul edilebilir. İnkâr düzeneğinde ise, bilinçdışı bir yakıştırmama, yok sayma özelliği vardır ve bunun yerine gerçek dışı başka kabullenişler, başka düşünce ve inançlar oluşturulur (Vaillant 1993, Öztürk 2002, Gorman et al. 2002).

Fiziksel hastalığı olanlar da sıklıkla inkâr mekanizmasını kullanırlar. Ciddi bir hastalığın teşhisi sonucunda hasta “bu gerçek olamaz”, “ciddi bir hastalığım olduğuna inanmıyorum” ya da “bu testler yanlış ya da karışmış olabilir” diye inkârını ifade edebilir. Burada hastalık inkâr edilebileceği gibi, hastalığın önemi, anlamı ya da ortaya çıkan duygu durum inkâr edilebilir. Hastalar “bu benim için geçerli değil”den, “bu küçük bir hastalık” diye düşünme arasında çeşitli derecelerde inkârı kullanabilirler. Kişi, bazen hastalığını, bazı semptomlarını, bazen tedavi gereksinimini veya yaşam biçiminde değişiklik yarattığı durumları reddedebilir. Hastaların çoğu kısmi inkârı kullanır. Hastalığın ciddiyetini inkâr etmiş görünürken, tedavi planına katılır. Kişi sağlığındaki değişimle baş etmeye psikolojik olarak hazır olana kadar inkârı kullanır (Özkan 1993, Barry 1996).

İnkâr her zaman patolojik bir savunma değildir ve değişik uyum amaçlarına hizmet edebilir. İnkâr yanıtı kısa süreli olarak emosyonel tepkileri önlemeye yardım ederken, sağlık bakımı almama, tedaviye uymama gibi istenmeyen sonuçlar da yaratabilir (Royal College Report 2003). İnkârın uzaması bazı hastalıklarda tedaviden kaçınma, kendi kendini uygunsuz yöntemlerle tedavi etme girişimi gibi ciddi sonuçlara neden olabilir (Ellis and Nowlis 1994). İnkârın uyum değeri, hastalığın evresine veya doğasına göre değişebilir. Derhal tıbbi müdahale gerektiren durumda tedaviyi engelliyorsa, o zaman inkârı azaltmaya yardımcı olunmalıdır (Barry 1996, Özkan 1993). Bunun için, inkâra neden olan tehditlerin ve uyumsuzluğunun olumsuz sonuçlarının tanımlanması, inkârın hastanın hangi gereksinimini karşıladığının değerlendirilmesi gerekir. İnkârın sıklığını azaltıcı korku ve çatışmalarını dışarı vurmasına, duygularını açıklamasına fırsat verilmelidir. Hastanın bulunduğu ortamdaki aktivitelere katılımı sağlanmalı, inkârın azaldığı durumlarda olumlu geribildirim verilmelidir. İnkâr sürecinde aile de, göz önüne alınmalı ve sürece katılmalıdır (Barry 1996).

Rasyonalizasyon, benlik için acı, bunalıtı verici durumlarda, akla yatkın görünen, fakat sıkıntı vermeyecek bir neden, bir açıklama bulma yoludur. Bu yöntemi kullananlar, içinde buldukları şartları değiştirerek, anlatarak rahatlamayı seçerler. Aşırıya varıldığında kişi girişkenlikten uzaklaşır. Çoğu zaman kişi neden bulma arayışındayken yetersizlik duygusunu hafifletse de, kendi kendini aldatmaktan öteye geçemez. Bu aslında bahane bulma düzeneğidir, en çok kendini aldatır. Fiziksel hastalıklarda, hastalığın nedeninin ya da anlamının, öneminin oransız yorumlanması, önemsenmemesi, ya da belirli bulgu ve gerçeklerin daha az tehdit edici başka sebeplere atfedilmesidir (Vaillant 1993, Öztürk 2002, Gorman et al. 2002).

Dışlaştırma, kişinin içinde bulunduğu tehlikeli, istenmeyen durumu, duygu ve düşünceleri çevredeki diğer kişilere atfetmesi, sorumlu tutmasıdır. Tehlike kaynağı dışlaştırılır (Özkan 1993).

Projeksiyon, benliğin kabul etmek istemediği duygu, düşünce, istek ve davranışları bir başkasına yansıtarak rahatlamasıdır. Kişinin kendinde var olan, fakat kendi benliğine sıkıntı veren bazı özelliklerini başka bir kişiye aktararak bunların verdiği sıkıntıdan kurtulmasıdır. Kısaca bu mekanizma kusuru başkasına atma şeklinde işler. İstemediği durumdan başkasını sorumlu tutmaz. Bu mekanizma çoğu kere inkar ile birlikte işler (Vaillant 1993, Öztürk 2002, Gorman et al. 2002).

Minimizasyon, stresli olayın kişisel önemini ve emosyonel etkisini alışkın olduğu şekilde aşağı çekme, azaltma olarak açıklanabilir. Bu yöntemi kullanan kişiler hastalık tarafından sunulan tehdit veya kayba karşı inkarın çeşitli derecelerini sergilerler (Özkan 1993).

