

TIBBİ HASTALIĞA PSİKOSOSYAL TEPKİLER *PSYCHOSOCIAL REACTIONS TO MEDICAL ILLNESS*

Nazmiye KOCAMAN*

GİRİŞ

Gelişimi boyunca insan çok çeşitli engellenmelerle karşılaşır ve çeşitli çatışmalar yaşar; hastalıklar da bunlardan biridir. Hastalık çoğu kişinin yaşamında en yaygın ve erken deneyimlerden biridir. Hastalık hasta için biyolojik, ruhsal, sosyal, çevresel, ailesel, psikososyal, psikoseksüel çok boyutlu bir olgu, bir yaşam, kimlik ve varoluş krizidir. Hastalık kavramı hem objektif, hem de subjektif boyutları içerdiğinden, benzer bir hastalıkla karşılaşan kişiler durumları hakkında farklı görüşlere sahip olabilir, farklı tepkiler gösterebilirler (19, 29, 31).

Hastalığa psikososyal tepkiler, hastanın psikolojik bütünlüğünü korumak için açığa çıkan tüm kognitif, emosyonel ve davranışsal yanıtları içerir (21). Gelişen psikolojik tepkiler, hastalık, hasta, aile ve tedavi ekibi için yeni güçlükler yol açar. Psikopatolojik tepkiler, hastanın fiziksel ve emosyonel kaynaklarını azaltır, hastalığa ve tedavisine uyumsuzluğa katkıda bulunarak hastalığın ortaya çıkışını, gidişini, şiddetini etkiler, hastanın hastanede kalış süresini uzatır, yaşam kalitesini düşürür (12, 31).

Hastalığın subjektif olması ve her birey için farklı deneyimlenmesi nedeniyle kişilerin hastalığa yanıtı da farklıdır. Bazı kişiler, hastalıkla mizah duygusu ve cesaretle yüzleşir görünürken, bazıları 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 (1, 12, 13, 21, 24, 29, 31, 38, 41, 48).

Hastanın hastalığa psikolojik yanıtını karakterize etmede doğru tek bir yol yoktur (13). Fiziksel hastalığın özellikleri, şiddeti, süresi, hangi organ ve dokuların etkilendiği, hasta için bunların sembolik önemi, yüklediği anlam, hastalık hakkındaki bilgisi tepkilerin ortaya çıkışında önemli rol oynar. Hastanın bireysel özellikleri, hastalıkla ilgili

geçmiş deneyimleri, hastalık ve sağlık bakım sistemi hakkında inançları, daha önceki zorlanmalara verdiği psikolojik cevaplar ve kullandığı çözüm yolları da o sırada vereceği emosyonel tepkiyi etkiler. Çevre özellikleri, ailenin ve arkadaşların hastalığa tepkileri, toplumun norm, değer ve inançlarını içeren kültürel özellikler hastanın tepkisini etkiler. Her toplumun kişiyi hasta olarak nitelendirmeden önce kişiden karşılaşmasını beklediği belli kriterleri vardır (11, 24, 29, 31, 41).

Klinik deneyimler ve araştırmalar, bireyin tıbbi hastalığına verdiği tepkilerin hastalığın özelliklere göre (hastalığın ciddiyeti, kronisite, organ vb...) önceden tahmin edilemeyeceğini göstermiştir (38, 48). Burada bireyin hastalıkla ilgili subjektif deneyimi daha belirleyici olmaktadır (22, 23). Stresin derecesi hastalığın doğasından ve ciddiyetinden daha çok hastanın hastalığını algılamasına bağlıdır. 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 (13, 24, 27, 29, 32, 41). Tıbbi hastalıkla karşılaşan kişinin biyopsikososyal bütüncül olarak ele alınması, fiziksel tedavi ve bakımla birlikte psikososyal bakım ve psikiyatrik tedavinin sunulması için ilk basamak, hastaların psikososyal tepkilerinin tanınmasıdır. Bu yazı, tıbbi hastalığı olan hastaların psikolojik ve davranışsal tepkilerini açıklamayı ve tıbbi hastalığı olanlarda tanınmasını kolaylaştırmayı amaçlamaktadır.

Hastalığa Emosyonel Tepkiler

Anksiyete ve Korku: Yaygın ve evrensel duygulardır (12). Anksiyete, belirsiz tehdit ile karşılaşınca yaşanan gerginlik, sinirlilik, huzursuzluk, hoş olmayan bir gerilim duygusudur. Korku genellikle spesifik tehlike veya tehdit içerir ve ayrı duygular olmasına rağmen, sıklıkla yönetimleri benzerdir (12, 13, 34). Burada yaşamı tehdit eden ya da tehdit şeklinde algılanan durum hastalıkla ilgilidir, hastalık kişinin beden bütünlüğünü tehdit eder. Tıbbi hastalığı olan kişilerde anksiyete ve korku, ağrı-acı çekmeye, zarar görmeye, fiziksel görünümde değişime, beden imajının zedelenmesine, fonksiyonel kayıplara, ilişkilerinde deği-

Dergiye geldiği tarih/ Date received: 23.09.2006- Dergiye kabul edildiği tarih: 03.07.2007

* İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Bilim Dalı, Çapa (iletişim kurulacak yazar: klpnurse@istanbul.edu.tr)

şiklere, geleceğinin, amaçlarının tehlikeye düşmesine, çalışma performansında değişime, kontrolü kaybetmeye, diğerlerinin beklentilerini karşılama yeteneğinde değişime, başkalarına bağımlı olmaya, hastalığına bağlı komplikasyonlara, kendine olan güvenin kaybına, terkedileceğine, yabancı bir ortamda olmaya, prosedürlere, olası veya gerçek ekonomik kayıplara, hastalığın yarattığı potansiyel değişimlere, yaşamın tehdit edilmesine bağlı olabilir (1, 3, 4, 14, 29, 31, 36, 42, 45).

Anksiyetenin semptomları fizyolojik, emosyonel ve kognitif olarak sınıflandırılır. Fizyolojik semptomlar kalp atımında, solunum sayısında ve kan basıncında artmayı, uykusuzluğu, yorgunluğu, titremeyi, bulantı ve kusmayı içerir. Emosyonel semptomlar irritabiliteyi, çaresizlik hissini, huzursuzluğu, ağlamayı ve depresyonu içerir. Kognitif semptomlar unutkanlılığı, dikkatsizliği, dalgınlığı ve konsantrasyonda bozulmayı içerir. Anksiyetenin tıbbi hastalığı olan hastalarda tanılanması güçtür, pek çok bedensel yakınma anksiyete ile karıştırılabilir. Bu hastalarda özellikle emosyonel ve kognitif belirtileri saptamak gerekir. Hasta duygularını tanımlamakta, ifade etmekte zorlanabilir, bu durumda ağlama, iletişim kuramama, direnç, aşırı isteklerde bulunma, inatçılık, huzursuzluk, saldırganlık gibi çeşitli tepkiler gösterebilir (1, 18, 29, 43).

Anksiyete düzeyi hastalığın tehdit olarak algılanma düzeyine göre değişir. Anksiyetenin düşük düzeyi öğrenmeye ve eyleme geçmeye, hastanın tıbbi yardım almasına ve tedavi ekibinin önerilerine uymasına yardım eder. Tıbbi hastalık öncesi (premorbidinde) anksiyete bozukluğu olan hastaların tıbbi hastalıkla karşılaştığında ciddi anksiyete yaşaması daha muhtemeldir. Bağımlı kişilik biçimi olan hasta destek sistemlerinden ayrılmaya karşılaştığında hospitalizasyonda akut anksiyete yaşar. Obsesif kişilik özellikleri olan hastanın özellikle tanısı ve/veya tedavi planı net değilse, anksiyete düzeyi yüksektir (12, 13, 24, 29).

Hastanın hastalığına ilişkin anksiyeteyi azaltmada hemşireler, öncelikle anksiyetenin düzeyini tanımlamalıdır. Peplau'ya göre anksiyete kişiler arası bir etkileşimdir, bulaşıcıdır ve hemşire, hastanın anksiyetesini önlemek için önce kendi duygularının farkında olmalı ve anksiyetesi ile baş edebilmelidir. Hemşireler hastaların anksiyeteyi tanımasında ve yönetiminde bilişsel ve davranışçı yöntemleri, iş merkezli yerine hasta merkezli bütüncül bakımı, kısa ve net cümlelerle bilgi vermeyi kullanarak yardım edebilirler (1, 18, 94, 29, 43, 45). Hastanın anksiyetesinin farkında olmasına, ifade etmesine cesaretlendirilmesi ve ortam sağlanması gerekir. Hastaya anksiyetesini azaltmada ilaç tedavisi başlanmışsa hemşire ilaçların istenen etkilerini ve yan etkilerini gözlemelidir (18, 31, 41). Garanti vermek genellikle etkisizdir, gerçekte zarar verici olabilir çünkü hasta anlaşılmadığını hissedebilir, yüzeysel, başarısız veya koruyucu algılayabilir (34).

Öfke: Öfke, engellenmişliğe, reddedilmeye, korkuya ve kaygıya yönelik evrensel bir yanıtıdır (12). Bireysel olarak bir tehdit algılandığında ya da olumsuz bir engellenme ile karşılaşıldığında yaşanan bir duygudur (46). Öfkenin etyolojisi tek bir teori ile açıklanamayabilir. Biyolojik teori-

ler dopamin, norepinefrin, serotonin gibi nörotransmitterlerin dengesizliği üzerine odaklanır. Psikolojik teoriler çeşitli dinamikler ve öğrenilmiş cevaplarla açıklar. Öfkenin öncesinde engellenmişlik ve güçsüzlük duygularının olduğunu vurgular. Soyokültürel faktörler de öfkenin ifadesinde önemli rol oynamaktadır. Öfke bazen korkuya, algılanan tehdiye karşı kontrolü kazanma girişimine veya kayba uyum sürecinde normal olarak ortaya çıkabilir. Bastırılan öfke, depresyona ve benlik saygısında azalmaya yol açabilir. Ayrıca, impulsif davranışlara, düşmanca tutumlara ve diğerlerine zarar vermeye yol açması öfkenin diğer negatif etkileridir. Kendini savunmak için bedeninin enerjisinde artma, çatışmaları çözmeyi sağlama, benlik saygısını ve kontrol duygusunu arttırmada harekete geçirici pozitif etkileri olduğu da ifade edilmektedir (1, 12, 13).

Hastalık veya ciddi yaralanma sonucunda da, bütünlük duygusunun tehdidi, sakatlık veya şekil bozukluğunun oluşması, hastalığa veya tedavi yöntemine bağlı olarak aktivitelerin kısıtlanması, amaçlarını gerçekleştirmede değişimler, kontrol kaybı anksiyeteyi artırır, engellenmişlik, güçsüzlük, yetersizlik hissine yol açar ve öfke yoluyla ifade edilir. Öfke, bağımsızlık fonksiyonunun yetersizliği, iyileşme sürecinin yavaş olması ile de ilgili olabilir. Bu durumda birey bedeninin ihanet ettiğine kanaat getirebilir ki, bu da öfkenin kendine yönelmesine neden olur (1, 4, 24, 29, 36, 46).

Simms (1995) (39) hastanın öfkesinin, sağlık elemanları tarafından anlaşılma ve uygun tedavi edilme isteğini belirten bir sinyal olduğunu, hastaların korkularını ve diğer duygularını ifade edecek sözcükleri bulamamaları nedeniyle tedavilerini reddetme ya da sözel, davranışsal tehditlere yönelme gibi tepkiler gösterdiklerini belirtmektedir. Whittington ve Wykes (1994) (49) görevlilerin öfkeyi ele alma becerisinin yetersiz olduğu durumlarda hastalarda öfke ve şiddet davranışının artacağını belirtmektedirler. Paranoid, narsisistik, borderline veya antisosyal kişilik özellikleri veya bozukluğu olan hastalarda tıbbi hastalıkla karşılaşmada en muhtemel ifade özellikle öfkedir (13). Bazı beyin tümörleri, demans, deliryum gibi beyin fonksiyonlarını etkileyen organik nedenlerle de öfke, ajite davranışlar ortaya çıkabilir. Ayrıca kronik öfkenin kalp hastalığının, migrenin ve psikosomatik hastalıkların gelişiminde önemli rolü olduğu da bilinmektedir (12).