**3-Tehlike ve tehdidin azaltılması ve denetlenmesine yönelik savunmalar.** Entellektüalizasyon (düşünselleştirme), affekt izolasyonu (yalıtma), kabullenme, sublimasyon (yüceltme), kompansasyon (telafi) bu çerçevedeki baş etme düzenekleridir.

Entellektüalizasyon, yasak dürtülerin, anıların ve yaşantıların, entelektüel yetiler ve bilgilerle açıklanmaya çalışılması ve asıl bunalım kaynağının bu tür düşünce ve bilgi ürünleri ile kapatılmasıdır. Başka konulara yönelir, kendi sorunları yerine dünya sorunlarını bilgili ve gerçekten eleştirici bir kavrayışla tartışır. Bu anlatımları kendi benliğine bunalım veren sorunları ve duygu yüklü konuları örtmek için yaptığının bilincinde değildir (Vaillant 1993, Öztürk 2002, Gorman et al. 2002).

Affekt izolasyonu, duyguların düşüncelerden ayrıştırılarak ifade

edilmesidir. Her yaşantının hem duygusal, hem bilişsel yanı vardır. Bu düzenekte benliğe acı veren yaşantılar, anılar, deneyimler hatırlanırken, duygusal yanı ayrılarak bastırılır ve bilinçdışı kalır, ya da bu duygular ilgisiz gibi görünen bir başka yaşantıya, başka nesneye aktarılır (yer değiştirme). Böylece, kişi hoş olmayan ya da acı bir olayı kuru kuruya hiçbir duygu yükü olmaksızın anımsar ve onunla hiç ilgisi yokmuş gibi anlatır (Vaillant 1993, Öztürk 2002, Gorman et al. 2002).

Sublimasyon, dürtülerin asıl amaç ve nesnelere bırakmaları ve toplum içinde kabul edilen yaratıcı ve yapıcı eylemler için kullanılabilir duruma gelmeleri düzenegidir. Kimi dürtüler nesnelere ya da amaçlarını tümünden değiştirirler, benlik için yapıcı ve yaratıcı bir amaç ve nesne edinirler. Bu düzenek benliğin herhangi bir bunalım kaynağına karşı savunma gereksinimine bağlı değildir. Kişi bu sağlıklı enerjiden resim yaparak, şiir yazarak ya da iyi bir cerrah olarak yararlanır (Vaillant 1993, Öztürk 2002, Gorman et al. 2002).

Kompansasyon, kişi kendini güçsüz ya da zayıf gördüğü bir alandaki eksikliğini başka bir alanda üstün başarı elde etmeye örtmeye çalışabilir, böylece içinde bulunduğu durumun kaygısından kurtulabilir. Hastalığın yarattığı sınırlılıkların üstesinden gelmek için gereken bir eylemdir (Vaillant 1993, Öztürk 2002, Gorman et al. 2002, Özkan 1993).

### **Çevre Özellikleriyle İlgili faktörler**

Ailenin ve arkadaşların hastalığa tepkileri, toplumun norm, değer ve inançlarını içeren kültürel özellikler hastalığa yüklenen anlamı ve tedaviyi algılamayı, yardım arama davranışlarını, danışacağı kişilerin seçimini, hasta olmaya cevabını, hangi tedavi yöntemini seçeceğini, ağrının ifade edilmiş şeklini etkiler (Maynard 1997, Royal College Report 2003).

Toplum için belirli bir hastalık hakkında sosyal bir stigma söz konusu olduğunda, kişinin hastalığı kayıp, tehdit veya ceza olarak algılama olasılığı artar (Lipowski 1983). Davranış (cinsel davranış), alışkanlıklar, içki, sigara ile bağlantı kurulan hastalıklarda stigma daha fazladır. AIDS ve kanser gibi bazı hastalıklar stigmatize edilmektedir. Stigma hastayla ilişkili olan diğer kişileri de etkiler (Lloyd 1991, Stuard and Sundeen 1991). Aile üyeleri de kendilerini izole hissederler, hastalığın teşhisini söylemeyi istemezler. Ailesel problemler rutindeki değişimlerle, ekonomik kayıplarla da ilgilidir. Sosyal güçlükler yalnızlık hislerini açığa çıkarır (Stuard and Sundeen 1991, Maynard 1997).

Hastanın hastalık hakkında bilgisi tepkiyi etkileyen önemli bir faktördür.

Bireyin hastalık hakkında bilgisinin yeterli olması baş etmesini kolaylaştıracağından, felaketçi algılamayı engelleyeceğinden hastalık hakkındaki tepkilerini de olumlu yönde etkileyecektir. Bilginin yetersiz olması ya da bilgi verilmemesi anksiyete düzeyinin artmasına neden olur, bu da hastanın tedaviye uyumunu güçleştirir, dolayısıyla iyileşmesini geciktirir (Maynard 1997).