Öfke tıbbi hastalığa yaygın emosyonel cevaplardan biridir ve tedavi ekibini de zorlayabilir. Hastanın öfke ve engellenmişlik hisleri aile üyeleri tarafından da paylaşılır. Öfke sıklıkla bakım verenlere yönelir. Bu durumda hemşirenin öncelikle hastanın gösterdiği tepkinin kişiliğine yönelik bir saldırı olmadığını bilmesi, hastanın tepkisini kişiselleştirmemesi çok önemlidir (12, 24, 36). Doğan ve ark. (2001) (9) bu konuda yaptıkları çalışmada hemşirelerin hastaların sözel öfke tepkileriyle davranışsal olanlara göre daha sık karşılaştıklarını ve hemşirelerin olumlu bir yaklaşım gösterdiklerini, hemşirelerin hastaların tepkilerini hastalıktan kaynaklandığını belirttiklerini ifade etmişlerdir. Öfkenin gerçek nedenini, hastanın yaşadığı kaygıyı, korkuyu anlamaya çalışmak, hastayı dinlemek ve duygu-

larını kabul etmek gerekir. Hemşireler öfke hissine kendini hazırlamalı, öfke yoluyla korkularını ifade eden hastaları reddetmemeli, öfkesini uygun bir şekilde ifade etmesi için teşvik etmelidirler (3, 12, 19). Ornstein (1999) (30) öfkenin, benlik saygısının zedelenmesi sonucunda ortaya çıktığını, hastanın yargılanmadan, eleştirilmeden, empatik yaklaşımla öfkenin kaynağına ulaşıldığında bireyin incinmesinin önlenebileceğini ifade etmiştir.

Güç-Güçsüzlük: Güç, genel olarak bireyin etkileme, yönlendirme, dayanabilme, direnebilme, kontrol etme yeteneği olarak tanımlanabilir. Bireyler çevresi ve kaderi üzerinde kontrol ve güç duygusunu sürdürme ihtiyacıdır. Güçsüzlük, bireyin belirli olaylar ya da durumlar karşısında kişisel kontrol kaybı hissettiğinde ortaya çıkar. Birey, kendi çözümleri ile sonuca ulaşamadığında, çabaları sonucu değiştirmede yetersiz ve yeterli desteği göremediğinde veya böyle algıladığında kendini güçsüz hisseder. Güçsüzlükte kişinin subjektif algısı ve inancı önemlidir (1, 12). Hastanın güçsüzlük duygusuna yetersizlik, anksiyete, uyumsuzluk duyguları da eşlik eder. Hastanede güçsüzlüğün iki nedeni vardır.

1-Kontrol kaybı: Kişi kendisi, davranışları, çevresi üzerinde psikolojik, fizyolojik, çevresel kontrol kaybı yaşadığında güçsüzlük hissedebilir. Hastalık, hastaneye yatış, prosedürler hastayı pasif hale getirir. Hasta rolüne girme, bağımlılığı artırır. Hastane ortamı kişinin sınırlarını bozar ve sınırları herkese açılır. Onun için bir şeyler yapılır ancak onunla birlikte karar verilmez. Kişi kendisi ve çevresi üzerindeki kontrolünü kaybeder. Hastalıklar fonksiyon kaybı korkusunu uyandırır ve kişi aniden fiziksel aktivitelerinde de kontrolünü kaybettiğini hisseder. Hastaneye giden kişi için hastanede yatması gerektiğine karar verilir, yerini, oda arkadaşını, yatağını seçme şansı yoktur. Odasında bilmediği bir takım aletlerin olması, ziyaretçilerinin sınırlandırılması, tıbbi terminolojinin kullanılması ile güçsüzlüğünü hisseder.

2-Bilgi eksikliği: Kişi hastalığı, tedavisi, geleceği ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmadığında güçsüzlük hissedebilir. Bilgi eksikliği, belirsizlik hastanın hayallerini aktive edici üretken bir alan sağlar ve yaşananları katastrofik (felaketçi) bir algıyla yorumlamasına fırsat verir. Hastayı yapılacak bir tetkike, tedaviye hazırlamak, bilgilendirmek işbirliğini artırır, komplikasyonları azaltır (18, 40, 41, 47). Hasta tedavi önerilerini reddederek kontrol duygusunu sürdürmek ve güçsüzlüğünü azaltmak için girişimde bulunur. Çaresizlik, kararsızlık, kızgınlık ifadeleri, birine aşırı bağlanma ya da bağımlılık, sosyal izolasyon güçsüzlüğün diğer belirtileridir. Bu hastaların güç ve kontrol duygusunu sürdürmeye yardım etmek, tedaviye uyumu artırır ve iyileşme sürecine olumlu katkıda bulunur (12, 36).

Üzüntü-Keder: Mevcut ya da potansiyel kaybın olduğu durumlarda üzüntü yaşanır. Keder önemli bir kaybın ya da uzun süren yoksunluğun ardından yaşanan duygusal durumdur. Kayıp, yaşamda öğrenme sürecinin bir parçasıdır, yaşam boyunca olur. İlişkilerin değişmesini deneyimlemek, beklenen amaçlara ulaşamama, diğerlerinden hayal kırıklığı gibi. Suçluluk ve depresif duygudurum kederi da-

ha da güçlendirir. Tıbbi hastalıklar beden bir parçasının, fiziksel fonksiyonlarının, bağımsızlığının, sosyal rollerinin, işinin, statüsünün, güvenliğinin, ekonomik durumunun, iş yapabilme kapasitesinin, amaç veya hayallerinin kaybına yol açabilir. Kişi hastalığı kayıp olarak da algılayabilir (3, 12, 23, 24).

Kayıplar yas sürecini başlatabilir. Yas, kişi için önemli bir kaybı takiben ortaya çıkan, yoğunluğu azalarak devam eden tepkileri tanımlamak için kullanılır. Kişinin kayba reaksiyonu kişilik özellikleri, esnekliği, destek sistemleri ve kaybın kişi için anlamı ile ilişkilidir. Kederi ifade edip edememe yas sürecinde önemlidir. Çözülmemiş yas, hem fiziksel hem de ruhsal sağlık problemlerinin gelişmesini kolaylaştırabilir. Sıklıkla depresyon ortaya çıkabilir, özellikle de tedavi edilmemiş duygudurum bozukluğu olan hastalar risk grubundadır. İntihar düşüncesi veya girişimi açısından da uyanık olmak gerekir (1, 12, 33).

Kederlenen kişi duygularını ifade etme, anlaşılma ihtiyacı içindedir. Ailenin, arkadaşların ve sağlık personelinin desteği, kaybı devam eden kişinin uyumunda önemli bir faktördür. Kederlenen kişinin ailesi ve arkadaşları da duygularını paylaşmaya olduğu kadar desteğe ve anlaşılmaya ihtiyaç duyarlar. Benzer durumdaki hastaların pozitif örnekleri, geri bildirimleri sıklıkla yardım edebilir (1, 3, 13, 33). Suçluluk: Suçluluk, bireyin kendi standartlarına veya iç değerlerine aykırı davrandığı ve inançlarıyla örtüşen bir hayat yaşamadığı durumlarda ortaya çıkan, sıkıntı veren bir duygudur. Kötü bir şey olacakmış korkusu ve karşı konulmaz endişe ile birliktedir. Suçluluk subjektif bir duygudur, temelinde çözümlenmemiş çatışmalar yatmaktadır. Olan ile olması gereken arasındaki farklılığın benlikte yarattığı çatışma, suçluluk duygusunu ortaya çıkarabilir. Freud, suçluluğun gelişimsel dönemlerden odipal evrede oluştuğunu ve superego ile id arasındaki çatışmayı simgelediğini belirtir. Suçluluğu, bireyin davranışlarını değiştirmede superegonun kullandığı sıkıntı veren duygu olarak tanımlar. Bu durumda superego, ebeveyn değerleri üzerinedir. Böylece çocuğun tepkisi de otorite rollerindeki ebeveyn davranışlarına göre oluşacaktır (12, 23, 24, 29).

Bazı hastalar hastalığı gerçek veya imajine edilmiş ceza olarak yaşarlar. Hastalık sigara içme, tıbbi tedaviye uymama, riskli cinsel uygulamalar gibi yaşam biçimi seçimi ile ilgiliyse kişi suçluluk yaşayabilir. Travmatik olaylarda diğerleri öldüğünde hayatta kalan kendini suçlu hissedebilir (12, 13). Suçluluk, hastalık nedeniyle her zamanki aktivitelerini yapamamaya da ilişkili olabilir. Hastalık nedeniyle çocuğuna bakamayan anne veya işinde çalışmayan baba suçluluk hissedebilir. Her zamanki rollerini yerine getirememek ilişkilerde problem yaratabilir (23, 29). Suçluluk acı veren bir duygudur ki, davranışlarını, diğerleriyle ilişkilerini, iyileşmeyi olumsuz olarak etkiler. Hemşireler sıklıkla hasta davranışlarında veya suçlulukla motive olmuş görünen ailelerde gözlemler suçluluğu (12).

Suçluluk duygusunun yardım eden ve alan tarafından saptanması ve tanımlanması gerekir. Hastanın pişmanlık ifadeleri gözlemlenebilir, şu andaki durumunu etkileyen faktörler hakkında ne düşündüğü sorulabilir. Suçluluğun çö-

zümlemesi inançlar ve değerler sisteminin yeniden organize edilmesini gerektirdiğinden kolay değildir. Bireyin kendine zarar verici davranışlarını durdurmak planlanabilir, suçluluğun yönlendirdiği davranışların olumlu-olumsuz sonuçlarını belirlemede, suçlamaya neden olan tekrarlayıcı davranışı değiştirmesinde yardım edilebilir. Aile üyelerinin hastalık için hastanın uygunsuz davranışlarını suçlamaları önlenmelidir. Bunlar hastalığın sonucu olarak ortaya çıkabilecek depresyonu önlemeye de yardımcı olabilir (12, 13, 23, 24, 29).

Yetersizlik, Başarısızlık, Utanç: Fiziksel hastalığı olan kişilerde sıklıkla yetersizlik, başarısızlık ve utanç duyguları da ortaya çıkar. Hastalar sağlık durumunda bozulmayla ilgili kişisel yetersizlik ve başarısızlık hissedebilirler. Açıktır ki, hastalık hastanın başarısızlığı değildir. Boşaltım gibi beden fonksiyonlarının kaybı, şekil bozukluğu, beden parçasının kaybı veya hastalığın sonucu olarak beden görünümünde değişiklikler hakkında utanabilirler (12, 41). Hastalık evrensel olarak bazı derecelerde narsisistik yaralanma olarak deneyimlenir. Narsisistik kişilik özellikleri olan hastalar tıbbi hastalıkla karşılaştıklarında daha çok utanç yaşayabilirler. Hastalığını kendi davranışlarıyla ilişkilendiren hastalarda da utanç daha çok olur (13).

Umut-Umutsuzluk: Umut yaşamın esasıdır (12), insana yaşaması için enerji verir, bireyi geleceğe yöneltir. Zor ve stresli durumlarla başa çıkmayı sağlayan en değerli kaynak, bireyi belli hedeflere yönelten güçtür. Umut eden birey zor durumdan kurtulmak için bazı seçenekleri olduğunu anlamıştır (37). Umut, bir çıkış yolu olduğu ve yardım ile değişiklik oluşturabileceği inancıdır (16, 25). Yaşamak için yardımlaşma ve diğer insanlarla ortaklık gereklidir. Umut başkalarına bağlılıkla, güvenle ve azimle yakından ilişkilidir. Hasta bir birey güven duygusundan yoksun ise giderek yapılacak bir şey olmadığı düşüncesinde yoğunlaşır, umudunu yitirir ve yalnızlığı giderek artar. Umut, güçlüklerden çıkış yolu, iç ve dış gerçekleri yönetebilme yeteneğidir. Arzu etmekle, istekle ve cesaretle ilgilidir. Umutlu bireyin korkuları olabilir ama amacına ulaşmak için bu korkuların üstesinden gelebilir. Diabet ya da kronik ağrı gibi uzun süreli hastalıklarda her yeni günü karamsarlığa düşmeden karşılamaları için hastaların cesarete gereksinimleri vardır. Cesaret kendiliğinden oluşan bir süreç değildir. Bireysel deneyimle cesaret kazanılır ya da yitirilir (1, 14, 25).