Hemşirelikte, insanın biyo-psiko-sosyal bir varlık olduğu ve bütüncül bakım alması gerektiği, hemşirenin de hastalığın değil, hastanın iyileştirilmesine katkıda bulunduğu vurgulanır. Bu, hemşireliği diğer sağlık disiplinlerinden ayıran önemli bir noktadır. Teoride ve uygulamada psikososyal bakıma önem verilmesi hem hasta ve ailesinin, hem hemşireliğin, hem de o sağlık kurumunun yararına yararlıdır.

#### KAYNAKLAR

..... Report of a joint working party of the Royal College of physicians and the royal college of psychiatrists, the psychological care of medical patients. A practical guide (2003). Second edition, London.

**Barry PD** (1996). Psychosocial Nursing Care of Physically Ill Patients Their Families. 3. ed., Lippincott Company, Philadelphia.

**Browne GB, Byrne C, Roberts J et al.** (1988). The meaning of illness questionnaire: Reliability and validity. *Nursing Research* 37(6):368-373.

**Druss RG** (1997). Hastalığın Psikolojisi Hastalıkta ve Sağlıkta. (Çeviren: Tüzer TT), Compos Mentis Yayınları, Ankara.

**Ellis J, Nowlis E** (1994). Nursing: A Human Needs Approach. 5 th Edition, J.B. Lippincott Company, Philadelphia.

**Endler NS, Parker JDA** (1990). Multidimensional assesment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology* 58(5): 844-854

**Folkman S, Lazarus RS** (1988). Manual for The Ways of Coping Questionnaire. Consulting Psychologists Press, USA.

**Gorman LM, Raines ML, Sultan DF** (2002). Psychosocial Nursing for General Patient Care. 2. ed, FA Davis Company, USA.

**Grendell RN** (2000). Psychologic aspects of physiologic illness. Editör: Fortinash KM, Holoday-Worret PA. *Psychiatric Mental Health Nursing*. 2.ed. Mosby Year Book, St. Louis, 709-724.

**Groves MS, Muskin PR** (2005). Psychological responces to illness. Textbook of Psychosomatic Medicine. Editör: Levenson JL, American Psychiatric Publishings, Washington, 67-88.

**Heim E, Valach L, Schaffner L** (1997). Coping and psychological adaptation: longitudinal effects over time and stage in breast cancer. *Psychosomatic Medicine* 59:408-418.

**Heiskell LE, Pasnau RO** (1991). Psychological reaction to hospitalization and illness in the emergency department. *Emergency Medicine Clinics of North America* 9:207-218.

**Kozier B, Erb G, Blais K, Wilkinson J** (1994). Fundamentals of Nursing. 5. ed, Addison-Wesley, New York.

**Lazarus RS** (1993). Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic Medicine* 55: 234-247.

**Lipowski ZJ** (1983). Psychosocial reactions to physical illness. *Canadian Medical Association Journal* 128:1069-1072.

- Lloyd GG** (1991). Psychological reactions in physically ill patients. Handbook of Studies on General Hospital Psychiatry. Editörler: Judd FK, Burrows GD, Lipsitt DR, Elsevier Science Publishers BV, Oxford, 29-41.
- Maynard C** (1997). Illness and its impact on patients and families. Professional Nursing Concepts and Challenges. Editör: Chitty KK, 2. ed, W.B. Saunders Company, Philadelphia, pp 352-374.
- McHaffie HE** (1992). The assesment of coping. Clinical Nursing Research 1(1): 67-79.
- Miller MC** (2001). Personality disorders. The Medical Clinics of North America 85:819-837.
- Mitchell PH, Gallucci B, Fought SG** (1991). Perspectives on human response to health and illness. Nursing Outlook 39(4):154-157.
- Ojala E** (1989). Behavioral resonses to illness. Psychiatric Mental Health Nursing. Editör: Birkhead LM, J.B. Lippincott Comp., Philadelphia, 157-171.
- Özkan S** (1993). Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi. Roche İlaç Sanayii A.Ş., İstanbul.
- Öztürk O** (2002). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Feryal Matbaası, 9. Basım, Ankara.
- Penley JA, Tomaka J, Wiebe JS** (2002). The association of coping to physical and psychological health outcomes: a meta-analytic review. Journal of Behavioral Medicine 25:551-603.
- Perry S, Viederman M** (1981). Management of emotional reactions to acute medical illness. The Medical Clinics of North America 65:3-14.
- Schussler G** (1992). Coping strategies and individual meanings of illness. Social Science and Medicine 34:427-432.
- Sensky T** (1997). Causal attributions in physical illness. Journal of Psychosomatic Research 43:565-573.
- Stuart GW, Sundeen SJ** (1991). Psychological responses to physical illness. Principles and Practice of Psychiatric Nursing. Editör: Stuart GW, Sundeen SJ, 4. ed, Mosby Year Book, St. Louis, 659-679.
- Vaillant GE** (1993). The Wisdom of the Ego. Cambridge, MA, Harvard University Press.