Kronik hastalığı olan bireylerin hastalık ve onun yarattığı etkilerle baş etmelerinde, kanser hastasının yaşamaya devam etmesinde umudun önemli bir güç olduğu belirtilmektedir. Hastalıktan iyileşmekte umut yardım edecektir (12, 15, 37). Bilim ve teknikteki gelişmeler de birey için umut kaynağı olabilir (25). Bazen bireyin umudu ulaşmak istenen şeye ulaşma olasılığından daha fazla olabilir. Örneğin iyileşme olasılığı çok düşük hasta, iyileşmeyi umut edebilir. Kübler Ross terminal dönemdeki hastaların içinde buldukları koşullara katlanabilmelerini sağlayan gücün umut olduğunu belirtmektedir (20). Örneğin terminal dönmedeki hasta, hastalığın iyileşmesi umudundan ziyade, acı çekmemeyi, aile üyeleriyle çatışma yaşamamayı

elde etmeye odaklanabilir. Umudun korunması, hastalığın ciddiyetine göre değişmeyen bir etken olarak uyumu arttırmaktadır (12). Evangelista ve ark. (2003) (10) umut düzeyi yüksek olan hastaların prognozlarının daha iyi ve yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğunu saptamışlardır.

Herth (1990) (17) 30 terminal dönemdeki hastada umudun anlamını ve kaynağını incelemiş, çalışmanın sonunda 7 umut geliştirme stratejisi belirlemiştir. Bunlar kişilerarası ilişkiler, dünya görüşü, manevi temel, ulaşılabilir amaçlar, kişisel özellikler, olumlu özellikleri hatırlama ve pozitif olmadır. Benzer bir çalışmayı Miller (1989) (26) kalp krizi geçiren, yoğun bakımdan çıktıktan 2-4 hafta sonra 60 hasta ile yaptığımda, 9 umut geliştirme stratejisi belirlemiştir. Bunlar, bilişsel stratejiler, yaşam felsefesi, manevi stratejiler, bakım verenlerle ilişkiler, kontrol etme duygusu, sınırları belirleme, aile bağlılığı, amaçları belirleme ve karışık stratejilerdir.

Hastalık durumunda hasta, ailesi veya tedavi ekibi çaresizlik yaşayabilir. Umutsuzluk, problemleri çözmek ya da istenen amaca ulaşmak için hiçbir alternatifin ya da kişisel tercihin olmadığını düşünen, amaçlarını belirlemek ve gerçekleştirmek için enerjisini kendi kendine harekete geçiremeyen bireydeki sürekli ve subjektif bir duygusal durumdur (3, 12). Umutsuzluk kişi fiziksel ya da emosyonel olarak çok derin ya da çok uzun süre acı çektiğinde ya da bu süreçte yeterli yardımı alamadığında ortaya çıkar (6). Umutsuzluk, çaresizlik, çözümsüzlük inancı yaşatır ve çözüm için varolan seçenekler bile değerlendirilmeyebilir (25). Umutsuz kişi hatta kişisel amaçlarını oluşturmak için bile yeterli enerjiyi harekete geçiremez ve yeni fikirleri veya yardımı farketmez ve kabul etmez. Umutsuzluk duygusu, umutsuzluk yaratan durumu yapıcı yönde değiştirebilecek tüm çabaları engeller. Umutsuzluğa genellikle kayıp duygusu, emosyonel tükenme ve güçsüzlük duygusu da iştirak eder (12).

Hastalık sürecinde yaşanan umudun ya da umutsuzluğun tüm yetişkinler için genellenebilir özelliği yoktur. Hastalığın başlangıç döneminde umudu olan birey, komplikasyonlar yaşadığında umudunu yitirebilir ya da sürdürebilir. Göğüs tüpü, oksijen maskesi, monitör ve benzeri aletlerle yatağa bağımlı hasta umutsuzluk yaşayabilir, kendini kontrol edemeyen, yardıma muhtaç hissedebilir. Hastalığın tekrarlaması kişiyi umutsuzluğa sürükleyebilir. Bazı vakalarda umutsuzluk, depresyon gibi ruhsal bozuklukların gelişimine neden olabilir (12, 29, 35, 36, 41). Umutsuzluk hisseden hastalar hastalıklarının tedavisine katılmada isteksizdir, motive değildir, sağlık bakımının pasif alıcılarıdır. Bu, özellikle tedaviye aktif katılımı gerektiren kronik hastalıklarda daha da önem kazanmaktadır. Kanserin tedavisinin olmadığına inanan kişi umutsuzlukla, kendine zarar verici davranışta bulunabilir veya tedaviyi reddedebilir. Aktif veya pasif intihar davranışında bulunabilir. İntihar, terminal hastalıklı bazı kişiler için kendi kaderini kontrol etme gereksinimidir (3, 18, 35, 41).

Yalnız ciddi hastalıklar umutsuzluk nedeni değildir (12). Umutsuzluğu tehdit edici faktörün büyüklüğü etkilediği gibi, kişinin başa çıkma becerisi, otonomi, özsaygı,

bağımlılık, güçsüzlük gibi içsel kaynakları, değer yargıları, dini inançları da etkiler. Ayrıca kişinin çevresi ve aldığı destek de umudunu etkiler. Umut duygusunu tekrar kazanmak için, bireyin duruma farklı bakabilmesi gerekir. Negatif amaçlarını ve beklentilerini değiştirebilmesinde yardım edilmelidir (1, 12, 41)

Rahatlama: Son olarak hastalık durumunda ortaya çıkan tepkilerden biri de rahatlama. Bazı vakalarda hastalık, hoş olmayan duygulardan çok rahatlama neden olabilir. Örneğin, uzun zamandır stresli bir çevrede yaşayan kişi için hastalık her zamanki sorumluluklardan ve sosyal rollerden muaf bırakarak rahatlama sağlayabilir (13, 29).

Hastalığa Davranışsal Tepkiler

Hastanın emosyonel tepkileri tedavi ekibinin gözünden kaçabilir. Genel hastanede, dahili-cerrahi servislerdeki hastanın hastalığa psikolojik tepkileri daha çok, tedaviye uymama gibi tepkilerin etkisiyle tanınabilir. Hastaların davranışsal tepkileri; 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 reddetme gibi davranışları içerir. Bu davranışların bazıları uyumu kolaylaştırıp, tedaviye olumlu katkıda bulunurken, bazıları iyileşmeyi geciktirmekte veya engellemektedir (13, 29).

Destek Arama: Yeni tıbbi hastalık veya hastane yatışı ile karşılaştığında en iyi adapte olmuş birey bile hayli endişelenebilir. İyi gelişmiş sosyal destek ağına sahip olan hastalar arkadaşların ve ailelerin desteğinden büyük ölçüde yarar görürler. Bağımlılık hakkında çatışmaları olan hastalar bu durumda güçlük yaşayabilirler. Hasta destek grupları da çoğu hastalarda yararlı olabilir. Onlar benzer hastalıkla karşılaşan diğerlerinin deneyiminden öğrenebilir ve daha az yalnız veya diğerlerinden yabancı hissederler. Ayrıca, diğerlerine yardım etme yoluyla, hastalar belli bir amaç için uğraştıkları duygusunu hisseder ve bu da duygu durumunu iyileştirmeye yardım edebilir. Çünkü, hastalığın yaygın streslerinden biri bireyin öz-değerine ve üretkenliğine etkisidir. Ciddi hastalığı olan çoğu hastalar için, araştırmalara gönüllü katılım da aynı etkiye sahip olabilir. Özellikle terminal dönemdeki hastalar için, araştırmaya katılım bir amaca sahip olma duygusunu sağlayabilir ve gelecekte yeni tedavi seçenekleri için olasılıklara iştirak ederek umutlanabilirler. Genellikle, böyle davranışları cesaretlendirmek, teşvik etmek yardım edicidir (1, 8, 13, 29, 41).

Zorlayıcı Yaşam Olayı Sonrası Gelişim: Hastalıklar kişinin yaşamına, yaşam biçimine, kendisine bakışını olumlu yönde etkileyebilir. Normal günlük yaşamda uzun süre stresli olarak görülebilirken, ciddi hastalık deneyimi ile karşılaştıklarında daha iyisi için yaşamlarını dramatik olarak değiştirebilirler. Yaşam önceliklerini tekrar gözden geçirebilirler, kendilerini algılama, diğer insanlar ile ilişkiler ve yaşam felsefeleri ile ilgili olumlu değişimler gösterebilirler (28). Literatürde hastalığın yaşamı üzerindeki olumlu etkilerini anlatan kişisel gelişim hikayeleriyle karşılaşıl-

maktadır (8). 47 yaşında erkek hasta MI teşhisi sonrası dramatik olarak diyetini değiştirebilmiş, yeni egzersiz programını hayatına geçirmiş, emosyonel stresi azaltmak için işteki rollerini tekrar düzenlemiştir (28). Değişik hasta grupları ile yapılan çalışmalarda, kanser (2, 5), romatoid artrit hastalarının (7) yaşadıkları tüm sıkıntılara rağmen yaşamlarında olumlu yönde değişiklikler olduğu ve hastalık sonrası gelişim gösterdikleri bulunmuştur. Olumlu değişikliklere birçok araştırmacı farklı isimler vermektedir. Örneğin, strese bağlı gelişim, pozitif uyum ve pozitif adaptasyon gibi. Bu olumlu değişiklikler Tedeschi ve Calhoun (1996) (44) tarafından "Trauma Sonrası Gelişim" olarak adlandırılmakta ve bireyin duygu ve bilişlerindeki anlamlı ve olumlu değişiklikler ve bu değişiklikler sonucu davranışlarda da olumlu değişimlerin olması ve bireyin olaydan önceki durumundan daha yüksek fonksiyon gösterebilmesi olarak tanımlanmaktadır.

Kişinin Hastalığında Uzman Olması: Özellikle de obsesyonel hasta için, hastalık hakkında mümkün olduğu kadar öğrenmek adaptif olabilir ve büyük ölçüde bireyin kontrol duygusunu artırabilir. Kendi kendine bilgi edinme hastayı yanlış yönlendirebilir, anksiyetesini artırabilir ancak yine de hastalığının imajine ettikleri korkularından daha fazla yönetilebilir olduğunu görebilirler. Bazı hastalar ise hekimlerinden doğru bilgiyi almayı tercih edebilmekte veya her şeyi bilmek istememektedir. Hastanın kişilik biçimi, baş etme biçimi özellikleri ve savunma mekanizmaları özellikle etkileyen faktörler arasındadır (13).

Gizleme, Yalnızlık ve Sosyal İzolasyon: Hastalar yakın arkadaşlarından, akrabalarından veya iş arkadaşlarından teşhisi gizlemeye karar verebilirler. Hasta ve ailesi durumu gizleyerek emosyonel, sosyal, bilimsel destek almayı da engellemiş olur. Sıklıkla sevilen birinin korunması için ortaya çıkan bu davranış sonuçta, kişinin kendisini yalnız hissetmesine, sosyal ilişkilerinden geri çekilmesine veya sosyal izolasyona neden olur (12, 14, 41). Bu durum bazen enerji azlığı veya kişinin kendi hastalığına yoğunlaşmasıyla, bazen de çevresindeki kişilerin tepkileri hakkında şüpheleriyle de ilgili olabilir. Reddedilme korkusu ilişkiyi engelleyebilir. AIDS ve kanser gibi hastalıkların tehdidi altında olan kişiler kendi rahatsızlıklarından kaçmak için de diğer kişilerle görüşmeyi istemeyebilirler. Bazı hastalar da arkadaş veya akraba ziyaretlerinin sınırlı olmasını tercih ederler. Beden görünümüyle ilgili sorunlar yaşadıklarından, fiziksel olarak hastalığın veya tedavilerin yan etkileri nedeniyle yorgunluk, enerji kaybı nedeniyle, günlük yaşam aktivitelerini düzenleyemediklerinden, kalabalık ortama girmemeleri gerektiğinden, hastalıkla ilgili sorular sorulduğundan sosyal geri çekilme gösterirler. Ayrıca, onlar sadece hissettiklerine duyarlı olan kişileri seçerler (41).

İzolasyon duygusuna yakınlarının hastadan uzaklaşması da neden olabilir. Burada üç faktör vardır; İlki, arkadaşlar ve akrabalar hastadan kötü haberler işitebilecekleri sorular sorarlarsa diye rahatsız olurlar. İkincisi, hastayla kurdukları ilişki onlara kendi ölümlerini hatırlatabilir diye ve üçüncüsü, kişinin özellikle ağrı, kilo kaybı veya bulantı

gibi hoş olmayan belirtileriyle karşılaşmayı istemediklerinden görüşmekten kaçınabilirler (12, 23, 41). Bu durum kişinin kendisini yalnız hissetmesine, sosyal ilişkilerinden geri çekilmesine veya sosyal izolasyona neden olur. Sosyal izolasyon kişinin kendini yalnız hissetmesiyle, yalnızlıkta çevreden kendisini soyutlayarak kişinin iç dünyasına çekilmesiyle, sevgi, ilgi eksikliği ile ilgilidir ve etrafında insanlar olduğu halde kendini izole hissedebilir. Öfkeli bir kişi, kişisel olarak kendini anlayan, dinleyebilen birinin yakınlığını ister. Depresif kişi, yalnız zaman geçirmeyi tercih eder. Terminal hastalığını kabul eden kişi ise, bitmemiş işlerini tamamlamak için daha çok zamanını ailesiyle veya arkadaşlarıyla geçirebilir (14, 41).

Tedavi Rejimine Uyumsuzluk veya Tedaviyi Reddetme: Tedaviye uyumsuzluk tanındığından daha yaygındır. Hastaların %50'sinin reçete edilmiş tedaviye uymada başarısız oldukları bildirilmiştir (13). Hastanede yatan hastalarda tedaviye yönelik hastanın olumsuz tutumları sıklıkla konsültasyon isteğinin nedenleri arasındadır. Burada hastanın tedaviye uyumsuzluğunun nadiren mi, sürekli mi olduğu, her tedavi için mi yoksa önerilerin tipine göre değişiyor mu, farklı hekimlerden aldığı tedavilere de uymuyor mu ve uyumsuzluğun altındaki faktörler araştırılmalıdır (13).

Hastaların tedavi rejimine uymamasının sayısız nedenleri vardır. Psikiyatrik bozukluklar ve psikolojik motivasyonlar yalnız tek faktör değildir. Hastanın hastalığını ve tedavisini açık bir şekilde anlayamadığı durumlarda, bilgi eksikliği nedeniyle, tedavisi kültürüne ters düşüyorsa, karmaşık, maliyetliyse, zahmetliyse, uzun süreli ve yaşamında değişiklikler gerektiriyorsa ve yan etkileri nedeniyle tedaviyi reddetme görülür. Psikolojik olarak, hastalığı inkar ettiği için, küçük düşürülmeye savunma biçiminde, çaresizlik duygusuna karşı atak olarak, otonomi ve kontrol hissetmek için, hastalığa veya tanıya ve tedavi eden hekime karşı öfke nedeniyle ortaya çıkabilir. Komorbid psikiyatrik bozukluk varsa uyumsuzluk görülebilir. Depresif hastaların tedavi önerilerini yerine getirme enerjisi, konsantrasyonu, motivasyonu olmayabilir. İntihar girişiminin dolaylı anlamı olabilir. Manik hastalar tedaviye ihtiyaçları olmadıklarına inanabilirler, madde kötüye kullanımı olabilir, kognitif veya psikotik bozukluklar olabilir (13, 18, 41).

Tedaviyi reddetme, morbidite ve mortalitenin artmasıyla sonuçlanır. Hastanın tedavi eden hekime güveni önemli bir belirleyicidir. Tedavi ekibi bu durumda hastaya empatik yaklaşarak, yargılamadan, korkutmadan, öfkelenmeden, suçlamadan, değerlerini ve inançlarını göz önüne alarak bakım vermelidir. Hastaya, önerilere uymamanın sonuçları açıklanmalı ve tedavinin faydaları üzerinde durulmalıdır. Davranışları motive etmede pozitif destekleme, hastanın tedavisiyle ilgili kararlara katılmasının ve işbirliğinin sağlanması bu durumda yararlı olur. Hastalar hastalığını, tedavi seçeneklerini, tedavi gerektiren nedenleri anlamalıdır. Gereken bilgiyi anlayabileceği biçimde vererek, hastadan anladıklarını anlatması istenerek, mümkünse, ai-

le üyeleri de eğitime alınarak, yazılı veya görsel materyaller verilerek hasta eğitimi yardım edicidir (13, 18, 41). Sonuç olarak, hastaları anlamak ve müdahale edebilmek için hastaları biyopsikososyal olarak ele alabilmek, hastaların psikososyal tepkilerini tanıyabilmek ve tepkileri etkileyen faktörleri gözönünde bulundurmak gerekmektedir. Tıbbi alanlarda psikososyal bakım ve psikiyatrik tedavi ile hastanın hastalığa psikolojik ve davranışsal yanıtları dramatik olarak değişebilir. Hastanın hastalıkla ilgili subjektif deneyimini anlamak psikososyal boyutun anahtarıdır.

KAYNAKLAR

1. Barry PD. Psychosocial Nursing Care of Physically Ill Patients Their Families, Lippincott Company, Philadelphia, 3rd ed., 1996.
2. Bellizzi KM. Expressions of generativity and posttraumatic growth in adult cancer survivors. *Aging and Human Development* 2004;58(4): 267-287.
3. Carpenito LJ. Handbook of Nursing Diagnosis, Lippincott Company, Philadelphia, 7nd ed., 1997.
4. Crawford AL, Kilander VC. Psychiatric Nursing a Basic Manual, FA Davis Company, Philadelphia, 5nd ed., 1980.
5. Cordova MJ, Cunningham LL, Carlson CR, Andrykowski MA. Posttraumatic growth following breast cancer: a controlled comparison study. *Health Psychol* 2001; 20:176-185.
6. Dilbaz N, Seber G. Umutsuzluk kavramı: Depresyon ve intiharda önemi. *Kriz Dergisi* 1993; 1:134-138.
7. Dirik G, Karancı N. Romatoid artrit hastalarında travma sonrası gelişim. 14.Ulusal Psikoloji Kongresi Kongre Kitabı, Ankara, 2006; 81-82.
8. Druss RG, Douglas C. Adaptive responses to illness and disability. *Gen Hosp Psychiatry* 1998; 10:163-168.
9. Doğan S, Güler H, Kelleci M. Hastaların öfkeli davranışları karşısında hemşirelerin yaklaşımları. *C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2001; 5:26-31.
10. Evangelista LS, Doering LV, Dracup K, Espejo VB, Kobashigawa J. Hope, mood states and quality of life in female heart recipients. *J Heart Lung Transplant* 2003; 22:681-686.
11. Fortinash MK., Holoday-Worret PA. Psychiatric Mental Health Nursing, Mosby Year Book. St. Louis, 1996.
12. Gorman LM, Raines ML, Sultan DF. Psychosocial Nursing for General Patient Care, FA Davis Company. USA, 2nd ed., 2002.
13. Groves MS, Muskin PR. Psychological responses to illness. In: Levenson JL (ed). *Textbook of Psychosomatic Medicine*. American Psychiatric Publishings. Washington, 2005; pp 67-88.
14. Grendell RN. Psychologic aspects of physiologic illness. In: Fortinash KM, Holoday-Worret PA (ed). *Psychiatric Mental Health Nursing*. Mosby Year Book. St. Louis, 2nd ed., 2000; pp 709-724.
15. Herth K. Enhancing hope in people with a first recurrence of cancer. *J Adv Nurs* 2000;32:1431-1441.
16. Herth KA, John RC. The concept of hope in nursing 3:hope and palliative care nursing. *Br J Nurs* 2002; 11:977-983.
17. Herth KA. Fostering hope in terminally ill people. *J Adv*

- Nurs Res 1990; 15:1520-1259.
18. Johnson BS. Adaption and Growth Psychiatric Mental Health Nursing, J.B. Lippincott Company. Philadelphia, 2nd ed., 1989.
 19. Kozier B, Erb G, Blais K, Wilkinson J. Fundamentals of Nursing, Addison-Wesley. New York, 2nd ed., 1994.
 20. Kübler-Ross E. Sorular ve cevaplarla yaşamın son günleri. In: Terakye G. (Çev. Ed), Hürbilek Matbacılık, Ankara, 1975.
 21. Lipowski ZJ. Psychosocial reactions to physical illness. Can Med Assoc J 1983; 128:1069-1072.
 22. Lipowski ZJ. Physical illness, the individual and the coping process. Psychiatry Med 1970;1:91-102.
 23. Lloyd GG. Psychological reactions in physically ill patients. In: Judd FK, Burrows GD, Lipsitt DR (ed). Handbook of Studies on General Hospital Psychiatry. Elsevier Science Publishers BV. Oxford, 1991; pp 29-41.
 24. Maynard C. Illness and its impact on patients and families. In: Chitty KK (ed). Professional Nursing Concepts and Challenges. W.B. Saunders Company. Philadelphia, 2nd ed., 1997; pp 352-374.
 25. Mc Farland GK, Thomas MD. Psychiatric Mental Health Nursing, JB Lippincott Company. London, 1991.
 26. Miller JF. Hope-inspiring strategies of the critically ill. Appl Nurs Res 1989;2:23-29.
 27. Mitchell PH, Gallucci B, Fought SG. Perspectives on human response to health and illness. Nursing Outlook 1991; 39:154-157.
 28. Muskin PR. The combined use of psychotherapy and pharmacotherapy in the medical setting. Psychiatr Clin North Am 1990; 13:341-353.
 29. Ojala E. Behavioral responses to illness. In: Birckhead LM (ed). Psychiatric Mental Health Nursing. J.B. Lippincott Comp. Philadelphia, 1989; pp 157-171.
 30. Ornstein PH. Conceptualization and treatment of rage in self psychology. J Clin Psychol 1999; 55:283-293.
 31. Özkan S. Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi. Roche İlaç Sanayii A.Ş., İstanbul, 1993.
 32. Penley JA, Tomaka J, Wiebe JS. The association of coping to physical and psychological health outcomes: A meta-analytic review. J Behav Med 2002; 25:551-603.
 33. Perko D, Kreigh HZ. Psychiatric and Mental Health Nursing. Appleton and Lange, California, 1988.
 34. Perry S, Viederman M. Management of emotional reactions to acute medical illness. Med Clin North Am 1981; 65:3-14.
 35. Rideout E. Hope, morale and adaptation in patients with chronic heart failure. Journal of Advanced Nursing 1986; 11: 429-438.
 36. Robinson L. Psychological Aspects of the Care of Hospitalized Patients, F.A. Davis Company. Philadelphia, 4nd ed., 1984.
 37. Roleigh ED. Sources of hope in chronic illness. Oncol Nurs Forum 1992; 19:443-448.
 38. Sensky T. Causal attributions in physical illness. J Psychosom Res 1997; 43:565-573.
 39. Simms C. How to unmask the angry patients. Am J Nursing 1995; 95:37-40.
 40. Stevens KR. Power and Influence, Willey Medical Puplica-tion, New York, 1983.
 41. Stuart GW, Sundeen SJ. Psychological responses to physical illness. In: Stuart GW, Sundeen SJ (ed). Principles and Practice of Psychiatric Nursing. Mosby Year Book. St. Louis, 4nd ed., 1991; pp 659-679.
 42. Taylor C, Lillis C, Le Mone P. Fundamentals of Nursing the Art and Science of Nursing Care, JB Lippincott Company. London, 1989.
 43. Taylor CM. Essentials of Psychiatric Nursing, Mosby-Year Book, Inc. St Louis, Fourteen ed., 1994.
 44. Tedeschi RG, Calhoun LG. The posttraumatic growth inventory: measuring the positive legacy of trauma. J Trauma Stress 1996; 9:455-71.
 45. Üstün B. Hastanede ilk gün. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 1996; 3: 7-10.
 46. Üstün B, Yavuzarslan F. Öfkenin gücü. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 1995; 2: 42-46.
 47. Wesorick B. Standarts of Nursing Care a Model for Clinical Practice, J.B. Lippincott Company. Philadelphia, 1990.
 48. Westbrook M, Viney LL. Psychological reactions to the onset of chronic illness. Soc Sci Med 1982; 16:899-905.
 49. Whittington R, Wykes T. An observational study of associations between nurse behavior and violence in psychiatric hospitals. J Psychiatr Ment Health Nurs 1994;1:85-92.